

# Évaluation de la performance du système de soins en Algérie

Le secteur de la Santé en Algérie a vécu des changements en permanence. D'abord, un système de financement mixte de 1962 à 1973. En 1973, le système de santé gratuite est installé. Malheureusement, la crise vécue à partir des années 1980, a contraint les pouvoirs publics d'arrêter plusieurs programmes de santé, faute de moyens de financement. Les conditions du Fonds monétaire international (1989) d'abord, le Plan d'ajustement structurel entre 1995 et 1998, ensuite ont approfondi cette crise.

Au cours de ces dernières années, le contenu des dépenses de santé dans le monde a été considérable. De plus, l'émergence d'un certain nombre de problèmes générés par des facteurs économiques, environnementaux, de société, en plus du contexte international, implique d'apporter des correctifs indispensables en vue d'adapter le système de Santé à ces changements socio-économiques, démographiques et épidémiologiques qui pèsent lourdement sur les coûts de santé.

Dans ce projet de recherche, la performance du système de soins de santé présentée et analysée comporte quatre dimensions principales : Mesure de l'efficacité, Satisfaction des patients et praticiens de la santé, Gouvernance hospitalière et management de la qualité, Évaluation des stratégies des acteurs du système de soins enfin.



Imprimé en Algérie  
Prix public en Algérie :  
800,00 DA



Évaluation de la performance du système de soins en Algérie

PNR

PNR Programme National de Recherche

CENTRE DE RECHERCHE  
EN ECONOMIE APPLIQUÉE POUR LE DÉVELOPPEMENT - CREAD



# Évaluation de la performance du système de soins en Algérie



Coordination  
**Hassiba DJEMA**  
Avec la contribution de  
Hichem Sofiane SALAOUATCHI  
Messoud ZEROUTI – Mohamed BEKKAR

PNR





## **AVERTISSEMENT AU LECTEUR**

Le programme national de recherche (PNR : 2011-2013) a été piloté dans son volet économie (PNR-27) par le Centre de Recherche en Économie Appliquée pour le Développement (CREAD) sous l'égide de la Direction Générale de la Recherche Scientifique et du Développement Technologique (DGRSDT). À l'issue de ce programme, et après évaluation des 258 propositions de projets soumises à l'appréciation du CREAD, 114 d'entre elles ont été retenues et financées par le Fonds National de la Recherche (FNR). 31 projets parmi ceux menés à terme ont, au terme du processus d'évaluation, été jugés valorisables.

Les coordinateurs scientifiques concernés ont été conviés au Salon de valorisation des résultats des programmes nationaux de recherche (Oran, 08 et 09 avril 2014). Ce salon a été suivi par un Symposium de restitution des résultats du PNR Économie a été organisé par le CREAD à Mazafran (Alger, 19 – 21 mai 2014). Ce symposium s'est conclu par l'engagement pris par la direction du CREAD de valoriser ces projets sous forme de collection, qui leur est dédiée. Malgré les retards accusés à leur publication, nous considérons que, globalement, cela ne diminue en rien de leur valeur scientifique ni de leur actualité.

Précisons, même si cela va de soi, que les textes publiés expriment l'opinion de leurs auteurs et ne sauraient en rien engager la responsabilité du CREAD, ni celle de la DGRSDT, à quelque niveau que ce soit.

Enfin, nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes ayant contribué à l'aboutissement de ces travaux de recherche et de leur valorisation.

**La Direction du CREAD**

À Paraître en 2017

## Collection PNR – Économie

En langue arabe

• ضبط وتقييم تكاليف الحماية الاجتماعية في مؤسسات الحماية الاجتماعية المختلفة و آليات توظيف مواردها بفعالية في الجزائر  
مراد تهتان، ابراهيم مزويد، كمال عامر، محمد بن رقية

• الاسهام في تطبيق الممارسات الادارية الحسنة للتنمية المستدامة في مؤسسات قطاع الصناعات الغذائية لولاية سطيف

زين الدين بروش، عبد الوهاب بلمهدي، عبد الرحمان العايب، توفيق برباش

• تسويق النقل الحضري في الجزائر، دراسة ميدانية :  
مؤسسة النقل الحضري لولاية سطيف ETUS  
سامية لحول، فطيمة زعزع، زويخة تفرقنت، صليحة عشي، فاتح زايد، عبد الغفور مكارني

• نمذجة وتحليل تكاليف الصناعة الدوائية في الجزائر  
علي مكيد، نبيل حمادي

• العلاقات بين التجارة الخارجية، التنمية، المؤسسات والهجرة- حالة الجزائر  
عبد القادر دربال، محمد شرشم، علي سدي، سمية خديجة بن حدو، حميد ستي

En langue française

Stratégies d'Acteurs dans le Développement Economique des Territoires : le cas des pôles émergents dans le secteur des TIC  
*Abdelkader DJEFLAT et al.*

Accompagnement Entrepreneurial et Création d'Entreprises en Algérie : une approche pluridisciplinaire  
*Saïd ZIANE et al.*

L'économie informelle en Algérie : analyse de l'évolution du phénomène et évaluation macroéconomique (1970-2010)

*Chaïb BOUNOUA et al.*

Évaluation de la performance du système de soins en Algérie  
*Hassiba DJEMA et al.*

Valorisation du patrimoine traditionnel, formation aux métiers de l'artisanat et développement local. expériences nord-africaines  
*Houria AIT-SIDHOUM - TALEB et al.*

La Relation Douanes – Usagers : Les conditions d'amélioration de la qualité de service.  
*Mohamed BENGUERNA et al.*

Rente, institutions et croissance : recherche de liens et mécanismes d'interaction  
*Yacine BELARBI et al.*

# Évaluation de la performance du système de soins en Algérie

© CREAD - Alger

ISBN : 978-9931-395-07-2

Dépôt légal : 4<sup>ème</sup> Trimestre 2017

# **Évaluation de la performance du Système de soins en Algérie**

Coordination :  
**Hassiba DJEMA**

Avec la contribution de  
Hichem Sofiane SALAOUATCHI  
Messaoud ZEROUTI – Mohamed BEKKAR



# LES AUTEURS

**Hassiba DJEMA**

Professeur à l'École des Hautes Études Commerciales EHEC

**Hichem Sofiane SALAOUATCHI**

Maître de Conférences à l'École des Hautes Études Commerciales EHEC

**Messaoud ZEROUTI**

Maître de Conférences à l'École Nationale Supérieure de Management ENSM

**Mohamed BEKKAR**

Docteur en Statistiques et Économie Appliquée.

# SOMMAIRE

<b>Introduction générale .....</b>	<b>11</b>
------------------------------------	-----------

## Chapitre I

<b>La performance et les établissements publics hospitaliers.....</b>	<b>14</b>
1.1. Les conceptualisations de la performance .....	14
1.2. La mesure de l'efficacité : enjeux et importance.....	21
1.3. Problèmes liés à la mesure d'efficacité.....	23
1.4. Les méthodes de mesure de l'efficacité .....	27
1.5. La mesure d'efficacité des établissements hospitaliers .....	33

## Chapitre II

<b>La satisfaction des patients et praticiens de la santé.....</b>	<b>41</b>
2.1. L'évaluation de la satisfaction des patients.....	41
2.2. L'évaluation de la satisfaction du personnel hospitalier.....	51
2.3. Analyse des résultats des questionnaires de satisfaction des patients et des praticiens .....	54

## Chapitre III

<b>Gouvernance hospitalière et management de la qualité dans le centre hospitalo-universitaire algérien .....</b>	<b>72</b>
Introduction.....	72
3.1. Intégration du nouveau management public dans le secteur de la Santé algérien .....	73
3.2. La qualité dans le secteur de la Santé publique.....	82
3.3. Evaluation de la gouvernance et du management de la qualité d'un centre hospitalo-universitaire .....	89

## Chapitre IV

<b>Stratégies des acteurs du système de soins</b> .....	108
<b>Introduction</b> .....	108
4-1 Présentation des acteurs et des objectifs .....	109
4-2- Les matrices d'entrée.....	111
4-3- Les résultats de l'étude.....	113
<b>Conclusion générale</b> .....	152
<b>Recommandations</b> .....	164
<b>Bibliographie</b> .....	170
<b>Annexes</b> .....	169

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

Au cours de ces dernières années, le contenu des dépenses de santé dans le monde a été considérable. De plus, l'émergence d'un certain nombre de problèmes générés par des facteurs économiques, des facteurs environnementaux, sans oublier les facteurs dits de société, en plus du contexte international, ce qui implique d'apporter des correctifs indispensables en vue d'adapter le système de Santé à ces changements socio-économiques, démographiques et épidémiologiques qui pèsent lourdement sur les coûts de santé.

Le secteur de la Santé en Algérie a vécu des changements en permanence. D'abord, le système de financement mixte de 1962 à 1973 : durant cette période, la santé en Algérie avait le caractère hérité du système colonial, basé sur la tarification à la journée. Considéré comme un service public répondant aux besoins vitaux de la population, il était financé respectivement par la participation publique et celle de la Caisse de Sécurité sociale des assurés sociaux et de leurs ayants-droits au niveau de 2/3 et 1/3 des dépenses du secteur [*Lamri, 1998, p 38*]. En 1973, le système de santé gratuite est installé. Il est désormais financé par le trésor de l'Etat et la participation de la caisse de Sécurité sociale. La demande de Santé publique s'est vue ainsi augmenter du fait, d'une part, de la gratuité des prestations de santé et d'autre part, de l'amélioration du niveau de vie de la population, *Bouziati (2002)* résultat de l'augmentation des recettes du pays, suite au changement des prix des hydrocarbures au niveau du marché mondial. Malheureusement, la crise qu'a vécue le pays à cause de la diminution des recettes issues de ces derniers, les autorités politiques se sont trouvées, à partir des années 1980, contraintes d'arrêter plusieurs programmes de santé, faute de moyens de financement, et par la suite, dans l'obligation de passer sous les conditions du Fonds monétaire international, par le biais de la lettre d'intention de 1989 d'abord, par le Plan d'ajustement structurel entre 1995 et 1998, ensuite.

Au début des années 2000, la situation macroéconomique s'est redressée, avec une amélioration dans les secteurs socioéconomiques, notamment celui de la Santé, suite aux efforts déployés dans plusieurs secteurs. Dans ce contexte, l'Etat a mis en œuvre un projet portant sur la réforme globale du système sanitaire. Néanmoins, la priorité fut accordée à la réforme hospitalière, les hôpitaux publics constituant un élément essentiel de l'appareil de protection sociale, par l'importance de leur rôle dans la Santé publique et des moyens budgétaires et humains investis. Il est question de moderniser la gestion des établissements hospitaliers, de corriger leurs dysfonctionnements en les dotant de mécanismes modernes de gestion qui permettent de les piloter selon les normes internationales. Cependant, il reste beaucoup à faire dans l'administration des services publics [(Banque Africaine 2011). (BAFD/OCDE, 2008)] à cause de l'héritage du mode de gestion de ces services de l'économie centralisée, où l'initiative de gestion et la décision autonome étaient absentes. Il est donc indispensable de trouver des solutions originales et réalistes qui permettraient de préserver et de moderniser le secteur public de soins. Ainsi, l'évaluation de la performance devient indispensable et une préoccupation majeure pour les gestionnaires algériens.

Dans ce projet de recherche, la performance du système de soins de santé présentée et analysée comporte quatre dimensions principales : Mesure de l'efficacité, Satisfaction des patients et praticiens de la santé, Gouvernance hospitalière et management de la qualité, Évaluation des stratégies des acteurs du système de soins enfin.

Dans la première partie de notre recherche, il est nécessaire de présenter le cadre théorique lié à l'évaluation de la performance. Nous montrerons ensuite les difficultés liées à sa mesure et nous justifierons l'intérêt pour la mesure d'efficacité et ce, afin d'améliorer la performance des hôpitaux. Un survol des méthodes classiques d'évaluation sera présenté et nous justifierons l'utilisation des modèles mathématiques pour mesurer l'efficacité. Enfin, nous mesurerons l'efficacité des établissements de santé et déduirons les différentes actions correctrices pour améliorer leur gestion.

Dans la deuxième partie de notre recherche, nous évaluerons la satisfaction des patients et praticiens de la santé, car cela constitue un outil qui servira de levier pour l'amélioration de l'organisation et du

fonctionnement du dispositif de soins. De plus, la motivation professionnelle du personnel hospitalier, en fédérant ce dernier autour de la mission de l'établissement, permet de garantir à l'utilisateur des soins de qualité. Pour cela, nous développerons le concept de *satisfaction*, les difficultés ainsi que les outils d'évaluation et nous proposerons deux enquêtes de satisfaction, l'une aux patients-usagers et l'autre aux praticiens, afin de faire les recommandations nécessaires pour des services de meilleure qualité par l'utilisation d'une gestion optimale.

Dans la troisième partie, nous étudierons la gouvernance hospitalière et le management par la qualité dans le but d'améliorer la performance, à travers une enquête menée au sein des centres hospitalo-universitaires.

L'objectif de la dernière partie est d'analyser les jeux d'alliances et de conflits entre les acteurs du système de soins en Algérie pour estimer les rapports de force entre acteurs impliqués dans ce système et étudier leurs convergences et divergences vis-à-vis d'un certain nombre d'enjeux et d'objectifs associés.

## CHAPITRE I

# LA PERFORMANCE ET LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS HOSPITALIERS

La performance est un terme très largement utilisé dans le langage courant qui, du fait de son caractère commun, ne fait généralement pas l'objet d'un essai de définition précis. Or ce terme occupe une place prépondérante que l'on retrouve dans l'étude des problèmes liés à tous les secteurs de la vie économique et sociale. En effet, l'absence de définition engendre des représentations différentes de ses fondements et de ses modalités d'évaluation.

### 1.1. Les conceptualisations de la performance

Nous présenterons les définitions générales selon leurs sens et utilisation, ainsi que les différents modèles de la performance.

#### 1.1.1. Contenu et définitions

Le terme *performance*, au singulier comme au pluriel, en français, invariable en anglais, est utilisé dans une variété de sens. Certains usages sont classiques, en particulier dans l'expression « *mesure des performances* ». D'autres, en revanche, ont une connotation purement scientifique et ce, principalement quand le terme a trouvé un nouveau terrain d'application dans le domaine économique et social. En effet, cela a ouvert la voie à toutes les dimensions de ce concept pour aborder les questions inhérentes aux activités des organisations et entreprises. Nous présenterons, alors, les définitions générales et les différents sens, selon l'usage.

##### 1.1.1.1. Signification formelle

---

Le mot *performance* puise ses origines dans le latin. Le verbe *performer* signifie accomplir, exécuter; en dérive ensuite le nom associé

*parformance*. Le mot *performance* a été emprunté à l'anglais au XV<sup>e</sup> siècle, venant du mot *performance*, qui signifie accomplissement, exécution et résultats. [Bourguignon (2000)].

Au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, le mot a été introduit en langue française dans le domaine de courses de chevaux. Il désigne d'abord, au pluriel, l'ensemble des résultats obtenus. Ce sens s'étend ensuite, au singulier, à un athlète ou une équipe sportive pour désigner le succès remporté. Donc, le terme français et le terme anglais sont proches et présentent plus ou moins la même signification. Donc, la *performance* désigne plus généralement le succès, voire l'exploit. Elle privilégie le sens positif.

### 1.1.1.2. Sens particuliers

---

Le terme *performance* est utilisé dans trois domaines spécialisés [Bessire (1999)] : artistique, psychologique et linguistique. Dans le domaine artistique, la *performance* désigne à la fois l'exécution d'une œuvre ou une représentation publique. Dans le champ de la psychologie, la *performance* a un sens proche de la mise en œuvre. Elle fait référence au comportement affectif. En linguistique, la *performance* est la mise en œuvre de la compétence linguistique.

### 1.1.1.3. Le sens en matière de gestion

---

Selon les auteurs, la performance en gestion peut expliciter trois sens : l'action, le résultat de l'action ou bien son résultat [Bouquin (2004)]. Des travaux antérieurs visant à expliciter les différents sens, nous tirons les enseignements suivants :

- **Les résultats de l'action** : L'expression « *mesure des performances* » désigne le suivi des réalisations ou bien « *la mesure des réalisations* » [Ardoin (1986)]. Elle désigne donc l'opération de mesure des résultats de l'action mise en œuvre.

En gestion des ressources humaines, l'appréciation des performances s'attache aux effets produits par l'activité de l'individu, à ses résultats [Thévenet (1992)]. Donc, la performance correspond à un résultat mesuré par des indicateurs et se situe par rapport à un référent.

- **L'action** : Le second sens du terme performance est moins répandu que le précédent. La performance est l'action faite de nombreux composants, non un résultats qui apparaît à un moment dans le temps [Baird



(1986)]. La gestion de la performance consiste à définir les résultats désirés (*les buts*), les communiquer ; spécifier les activités à accomplir ; contrôler les résultats. Ici, le mot *performance* est utilisé dans un sens plus large que le précédent, il inclut les résultats, mais aussi les activités à accomplir.

- **Le succès** : dans cette vision, l'objectif explicite est l'amélioration de la performance en vue d'une réalisation de succès. Donc, la performance s'exprime en termes de succès. En effet, la performance résultat est également une performance de succès.

Enfin, nous constatons que l'usage multiple du terme *performance*, a entraîné une diversification dans son sens. L'utilisation largement répandue du terme l'a vulgarisé pour en faire un mot vague, dont la signification dépend du contexte et de l'utilisation. Ceci reflète la polysémie du mot, comme en témoigne [Bourguignon (1995)]. Cependant, malgré les confusions de sens, le terme *performance* s'est largement diffusé, pour occuper une place centrale dans le domaine économique, social et politique.

En effet, d'autres notions voisines cohabitent, tels l'efficience, l'efficacité, et se recoupent avec la performance. Nous avons, alors, cherché les significations dans la littérature : Albanes (1978) définit la performance comme étant la raison des postes de gestion, elle implique l'efficience et l'efficacité [Payette (1988)].

Machesnay (1991) considéra que la performance de l'entreprise peut se définir comme le degré de réalisation du but recherché.

L'analyse des buts fait apparaître trois mesures de la performance :

- **L'efficacité** : résultat obtenu par rapport au niveau du but recherché;
- L'efficience** : résultat obtenu par rapport aux moyens mis en œuvre;
- L'effectivité** : niveau de satisfaction obtenu par rapport au résultat obtenu.

Après avoir présenté les différentes définitions et caractéristiques liées à la performance, nous proposons une présentation des différentes conceptualisations de la performance.

### 1.1.2. Les modèles de la performance

Nous tenons à préciser que notre étude développe les principaux modèles qui avaient pour objectif la validation pratique. A cet effet, nous

avons recensé deux types de modèles : les modèles unidimensionnels qui considèrent que l'appréciation de la performance s'effectue sur une dimension principale, alors que les modèles multidimensionnels combinent plusieurs dimensions pour définir la performance.

### **1.1.2.1. Les modèles unidimensionnels**

---

La définition de la performance est étroitement liée à la conception de l'organisation retenue, et une variété de conceptions engendre une variété de modèles de la performance [Gond (2003) et Kaplan et Northon (2001)]. La revue de la littérature révèle l'existence de quatre types de modèles : Les modèles des objectifs rationnels, les modèles des ressources, les modèles des relations humaines et les modèles de processus internes. Il convient de souligner que ce classement est effectué selon le critère principal d'appréciation de la performance.

#### *1.1.2.1.1. Les modèles des objectifs rationnels*

Dans ce type de modèle, un établissement est performant lorsqu'il atteint ses objectifs. Ces modèles sont qualifiés de rationnels, dans le sens où la rationalité est de produire plus au moindre coût. Selon ce type de modèle, une organisation existe pour réaliser des objectifs spécifiques. L'évaluation de la performance consiste à évaluer dans quelle mesure les objectifs ont été atteints. Par conséquent, la performance dans ce type de modèle renvoie à l'efficacité économique (Analyse coût/efficacité), c'est-à-dire à l'efficacité technique et à l'efficacité allocative.

- **L'efficacité technique** : C'est la capacité de l'organisation de produire au coût le plus bas possible, ce qui correspond à l'efficacité productive.
- **L'efficacité allocative** : Elle correspond au meilleur choix possible d'allocation des ressources, elle concerne les prix des facteurs. En conclusion, nous disons qu'une organisation ou une entreprise est performante si elle est efficace.

#### *1.1.2.1.2. Les modèles des ressources*

Ces modèles reposent sur une analyse de la structure de l'organisation en postulant que plus les ressources sont élevées, plus les probabilités de bonne performance sont fortes [Barney (1995)]. Les modèles des ressources définissent la performance selon la capacité de l'organisation de s'approprier les ressources nécessaires à sa survie et à son bon fonctionnement (recrutements, subventions, compétences).

Donc, la performance s'évalue, non pas en fonction de ce qu'elle fait, mais en fonction de ce qu'elle est capable de faire [Barney (1995)]. Dans ce cadre, les ressources sont classées en deux catégories :

- **Les ressources tangibles** : équipements en technologie de pointe, modes de traitement dans le cas de la santé, par exemple.
- **Les ressources intangibles** : compétences internes ; par exemple, la présence de professeurs universitaires dans un établissement hospitalier.

Nous concluons que les modèles des ressources évaluent la performance d'une organisation en fonction des ressources qu'elle détient.

#### *1.1.2.1.3. Les modèles des relations humaines*

Plusieurs travaux de recherche se sont inscrits dans les modèles de relations humaines. A titre d'exemple, citons les travaux de Bennis (1966), Allison (1971) Bettignes (1975), Diridollou (1997) et David (1998). [Teil (2002)]. En effet, ces modèles mettent l'accent sur la satisfaction des parties prenantes et sur les activités mises en œuvre par l'organisation pour se maintenir. La performance se définit alors comme la capacité de l'organisation à satisfaire les parties prenantes.

#### *1.1.2.1.4. Les modèles des processus internes*

Plusieurs travaux de recherche se sont inscrits dans les modèles des processus internes comme ceux de Pascal (2000) et Diridollou (1997). Ces modèles s'appuient sur une recherche de rationalisation des processus de production et de décision, rationalisation qui doit conduire à une amélioration de la performance [Pascal (2000)].

### **1.1.2.2. Les modèles multidimensionnels**

---

Nous présentons les principaux modèles de performance hospitalière.

#### *1.1.2.2.1. Le modèle de Donabedian*

Bien que les travaux de Donabedian (1982) soient plutôt centrés sur la qualité, ils s'inscrivent néanmoins aussi dans la recherche de performance globale. Il démontra qu'il est possible de définir les dimensions de la qualité, considérant qu'il existe deux dimensions : la qualité technique et la qualité interpersonnelle [Donabedian (1982)]. La qualité technique est liée directement à la pratique médicale et technologique, qui tend à maximiser les bénéfices sans, bien sûr, augmenter

les risques. La qualité interpersonnelle relève de la rencontre des valeurs et normes socialement définies, propres à chaque individu.

#### *1.1.2.2.2. Le modèle de Quinn et Rohrbaugh (1983)*

Ces auteurs avaient identifié trois dimensions de la performance organisationnelle :

- **l'intérêt organisationnel**, qui varie entre deux pôles allant de l'importance micro interne, axée sur le bien-être et le développement des individus dans une organisation, à l'importance macro externe, axée sur le bien-être et le développement de l'organisation elle-même.
- **les propriétés structurelles**, allant de l'intérêt porté à la stabilité, à l'intérêt porté à la flexibilité.
- **les moyens et les fins**, variant aussi entre deux pôles, allant de l'importance accordée au processus (planning) à l'importance accordée à la productivité.

#### *1.1.2.2.3. Le modèle de Morin et alii (1994)*

Morin, Savoie et Beaudin (1994) recensèrent quatre grandes approches : une approche économique ; une approche sociale ; une approche systémique et une approche politique [Champagne (2005)]. Donc, le modèle proposé est fondé sur quatre dimensions.

- **L'efficacité économique** : Cette dimension est la plus souvent citée par les chercheurs. Elle s'exprime par le rapport entre la quantité produite et les ressources utilisées pour la production, l'objectif de l'organisation étant de minimiser les ressources pour un maximum de production.
- **La pérennité de l'organisation** : cette dimension exprime la capacité de l'organisation à s'adapter à son environnement. Elle reflète donc le degré de stabilité qui permet d'assurer la survie de l'organisation.
- **La légitimité de l'organisation** : elle est soumise aux influences de l'environnement. Ainsi, la performance reflète essentiellement la satisfaction des différents groupes d'intérêts, de manière à ce que chacun réalise ses objectifs vitaux.

- **La valeur des ressources humaines** : elle représente la valeur ajoutée par la qualité de la main-d'œuvre dans le rapport avec le travail de l'organisation.

#### *1.1.2.2.4. Le modèle intégrateur de la performance organisationnelle*

Nous précisons d'abord que ce modèle fut proposé par Claude Sicotte pour les organisations de soins [Champagne (2005)]. En effet, ils conçurent un modèle à travers lequel ils tentèrent de repérer les caractéristiques qui combinées, permettraient d'améliorer la performance. Ce modèle, inspiré de la théorie de l'action sociale de Parsons, est composé de quatre fonctions essentielles : l'atteinte des buts, l'adaptation, la production, et le maintien des valeurs. Ce sont les fonctions qu'une organisation doit maintenir pour assurer sa pérennité [Guisset et a. (1999)]. Donc, l'évaluation de la performance se définit comme un construit multidimensionnel, fondé sur un jugement élaboré par l'interaction entre les différentes composantes de ce modèle. Une organisation performante est une organisation qui arrive à maintenir un équilibre entre quatre fonctions.

En résumé, nous concluons que la complexité du concept de la performance s'explique par la multiplicité de ses modèles. A partir de ce tour d'horizon sur les principaux modèles de performance, nous retenons les enseignements suivants :

La performance fut abordée, à travers différents modèles, qui reflètent des points de vue différents et légitimes. La diversité des modèles de performance montre que celle-là est un concept complexe, difficile à cerner et à définir.

L'existence de plusieurs modèles différents reflète une performance multidimensionnelle. Donc, ces multiples dimensions sont appréciées différemment suivant des critères différents, puisqu'à chaque dimension sont associés des objectifs spécifiques. L'aspect multidimensionnel conduit nécessairement à la hiérarchisation des dimensions. Cette hiérarchisation repose sur les priorités des objectifs de l'organisation à réaliser. Tantôt, il s'agit des objectifs économiques qu'il faudrait privilégier, tantôt, il s'agit des objectifs politiques, surtout dans le secteur public. Nous concluons avec Lorino (1997) qu'il n'existe aucune autre définition de la performance plus objective et universelle que l'atteinte des objectifs stratégiques.

En d'autres termes, les dimensions multiples de la performance doivent être abordées de manière dynamique dans l'espace et dans le temps; en effet, il est primordial de préciser par rapport à quelle dimension nous tentons d'évaluer la performance.

## **1.2. La mesure de l'efficience : enjeux et importance**

La mesure de *l'efficience* dans le milieu hospitalier débuta aux Etats-Unis dans les années 80, au moment où l'on assiste au développement des outils statistiques. En effet, les travaux américains se concentrèrent principalement sur la recherche des déterminants de l'efficience des établissements de soins, ensuite sur l'évaluation de leur qualité [Waldmanis (1990)], [Burgess et Wilson (1993)] et [Morey et a. (1992)]. Des travaux de même nature commencèrent à apparaître en Europe, à partir de 1994, au moment où s'engagèrent les réflexions sur la réorganisation du système de financement des hôpitaux. Nous citons, en particulier, les premiers travaux de Pouvoirville et Minvielle (2002) ; Leleu et D'hoore (1994) qui marquèrent l'histoire. Parallèlement, les concepts d'efficience reçurent une attention toute particulière dans la littérature économique, mais avec une réflexion approfondie au niveau de leur axiomatique et du développement des nouvelles techniques de mesure. Bien qu'elle fut définie, dès 1951 par Koopmans, la notion *d'efficience* n'a été prise en considération que beaucoup plus tard dans les diagnostics de performance. Ce fait est dû principalement à la complexité de la mesure. Dans le domaine hospitalier, les méthodes non paramétriques sont souvent utilisées grâce à leur capacité à prendre en compte les spécificités du secteur, à savoir la complexité de la technologie (multiproduits / multifacteurs), l'absence de prix véritables tant pour les outputs que pour les inputs, et l'incertitude quant aux comportements et objectifs économiques des acteurs (médecins et gestionnaires). Dans les pays en voie de développement, ces travaux n'existaient pratiquement pas. C'est l'apparition des crises économiques, ces dernières années, qui a suscité l'intérêt d'évaluer les politiques publiques et en mesurer l'efficience.

Notons que depuis ces deux dernières décennies, le domaine de la Santé est au cœur de nombreux débats, que ce soit pour informer la population sur ses droits et devoirs en matière de santé, ou encore

pour promouvoir son hygiène de vie. Mais, dans la plupart des cas, c'est de coûts dont il est question. Plusieurs causes sont émises pour expliquer, voire justifier l'augmentation croissante des coûts de santé. D'aucuns expliquent ce phénomène par les progrès scientifiques ; certains parlent de l'augmentation de la population et d'autres attribuent la hausse des coûts aux prestations trop nombreuses. S'il y a un point sur lequel la plupart des observateurs semblent se mettre d'accord, c'est bien celui de la façon de gérer, qui nécessite une amélioration absolue afin d'éviter, au maximum, les dépenses excessives et le gaspillage. En effet, les établissements hospitaliers sont souvent cités comme responsables principaux de l'explosion des coûts, eu égard à leur vocation de service public (gratuité des soins) qui les incite à être de grands consommateurs de budget dont l'exploitation irrationnelle implique des conséquences graves sur la croissance économique et sur le développement du pays. Dans ce contexte, la mesure d'*efficience* s'impose comme dimension principale et primordiale dans l'évaluation de la performance, que nous justifierons à travers les points suivants :

### 1.2.1. En réponse à la crise économique

Dans les représentations d'une société, une distinction demeure entre les activités économiques relevant principalement d'intérêts particuliers de rentabilité, donc soumises aux lois du marché, et les activités sociales, relevant de l'intérêt général, non soumises à ces lois et financées par l'État. Cette situation s'est traduite par une augmentation spectaculaire des dépenses, plus particulièrement des établissements hospitaliers, caractérisés par les surcoûts, le gaspillage et la baisse de la qualité des services [Bioen et a. (2000)] et [Afonso et a. (2005)].

L'Algérie, qui n'est pas épargnée par la crise économique, se pose le problème du « *coût de la santé* » : une croissance forte des dépenses et non maîtrisée. Des travaux de recherche ont montré que si les dépenses publiques sont de bonne qualité, alors les services produits suite à ces dépenses seraient efficaces et pourraient générer de la croissance économique [Di Maria et Ciccone (2006)] et [Afonso et a. (2005)]. Par contre, une allocation inefficace des ressources se répercute automatiquement sur la croissance économique et, inéluctablement, sur le développement du pays. Donc, la maîtrise de la croissance des dépenses

s'impose. A ce titre, il est impératif de privilégier la dimension de l'efficacité afin de pouvoir évaluer la performance des établissements hospitaliers.

### **1.2.2. En réponse à la crise de l'hôpital**

L'efficacité implique automatiquement la dimension la plus importante dans le secteur de la Santé qui est la qualité des soins. Rappelons que la qualité implique tous les acteurs du système : professionnels de la santé, gestionnaires et patients.

- La qualité, du point de vue du professionnel, inclut le respect de l'éthique de la profession ; cela comprend la compétence technique, l'atteinte des objectifs cliniques fixés et le désir d'accroître ses connaissances médicales.
- La qualité, du point de vue du gestionnaire, dépend d'éléments tels l'utilisation adéquate des ressources, la conformité avec les standards organisationnels, ainsi que la participation au développement des services.
- La qualité du point de vue du patient, inclut un accès rapide aux soins, le sentiment que le personnel soignant est attentif et empathique envers lui, une bonne communication, une information claire, un traitement approprié, un soulagement des symptômes et une amélioration de l'état de santé.

Nous constatons que la mesure de l'efficacité n'est pas en contradiction avec ces différents points et avec le principe de la qualité des soins. Supprimer un examen médical, c'est éviter un gaspillage et, en même temps, choisir la meilleure stratégie médicale, et offrir une prise en charge de qualité.

Sous l'angle de l'équité, il n'est pas évident qu'une augmentation des dépenses de santé entraîne automatiquement une meilleure qualité des soins. Enfin, on parvient à justifier que la mesure d'efficacité, considérée sous un angle organisationnel, concourt à l'évaluation de la performance des établissements hospitaliers.

## **1.3. Problèmes liés à la mesure d'efficacité**

La mesure de l'efficacité se heurte à des obstacles que nous proposons de résumer par les points suivants :



### 1.3.1. Les difficultés de la mesure du produit hospitalier

Pour pouvoir mesurer l'efficacité des établissements hospitaliers, il est indispensable de déterminer les outputs des hôpitaux. Cependant ce travail se heurte à une difficulté majeure : il s'agit de déterminer et de définir clairement la production de l'hôpital.

#### 1.3.1.1. *L'amélioration de l'état de santé :*

##### *Peut-on la considérer comme mesure ?*

Le produit de l'hôpital est l'amélioration de l'état de santé. C'est l'objectif principal du recours au système de soins. Cet objectif évident correspond aux attentes personnelles des patients. En effet, le recours aux soins est motivé par une anticipation de l'amélioration de l'état de santé ou au soulagement de la douleur du malade [Steinmann et Zweifel (2003)]. Dans ce contexte, les services offerts par l'hôpital sont des inputs dans la production de santé ; donc, la mesure du produit hospitalier passe par la mesure de la variation de l'état de santé du patient [Baubeau et Pereira (2003)]. Cependant, d'autres facteurs interviennent dans le capital santé d'une personne : il s'agit de l'hygiène, du mode de vie, des habitudes alimentaires etc.).

Pour mesurer la contribution de l'action sanitaire, il faut isoler l'influence de tous les autres facteurs pour pouvoir déterminer la contribution marginale de l'hôpital à la santé du patient, toutes choses étant égales par ailleurs. Nous déduisons que les effets d'une action sanitaire par la variation de l'état de santé, avant et après l'action sanitaire, est pratiquement impossible, car les facteurs qui influencent la santé sont interdépendants.

#### 1.3.1.2. *L'activité de l'hôpital : Peut-on la considérer comme mesure ?*

Comme nous venons de voir, la variation de l'état de santé est un concept très difficile, voire même impossible à mettre en œuvre en pratique. Face à cette difficulté, une voie alternative envisage de représenter le produit hospitalier au travers de son activité. Ce compromis nécessaire est évoqué par [Bilodeau et a. (2000)]. Nous savons que la production principale d'un hôpital est l'activité soignante. Cette activité se traduit par les actes médicaux. Donc, l'impossibilité de mesurer convenablement la variation de l'état de santé des patients après l'acte

ou les actes sanitaires, amène généralement à retenir comme mesure du produit hospitalier des indicateurs de l'activité hospitalière.

### *1.3.2. Les difficultés liées à la nature publique non marchande*

Les organisations publiques non marchandes se caractérisent le plus souvent par les propriétés que nous proposons de résumer par les points suivants :

#### *1.3.2.1. La nature non marchande des activités*

La nature non marchande des activités de ce type d'organisation est l'élément le plus anciennement retenu pour les caractériser. Ainsi, les objectifs des organisations publiques ne sont pas susceptibles d'évaluations en termes monétaires et ne se soumettent pas au contrôle des méthodes comptables [Boyer et al. (2003)]. Les ressources financières des organisations publiques non marchandes sont nécessairement assurées, en tout ou partie, par des dotations et/ou subventions.

#### *1.3.2.2. Absence de profit*

La multiplicité des objectifs (la nature publique) et la finalité particulière d'un établissement hospitalier engendrent un système d'objectifs complexe. En cela, ils s'opposent aux établissements dont, même s'il y a similitude d'objectifs, les activités sont orientées vers la réalisation de buts financiers et le bénéfice s'impose comme le but prédominant [Burlaud et Simon (2000)]. Il en va différemment pour le public, voué à l'offre de prestation et de services non soumis aux lois de marché. Donc, dans les organisations publiques non marchandes, le profit perd le rôle d'indicateur de succès qu'il possède en économie.

#### *1.3.2.3. Absence totale ou partielle de concurrence*

Alors que les organisations marchandes trouvent leurs revenus sur le marché, les organisations non marchandes reçoivent leurs ressources de l'Etat d'une manière générale. Cette situation a d'importantes conséquences sur le comportement des managers publics. Cela confère à l'organisation un pouvoir identique à celui d'un monopoleur [Sahin et Azcan (2000)]. Donc, la principale raison de ce puissant pouvoir d'une organisation publique non marchande tient à sa source de financement. De plus, cette caractéristique de monopoleur le fait échapper à la compétitivité et l'épargne de la sanction du marché.

#### 1.3.2.4. *Le faible contrôle*

Le contrôle en entreprise privée s'effectue par la surveillance des propriétaires qui exigent de l'entreprise qu'elle réalise du profit et qu'il n'y ait donc ni gaspillage, ni surproduction. Cependant, un problème de contrôle se trouve directement lié aux difficultés de mesures propres à la plupart des organisations publiques non marchandes.

*«Alors que dans la grande firme managériale, le pouvoir de contrôle des actionnaires, bien qu'affaibli par la séparation des fonctions de financement et de gestion, pouvait encore s'exercer, tout le problème est ici de savoir si les managers publics peuvent jouer un rôle semblable à ceux des actionnaires de la firme managériale» [Afonso et a. (2000)].*

Ainsi, au système de l'entreprise privée, où une stricte hiérarchie des tâches et une stricte mesure de la productivité s'établissent à partir de la maximisation du profit, s'oppose une organisation plus complexe, où le contrôle de l'efficacité s'avère très difficile. En effet, beaucoup d'obstacles se posent pour les organisations publiques non marchandes à l'exercice de leur droit de contrôle, surtout dans les pays en voie de développement.

#### 1.3.2.5. *Les modalités de rémunérations et de sanctions*

Le terme public fait référence à l'Etat et la notion de service public recouvre les principes d'intérêt général, de continuité du service et d'égalité du traitement du citoyen. Chevallier (2007) le confirme par l'expression suivante : *« le service public a pour fonction essentielle de mettre les biens sociaux culturels ou économiques qu'il propose à la portée de tous ; il paraît ainsi comme un agent de redistribution qui doit contribuer, par son fonctionnement, à réduire l'ampleur des inégalités sociales »* [Chevallier (2007)]. Donc, l'Etat se charge de financer directement ou indirectement ces différentes prestations. Le principe de financement à partir des ressources non gagnées ne suscite pas l'intérêt de sanctionner ou de rémunérer le personnel. L'absence d'incitation interne est l'une des caractéristiques essentielles des organisations publiques non marchandes [Castagnos (1987)].

#### 1.3.2.6. *La multiplicité des moyens et des objectifs*

D'une part, les moyens sont diversifiés, ce qui implique que les unités de mesure sont totalement différentes [Gervais (2000)]. Par

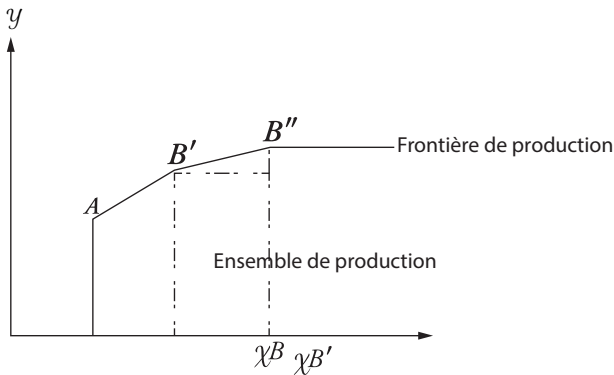
conséquent, nous avons un problème d'agrégation. D'autre part, les services sont multiples et hétérogènes. Donc, il existe un problème de pondération. Cette situation rend la recherche d'une mesure synthétique difficile, ce qui conduit à la complexité de la mesure des résultats [Bilodeau et a. (2002)].

Toutes ces caractéristiques, liées aux organisations de soins, constituent des obstacles majeurs pour la mesure de l'efficacité.

#### **1.4. Les méthodes de mesure de l'efficacité**

Farrell fut le premier à avoir proposé une mesure de l'efficacité sous l'hypothèse d'une technologie mono produit. Il fut le premier à décomposer l'efficacité globale en efficacité technique et efficacité allocative [Kalaitzandonakes et a. (1992)]. L'efficacité allocative concerne la capacité à combiner les inputs et les outputs dans les proportions optimales, compte tenu des prix donnés sur le marché. L'efficacité technique concerne la capacité à éviter le gaspillage. L'unité de production est déclarée techniquement efficace si, pour les niveaux d'inputs utilisés et d'outputs produits, il lui est impossible d'augmenter la quantité d'un output sans augmenter la quantité d'un ou plusieurs inputs ou de réduire la quantité d'un autre output. En outre, il introduit le concept de «frontière» de production, qui se définit comme l'ensemble de tous les plans de production qui maximise le niveau d'outputs lorsque les quantités de facteurs sont données ; ou bien, il s'agit du niveau minimal d'inputs qu'une firme doit utiliser afin de produire un niveau d'outputs donné [Lesueur et Plane (1997)].

Cette frontière de production est la courbe enveloppant l'ensemble de la production et elle s'interprète comme la frontière du domaine de production, c'est-à-dire les meilleures pratiques. L'unité de production appartenant à la frontière de production est dite efficace si elle se situe sur cette frontière; à l'inverse, si elle se situe en-dessous de la frontière de production, elle est dite inefficace. Ceci est illustré par la figure suivante :

**Figure 1.3.1 : La frontière de production**

Concernant la mesure de l'efficacité, les méthodes classiques sont axées sur le calcul des indicateurs de productivité, néanmoins leur analyse demeure toujours limitée. Les ratios de productivité partielles ne fournissent qu'une vision restreinte de l'efficacité, alors que les ratios de productivité globaux sont très sensibles à la fluctuation des prix des facteurs [Léonard Parsons (1994)]. Le premier courant de substitution fut les approches paramétriques fondées sur le principe de la spécification de la fonction de production. Cependant, elles demeurent critiquables par les chercheurs et ce, malgré leur vaste utilisation. Nous proposons d'en fournir les limites. D'autres méthodes permettent de mesurer quantitativement l'efficacité, à savoir les méthodes non paramétriques que nous privilégions dans ce papier car elles s'adaptent bien au secteur public.

### 1.4.1. Les méthodes paramétriques

Les approches paramétriques spécifient la frontière de l'ensemble de production dans une perspective probabiliste. Cela suppose la connaissance, au préalable, de la spécification de la fonction de production, coût ou profit. En outre, il faut que l'ensemble des axiomes auquel est soumise la technologie de production soit vérifié [Hollingsworth (2003)]. Le classement, selon la nature des écarts entre l'unité de production observée et l'unité de production optimale, distingue les frontières stochastiques des frontières déterministes.

#### **1.4.1.1. Les méthodes déterministes**

---

Les approches paramétriques déterministes furent le premier courant d'estimation empirique d'une fonction de production. Elles tirent leur origine des travaux, des pionniers dans le domaine : [Farrell (1957)], [Aigner et Chu (1968)], [Afriat (1972)] et [Richmond (1974)]. En effet, ces approches permettent de quantifier l'efficacité ; cependant, elles imposent une forme fonctionnelle qui présuppose la forme de la frontière. Dès lors, on est confronté à la difficulté de spécification de la forme théorique de la fonction de production et de son estimation [Chirikos et Sear (2000)].

#### **1.4.1.2. Les méthodes stochastiques**

---

Elles considèrent une partie des résidus comme de l'inefficacité et l'autre partie comme étant un terme aléatoire classique. Ainsi, la méthode des frontières stochastiques permet d'estimer une fonction frontière qui tient comptes simultanément de l'erreur aléatoire et de la composante d'inefficacité qui sont spécifiques à chaque unité de production d'efficacité [Aigner et al. (1977)]. [Jondrow et al. (1982)]. Cependant, son utilisation est très complexe.

#### **1.4.1.3. Les limites des méthodes paramétriques**

---

En dépit de leurs vastes utilisations, nous présentons les principaux obstacles :

- **La spécification de la frontière de production :** les méthodes paramétriques exigent le choix d'une forme fonctionnelle spécifique. Le plus souvent, il est difficile de spécifier une fonction de production pour un processus de production complexe. Aussi, pour estimer une fonction multiproduits, il est nécessaire de recourir au dual de la technologie (fonction de coût) qui exige des informations sur les prix des facteurs, alors que leur obtention est très difficile, et même impossible dans le secteur public.
- **La taille de l'échantillon :** l'utilisation des approches paramétriques nécessite des tailles d'échantillons très élevées pour assurer la validité du modèle ; et puisque la disponibilité des données est un problème crucial pour les chercheurs, alors leur utilisation est considérée très difficile, voire impossible.

- **Les instruments d'analyse** : ces techniques paramétriques reposent sur l'hypothèse qui suppose que la distribution de l'efficacité s'apparente à une forme fonctionnelle préalablement déterminée. Cette hypothèse peut satisfaire le statisticien désireux d'étudier les propriétés des estimateurs, du moment qu'elle lui permet ainsi de justifier statistiquement la validité du modèle ; cependant, elle embarrasse quelque peu l'économiste qui ne trouve pas aisément une justification économique. Dès lors, le résultat obtenu représentera une moyenne partagée par toutes les unités de décision. Les mesures d'efficacité sont estimées par rapport à la notion de moyenne (tendances centrales); cela implique que tout écart par rapport à la moyenne est considéré comme de l'inefficacité (ou de la surefficacité).
- **Des résultats contestés par les gestionnaires** : il est important de préciser que ces approches paramétriques permettent une comparaison selon la notion de moyenne et non pas selon les meilleures pratiques. De plus, elles conduisent à des mesures agrégées de l'efficacité des unités à évaluer.

### 1.4.2. Les méthodes non paramétriques

Ces méthodes présentent la particularité de n'imposer aucune forme fonctionnelle aux frontières de production. Celles-ci sont construites par la résolution des modèles mathématiques. L'une des méthodes les plus utilisées est l'*Analyse d'Enveloppement des Données*, appelée en anglais « *Data Envelopment Analysis* », que nous désignerons dans la suite du texte par son sigle anglo-saxon, « DEA ». Son introduction académique est attribuée à Charnes, Cooper et Rhodes (1978). Cette méthode permet de calculer le score d'efficacité pour chaque unité de production. Chaque score est donc une mesure relative dont la valeur est comprise entre 0 et 1. Si un score est égal à (1) alors l'unité de production se situe sur la frontière d'efficacité (les meilleures pratiques), sinon elle indique que celle-ci est inefficace. En plus, elle donne des indications sur les sources de la mauvaise performance et les actions correctives à entreprendre.

#### 1.4.2.1. La méthode DEA : un outil adapté au secteur public

– D'abord, elle permet de pallier les faiblesses des ratios de productivité [Cooper et al. (2008)] et l'approche paramétrique.

- Elle ne nécessite aucune spécification de la forme de la fonction de production et n'impose pas d'hypothèses, qui sont rarement, voire même impossibles à satisfaire [Bilodeau et a. (2004)].
- Elle se focalise sur des observations individuelles plutôt que sur des moyennes d'une population statistique.
- Elle tient compte des caractéristiques multidimensionnelles de la production.
- Elle permet d'utiliser simultanément des inputs et des outputs multiples, chacun étant exprimé dans des unités de mesure différentes.
- Elle exprime la complexité de la technologie multi-input, multi-output dans le secteur public [Djerdjouri M. (2004)].
- Elle renonce à toute évaluation en prix et ne nécessite pas la spécification ou la connaissance de prix, a priori, pour les inputs ou les outputs ; donc elle est bien adaptée au secteur public, qui est caractérisé le plus souvent par l'absence d'un système de prix véritables.
- Elle ne cerne pas de manière précise, en termes de nombres, les inputs et les outputs pour l'évaluation. Cette caractéristique est bien adaptée, à l'incertitude liée au comportement et aux objectifs des acteurs des organisations de services en particulier [Leleu (2005)].
- Elle renonce à l'utilisation du profit pour toute évaluation, eu égard à l'absence de comportement traditionnel d'optimisation du profit dans ce secteur [Bilodeau et a. (2004)], [Hollingsworth et a. (2003)].
- Elle s'appuie sur le principe de comparaison pour calculer l'efficacité des unités; elle favorise ainsi la pratique de benchmarking. C'est par comparaison avec les meilleures pratiques que les scores d'efficacité sont calculés, ce qui permet la création de benchmarks [Djerdjouri (2005)].

#### 1.4.2.2. La formulation mathématique

Supposons qu'il y ait (n) unités de prise de décision (Décision Making Unit) à évaluer.

La DMU ( $j$ ) consomme des montants  $x_j = \{x_{ij}\}$  d'inputs ( $i=1, \dots, m$ ) et produit des montants  $y_j = \{y_{rj}\}$  d'outputs ( $r = 1, \dots, p$ ).



$k$ : le benchmark (la firme dont on mesure l'efficacité).

Les  $(\gamma_{rk})$  et  $(\chi_{ik})$  désignent respectivement les valeurs observées des outputs et des inputs de la DMU ( $k$ ) qui est analysée, appelée aussi plan de production de la DMU ( $k$ ).

Les  $\mu_r$  ( $r = 1, \dots, p$ ) et les  $v_i$  ( $i = 1, \dots, m$ ) constituent le système de pondération associé aux outputs et aux inputs que nous voulons déterminer.

La mesure de l'efficacité se définit au sens d'un problème de maximisation qui se formule comme suit :

$$\text{Maximiser : } E_k = \frac{\sum_{r=1}^p r \gamma_{rk}}{\sum_{i=1}^m v_i \chi_{ik}}$$

$$\text{Sous les contraintes : } \frac{\sum_{r=1}^p r \gamma_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i \chi_{ij}} \leq 1 \quad \forall j = 1, \dots, n$$

$$\mu_r > 0 \quad ; \quad v_i > 0 \quad \forall r = 1, \dots, p \quad \forall i = 1, \dots, m$$

La résolution de ce programme mathématique permet de déterminer le système de pondération optimal ( $\mu_r^*$  et  $v_i^*$ ) de telle sorte que la mesure de l'efficacité de la DMU évaluée soit maximisée, sous contraintes que toutes les mesures d'efficacité soient inférieures ou égales à un. Chaque unité de prise de décision sera comparée à toutes les autres DMU ( $j$ ) y compris elle-même. Cette condition assure l'existence de solutions.

En introduisant ( $\sum_{i=1}^m v_i \chi_{i0} = 1$ ) une solution spécifique, on se ramène au

programme linéaire :

$$\text{Maximiser : } E_0 = \sum_{r=1}^p \mu_r \gamma_{r0}$$

Sous les contraintes :

$$\sum_{r=1}^p \mu_r \gamma_{rj} - \sum_{i=1}^m v_i n_{ij} \leq 0 \quad \forall j = 1, \dots, n$$

$$\mu_r > 0 \quad ; \quad v_i > 0 \quad \forall r = 1, \dots, p \quad \forall i = 1, \dots, m$$

## 1.5. La mesure d'efficience des établissements hospitaliers

### 1.5.1. Données et traitement préliminaire

Les outputs de l'hôpital se caractérisent par la nature immatérielle de la prestation et sont souvent réalisés en présence de la participation du patient. Le caractère intangible de l'output ne facilite pas la mesure du résultat, qui peut se manifester au-delà de la réalisation de la prestation. Nous avons utilisé alors les indicateurs de l'activité hospitalière issue des statistiques sanitaires de l'année 2011. Nous tenons à préciser que les résultats obtenus dépendent énormément de la fiabilité des données disponibles et par conséquent, elles dépendent du système d'information disponible. Ces indicateurs sont représentés par groupes de disciplines. Nous avons trois principales disciplines : Les spécialités médicales, les spécialités chirurgicales et les spécialités de gynéco-obstétrique. Dans chaque discipline, les informations fournies sont les admissions, les journées d'hospitalisation, les durées moyennes de séjour, le taux de rotation et les différents taux de mortalité. Cependant, ces données présentent de nombreuses lacunes. En premier lieu, elles sont cumulées par rapport à un secteur sanitaire ; et en second, elles décrivent l'activité hospitalière sans prendre en considération ni la gravité des cas traités, ni la qualité des services fournis. Au regard de cette sélection, et en raison de l'absence de données décrivant finement la structure de traitement des patients, nous mesurerons plutôt une efficience de nature organisationnelle.

#### *Les principales variables du modèle*

Dans le choix des données, la question qui s'impose est de savoir si l'on utilise des données disponibles, c'est-à-dire déjà existantes, ou si l'on choisit de collecter des données nouvelles et plus intéressantes, mais à des coûts et des efforts plus élevés. La disponibilité ou l'existence de données sont le premier critère de choix, comme le confirment les études publiées à travers la littérature sur la mesure de la performance hospitalière, qui s'appuient très majoritairement sur des données délivrées en routine par les systèmes d'information hospitaliers [Audibert et a. (2008)].

*La mesure de l'efficacité requiert deux éléments principaux :*

- 1- L'énumération exhaustive de toutes les ressources (les inputs) et de tous les produits (outputs) intervenant dans le processus de production.
- 2- Sur la base de cette liste, s'effectue le choix des ressources et produits pour mesurer l'efficacité. On pourrait imaginer que la situation idéale pour mesurer l'efficacité consisterait à incorporer toutes les ressources et tous les produits, c'est-à-dire, à être totalement exhaustif. Cependant, par le principe même que rien ne se crée ni se perd, tout producteur serait efficace [Cook et Zhu (2008)] ; on en déduit que seuls les inputs et les outputs pertinents seront introduits. Cela se confirme à travers les applications des modèles DEA, que nous avons présentés précédemment.

### 1.5.2. Description des données

Il est nécessaire choisir les inputs et les outputs pertinents pour mesurer l'efficacité.

#### **Le choix des outputs :**

---

Les auteurs précisent que l'évaluateur dispose d'une faible marge de manœuvre qui l'astreint à considérer les outputs pertinents seuls. A priori, il n'existe aucune règle pour effectuer une telle sélection : seules la perspicacité et la disponibilité des données tranchent la question. D'abord, la définition des outputs repose sur le choix de l'unité de mesure, les critères de regroupement des patients, les poids d'agrégation et des indices pour mesurer la qualité des soins [Cook et Zhu (2007)].

#### **A propos de l'unité de mesure :**

Concernant les patients hospitalisés, une pratique consiste à prendre le nombre de journées d'hospitalisation comme unité de mesure. En effet, les journées d'hospitalisation diffèrent d'un hôpital à l'autre et d'une région à l'autre. Une autre approche tente de se rapprocher de la production finale en choisissant le nombre d'admission comme unité de mesure [Chen (2006)].

### Au sujet des poids d'agrégation :

Les chercheurs utilisent des indices pour regrouper les patients selon la gravité des cas. Dans le cas de l'inexistence de ce type d'indice, il serait intéressant, avant d'utiliser le modèle mathématique, de regrouper les secteurs sanitaires en fonction de leur taille.

Jusqu'à maintenant, nous avons traité, ci-dessus, la mesure de la production en termes de quantité. Or, la qualité est, bien évidemment, un aspect non négligeable. L'absence de mesure de qualité implique que l'hôpital pourrait paraître inefficace car il utilise des ressources additionnelles pour produire une meilleure qualité des soins. Cela est vrai dans la mesure où il existe une corrélation positive entre le coût des soins et leur qualité.

Les indicateurs de qualité, cités dans notre travail, peuvent être utilisés comme output malgré les critiques qu'on leur a faites quant à leurs fiabilité et validité. Elles constituent des indicateurs de qualité qu'il faudrait introduire avec prudence dans le calcul de l'efficacité ; bien que certains auteurs estiment que les médecins sont principalement préoccupés par la qualité des soins quelque soient les coûts. Pour cela, nous suggérons qu'il serait plus pertinent d'effectuer plusieurs évaluations sur la base de modèles qui contiennent à chaque fois différents outputs afin d'obtenir le modèle le plus adapté à notre situation. Ce qui permet encore de mettre en valeur les facteurs qui influencent l'efficacité.

**Tableau 1 : Les indicateurs de l'activité hospitalière retenus**

Spécification	Indicateurs
Spécification 1	Nombre d'admissions : Spécialités médicales (AD MED). – Spécialités chirurgicales (AD CHIRURGIE). – Spécialités gynéco obstétrique (AD GYN OBST). Nombre d'accouchements (NB ACOUCH).

Spécification 2	Nombre de journées d'hospitalisation : – Spécialités médicales (JHOSP MED). – Spécialités chirurgicales (JHOSP-CHIR). – Spécialités gynéco-obstétrique (J HOSP GYN OBS). Nombre d'accouchements (NB ACOUCH).
Spécification 3	Taux de létalité : – Spécialités médicales. Taux de létalité Homme (TX MED Hom). Taux de létalité Femme (TX MED Fem). Taux de létalité Enfants (TX MED Enf). – Spécialités chirurgicales. Taux de létalité Homme (TX CHI Hom). Taux de létalité Femme (TX CHI Fem). Taux de mortalité en urgence (TX-Urg).

**Le choix des inputs :**

En se référant à la théorie économique, les inputs représentent le capital et le travail. Nous précisons que les inputs sont choisis à partir des données disponibles, c'est-à-dire les données administratives.

Le facteur travail est représenté par le nombre de personnel médical, personnel paramédical, et personnel administratif. Le capital est représenté, à défaut d'informations précises, par le nombre de lits [Audibert et a. (2008)]. Ces variables représentent la capacité de faire face à la demande de soins.

**1.5.3. La mesure du degré d'efficience des établissements hospitaliers :**

En appliquant le programme mathématique, nous déduisons le score d'efficience :

**Tableau 2 : L'évaluation des établissements hospitaliers de petite taille**

Secteurs de petite taille	Spécification/ 1	Spécification/ 2	Spécification/ 3
Score moyen	0,55006	0,52356	0,41831
% S/ Sanitaires Efficients	32%	39%	24%

Une réduction, importante sur tous les facteurs de production, est réalisable quelque soit la spécification.

**Tableau 3 : Economies réalisables sur les inputs**

	Spécification/ 1	Spécification/ 2	Spécification/ 3
Nombre de lits moyens	31%	21%	34%
Nombre de personnel paramédical moyen	28%	20%	27%
Nombre de personnel médical moyen	30%	20%	31
Nombre de personnel administratif optimal moyen	37%	27%	33%

### **b. Les établissements hospitaliers de taille moyenne :**

De même, il est possible de faire des économies quelque soit la spécification prise en considération.

**Tableau 4 : L'évaluation des établissements hospitaliers de taille moyenne**

	Spécification/ 1	Spécification/ 2	Spécification/ 3
Score moyen	0,67075	0,602	0,566
% S/ Sanitaires efficaces	30%	44%	17%

Dans le tableau suivant, nous résumons les différentes réductions des facteurs de production.

**Tableau 5 : Economies réalisables sur les inputs**

	Spécification/ 1	Spécification/ 2	Spécification/ 3
Nombre de lits moyen	22%	16%	48%
Nombre de personnel paramédical moyen	24%	20%	%41
Nombre de personnel médical moyen	28%	13%	47%
Nombre de personnel administratif optimal moyen	25%	14%	41%

### C. Les établissements hospitaliers de grande taille :

Ils possèdent les moyens et sont dotés d'un personnel qualifié, qui assure la qualité des soins.

**Tableau 6 : L'évaluation des établissements hospitaliers de grande taille**

S/ Sanitaire de grande taille	Spécification 1	Spécification 2	Spécification 3
Score moyen	0,81220	0,77605	0,69872
% S/Sanitaires efficaces	55%	51%	39%

De même, une réduction de tous les facteurs de production s'effectue au niveau des trois spécifications. Une réduction importante sur tous les facteurs de production est réalisable, quelque soit la spécification.

**Tableau 7 : Economies réalisables sur les inputs**

Les grands secteurs	Spécification 1	Spécification 2	Spécification 3
Nombre de lits moyen	22%	26%	42%
Nombre de personnel paramédical moyen	23%	24%	34%
Nombre de personnel médical moyen	39%	32%	31%
Nombre de personnel administratif optimal moyen	34%	33%	31%

### Discussions des résultats

Nous avons constitué des groupes d'établissements à l'aide de l'algorithme de Kohonen, qui les répartit en trois classes : la première, constituée de secteurs sanitaires de petite taille, c'est-à-dire ceux dont l'effectif et le nombre de lits sont les plus petits à l'échelle nationale. Déjà, nous pouvons conclure que cette classe est surdimensionnée par rapport au personnel paramédical. Nous avons constaté leur répartition à travers tout le territoire national. La deuxième classe représente les secteurs sanitaires dont l'effectif est intermédiaire, entre la première et la troisième classe, mais nous concluons qu'elle est sous-dimensionnée par rapport à la capacité litière. Ceux-là sont concentrés surtout au Centre et à l'Est du pays. La troisième classe représente

les secteurs sanitaires qui ont le maximum d'effectifs sur toutes les variables. Ce type de secteurs est situé surtout au Centre et à l'Est du pays. Il convient de noter que cette classe possède un surnombre en personnel paramédical.

Les premiers résultats obtenus ont permis de mettre en évidence la non optimisation de l'allocation des ressources. Nous avons constaté une répartition inégale des moyens de production dans la plupart des établissements de soins.

- **En ce qui concerne la première classe (Petite taille)**, une des principales caractéristiques de ce type de secteurs : la plupart sont inefficients. Ceux du Centre possèdent un surplus en personnel médical, un personnel administratif très important et un manque de capacité litière. En effet, cela influe négativement sur leur degré d'efficacité. Cependant, leurs prestations sont reconnues de bonne qualité. En fait, ils ont le plus grand nombre de personnel médical très qualifié. Les secteurs des autres régions cumulent un surdimensionnement en personnel paramédical et un surplus de lits.
- **En ce qui concerne la deuxième classe (Taille moyenne)**, les secteurs de cette classe sont meilleurs que la première en comparaison avec leur score moyen. En fait, les secteurs efficaces sont répartis à travers tout le territoire national avec, néanmoins, une concentration plus importante au niveau de la région Centre. En revanche, les secteurs inefficients sont localisés surtout au niveau de la région Sud. Les sources d'inefficacité sont multiples et sont le plus souvent dues au nombre important de personnel administratif, paramédical et au surplus de lits fonctionnels.
- **Pour la troisième classe (ayant le plus grand effectif)**. Ces secteurs possèdent le meilleur degré d'efficacité moyen par rapport aux deux classes précédentes. En fait, ils représentent les grands hôpitaux. Cependant, cette classe renferme certaines défaillances qui sont dues principalement à un surplus de personnel médical, dans la région Centre ; cependant la qualité de la prestation est meilleure par rapport aux classes précédentes.

Pour la troisième spécification, qui prend en compte l'enjeu de la qualité, celle-là montre que les variables utilisées dans le modèle



ne suffissent pas pour une évaluation convenable de la qualité des activités. Nous confirmons cette réponse par le fait que l'Algérie ne dispose pas d'indicateurs fiables qui permettent d'évaluer la qualité des prestations.

Nous concluons que la comparaison des résultats obtenus entre les deux premières spécifications permet de considérer que l'utilisation du nombre d'admissions comme unité de mesure est plus favorable que l'utilisation de journées d'hospitalisation, et l'effet de la prise en compte de la qualité des soins est importante, afin d'assurer les résultats avec le modèle DEA. Aussi, il est nécessaire d'utiliser des variables qui sont classables par pathologie et d'introduire des variables telles la réadmission aux services, ou le transfert des patients d'un service à un autre.

## Chapitre II

# LA SATISFACTION DES PATIENTS ET PRATICIENS DE LA SANTÉ

Rappelons que le défi pour les gestionnaires est de s'assurer de la qualité, de la pertinence et de l'efficacité des services offerts tout en garantissant une gestion optimale et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières. Ainsi, l'amélioration de performance globale des services publics hospitaliers passe par la mesure du décalage, ressenti par l'utilisateur, entre les prestations attendues et les prestations perçues.

### 2.1. L'évaluation de la satisfaction des patients

La satisfaction du patient est une dimension importante de la qualité des soins. Elle est considérée comme un indicateur final important, élément de l'état de santé lui-même. L'organisation mondiale de la santé (OMS), dans sa définition de l'évaluation de la qualité des soins, a consacré cette position (2001). Dès lors, le recueil du point de vue des patients est nécessaire pour évaluer la qualité d'un système de soins, au même titre que les considérations techniques que pourront livrer les professionnels de santé.

#### 2.1.1 Les incertitudes du concept de satisfaction

Le terme de satisfaction des patients, bien que largement utilisé, est une appréciation subjective comportant plusieurs dimensions relativement indépendantes et qui n'ont pas toutes le même poids sur le point de vue global de l'individu. Ainsi, il faut distinguer la satisfaction par rapport aux relations humaines avec les professionnels, à la qualité technique des soins (compétence des professionnels), à la continuité des soins, à l'environnement physique (hôtellerie, calme), etc. La satisfaction du

patient peut être considérée comme un résultat des soins et même un élément de l'état de santé lui-même [Lairy Gérard (1966)].

Nonobstant, une définition est fréquemment utilisée dans la littérature anglo-saxonne. La satisfaction du patient serait définie comme étant « *sa réaction à son expérience personnelle dans les services. Dans cette formulation, la satisfaction consiste en une évaluation cognitive (notion de connaissances) et une réaction émotionnelle (domaine affectif) aux structures, procédures et résultats des services* » [Pourin et a. (1999)]

Cependant, le patient n'a pas forcément tous les moyens d'apprécier des éléments qui sont pourtant des composantes essentielles de sa satisfaction. Et de fait, il apparaît que le patient - usager - client ne se trouve pas en position d'appréhender l'ensemble des éléments qui contribuent à la qualité de sa prise en charge (ce qui, à l'inverse, est plus envisageable pour d'autres types de services : transport, poste, etc.). En revanche, l'appréciation du patient sur sa prise en charge a du sens, et même est très souhaitable, parce que la relation de l'équipe soignante au patient est un élément important du processus de prise en charge. Ainsi, le patient est sensible au fait de recevoir de l'information sur ce qui est fait pour assurer une bonne prise en charge (sécurité anesthésique, formation des intervenants, par exemple).

Aux États-Unis, une étude effectuée auprès de 138 médecins de famille de l'Ohio a évalué l'importance du temps passé en consultation sur la satisfaction du patient [Da Gross et a. (1998)]. L'analyse des questionnaires complétés par des patients adultes à l'occasion de 2.315 actes a montré que leur satisfaction est étroitement corrélée au temps passé en consultation avec leur médecin, tout spécialement lorsque la durée de la consultation dépasse 15 minutes. Le temps passé en consultation pourrait être un critère de mesure à prendre en compte une fois adapté au contexte algérien.

Smith Ch. et Armstrong D (1989) ont étudié la corrélation des critères de satisfaction retenus par des patients par rapport à ceux retenus par les autorités sanitaires et les médecins. L'étude a porté sur 711 patients vus en secteur semi-rural. Elle a évalué 20 critères de mesure décrivant différentes facettes des soins. La moitié d'entre eux était établie par les autorités sanitaires et l'autre moitié provenait d'une enquête préliminaire ayant porté sur 24 patients.

Les critères établis par des patients ont obtenu des scores plus élevés que ceux établis par les autorités sanitaires. En somme, cette étude a montré les divergences sur ce qui est important en matière de qualité pour les patients et pour les autorités de santé. Ainsi, pour les patients, les trois critères les plus importants, qui étaient initialement établis par les patients, sont :

- Avoir un médecin qui les écoute,
- Avoir un médecin qui règle leurs problèmes,
- Pouvoir consulter habituellement le même médecin.

Toujours du point de vue des patients interrogés, les trois critères les moins importants, qui étaient initialement établis par les autorités sanitaires :

- L'éducation sur la santé,
- Avoir la possibilité de changer le médecin facilement,
- Disposer de locaux pratiques et bien décorés.

En résumé, le choix des critères d'évaluation de la satisfaction des patients est particulièrement difficile car il doit réaliser la synthèse des éléments importants pour les patients tout en étant consensuel avec les professionnels de santé et les autorités sanitaires. Les critères doivent être adaptés au contexte socioculturel dans lequel l'évaluation sera pratiquée.

### **2.1.2. Les objectifs de l'évaluation de la satisfaction des patients**

Mesurer la satisfaction des patients fait l'unanimité. Les objectifs poursuivis par les uns et par les autres ne sont cependant pas strictement identiques. D'une part, les établissements de santé cherchent à apporter aux patients qu'ils accueillent le meilleur service possible. Connaître l'appréciation portée par le bénéficiaire du service rendu est perçu, de façon croissante comme nécessaire, pour :

- Repérer des dysfonctionnements qui seraient passés inaperçus de l'établissement et des professionnels eux-mêmes ;
- Suivre les effets des mesures prises pour améliorer la qualité des prises en charge des patients ;

- Tirer parti de la comparaison avec les autres établissements et services.

Toutefois, la mesure de la satisfaction des patients prend aussi sa place au sein des établissements de santé, dans un ensemble de stratégies d'acteurs [Shin D. et Elliott K. (2001)]. En effet, l'appréciation du patient sur les soins qui lui ont été prodigués implique plusieurs professionnels de santé différents, médecins et gestionnaires de la santé. Le souci de chacun d'être situé par rapport à ce qui relève de ses responsabilités ne peut que se retrouver dans le choix des indicateurs choisis pour mesurer la satisfaction de l'utilisateur. Aussi, les directions d'établissements entendent s'appuyer sur les résultats des mesures de la satisfaction des usagers réalisées pour argumenter en interne sur des évolutions leur paraissant nécessaires, ou en externe, pour obtenir une décision en leur faveur.

D'autre part, les autorités de l'État en tant que régulateurs de l'offre de soins, se soucient de la satisfaction des usagers pour deux raisons :

- Premièrement, elles doivent assurer la meilleure protection possible de la population, notamment sur le plan de sa santé.
- Deuxièmement, dans un dispositif de soins financé par la solidarité collective, l'adhésion de chacun à l'effort qui lui est demandé se trouverait compromise par la médiocre qualité des services rendus ou par le gaspillage des ressources.

Ainsi, si la mesure de la satisfaction de l'utilisateur permet au régulateur de rendre des comptes au citoyen et de s'assurer que son action est la plus efficace possible pour protéger les intérêts de chacun, elle est également un outil capable de servir de levier pour obtenir l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement du dispositif de soins.

Ce rôle de levier attendu de la mesure de la satisfaction des usagers opère de deux façons :

- En suscitant des conduites vertueuses de la part des établissements encouragés à se corriger en tenant compte des résultats des enquêtes réalisées auprès de leur clientèle ;
- En utilisant les réactions des patients désireux d'éviter la fréquentation des établissements peu appréciés, pour obtenir les restructurations hospitalières nécessaires.

En outre, la satisfaction du patient-usager peut être pour la tutelle un critère d'appréciation de l'établissement hospitalier, qui s'ajoute aux éléments techniques et économiques.

Enfin, les usagers souhaitent s'adresser à l'établissement hospitalier, au service, au professionnel, susceptibles de leur assurer les soins de la meilleure qualité possible. Néanmoins, et comme nous l'avons souligné précédemment, la qualité des soins, et donc la performance attendue par les usagers, ne se confond pas toujours avec la conception que s'en font les professionnels de santé. Cela explique les différences d'opinion existantes sur la place à accorder à la mesure de la satisfaction des usagers entre usagers et professionnels.

À cet effet, bien que les usagers souhaitent tous que les pratiques soignantes soient à la hauteur des capacités scientifiques et techniques d'une médecine moderne, ils apprécient cependant la qualité des soins en la reliant à « *la qualité de la relation qu'ils ont avec les professionnels de santé et moins aux processus cliniques ou aux résultats des soins pour lesquels ils ont plutôt tendance à s'en remettre aux praticiens et aux organisations* » [Ghadi V. et Naiditch M (2001)].

### **2.1.3. Les difficultés de l'évaluation de la satisfaction des patients**

On oppose parfois à la mesure de la satisfaction l'argument selon lequel, dans la mesure où il s'agit d'un phénomène subjectif, toute mesure serait forcément imprécise et ne renverrait à rien de concret. Ceci étant, être globalement satisfait à l'issue d'un séjour au sein d'un établissement hospitalier, correspond à un sentiment bien réel que chacun peut se représenter. Rien ne s'oppose alors à ce que ce sentiment bien réel ne soit mesuré, même imparfaitement.

D'un côté, la complexité du sentiment de satisfaction en rend cependant la mesure complexe. Les résultats d'une enquête sont très dépendants des questions qui ont été posées, du moment pendant lequel on a recueilli l'avis de l'utilisateur, du contexte dans lequel le questionnaire est administré, des caractéristiques mêmes de l'utilisateur. [Fermanian J (1996)]. Il apparaît, en particulier que :

- La satisfaction telle qu'on la mesure par les questionnaires est variable au cours du temps. Elle n'est pas la même à la sortie, quinze jours après, ou deux mois après ;
- Le résultat de la mesure est dépendant de la manière dont les questions sont formulées, et du contexte dans lequel elles sont administrées.
- Le niveau de satisfaction, tel qu'on l'exprime dans les questionnaires, varie selon les caractéristiques du répondant : les personnes jeunes, les CSP élevées, les proches, par exemple, sont plus sévères dans leurs appréciations ;
- On ne peut enfin ignorer la question de l'anonymat. Nombre de patients sont amenés à retourner dans le service où ils ont été traités, c'est le cas en particulier des malades chroniques. Et si les conditions d'anonymat ne sont pas strictement garanties, le patient peut hésiter à formuler une appréciation négative sur un service où il sera amené à revenir.

Il est donc difficile de mesurer la satisfaction des usagers. La construction d'un outil de mesure est en effet un processus long et complexe, et la mesure elle-même peut être relativement coûteuse.

De l'autre, il convient de souligner que les outils quantitatifs de mesure de la satisfaction des usagers ne constituent pas une réponse globale et définitive au problème de l'appréciation de la satisfaction. Ces outils se présentent sous la forme de questions fermées, ce qui limite le champ dans lequel les personnes interrogées peuvent s'exprimer. Or, des études ont révélé que ce sont les commentaires libres exprimés soit dans le cadre des questionnaires de sortie, ou dans celui des enquêtes de satisfaction, qui sont les plus susceptibles de dévoiler les cas de très grande insatisfaction.

En outre, les instruments de l'évaluation de la satisfaction des usagers ne mesurent de manière directe ni la qualité des soins, ni l'amabilité du personnel, ni l'information donnée aux patients. Il s'agit de mesures indirectes, qui reflètent l'impression conservée par les usagers à l'issue de leur prise en charge, dans un certain nombre de domaines. Les patients ne sont pas, d'une manière générale, en mesure de discerner si une insatisfaction qu'ils ressentent est due à un mauvais fonctionnement du service, à une défaillance du personnel ou à un

problème d'organisation au niveau de l'établissement. Par conséquent, les mesures de satisfaction peuvent constituer un élément d'alerte. Ils ne peuvent aucunement tenir lieu de diagnostic.

### 2.1.4. Les outils de mesure de la satisfaction des patients

Les outils de mesure de la satisfaction des usagers sont complexes et difficiles à manier. Leur construction, aussi bien que leur utilisation, ne sont pas immédiates et doivent être entourées de précautions. Ainsi, plusieurs conditions préalables sont indispensables pour considérer les résultats des enquêtes réalisées comme reflétant la « réalité » du patient et d'en déduire des actions correctives en mesure d'améliorer le point de vue de l'usager sur le fonctionnement de l'hôpital.

- **Premièrement**, il importe d'utiliser des outils construits selon une méthodologie rigoureuse utilisant les méthodes propres aux mesures subjectives. Le processus de validation nécessite de réaliser des enquêtes ad hoc. Dans un premier temps, un pool initial de questions jugées pertinentes est constitué à partir de données de la littérature et d'entretien auprès de patients. Dans un second temps, le choix des items (ou questions) qui feront partie de l'outil définitif est effectué en réalisant des analyses statistiques permettant de définir leur niveau de normativité. En France par exemple, plusieurs questionnaires sont développés, qui remplissent ces conditions. Il s'agit d'outils génériques qui mesurent tous les aspects des soins, ou d'outils spécifiques n'abordant qu'un seul aspect comme l'information et les relations avec les soignants par exemple.

- **Deuxièmement**, il faut choisir une méthodologie d'enquête permettant à la fois d'assurer qualité des données (minimisation des biais) et faisabilité des enquêtes (coût financier faible et organisation facile à mettre en œuvre).

Actuellement, les études auprès des usagers et de leur entourage se généralisent dans les établissements hospitaliers de plusieurs pays avec la mise en place de dispositifs permanents tels que la distribution de questionnaires de sortie, auxquels se prêtent plus ou moins les usagers-patients, l'analyse des plaintes adressées à l'hôpital par les patients ou leur entourage, et la réalisation d'enquêtes ponctuelles



d'opinions et de satisfaction. Dans ce qui suit, nous nous attarderons sur ces trois outils de mesure.

#### *2.1.4.1. Les enquêtes de satisfaction*

Certains établissements de santé remettent au patient, lors de son admission, un *livret d'accueil* comprenant, entre autres éléments, un questionnaire de satisfaction à rendre à la sortie du séjour. Ce questionnaire de sortie porte sur des rubriques telles que : la qualité de l'accueil, la qualité de l'information donnée, la qualité des soins, le respect du consentement du malade et son intimité, la qualité des repas, de l'hôtellerie, des diverses prestations offertes (télévision, téléphone, etc.). Les établissements procèdent en général à une analyse statistique des réponses obtenus avec ces questionnaires. Ce qui intéresse le plus, ce sont les évolutions des indicateurs dans le temps et, plus encore, les commentaires qualitatifs. Les éléments tirés de l'analyse de ces questionnaires de sortie prennent tout leur sens quand ils sont rapprochés d'autres éléments d'information formels ou informels dont dispose le service pour apprécier la satisfaction des usagers. Ils peuvent donc mettre en alerte, ou conforter des présomptions.

#### *2.1.4.2. Le traitement des plaintes*

Parallèlement aux questionnaires de sortie, certains établissements hospitaliers mettent en place un dispositif permanent de recueil des plaintes orales et écrites. Ces plaintes, le plus souvent dues à des problèmes de communication entre soignants et soignés, constituent un mode traditionnel d'expression de l'insatisfaction des usagers. Par ailleurs, elles représentent un événement rare et potentiellement grave qui peut être considéré comme un « indicateur sentinelle » dans le cadre d'une politique de gestion du risque, puisque les plaintes peuvent aboutir à une démarche contentieuse [Gasquet I. (2000)]. De plus, les hôpitaux sont tenus d'enregistrer toutes les plaintes, d'y répondre, de les analyser, d'informer les services concernés et de mettre en place, le cas échéant, des mesures correctrices. Ceci étant, une analyse quantitative des plaintes est moins pertinente puisqu'un nombre bas de plaintes peut à la fois traduire l'absence de dysfonctionnements tout comme l'inefficacité (ou l'absence) du dispositif.

### 2.1.4.3. *Les enquêtes d'opinions et de satisfaction*

Il ressort des travaux menés par les économistes de la santé que, tant le rôle des patients que celui des prescripteurs de soins, sont incontournables dans le choix d'un hôpital [K Khayat K. et Salter B. (1994)]. L'hôpital doit donc se doter des moyens de connaître les attentes de ces deux populations. En effet, selon la *théorie des attentes* [Staines, A. (1995)], la satisfaction est l'expression de la différence entre ce qui est attendu et ce qui est perçu. Les enquêtes de satisfaction devraient alors rendre compte de la réaction des patients devant cette différence. Pour dépasser le simple constat de l'écart et envisager de le réduire, il devient indispensable de connaître les attentes des patients. Or, comme le souligne Steudler F. (1990), « *les attentes des malades varient en fonction d'un très grand nombre de variables, au nombre desquelles on peut compter la nature des pathologies, leurs caractéristiques démo-professionnelles et socioculturelles...* ». À cet effet, on peut distinguer avec l'auteur trois types d'attentes :

- **Les attentes technico-médicales** : correspondant aux besoins organiques primaires, à une quête de sécurité. Le malade attend une réponse 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 attend des informations et des relations rassurantes.
- **Les attentes matérielles et intellectuelles** : qui traduisent le désir de ne pas être dévalorisé, de retrouver l'estime de soi malgré la présence de la maladie.

Étant donné la taille de la population potentiellement concernée (plusieurs dizaines de milliers de personnes pour un hôpital de recours), l'enquête statistique à partir d'un questionnaire préétabli, sur un échantillon représentatif, serait le plus pertinent. Le questionnaire serait établi, soit à partir de quelques face-à-face qualitatifs avec des personnes représentatives de la population du territoire, soit par un focus groupe qui consiste à faire débattre ces mêmes personnes au cours d'une réunion pour extraire les problématiques et les pistes de réponses principales. Il s'agit dans ce cas de l'usage des techniques du

marketing de grande consommation, qui sont coûteuses au niveau d'un établissement hospitalier.

Les études de satisfaction des patients, ponctuelles ou sous la forme de baromètres, afin d'analyser les évolutions dans le temps, sont plus faciles et moins coûteuses à réaliser, car elles portent sur des personnes bien identifiées, plus disponibles et en général concernées par la problématique de l'hôpital. En revanche, elles ne visent pas le même objectif. Elles permettent d'étudier la qualité perçue du service rendu par l'hôpital et donc de mesurer quelle sera la probabilité que les patients traités par l'établissement, influencent positivement ou négativement le choix de leur entourage, si des membres de celui-ci devaient être hospitalisés.

En fonction du poids que l'entourage a sur le choix d'un hôpital, mais aussi de celui du bouche-à-oreille, voire des médias qui relaient souvent les satisfactions individuelles des patients, et plus particulièrement les insatisfactions, il peut être important de privilégier ce type d'outil, à la fois pas trop coûteux et efficace pour l'analyse. L'efficacité sur l'attractivité de l'hôpital dépendra des suites qui seront données à ces analyses.

Ces études peuvent être faites par des enquêtes auprès des patients qui ont été hospitalisés ou à partir des questionnaires de satisfaction remplis par les patients avant de sortir de l'hôpital, si ceux-ci existent et sont remplis en quantité suffisante pour être significatifs. Ces enquêtes sont d'une grande importance car elles participent des démarches qualité largement engagées dans beaucoup d'établissements hospitaliers dans le monde.

Comme nous l'avons déjà évoqué, les attentes et critères de satisfaction privilégiés par les patients englobent l'ensemble de la prestation hospitalière, mais sont finalement plus détaillés sur ses aspects secondaires, c'est-à-dire la prise en charge hôtelière par exemple, car ce sont ceux sur lesquels ils possèdent le plus de compétences pour les analyser. En effet, sur la prise en charge médicale, qui est de loin leur préoccupation principale, ils ont souvent peu d'éléments d'évaluation, si ce n'est le résultat ou l'avis d'experts extérieurs.

Les enquêtes auprès des patients ou de la population générale permettront donc d'améliorer d'abord la prestation entourant la

prestation médicale : organisation, soins, hôtellerie, etc. plutôt que la prestation médicale elle-même. Les critères de qualité médicale recherchés et l'appréciation de celle-ci sont donc essentiellement définis par les prescripteurs. D'où l'importance de leur rôle et l'importance de connaître leurs attentes et leurs appréciations du service rendu. Les techniques d'enquête vis-à-vis d'eux relèvent de celles du marketing industriel ou professionnel, où les questionnaires sont beaucoup plus axés sur la technique, médicale ou de prise en charge soignante, et nécessitent souvent des entretiens en face à face, relativement longs et réalisés dans un climat de confiance. Le nombre d'enquêtes à réaliser est en revanche nettement plus réduit car l'ensemble de la population concernée ne dépasse pas souvent les quelques centaines de personnes et il n'est pas nécessaire de les interroger toutes. Cette enquête auprès des prescripteurs est cruciale puisqu'elle permet d'évaluer les attentes en ce qui concerne le premier critère d'adressage pour un prescripteur ou de choix pour un patient, à savoir le service médical rendu.

En résumé, ces enquêtes auprès de la population et des prescripteurs de soins permettent donc d'identifier les leviers sur lesquels l'hôpital doit s'appuyer pour favoriser son attractivité. Autrement dit, la satisfaction (ou l'insatisfaction) du patient représente un indicateur pertinent de la performance des établissements de santé, dans la mesure où les outils marketing utilisés peuvent fournir des résultats fiables et induire des changements.

## **2.2. L'évaluation de la satisfaction du personnel hospitalier**

### **2.2.1. La problématique de l'évaluation**

Face à un environnement économique de plus en plus difficile et complexe, l'hôpital doit adopter l'approche client. Il est une entreprise soumise à une concurrence du secteur privé et dont la clientèle devient de plus en plus exigeante. Il doit ainsi mettre l'accent sur la nécessité d'allier la qualité des soins dispensés au patient avec une utilisation optimale des ressources.

La satisfaction au travail est une perception qui change et qui évolue dans le temps en fonction des expériences, mais aussi en fonction

des attentes du salarié, qui varient tout au long de sa vie. Ce concept a fait l'objet de nombreuses études, notamment dans le secteur de la Santé, puisqu'il s'agit de l'un des concepts de la Gestion des Ressources Humaines les plus étudiées. Plus de 10.000 études ont été réalisées depuis les années 30.

Pour évaluer la performance des établissements de soins, il est important d'étudier la satisfaction au travail du personnel soignant et administratif, car elle permet d'expliquer la relation entre l'efficacité individuelle et organisationnelle. Certains chercheurs ont montré que la satisfaction au travail pouvait avoir un impact sur la santé des salariés et sur leur performance. Un salarié heureux est un salarié productif. Certains auteurs ont en effet montré que la satisfaction des soignants est positivement liée à une issue favorable pour le patient et une meilleure perception de la qualité des soins. Nous notons que le type de facteur qui attire particulièrement notre attention est celui relatif au patient puisque la performance de l'hôpital est liée à la qualité des soins. Donc, la possibilité d'une forte qualité des soins soit une des sources majeures de satisfaction au travail pour les soignants. Ainsi, puisque la principale mission d'un hôpital est de fournir aux patients des soins de qualité, l'un des leviers possibles dans l'amélioration de cette mission est de prendre en considération la fonction Ressources humaines. Donc, l'évaluation de la satisfaction au travail du personnel hospitalier nous permet de répondre à notre problématique. Pour cela, nous présentons une revue succincte de la littérature portant sur la satisfaction au travail.

### **2.2.2. La conceptualisation de la satisfaction au travail**

Adams et a. (2000) proposent de définir le concept de satisfaction comme étant « *le degré d'affect positif envers un travail ou ses composants* ». Selon ces auteurs, la satisfaction est déterminée par des caractéristiques individuelles et des caractéristiques du travail, en particulier par l'organisation de ce dernier. Ils présentent trois types de théories de la satisfaction du travail : la *théorie de non-conformité* qui consiste à évaluer ce dont un salarié a besoin ou ce qu'il souhaite satisfaire avec son travail, la *théorie de l'équité* qui étudie la satisfaction au travail comme mettant en évidence les comparaisons sociales dans l'évaluation des

récompenses au travail et la *théorie de l'attente* qui se centre sur la motivation des salariés.

Patterson et a. (2010) considèrent le concept comme une interaction entre la cognition et l'affect, ou la réflexion et les sentiments. Pour ces auteurs, la satisfaction au travail peut être étudiée comme une évaluation générale de son travail mais également en prenant en considération les différentes dimensions du travail comme la satisfaction vis-à-vis de la paie, des collègues de travail, de la hiérarchie et du travail lui-même.

Mignonac K. (2004) se propose de lever les ambiguïtés conceptuelles et empiriques entre le concept de satisfaction au travail et celui d'état affectif en s'appuyant notamment sur deux études empiriques réalisées auprès de cadres d'entreprises. L'auteur note que la satisfaction est un construit multidimensionnel composé d'une dimension affective, une dimension conative et une dimension cognitive.

Meyssonier et Roger (2004), en s'appuyant notamment sur les travaux de Mignonac, observent que dans la littérature, la satisfaction au travail peut être abordée selon au moins trois approches :

- **un « état émotionnel »** qui se définit comme une réponse émotionnelle positive face à une expérience de travail. La perception positive de l'expérience de travail est instable car elle évolue en fonction des expériences et des attentes du salarié.
- **une « évaluation »** dans laquelle l'individu appréhende l'écart perçu entre ce qu'il attendait de son emploi et de ce qu'il est réellement.
- **une « dynamique »** dans laquelle « *l'individu est en constante adaptation afin de maintenir le niveau de satisfaction qui lui convient* » et qui « *évolue en fonction des besoins et des aspirations de l'individu et de la réalité vécue dans le travail au sein de l'entreprise, et elle résulte de l'action des forces internes et externes à l'organisation* ».

Au regard des travaux étudiés et présentés succinctement, nous déduisons qu'il faut considérer au moins trois manières de définir la satisfaction au travail en fonction de l'objectif visé par le travail de recherche, toutes sous l'angle de l'évaluation :

- **une évaluation statique affective** de sa situation de travail par l'individu que Meyssonnier et Roger qualifient d'«état émotionnel »;
- **une évaluation statique cognitive** aussi appelée l'approche «évaluation» par Meyssonnier et Roger ;
- **une évaluation dynamique à trois dimensions** : cognitive, conative et affective, que Meyssonnier et Roger nomment l'approche « dynamique ».

### 2.3. Analyse des résultats des questionnaires de satisfaction des patients et des praticiens

Ces deux enquêtes se veulent être à la fois utiles aux patients et aux agents des établissements hospitaliers, toutes catégories confondues, particulièrement aux niveaux des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Cette étude exploratoire consiste à identifier les facteurs générateurs de satisfaction et d'insatisfaction auprès des deux populations soumises à l'étude, à savoir les patients et le personnel hospitalier. Nous ambitionnons à ce que les résultats de ces deux enquêtes conduisent à mettre en évidence les contraintes spécifiques de la qualité des soins dispensés aux malades, ainsi que celles à l'origine de la démobilisation des acteurs internes au sein des structures hospitalières algériennes.

Pour les besoins de notre étude, nous avons confectionné deux questionnaires d'enquête :

- L'un est destiné aux patients hospitalisés et/ou à l'un de leurs parents ou de leurs proches, qui peut témoigner en leur nom;
- Le second questionnaire est à l'intention du personnel hospitalier, qu'il soit médical, paramédical ou administratif.

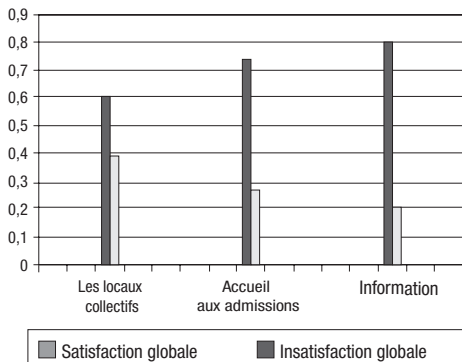
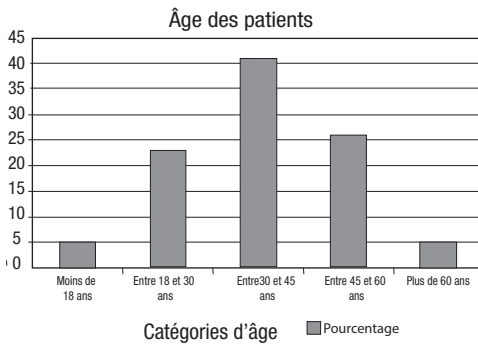
Quant au mode d'administration du questionnaire, notre choix s'est porté sur l'enquête en face-à-face. Ce type d'enquête permet d'avoir un contact direct entre l'enquêteur et l'enquêté. Il est potentiellement le plus efficace pour la qualité et la quantité d'informations que l'on peut recueillir. Quatre CHU sont retenus : Alger-Centre, Mustapha-Pacha, Beni-Messous, Parnet et Bab-el-Oued.

## 2.3. Analyse des résultats du questionnaire de satisfaction des patients et praticiens

### 2.3.1. Analyse des résultats du questionnaire de satisfaction des patients

La première partie du questionnaire concerne les caractéristiques de l'échantillon étudié; il ressort du dépouillement du questionnaire que 47.5% des patients interrogés sont de sexe masculin et 52.5% sont de sexe féminin. On remarque toutefois que plus de 40% des patients enquêtés sont âgés entre 30 et 45 ans ; alors qu'un peu plus d'un quart sont âgés entre 45 et 60 ans.

**Figure : Répartition des répondants par catégories d'âge**

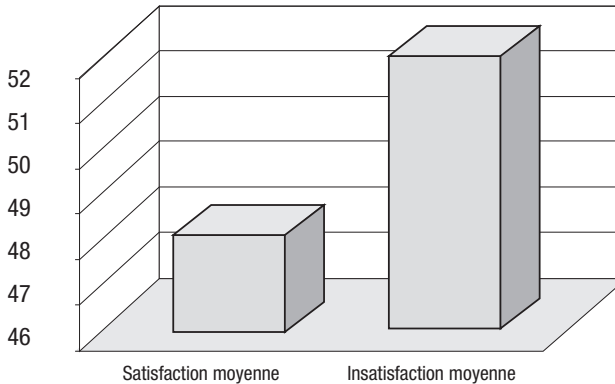


- De plus, on constate qu'en moyenne, plus de 71% des patientés s'estiment globalement insatisfaites quant à l'accueil général qui leur est réservé à l'hôpital. Ainsi, le graphique suivant montre que les taux globaux d'insatisfaction sont assez significatifs. D'une manière plus détaillée, on note que le score de satisfaction le plus bas (20%) est attribué à la question portant sur l'information (écrite, orale et affichée) transmise ou non aux patients à leur arrivée à l'hôpital. Par ailleurs, seuls 26% des sondés s'estiment globalement satisfaits de l'accueil du personnel d'admission. Enfin, 39% des répondants trouvent que l'architecture de l'établissement hospitalier est globalement satisfaisante.



La deuxième partie du questionnaire consiste à calculer les taux moyens de satisfaction des patients pour chacun des trois indicateurs respectifs : qualité des soins, confort et organisation de la sortie. Le score moyen de satisfaction pour l'indicateur « qualité des soins » s'obtient par le calcul de la moyenne des taux de satisfaction enregistrés pour l'ensemble des questions. Tel qu'illustré par la figure ci-après, ce score est de l'ordre de 48% contre une insatisfaction moyenne de 52%.

**Schéma N°5 : Pourcentage du score moyen de satisfaction pour la « Qualité des soins »**



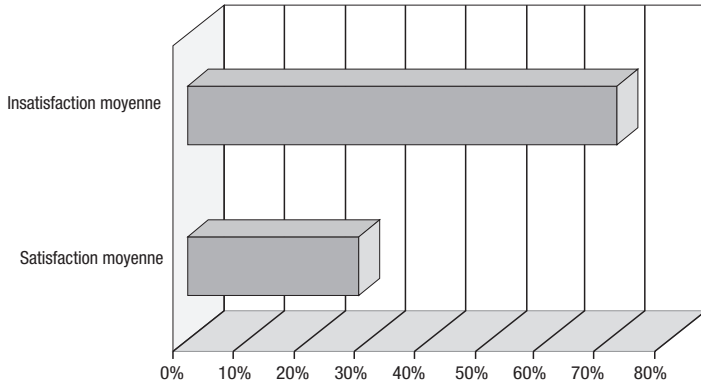
De la sorte, à la lumière du tableau des tris plats nous remarquons qu'au chapitre de la « qualité des soins » les meilleurs taux de satisfaction sont observés pour les questions relatives à l'information sur les actes opératoires (93%), à l'attention et à l'écoute qui leur ont été accordées par les médecins (82%), à l'information médicale (80%), à l'identification des fonctions du personnel (64%) et à la prise en charge de la douleur (61%).

En parallèle, les questions qui reçoivent le plus haut degré d'insatisfaction sont celles relatives au délai d'attente aux examens (80%), à la disponibilité du personnel paramédical (75%), à l'accueil dans le service de soins (74%), au délai de réponse aux appels urgents (70%), à la disponibilité du personnel médical (69%) et à l'amabilité du personnel (64%).

Le score moyen de satisfaction pour l'indicateur du « confort ou de la logistique » s'obtient par le calcul de la moyenne des taux de

satisfaction enregistrés. La figure N° 4 indique la faible proportion de ce score, qui s'élève à 28% contre une insatisfaction moyenne de l'ordre de 72%.

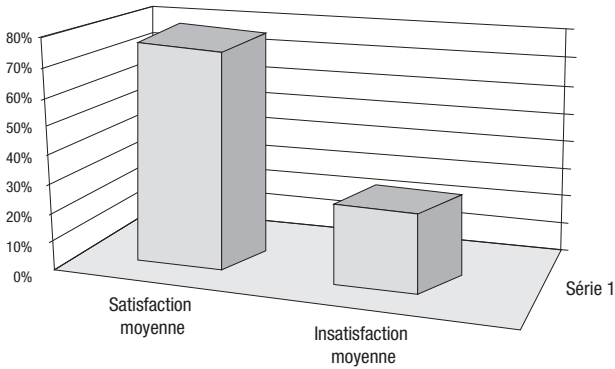
**Schéma N° 6 : Pourcentage du score moyen de satisfaction pour le « Confort »**



Ainsi, nous pouvons déduire du tableau, les principales thématiques pour lesquelles les opinions très négatives des patients interrogés sont les plus élevées au chapitre du confort. En effet, si nous examinons chacune des questions de manière détaillée, nous constatons que les moyennes de satisfaction les plus basses sont attribuées respectivement aux questions sur la qualité des repas (5%), sur la variété des plats (5%), sur le confort de la chambre d'hospitalisation (16%), sur la propreté des sanitaires (29%) ainsi que sur la température de la chambre d'hospitalisation (39%). De plus, en moyenne 55% des répondants estiment être gênés par le bruit dans leur chambre d'hospitalisation ; alors que 45% d'entre eux ne sont pas satisfaits de la propreté de leur chambre.

La méthode utilisée pour le calcul du score moyen de satisfaction pour l'indicateur de « l'organisation de la sortie » est la même que pour les deux autres indicateurs. Comme le montre la figure n° 4, en pourcentage, plus des trois-quarts des sondés (76%) s'estiment satisfaits quant à l'organisation de leur sortie tandis que près d'un quart d'entre eux (24%) ne le sont pas.

### Schéma N° 7: Pourcentage du score moyen de satisfaction pour « l'organisation de la sortie »



À la lecture des résultats, il s'avère que les thématiques pour lesquelles les opinions très positives des patients sont les plus élevées en matière d'organisation de la sortie, portent sur l'information. Sur ce point, l'appréciation moyenne de la part des patients est très bonne traduisant des scores de satisfaction remarquables. Ainsi, 96% des répondants se déclarent très satisfaits quant aux explications apportées par les médecins au sujet du traitement médical à suivre après leur hospitalisation. On observe également que la satisfaction globale à l'égard des informations reçues sur les activités possibles après la sortie est très bonne, du fait que 87% des sondés y consentent. Par ailleurs, la planification de la sortie génère le plus d'insatisfactions, et pour laquelle on note une insatisfaction globale à hauteur de 55%.

Il apparaît que les déterminants du degré global d'insatisfaction de cette dernière sont, par ordre de pouvoir prédictif, le délai d'attente aux examens (41%), l'accueil dans le service de soins (39%), le comportement du personnel soignant (38%), la disponibilité du personnel médical (35%), le délai de réponse aux appels urgents (34%), la disponibilité du personnel paramédical (33%) et la politesse et l'amabilité du personnel (32%).

### 2.3.2. Synthèse des résultats

La discussion globale des résultats a pour objet de mettre l'accent sur les principales sources d'insatisfaction recensées au cours de cette

enquête. Elle constitue également la base des préconisations et recommandations proposées dans ces lignes.

En premier lieu, concernant l'accueil général aux admissions ; on note que près des trois-quarts des répondants, soit 74%, s'en déclarent globalement insatisfaits alors qu'un peu plus de la moitié d'entre eux, soit 61%, trouvent que les locaux collectifs dont les salles d'attente et de consultation sont inadéquats. À cet effet, il est utile de signaler que les hôpitaux publics algériens souffrent de vétusté et de surcharge, ce qui rend les conditions d'accueil et d'hospitalisation des malades déplorables.

En outre, l'insuffisance de l'information donnée aux patients à leur arrivée à l'hôpital est soulignée par l'enquête. Ainsi, 80% des sondés s'en estiment globalement insatisfaits. Sur ce point, une bonne partie des patients interrogés déplore les défaillances de la communication interne à l'hôpital et déclarent recevoir des informations contradictoires de la part des préposés à l'accueil.

À cet effet, il devient impératif que chaque direction générale renforce les efforts entrepris sur trois axes de la prise en charge : l'accueil des patients, l'information et la communication avec eux et cela, dès leur arrivée à l'hôpital. Par conséquent, l'ensemble des supports de communication, qu'ils soient écrits ou oraux, doit faire l'objet de développements particuliers.

Ainsi, parmi les mesures pouvant être prises pour améliorer l'accueil et la communication avec les patients et leurs proches, des principes d'accueil des usagers aux niveaux des CHU pourraient être formalisés par les directions de ces établissements. Cependant, des actions de sensibilisation à destination du personnel hospitalier devront être menées à bien de manière à leur permettre d'identifier les besoins des patients accueillis.

En second lieu, la qualité des soins prodigués évoque, quant à elle, trois aspects principaux. D'une part, l'amélioration des différentes dimensions de la communication interpersonnelle est sans nul doute l'un des points qui méritent une attention particulière au sein de nos hôpitaux publics. En effet, cet état de fait est confirmé par les résultats de l'enquête qui révèle des défaillances au niveau de l'accueil dans le service de soins, avec une insatisfaction globale de l'ordre de 74%, et des

carences constatées en matière d'amabilité et de politesse du personnel hospitalier, avec une insatisfaction globale à hauteur de 64%. Ceci étant, alors que 82% des répondants s'estiment globalement satisfaits à l'égard des qualités humaines des médecins, qui regroupent essentiellement l'attention, l'écoute et la mise en confiance, 69% d'entre eux sont globalement insatisfaits quant au comportement du personnel soignant.

Il apparaît que ces aspects relationnels et de communication entre le patient et son médecin ou son infirmier doivent être optimisés du fait qu'ils sont fortement valorisés par les patients. En effet, bien que sa vocation première soit de soigner les malades, un établissement hospitalier ne se résume pas à une structure ; il doit être avant tout perçu et animé comme une organisation sociale dont le bon fonctionnement dépend aussi de la qualité des relations entre les différents intervenants : personnel médical et paramédical, personnel administratif ainsi que les malades. Dès lors, la cohésion des actions de communication interne devient nécessaire pour harmoniser l'image de nos CHU auprès du public.

D'autre part, la perception du temps d'attente et du temps passé avec le médecin ou l'infirmier constitue une autre source d'insatisfaction pour les patients. De la sorte, 80% des sondés se déclarent globalement insatisfaits du délai d'attente aux examens alors que 70% d'entre eux déplorent l'allongement du temps de passage aux urgences, voire l'impossibilité d'être pris en charge.

Le manque de disponibilité du personnel médical d'une part, et celle du personnel paramédical d'autre part, ont pour corollaire une plus grande insatisfaction des usagers, à hauteur de respectivement 69% et 75%. Pourtant, le regard sur la durée d'un passage aux urgences oblige à remettre en question l'organisation et les procédures en place, lesquelles impliquent fortement la qualité globale de la prise en charge. Le fait de rajouter du temps de couloir en attente d'examen ou de lits disponibles est clairement de la non-qualité et fait augmenter l'inconfort et la souffrance des malades. Or, le temps accordé aux patients fait partie du cadre thérapeutique, avec le lieu et les attitudes du soignant. Manifestement, les répondants sont à la fois très sensibles à cet aspect des soins et assez critiques. Enfin, les résultats de l'enquête révèlent un niveau élevé de satisfaction face à l'information sur la maladie et les traitements prescrits, de l'ordre de 80%, alors que celui sur les actes

opératoires obtient un score remarquable, de l'ordre de 93%. En effet, même s'il existe un consensus sur la nécessité et le droit à l'information, la prise en compte des attentes des patients quant à l'information médicale et/ou chirurgicale demeure indispensable à l'établissement d'une relation de confiance entre le malade et son médecin. Ces attentes portent essentiellement sur une vulgarisation des informations, avec une accessibilité accrue et une compréhension facilitée.

En troisième lieu, au chapitre du confort hôtelier, près de 73% des répondants en sont globalement insatisfaits. L'amélioration du confort hôtelier, au demeurant une nécessité, doit passer par un réaménagement des locaux, par une augmentation de l'offre de lits d'hospitalisation, ainsi que par la sécurisation et l'optimisation de l'environnement humain et médico-technique.

Dans cette perspective, il devient plus que nécessaire que certaines prestations de service (blanchisserie, maintenance, hygiène, sécurité, parking, restauration, etc.) soient assurées par des sociétés de service qui seront localisées en dehors des structures hospitalières.

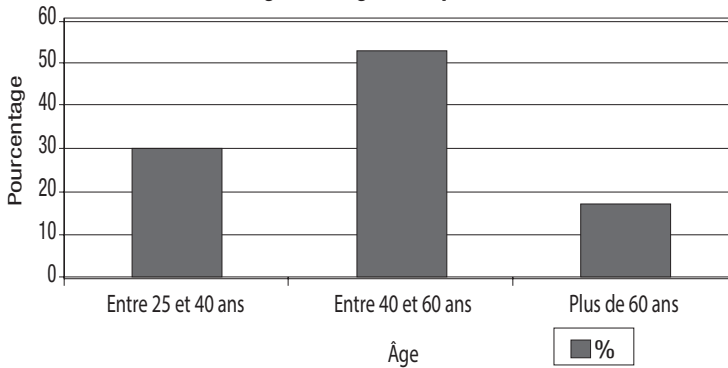
L'évaluation des prestations d'hôtellerie fournies aux patients pourra être régulièrement assurée par les agents concernés (restauration, blanchisserie, etc.), tant auprès des professionnels des pôles médicaux que des patients. Cela impose donc une bonne gestion de ces services et une comptabilité analytique permettant de facturer ces services au prix de revient, plus éventuellement une marge permettant des réinvestissements.

En dernier lieu, concernant l'organisation de la sortie du patient, les principaux griefs mis en évidence par l'enquête portent sur la préparation de la sortie, avec 55% des sondés qui s'en estiment insatisfaits. Sur ce point, d'après les témoignages recueillis auprès de certaines familles venant d'autres wilayas, il arrive souvent que les membres du personnel hospitalier les avisent en retard, si ce n'est le jour même, de la sortie de leur parent hospitalisé, ce qui les laisse livrés à eux-mêmes. Or, la préparation de la sortie du patient doit s'inscrire dans la continuité de sa prise en charge. Dans cette optique, la direction générale de l'établissement hospitalier doit garantir que la programmation de la sortie du patient soit coordonnée avec lui et son entourage, ainsi qu'avec les professionnels de la structure de santé que sont le personnel administratif, les médecins et les professionnels soignants.

### 2.3.3. Analyse des résultats du questionnaire de satisfaction des personnels hospitaliers

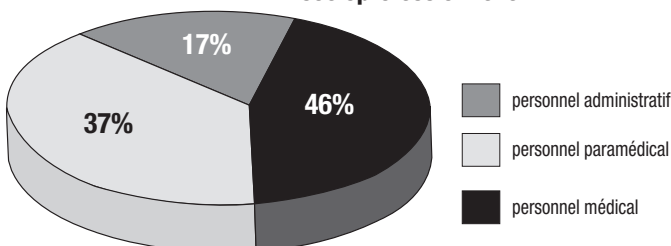
L'analyse des profils socioprofessionnels des données sociodémographiques extraites des résultats de l'enquête montrent que 56% des personnels interrogés sont des hommes et 44% sont des femmes. Par ailleurs, la pyramide des âges de l'échantillon, telle qu'illustrée par la figure ci-après, montre que plus de la moitié des effectifs enquêtés (53%) sont âgés entre 40 et 60 ans, tandis que 30% et 17% d'entre eux appartiennent respectivement à la tranche d'âge entre 25 et 40 ans et à celle de plus de 60 ans.

**Schéma N° 8 : Pyramide des âges de l'échantillon**  
Catégories d'âge des répondants



Concernant le service d'exercice, la famille des soignants représente 83% des participants à l'étude, dont 46% sont des médecins et 37% des paramédicaux, tel qu'illustrée par la figure ci-après. Les services administratifs répondant à l'enquête représentent quant à eux 17% des participants.

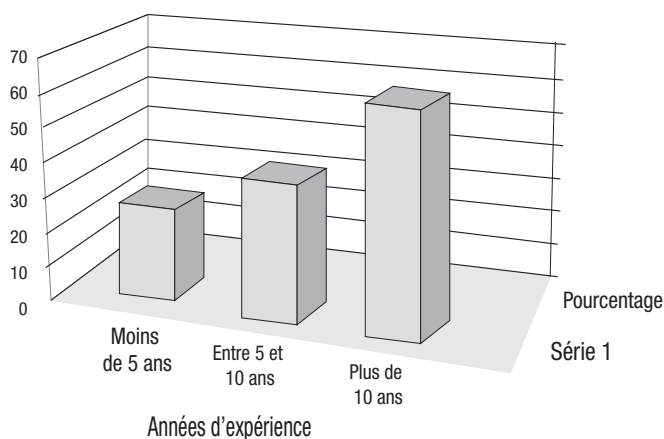
**Schéma N° 9 : Répartition de l'échantillon selon la catégorie socioprofessionnelle**



La figure ci-dessous montre que l'ancienneté des enquêtés la plus représentée par l'échantillon se situe au-delà de 10 ans, du fait qu'elle s'élève à plus de la moitié des répondants, soit 61% en pourcentage.

Parallèlement, la tranche populationnelle ayant entre 5 à 10 ans d'expérience n'est que relativement représentée, puisqu'elle se limite seulement à près d'un quart des sondés, soit 24% en pourcentage. Toutefois, on note une faible représentativité des personnels ayant moins de 5 ans d'expérience, soit 15% des personnels interrogés.

**Schéma N°10 : Répartition de l'échantillon selon l'ancienneté**



Concernant les conditions de travail, les items portent sur les locaux, le matériel et la question de l'effectif.

**Tableau N° 14 : Les conditions de travail**

Vos conditions de travail	Accord global selon la catégorie socioprofessionnelle	Désaccord global selon la catégorie socioprofessionnelle
Les locaux sont adaptés	14%	86%
Le matériel à ma disposition est adapté	41%	59%
Les effectifs dans les services sont suffisants	32%	68%
Mon travail exige d'aller très vite	82%	18%
J'arrive toujours à finir mon travail	38%	52%



D'après ce tableau, un peu plus des trois quarts des personnels, soit 86%, expriment leur désagrément quant à l'architecture de leur lieu de travail au niveau des CHU de la capitale. Ainsi, il s'avère que ce sont les personnels médicaux (44%) et les paramédicaux (33%) qui en sont les plus insatisfaits. En ce sens, à partir des observations recueillies lors du dépouillement du questionnaire, on remarque que le manque d'hygiène et d'entretien sont souvent invoqués par les personnels soignants. Certains agents, notamment dans les services de maternité, déplorent, quant à eux, l'inexistence de sanitaires.

Par ailleurs, seulement 41% des répondants estiment que le matériel à leur disposition est adapté. Manifestement, ce sont les personnels soignants qui manifestent davantage leur désapprobation, à hauteur de 47%, contre 12% pour les agents administratifs. En effet, qu'ils soient médecins ou infirmiers, les personnels soignants sont nombreux à se plaindre de la vétusté des équipements, ainsi que du manque de matériel indispensable, à l'instar des lits ou des médicaments. Sur ce dernier point, certains paramédicaux trouvent contraignants les quotas minima en matériel médical imposés par les pharmacies de leurs établissements. De plus, la problématique de l'insuffisance des effectifs est soulevée dans la présente enquête où globalement 78% des personnels ne sont pas satisfaits. Par ordre décroissant d'insatisfaction, on constate que le corps médical est le moins satisfait de cette situation (46%), suivi du corps paramédical (24%) et du personnel administratif (8%).

Dans le même ordre d'idées, il ressort des commentaires des personnels soignants que la répartition globale des tâches entre les paramédicaux n'est pas optimale. Alors que certains services, tels que les services d'urgence ou de maternité, se trouvent surchargés de patients et dépourvus de personnels, d'autres assurent le strict minimum. À cet effet, il ressort que les agents ressentent une détérioration alarmante de leurs conditions de travail. En ce sens, 82% des personnels soignants, dont 46% des médecins estiment que leur travail exige d'aller très vite.

Il a été précisé qu'en raison de l'achalandage de certains services, 36% des médecins et 26% des infirmiers, ne seraient plus en mesure d'en assurer l'intégralité. L'item « *j'arrive toujours à finir mon travail* » n'obtient que 36% d'approbation. Cela engendre une frustration

dans la mesure où les soignants se déclarent être soumis à un stress quotidien dans l'exercice de leur fonction.

Concernant la communication, nous sommes basés sur la perception de la circulation de l'information au sein des CHU.

**Tableau N°15 : La communication**

<b>La communication</b>	<b>Accord global selon la catégorie socioprofessionnelle</b>	<b>Désaccord global selon la catégorie socioprofessionnelle</b>
J'obtiens des informations de la direction	26%	74%
J'obtiens des informations de ma hiérarchie	86%	14%
J'obtiens des informations de mes collègues	94%	6%
J'obtiens des informations des syndicats	61%	39%

D'un côté, l'item portant sur l'obtention d'informations de la part de la direction n'obtient que 26% d'approbation. Ceci étant, près de la moitié des personnels qui sont en désaccord, à savoir 34%, appartiennent au corps médical, tandis que 26% d'entre eux sont des paramédicaux et 14% des agents administratifs. Sur la circulation de l'information de la part de la hiérarchie, les réponses sont davantage tranchées. De la sorte, 85% des sondés estiment recevoir des informations de la hiérarchie, dont 40% sont des médecins, 33% des infirmiers et 12% des personnels administratifs.

Enfin, le taux de satisfaction s'élève à 94% quand il s'agit de la réception d'informations de la part des collègues qui semblent être un vecteur privilégié pour 43% du corps médical et 34% du corps paramédical.

D'un autre côté, plus de la moitié des répondants (61%), dont 54% sont des soignants, estiment également recevoir des informations de la part des syndicats. Cependant, plus d'un tiers des sondés, soit 39%, ne sont pas d'accord. D'ailleurs, une bonne partie des personnels interrogés, soulignent l'absence de tableaux d'affichage dédié à la transmission d'informations en interne.

Concernant la formation et la compétence, les questions portent sur les besoins et le niveau de formation.

**Tableau N° 16 : Formation-compétence**

<b>Formation-compétence</b>	<b>Accord global selon la catégorie socioprofessionnelle</b>	<b>Désaccord globale selon la catégorie socioprofessionnelle</b>
J'ai facilement accès à l'information concernant les formations	25%	75%
J'obtiens facilement une formation que je juge utile	21%	68%
Je suis amené à compenser le manque de qualification de mes collègues	55%	45%
Dans l'ensemble, le niveau général de compétence du personnel est correct	83%	17%

Sur l'accessibilité à l'information, les trois quarts des personnels répondants manifestent leurs désaccords. On constate que le corps médical et paramédical sont les catégories les moins satisfaites à hauteur de respectivement 32% et 28%. Sur l'obtention d'une formation qu'ils jugent utile, on note que 68% des soignants, dont 36% sont des médecins, expriment leur désaccord, tandis que 11% des sondés ne se sont pas prononcés sur cette question. Il est utile de signaler qu'une bonne partie des répondants jugent que le plan de formation est diffusé tardivement, ce qui les empêche de constituer leur dossier de candidature à temps.

Par ailleurs, les personnels enquêtés manifestent un léger accord à 55% au sujet de la compensation du manque de qualification de leurs collègues tandis que 45% ne sont pas d'accord avec cette affirmation. Plus précisément, on remarque que 37% du corps médical soutiennent cette affirmation, contre seulement 18% du corps paramédical.

D'après les commentaires recueillis, il s'avère que les personnels médicaux et de soins estiment que certains employés manquent de qualification en raison du manque d'actualisation de leurs connaissances. De manière générale, 83% des personnels sondés ; dont 46%

sont des médecins et 37% des soignants estiment que le niveau général de compétence est correct au sein de leur CHU. Seuls 13%, qui sont tous des agents administratifs, ne se rangent pas à cet avis.

Concernant l'utilité sociale et la reconnaissance, les questions portent sur la valeur du travail (subjective et objective), l'avancement, le sentiment d'accomplissement et la satisfaction à l'égard de la vie professionnelle.

**Tableau n° 17 : Utilité sociale-reconnaissance**

<b>Utilité sociale-reconnaissance</b>	<b>Satisfaction</b>	<b>Insatisfaction</b>
Votre salaire par rapport à l'importance de votre travail	5%	95%
Votre salaire par rapport à vos besoins propres	19%	81%
Vos possibilités d'avancement	44%	55%
Sentiment d'accomplissement que vous retirez de votre travail	38%	62%
Possibilités de soigner ou d'aider les gens à l'hôpital	62%	32%
Votre vie professionnelle en général	53%	47%

Concernant la valeur subjective du travail, 95% des sondés se déclarent insatisfaits de leur condition de rémunération, eu égard à l'importance du travail fourni. L'exploitation plus affinée des résultats en fonction des catégories socioprofessionnelles révèle que ce sont les personnels soignants, dont 46% du corps médical et 35% du corps paramédical qui sont les plus insatisfaits, comparativement aux agents administratifs (14%). Concernant la valeur objective, on constate qu'il n'y a pas de grands écarts avec les résultats de la question précédente. Il en ressort que 81% des personnels soignants sont plus insatisfaits de leur rémunération que les personnels administratifs.

Au chapitre de l'avancement, seulement 44% des personnels enquêtés s'estiment satisfaits des possibilités d'avancement. On remarque toutefois que sur cet aspect, le corps médical est relativement plus satisfait (29%) par rapport au corps paramédical (12%). En ce qui concerne le sentiment d'accomplissement, le taux de satisfaction globale est assez décevant et se limite à 38%, alors que 62% des agents s'estiment globalement insatisfaits. On constate que les paramédicaux

sont davantage insatisfaits (28%) relativement aux praticiens (21%) et aux agents administratifs (13%).

La possibilité de soigner n'intéresse a priori que les personnels soignants et médicaux. Toutefois, la question a été élargie à la notion d'aide. La satisfaction globale, est assez décevante et se limite à 62%. Par ailleurs, on constate que le corps médical est plus satisfait (38%) par rapport au corps paramédical (18%). Enfin, on note que globalement 53% des personnels sont satisfaits de leur vie professionnelle en général. À cet effet, l'enquête montre une légère différenciation de ressenti entre les catégories d'emploi. En effet, on remarque que les membres du corps médical s'estiment plus satisfaits quant à leur carrière (33%) tandis que les personnels paramédicaux ne sont que légèrement satisfaits de leur parcours professionnel (17%). Les agents administratifs se situent, quant à eux, au bas de l'échelle, avec seulement 3% qui se déclarent satisfaits.

### **2.3.4. Synthèse des résultats**

Cette étude consacrée à l'évaluation de la satisfaction au travail du personnel hospitalier a permis d'identifier plusieurs facteurs d'insatisfaction sur lesquels nous pouvons dégager la présente analyse. Celle-ci s'accompagne d'une série de recommandations, lesquelles tiennent compte des principales suggestions et de certaines attentes des personnels enquêtés.

- Premièrement, il ressort de l'enquête que les conditions de travail des fonctionnaires hospitaliers doivent faire l'objet d'une amélioration concrète. En effet, les enquêtés et particulièrement les soignants jugent que les conditions actuelles d'exercice professionnel ne sont plus en adéquation avec les acquis de la formation initiale ni avec les attendus de la profession. La dégradation de leurs conditions de travail est même ressentie comme une atteinte aux valeurs professionnelles.

En ce sens, il devient donc impératif que les pouvoirs publics réagissent en débloquent entre autres une enveloppe financière, qui permettrait de financer des actions d'amélioration des conditions de travail, telles que la restructuration des locaux afin d'augmenter les capacités d'accueil et le remplacement de certains matériels obsolètes.

Ceci étant, une réforme profonde de la structuration organisationnelle de nos CHU peut agir positivement sur la clarification des rôles

de chacun et limiter par conséquent les effets négatifs de la mauvaise répartition des tâches et des responsabilités.

Autrement dit, dans le but d'appréhender la charge de travail de chacun des personnels hospitaliers, il serait judicieux d'effectuer au préalable un audit dans les différents services, en commençant par ceux des soins. Cela aura non seulement le mérite de faciliter une affectation optimale des ressources humaines en fonction des besoins exprimés par les services, mais également d'engendrer des effets bénéfiques sur la qualité de vie au travail tout en contribuant à l'amélioration du service rendu aux patients.

- Deuxièmement, sur le plan de la communication interne, les personnels sondés estiment recevoir des informations mais de manière assez disparate. De ce fait, l'enquête indique que la circulation de l'information est insuffisamment portée par la direction, laquelle doit pallier ses lacunes en matière de communication afin de légitimer le canal officiel.

Dans le même registre, une proposition émanant directement des personnels médicaux et soignants consiste à utiliser, au niveau de chaque service de soins, des tableaux d'affichage vitrés et fermés qui comporteraient tous les mêmes informations et serviraient à renseigner les agents sur les événements ou les changements ayant trait, de près ou de loin, à leurs fonctions.

- Troisièmement, l'enquête fait ressortir que la formation connaît une valeur très critique au niveau des CHU de la capitale. Ainsi, tout en reconnaissant que le niveau général de compétence est acceptable, les équipes soignantes, ainsi que les praticiens, insistent sur la nécessité d'offrir des formations continues de type « recyclage » qui permettraient à chaque employé de s'épanouir et de se développer par et dans son travail, tout en produisant des soins de meilleure qualité.

Par ailleurs, la promotion de la formation professionnelle au sein de nos CHU doit impérativement tenir compte de l'expérience, afin de mieux définir les processus de formation qualifiante pour les personnels médicaux et soignants.

De plus, au vu de l'amélioration de l'accueil et de la réduction du temps d'attente des patients, il serait tout aussi intéressant de former les personnels administratifs dans des domaines tels que celui

du secrétariat médical afin d'offrir aux patients et à leurs proches un service de proximité adapté à leurs besoins tout en allégeant la charge de travail des soignants.

Enfin, la formation à la gestion et au management est également nécessaire, dans une optique d'optimisation de la gestion des établissements hospitaliers. Les personnels managers doivent composer avec les outils dont ils disposent pour gérer au mieux les équipes dont ils ont la charge.

- Quatrièmement, au vu des résultats de l'enquête, il s'avère indispensable de soigner les besoins de reconnaissance des personnels afin de gommer certains facteurs d'insatisfaction. En effet, la thématique "utilité sociale et reconnaissance" montre que les personnels, notamment les équipes médicales et soignantes, ne sont pas satisfaits de la reconnaissance financière, des possibilités d'avancement et regrettent une absence de reconnaissance interne de la part de la direction.

D'une part, les faibles revalorisations catégorielles produisent certainement des impacts sur le ressenti de la baisse du pouvoir d'achat des personnels, confirmant une insuffisance de la rémunération de chacun. Or, la rémunération doit faire partie intégrante de la gestion des personnels. Elle doit constituer l'un des leviers en matière de motivation des personnels et d'amélioration de la qualité des pratiques cliniques. En sus, dans le système actuel appliqué au sein de la fonction publique hospitalière, le niveau de rémunération est directement lié au grade et à l'échelon occupés par l'agent. Ce système ne permet aucune marge de manœuvre en matière d'individualisation de la rémunération.

Néanmoins, la mise en place d'un système de différenciation du niveau de la rémunération des praticiens hospitaliers, particulièrement en fonction de la spécialité exercée, aura un effet indéniable sur leur motivation. Elle permettrait entre autres de répondre au besoin actuel de renouvellement de la main d'œuvre, en attirant les compétences vers certaines spécialités délaissées.

D'autre part, concernant les possibilités d'avancement, il incombe au directeur de chaque CHU, en tant que garant du droit et de l'évolution professionnelle des agents, de communiquer auprès des personnels sur les possibilités de promotion de grade et d'avancement

d'échelon. Dans cette perspective, il paraît nécessaire que les managers mettent en place une gestion rénovée des carrières, laquelle doit s'accompagner de la mise en application d'une véritable politique de valorisation des compétences.

En somme, il s'avère que la reconnaissance non-matérielle constitue un moyen incontestablement efficace servant à valoriser et à encourager les personnels hospitaliers. Certaines marques de reconnaissance, telles que des lettres de félicitations adressées par la direction ou des distinctions faites notamment dans le cadre de départ de fin de carrière, seraient sans nul doute très appréciées par les personnels.

Par conséquent, à la lumière des résultats et enseignements des deux enquêtes de satisfaction menées respectivement auprès des patients hospitalisés et des personnels hospitaliers, nous pouvons conclure que la satisfaction des patients est corrélée à celle des soignants et des praticiens. En effet, au regard des résultats de la seconde enquête, nous avons pu appréhender le point de vue des personnels quant à des aspects qui influent sur la qualité des soins prodigués aux patients soit directement, tels que leurs conditions de travail, soit indirectement tels que les plans de formation ainsi que l'utilité sociale et la reconnaissance.

Cette approche a pour ambition de révéler les dysfonctionnements majeurs au sein des CHU d'Alger centre d'une part, et d'autre part elle ouvre des pistes d'amélioration portant à la fois sur les facteurs d'insatisfaction des personnels et des patients. L'objectif étant d'impliquer les personnels hospitaliers dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins qui permettrait d'assurer de meilleures prestations aux usagers. La satisfaction du personnel rejoint alors celle du patient.



## Chapitre III

# GOVERNANCE HOSPITALIÈRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITÉ DANS LE CENTRE HOSPITALO- UNIVERSITAIRE ALGÉRIEN

## Introduction

Depuis quelques années, l'utilisation du terme gouvernance est devenue à la mode dans plusieurs pays du monde. En tant que système de maîtrise des moyens et des activités, respect de l'équilibre des droits et des intérêts, des parties prenantes dans les organisations, il est utilisé dans tous les secteurs, les organismes et les activités. Parti de l'entreprise économique (la firme) chez les néo-institutionnalistes (Jensen et Meckling, 1976 ; Williamson, 1985 ; Coase, 1932 et autres), il est arrivé dans d'autres types d'organisations comme celles du secteur de la Santé, l'éducation et autres, regroupées sous la famille du service public, ainsi qu'au niveau des institutions internationales.

A partir des années 1970, avec la pénurie des moyens de financement dans plusieurs pays du monde, le secteur de la Santé est mis sous contraintes budgétaires, pour se voir obligé, dans un grand nombre de pays occidentaux, de passer d'une gestion administrative vers une gestion axée sur la rationalisation des ressources, sous plusieurs qualificatifs : modernisation de l'administration publique (Poinsard, 1987), le Nouveau Management Public (Lamarzelle, 2008), pour une meilleure rentabilité des ressources et pour arriver à des fins de meilleure affectation des moyens financiers, ainsi que le reste des ressources matérielles et humaines, et pour une meilleure performance des structures de ce secteur, en utilisant des moyens et techniques ayant une place dans les mécanismes internes et externes de la gouvernance des entreprises économiques.

Il est à noter que le concept de gouvernance, de sa nature multidimensionnelle et pluridisciplinaire, a pris avec le temps, plusieurs sens

(Charreaux et Schatt 2005), pour se trouver dans la Santé avec des acceptions généralisées dans les écrits et les recherches autour de la réforme de la gestion du secteur de la Santé, en Europe et en Amérique du nord, en Australie ou en Afrique du nord, ainsi qu'en Algérie, avec l'avènement, depuis plus d'une décennie, des réformes du secteur de la Santé.

### **3.1. Intégration du nouveau management public dans le secteur de la santé algérien**

Avant d'entamer le vif du sujet, il est intéressant de jeter un regard sur l'essentiel de la littérature concernant la gouvernance dans le secteur de la Santé publique. Pour ce faire, nous allons d'abord voir le cadre général de la *corporate governance*, ensuite nous nous intéresserons à la question du nouveau management public relié à la problématique de la réforme du secteur de la Santé, pour arriver enfin à la gouvernance de la Santé et ses spécificités, ses mécanismes internes et externes et la problématique de la performance.

#### **3.1.1- Le secteur de la santé algérien en changement**

Comme partout dans le monde, sous l'influence des mutations et le développement des facteurs socio-économiques et technologiques, le secteur de la Santé en Algérie a vécu des changements en permanence. Depuis son indépendance et l'application de la stratégie de développement centralisée, l'Algérie a systématiquement opté pour un système sanitaire public, géré par l'État, avec un financement mixte jusqu'en 1973 ; ensuite en instituant la médecine gratuite à partir de 1974 afin de couvrir les besoins des citoyens dans les différents aspects de la Santé publique.

Cependant, la situation économique du pays va jouer un rôle déterminant dans le développement du secteur jusqu'à ce jour, dans la mesure où la question de la performance est reliée directement à la réponse aux besoins de la société, à la procuration des ressources et à la gestion de celles-ci, dans le but de réaliser un niveau d'efficience et de performance au sens de Boukin (1995) et Guedj (2000). Ensuite, viennent les changements technologiques et de management que le monde extérieur a provoqués au cours des quatre dernières décennies.

• **D'abord, le système de financement mixte de 1962 à 1973 :** dans cette période, la santé en Algérie avait le caractère du système hérité de l'époque coloniale, basé sur la tarification à la journée. Considérée comme publique, répondant aux besoins de la population, elle était financée respectivement par la participation publique et de celle la Caisse de Sécurité sociale des assurés sociaux et de leurs ayants-droits au niveau de 2/3 et 1/3 des dépenses du secteur (Lamri, 1998, p. 38).

• **En 1973, le système de santé gratuite est installé.** Il est désormais financé par le Trésor et la participation de la Caisse de Sécurité sociale. La demande de la Santé publique s'est vue ainsi augmenter du fait, d'une part, de la gratuité des prestations de santé, et d'autre part, de l'amélioration du niveau de vie de la population (Bouziani – 2002) résultat de l'augmentation des recettes du pays suite au changement des prix des hydrocarbures au niveau du marché mondial.

Malheureusement, suite à la crise qu'a vécue le pays à cause de la diminution des recettes des hydrocarbures exportés, les autorités politiques se sont trouvées, à partir des années 1980, contraintes d'arrêter plusieurs programmes de santé, faute de moyens de financement. Et par la suite, dans l'obligation de passer par les conditions du Fonds Monétaire International, par le biais de la Lettre d'intention en 1989, ensuite par le Plan d'Ajustement Structurel, entre 1995 et 1998. Ce plan a provoqué un changement de la politique de santé pour ce qu'on appelle aujourd'hui le système de contractualisation, principe copié de l'expérience française des années 80 et qui va accompagner plus tard, au début des années 2000, une nouvelle vision de gestion du service public, ou ce qui est appelé Nouveau Management Public.

Donc, ce secteur, en plus des conditions économiques locales, notamment jusqu'en 1990, en plus du développement de la demande en soins, provoquée par des changements démographiques internes, était influencé par des facteurs externes comme dans d'autres pays, à savoir « *Progrès des techniques médicales, restructuration de l'offre de soins, réorganisation du système de santé et des modes de prises en charge, etc.* » Noguera et Lartigou (2009).

Ces facteurs externes vont intervenir aussi dans l'amélioration des conditions d'exercice des opérateurs du système, du fonctionnement de ce dernier par l'introduction de nouvelles techniques de soins

utilisées par les professionnels de la santé et des nouveaux médicaments, ainsi que le changement de certaines pratiques et fonctions de ces professionnels (Smida – 2009). Et le changement dans le sens du concept de la Santé publique avec les nouvelles découvertes en biologie moléculaire et la mise en place de l'identité génétique de l'homme (Bouziani – 2002).

En Algérie, la situation macroéconomique s'est redressée depuis le début des années 2000, une amélioration dans les secteurs socioéconomiques, notamment celui de la Santé, suite aux efforts déployés dans plusieurs secteurs. Cependant, il reste beaucoup à faire dans l'administration des services publics (Banque africaine – 2011). (BAFD/OCDE, 2008), à cause de l'héritage du mode de gestion de ces services de la période d'économie centralisée, où l'initiative de gestion et la décision autonome étaient absentes.

C'est dans ce contexte qu'on va se trouver devant de nouvelles contraintes socioéconomiques et technologiques, qui ont poussé les concernés de ce secteur, en Algérie ou ailleurs, à proposer de nouvelles visions et expériences au sujet du management des établissements du secteur, dans le but de lui garantir un certain équilibre financier et lui garder son caractère social et public. Pour ce faire, le secteur, comme le reste des services publics, a vu l'introduction de nouvelles pratiques de bonne gouvernance empruntées du secteur économique, expérimentées dans plusieurs pays d'Amérique du nord et d'Europe depuis les années 1970.

### **3.1.2- Le cadre général de la *corporate* gouvernance**

Le terme de gouvernance est d'un usage ancien au niveau de l'entreprise économique. Il est apparu depuis la publication des premières idées dans le sujet après la crise économique de 1929, par Berle et Means dans leur ouvrage « *The modern corporation and private property* ». Pour Pastré (1994), la gouvernance d'entreprise est « *l'ensemble des règles de fonctionnement et de contrôle, qui régissent, dans un cadre historique et géographique donné, la vie des entreprises* ».

Pour Charreaux (1997) « *le système de gouvernance d'entreprise recouvre l'ensemble des mécanismes qui gouvernent la conduite des dirigeants et délimitent leur latitude discrétionnaire* ».

L'objet du gouvernement des entreprises s'élargit pour devenir le gouvernement des organisations. Il s'agit donc des processus, des principes, des structures et des relations qui aident les propriétaires à atteindre leurs buts et objectifs (Melin et Nordqvist, 2000, p. 7). Pour Charreaux et Schatt (2005), le champ de la gouvernance est pluridisciplinaire. Les travaux de gouvernance sont principalement développés dans trois domaines : économie, droit (et science politique) et gestion.

Le cadre de la gouvernance de l'entreprise est fondé sur un nombre de théories dont on peut distinguer la pièce maîtresse : la théorie de la relation d'agence. Jensen et Meckling (1976), définissent dans leur ouvrage cette relation comme « *un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (le principal) engage une autre personne (l'agent), pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision à l'agent* ». Cette définition est élargie à toute coopération entre individus, ou différents groupes d'individus, dont l'action de l'un d'eux dépend de l'action de l'autre.

Il existe trois hypothèses fondamentales dans cette théorie (cité dans Daddi-Addoun, 2007):

- La première consiste à supposer que les dirigeants cherchent à maximiser leurs richesses personnelles au détriment des intérêts des actionnaires, c'est-à-dire les intérêts des acteurs divergent : c'est la rationalité substantielle. Dans le cas des sociétés d'actions, les dirigeants doivent diriger l'entreprise dans le sens des intérêts de l'actionnaire. Mais l'actionnaire et le dirigeant ont des utilités différentes, qu'ils cherchent à maximiser. Il y a donc apparition de conflits d'agence ;
- La deuxième hypothèse stipule que l'environnement est risqué, c'est-à-dire que les anticipations des agents ne sont pas correctes et le futur est difficile à prévoir ;
- La troisième hypothèse repose sur l'incertitude, l'imparfaite observabilité des efforts des dirigeants et des coûts d'établissements et des exécutions des contrats. L'agent en sait plus que le principal sur la tâche à accomplir. Cette hypothèse a pour conséquence l'incomplétude des contrats. Cependant, cette relation traite des problèmes qui apparaissent lorsque (Daddi-Addoun, Oudai, 2011) : les intérêts des deux parties divergent, chacun cherche à

maximiser son intérêt personnel ; l'asymétrie d'information entre les parties lorsque l'information est imparfaite.

Dans ce contexte, le principal est confronté à deux types de risques dus au comportement de l'agent: la sélection adverse illustrant le fait que l'un des contractants peut cacher à l'autre certains éléments de sa situation réelle au moment de la signature du contrat. Généralement, l'agent dispose de plus d'informations que le principal, alors, il va profiter de cette situation pour effectuer un comportement d'opportunisme *ex ante*, notamment en aménageant le contrat qui le lie au principal à son avantage ; le risque (ou aléa) moral, lorsqu'en cours de réalisation du contrat, l'un des contractants peut abuser l'autre. L'agent va, dans ce cas, profiter de sa meilleure information ou de ses pouvoirs pour contourner le contrat ou mandat, ce qui est qualifié d'un comportement d'opportunisme *ex-post*.

Ces deux types de risques se compliquent dans le cas de la gouvernance publique qui est l'exercice de l'autorité au nom d'un groupe social ou le peuple, à cause de la particularité de cette relation. En effet, elle passe dans une longue chaîne de relations d'agence multiple composée des représentants ou délégués de la population dans les structures administratives et politiques (Daddi-Addoun, 2007), avec l'intervention de différents types d'intérêts et de conflits d'intérêts.

Par ailleurs, ces intérêts sont pratiqués dans deux types d'institutions de l'environnement des entreprises et des marchés : informelles et formelles, selon North (1990) cité dans Gertman (2012). Le premier type regroupe les valeurs, normes et croyances d'une société, tandis que le deuxième type regroupe les systèmes exécutif et législatif, les tribunaux, les relations industrielles, la réglementation de la concurrence, la politique industrielle, le système éducatif, le système de santé et de retraite, enfin la capacité administrative du pays (*Ibid*).

### **3.1.3- Le nouveau management public**

L'administration des questions d'intérêt public n'est plus comme avant, conséquence du changement des conditions de fonctionnement des opérateurs des finances publiques, venu surtout de plusieurs facteurs : de longues années de crises financières, crise des concepts financiers publics, environnement politique et technologique. En effet pendant la période allant de 1960 à 1990, la baisse des activités

économiques ayant engendré d'un côté une diminution du produit fiscal, de l'autre une augmentation des dépenses sociales. Cet état de fait a pu générer, notamment dans des pays d'Europe, la montée durable d'une critique théorique de l'impôt ainsi que de la dépense publique, qui va se traduire dans les politiques publiques par des efforts de réformes (Chemla-Lafay, et Chol, p6) (Lamarzelle, 2008).

Donc les finances publiques, depuis quelques années, apparaissent profondément marquées par deux caractéristiques majeures : d'une part une valorisation de l'entreprise et plus exactement de l'esprit d'entreprise, d'autre part une tendance à vouloir rapprocher le fonctionnement du secteur public de celui du secteur privé en vue d'assurer une meilleure maîtrise de la dépense publique.

Également, l'intégration d'une logique économique prioritairement gestionnaire qui privilégie la capacité d'expertise technique des décideurs et d'une logique politique qui, par essence, est un droit politique dans la mesure où il relève de la tradition démocratique.

Deux logiques auxquelles on faisait précédemment allusion viennent dorénavant se côtoyer : la première d'essence plutôt politique, place au premier plan la transparence financière, la lisibilité des budgets et des comptes publics. La seconde d'essence assez économique, se montre quant à elle essentiellement préoccupée par la rationalisation et la performance de la gestion des deniers publics, favorise une culture de contrôle de gestion des fonds publics.

La mise en place de l'e-gouvernance ou gouvernance électronique, a nécessité l'introduction des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) au sein des administrations. Les TIC représentaient un gain immense de potentialités, de productivité et un réservoir de capacité de réingénierie. Le partenariat public-privé (PPP) (Développement des mécanismes d'externalisation), peut alors rejoindre l'e-gouvernance comme levier de réforme de l'Etat. Le partenariat PP apparaîtra comme un mode de collaboration, de financement (Chatrie et Uhaldeborde –1996, p. 66), par lequel l'autorité publique fait appel à des prestataires privés pour financer et gérer un équipement assurant ou contribuant au service public. Le partenaire privé reçoit alors en contrepartie un paiement du partenaire public et/ou des usagers du service qu'il gère. Le recours au PPP permettra d'obtenir un meilleur résultat à un moindre coût et dans de meilleurs

délais. Ainsi, nombre de sociétés occidentales ont vu la gouvernance de leur secteur de services publics changer. En France par exemple, au cours de la deuxième moitié des années 1960 et au début des années 1970, on a entamé ce qu'ils appelaient l'opération «Rationalisation des Choix Budgétaires» R.C.B. On voyait dans cette opération le moyen d'améliorer la performance de leurs administrations. En effet, elle a comporté trois volets principaux et relativement autonomes (Poinsard, 1987) : les études analytiques, les budgets de programmes et la modernisation de la gestion. Le lancement de l'opération R.C.B. s'effectue au cours de la deuxième moitié des années 1980.

Selon le même auteur, cette opération s'appuyait sur un raisonnement global généralement admis et simple : « *les méthodes modernes de gestion connaissent des développements importants au sein des entreprises ; leur mise au point est déjà amplement réalisée et les succès remportés ne manquent pas ; leur application au milieu administratif ne peut être que bénéfique* ». C'est pour cela que dans ses textes figurent, bien placées, des expressions traitant de la gestion publique comme le management, la direction par objectifs et le contrôle de gestion.

En effet, la nécessité de la maîtrise des moyens et des coûts par les administrations, dans leur programmation des objectifs correspondant aux besoins exprimés, leur mise en œuvre, dans un contexte complexe. Il s'agit également d'augmenter la clarté administrative, tant interne aux services que vis-à-vis de leur environnement (Poinsard, 1987).

Par ailleurs, la direction par objectifs et le contrôle de gestion, nécessitent et exigent l'existence de préalables sans lesquels leur bon fonctionnement serait impossible. A la tête de ces préalables doit figurer une stratégie avec des objectifs clairs, une bonne structuration des fonctions et des tâches, une séparation des responsabilités et un bon système d'information et de reporting. Dans ce sens, le nouveau management public pour Hood (1995, cité dans Gangloff, 2007), fait référence à sept éléments :

- la décomposition du secteur public en unités stratégiques organisées par produit «manageables» ;
- l'introduction d'une compétition entre organisations publiques, mais aussi entre organisations publiques et privées ;
- une plus grande utilisation des techniques managériales issues du secteur privé;



- une utilisation des ressources plus disciplinée et parcimonieuse et une recherche active de moyens alternatifs de production à moindre coût;
- un mouvement vers un contrôle des organisations publiques par des managers visibles exerçant un pouvoir discrétionnaire ;
- un mouvement vers l'adoption de standards de performance plus explicites et mesurables ;
- la mise en avant de la mesure du résultat (notamment en termes de rémunération des performances).

Suivant le secteur ou l'activité, ce type de gouvernement est caractérisé de sa relation avec le politique et le social, l'intérieur et l'extérieur, etc. (Bartoli, 2006).

Malgré que les aspects théoriques de la gouvernance s'appuient essentiellement sur le cadre de la théorie d'agence, ce gouvernement permet d'associer les citoyens à l'application de la décision, comme c'est l'exemple du Québec et de la France depuis des années (Gauvin et autres, 2009 ; Letourmy 2009). La gouvernance les associe à l'élaboration de la décision, en amont.

### **3.1.4- la gouvernance de la santé et ses spécificités**

A partir de la modélisation des structures de Mintzberg (1982), l'établissement hospitalier est considéré comme une bureaucratie professionnelle, c'est-à-dire un organisme bureaucratique dominé par le pouvoir des professionnels. Ce qui implique une dualité des pouvoirs, managérial d'un côté et professionnel de l'autre. Contrairement à l'entreprise de production économique, la spécification sociologique de cette organisation professionnelle a des incidences importantes en matière de gestion : « *nul service de méthodes n'est là pour définir et calibrer les tâches* » (Moison et Tonneau, 1999, p. 20). Aussi, « *la relation entre l'activité et les ressources reste inconnue, dans la mesure où les professionnels ne la spécifient pas eux-mêmes, si bien que la prévisibilité de la production et des moyens pour l'assurer est faible* ».

L'unité des soins constitue la base de l'organisation. Elle représente au sein de l'hôpital « *le lieu principal de l'interface de l'hôpital avec le patient, en termes de production de soins, d'informations de coût et de relations de prestations de service* » (Hémidy, 1996).

A la fin des années 1990, l'Angleterre a entamé une réforme des services de santé axée sur deux critères principaux : l'efficacité et l'excellence (Brault et autres, 2008). Cette réforme est basée sur la vision de la gouvernance hospitalière (clinique) en tant qu'« *ensemble de moyens par lequel les organisations et les professionnels assurent la qualité des soins en rendant responsables les différents acteurs impliqués dans la création, le maintien et la surveillance de normes se rapportant aux meilleures pratiques cliniques* » (DH, GB, 1998, cité par Brault et autres, 2008).

Pour Glouberman et Mintzberg (2002) (cité par Coulon, 2010), l'hôpital connaît un double clivage :

- un clivage horizontal sépare les personnels travaillant au niveau des opérations (clinique) et les personnels qui cherchent à exercer un contrôle gestionnaire ou financier sur les évolutions des coûts de ces opérations ;
- un clivage vertical sépare les personnes qui, comme les gestionnaires et les infirmières, ont des liens continus avec l'institution et celles qui comme les médecins et les membres du conseil d'administration y participent sur la base d'interventions.

Ainsi, selon le même auteur, coexistent à l'hôpital, « *quatre ensembles d'activités, quatre modes d'organisation, quatre mentalités qui fonctionnent en vase clos.* » : le traitement (cure), les soins (care), le contrôle, la communauté (les représentants de la société). Donc les personnels de santé travaillent dans une organisation qui peut être qualifiée de « composite » dans la mesure où elle rassemble des classes de personnel très distinctes.

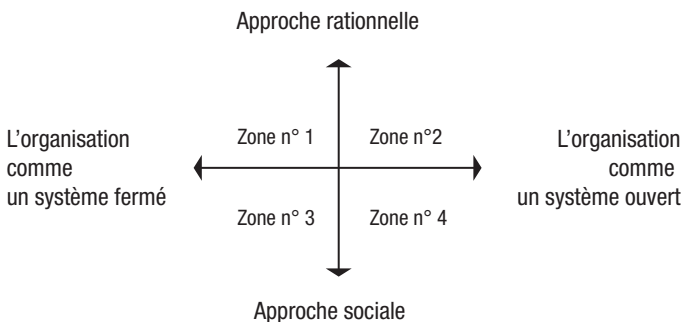
En plus de ces caractéristiques de l'hôpital public, un aspect doit notamment être pris en compte, qui influence fortement l'organisation et la gestion de l'hôpital : le contrôle externe de la tutelle, qui dispose de moyens très étendus pour agir sur les établissements sanitaires. Cette dernière paraît théoriquement suffisamment forte pour que l'on puisse l'assimiler à une direction centrale parfaitement libre de ses choix, configurant et reconfigurant le système hospitalier à sa guise (Moison et Tonneau, 1996).

## 3.2- La qualité dans le secteur de la Santé publique

### 3.2.1- L'hôpital comme organisation

Dans ses différentes formes, l'hôpital peut être considéré comme un établissement, dont il prend les caractéristiques de l'organisation. Pour Mintzberg (1982), l'établissement hospitalier prend la structure d'une forme de bureaucratie professionnelle. Elle est caractérisée par une activité se basant sur deux piliers, l'un en forme des différentes catégories de professionnels : médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens et dentistes et autres ainsi que les personnels paramédicaux en coordination étroite avec le deuxième pilier qui est le personnel administratif.

L'organisation qui a une vision plurielle et dynamique est selon W.R. Scott (1981) : « *une collectivité qui partage un intérêt commun à la survie du système organisationnel et s'engage dans des activités communes* », « *une coalition de groupes d'intérêts variables qui élaborent des buts par négociation* ». En se référant aux travaux de Scott, J.P. Guere retient deux axes bipolaires orthogonaux (*figure n°1 ci-après*), permettant de situer les différents modes d'organisation du travail et les courants théoriques qui s'y rattachent. En résumé ces deux axes nous montrent les éléments suivants :



**1- L'axe vertical** fait apparaître deux dimensions fondamentales de la conception de l'organisation humaine du travail :

- l'approche sociale tend vers la recherche d'un consensus productif issu de la dynamique que produit la satisfaction et la motivation du personnel ;

- l'approche rationnelle, à l'opposé, est uniquement centrée sur les résultats techniques et économiques.
- 2- L'axe horizontal** fait référence à la notion d'ouverture et de fermeture du système que représente toute organisation :
- un système fermé est centré uniquement sur la gestion des variables internes ;
  - un **système** ouvert prend en compte les éléments extérieurs (économiques, politiques, culturels, sociaux, technologiques et juridiques).

S.P. Robbins présente l'organisation comme une « *entité de coordination possédant des frontières identifiables et fonctionnant de façon durable pour atteindre un ou des objectifs partagés par les participants* ». Cette organisation possède plusieurs propriétés qui en font une unité d'analyse dynamique et évolutive :

- 1- Les propriétés structurelles** : l'organisation a des frontières qui la distinguent de son environnement extérieur. À l'intérieur de ses frontières, l'ensemble de ses éléments sont en interaction. Elle se caractérise également par la possession ou la disponibilité d'un ensemble de ressources (humaines, matérielles et immatérielles, financières).
- 2- Les propriétés processuelles** : l'organisation est une entité finalisée, possédant une raison d'être et poursuivant un but (ou un ensemble de buts) dont l'accomplissement nécessite le rassemblement et la coordination des ressources disponibles. L'organisation fonctionne ensuite par échange avec un univers extérieur qui constitue une source d'approvisionnement, de débouchés et d'apprentissage.

### 3.2.2- L'évolution du concept de qualité

Avant d'arriver au secteur des services publics, la question de la qualité dans les entreprises économiques a intéressé les auteurs et les opérateurs depuis la fin du XIX<sup>e</sup> et le début du XX<sup>e</sup> siècles. En effet, les pionniers de la pensée managériale, en l'occurrence Taylor, qui a publié son ouvrage « *principles of scientific management* » en 1911 aux Etats-Unis d'Amérique, et H. Fayol qui a publié son ouvrage « *Administration industrielle et générale* » en 1916 en France, ont jeté les fondements de la qualité comme une opération.

Avec les efforts de Stewart chez Bell téléphone aux USA, la qualité a commencé, dans les années 1920, à devenir un processus (Martinez, 2001), par le contrôle des produits de l'entreprise et la prise en considération des exigences du client par un service indépendant.

Accompagnée des efforts de l'américain Deming, la qualité a pris une autre allure, dans les entreprises industrielles au Japon après la deuxième Guerre mondiale. Deming conclut que la qualité est une affaire de tous les participants à l'entreprise : les clients, les fournisseurs, les actionnaires, et la collectivité. Pour lui, elle repose sur la maîtrise des processus basés sur un cycle dynamique et itératif (PDCA) : planifier (Plan) ; faire (Do) ; vérifier (Check) ; agir (Act).

A partir de la crise des années 1970, où les produits japonais ont envahi les marchés des Etats-Unis d'Amérique, la qualité passe à une autre phase qui est le management par la qualité, en utilisant les démarches d'assurance qualité et de qualité totale ou aussi le management de la qualité totale.

Crosby propose à la même époque la mesure de la qualité et la grille de maturité du changement dans l'organisation. Il évalue le coût de la non-qualité au moins à 20 % du chiffre d'affaires des entreprises. La grille de maturité définit cinq niveaux de prise de conscience des nécessités de la qualité :

- **l'incertitude** : l'entreprise n'intègre pas les outils de la qualité comme outils de management ;
- **le réveil** : la qualité est reconnue comme importante mais aucune action concrète n'est décidée ;
- **la vision éclairée** : la direction fait face et bâtit un plan formel d'amélioration de la qualité ;
- **la sagesse** : la prévention fonctionne, les problèmes sont identifiés à la source, les actions correctives sont mises en place ;
- **la certitude** : la qualité devient un outil de management.

En 1987, avec la participation des pays les plus industrialisés, on a consacré les normes ISO 9000 à l'aspect organisationnel de l'assurance qualité, à son management et à ses méthodes. Ces normes sont améliorées et révisées ensuite dans le système de management de la qualité.

Pour Crosby, la qualité est conçue en tant que « *conformité à des exigences* » dans Martinez (2001). En fait, si on considère un produit ou un service, Plante (1994) suggère que la qualité doit regrouper trois points de vue :

- celui de la qualité voulue, révélée ou annoncée dans les objectifs visés ;
- celui de la qualité rendue, matérialisée pendant le déroulement des activités, à travers les ressources, les acteurs, les valeurs, les résultats et les effets ;
- celui de la qualité perçue, perceptible à travers ce que ressentent les consommateurs, les usagers, les acteurs, les pourvoyeurs et les autres personnes intéressées.

Le concept assurance qualité est abandonné pour celui de Système Management Qualité. « *La norme ISO 9000 depuis la version de 2000, s'est profondément rapprochée de l'excellence du Total Quality Management. Alors que l'ISO 9001:94 visait la conformité, les versions 2000 et 2008 vise l'efficacité, et l'ISO 9004 pousse à l'efficience* » (Leclercq, 2010).

Par conséquent, la qualité doit avoir un objectif d'amélioration de la performance et de la création de valeur de l'entreprise. Son objectif est « *l'amélioration de la qualité des décisions prises, la recherche d'une meilleure qualité des produits et services, l'économie des coûts de coordination, l'accès au capital humain et organisationnel des salariés, ainsi qu'une meilleure coopération* » (Fahmi, 2008).

Dans le cas de la Santé, le service proposé à l'utilisateur est le soin; ce dernier peut prendre plusieurs formes qui convergent vers ce qu'on appelle Santé qui, depuis les années 1940, est considérée en économie des ressources humaines comme un composant principal du capital humain chez les pionniers de l'école de cette théorie.

A son tour, ce type de capital fait, depuis les années 1980, partie du capital intellectuel qui regroupe, en plus de cet élément, le capital organisationnel et relationnel. Dans ce cadre de réflexion touchant à la problématique de la santé au niveau mondial, la Banque mondiale « *préconise une démarche épidémiologique fondée sur l'analyse des besoins sanitaires, d'une part, et l'approche opérationnelle, classant les priorités de*

*l'action sanitaire en fonction de leurs coûts/avantages, d'autre part* » B.M (1993), cité dans Bouziani (2002).

La notion de santé qui intègre le service soin, n'est pas facile à définir. Selon Bouziani, Mebtoul et Mesli (2002) : Il n'y a pas de santé en soi, mais différentes manières de l'envisager, de l'appréhender, révélant « *la complexité sémantique de la notion de santé qui est produite d'une histoire où se mêlent l'expérience subjective, les discours savants, les systèmes de valeurs, les dispositifs de prise en charge des maladies* » (Aïch, 1996).

L'OMS a simplifié en 1948 cette notion avec la définition suivante : « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental, et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » OMS, déclarations (1996). Il est apparent que le service soin ne peut être appréhendé séparément de cette notion car il en fait partie. Donc la qualité des soins ou du service santé va poser des problèmes de perception et d'évaluation chez les usagers, ce qui va rendre plus difficile la gestion de la qualité de ce service.

D'un autre côté, la qualité du produit soin est le résultat de la coordination des facteurs participant à la création de celui-ci, ainsi l'opérateur principal qui va faire fonctionner le reste des facteurs de production est le facteur humain, sujet-pivot dans toutes les théories de management et de gouvernance.

### **3.2.3- Les facteurs favorisant la réalisation de la qualité dans l'organisation**

La mise en œuvre d'une démarche qualité s'appuie sur la considération du facteur humain, qui détermine sa réussite (Deming, 1991). En effet, Deming a réservé plusieurs de ses quatorze principes aux employés, comme par exemple : assurer une formation permanente, faire disparaître la crainte afin que chacun puisse contribuer à l'amélioration de la qualité, supprimer les incitations demandant aux employés d'atteindre le «zéro défaut» et d'augmenter la productivité, ainsi que les quotas et la direction par objectifs.

La mise en œuvre des facteurs favorisant la motivation du personnel dans l'organisation se fait à travers les politiques de management des ressources humaines en termes de management des performances,

rémunération, gestion des carrières, formations, conditions de travail et communication interne.

Le management des performances permet la mise en œuvre et le suivi de la stratégie de l'organisation par sa répartition dans le temps et dans l'espace : direction, département, service, individus... Ainsi, en fournissant le feed-back aux personnels sur leurs activités, l'évaluation des performances pourrait produire reconnaissance, réajustement et équité dans l'organisation. Le fait d'avoir un bon système de rémunération dans le sens où il est perçu par les employés comme équitable, conditionne et renforce l'efficacité des autres facteurs de motivation.

La formation transmet et facilite l'appropriation du savoir, du savoir-faire et, *in fine*, développer les capacités d'une personne (Ramond, 1993, p. 143). Elle permet aux personnels d'accroître leurs compétences et de maîtriser leur emploi, ce qui détermine en eux plus de confiance en leurs compétences et dans l'avenir. En plus, la formation est souvent suivie de délégation de pouvoir, ce qui satisfait les besoins d'initiative, de pouvoir, d'autonomie et augmente le sentiment d'autodétermination des conduites des employés, renforçant ainsi leur motivation.

Dans le cas des hôpitaux en Algérie, les médecins ou le personnel professionnel souffrent de plusieurs points faibles selon des études de spécialistes dans le domaine. D'abord, les médecins algériens à leur poste, se basent sur leurs études et se comportent comme des scientifiques qui ont des normes de fonctionnement sans prise en considération des aspects culturels du patient, considéré comme fautif en cas de décalage par rapport à leur cadre scientifique.

Pour (Mesli, 2002) « *Il semble que le problème soit entier et ce pour des raisons diverses :*

- *le médecin est vu socialement mais aussi par lui-même, comme le détenteur d'un savoir « au-dessus » de tout et ce, eu égard au patrimoine que représente la santé pour la population ;*
- *le médecin est quelqu'un qui doit savoir (il devine), qui doit guérir (souvent avant même d'entamer la prescription) ;*
- *le modèle pour le médecin demeure « la science », ce qui se traduit par la non considération de tout (ou presque) ce qui n'est pas moyen de diagnostic ou thérapeutique ».*



Pour la formation, plusieurs voix s'élèvent pour la révision des contenus des programmes de médecine afin de relier le médecin avec la réalité sociale de l'hôpital, lieu du travail, et le comportement du patient ou usager, premier concerné par le produit soin. « *Les sciences sociales n'ont presque pas droit de cité dans les programmes de formation des étudiants* » (Mesli, 2002).

La communication interne permet, d'une part, de faire comprendre et de clarifier à chaque employé le sens de sa mission, ses instructions de travail et les objectifs qu'il doit réaliser ; d'autre part, elle permet de fluidifier les relations sociales au sein de l'organisation, contribuant ainsi à une meilleure cohésion et coordination entre les membres de cette dernière.

Que le personnel soit motivé ne suffit pas, il faut aussi que les employés deviennent impliqués dans leur travail. En effet, un personnel motivé réussit à atteindre de hauts niveaux de performance alors qu'un personnel impliqué ne se contente pas de réaliser de bonnes performances, mais il s'identifie aux valeurs de son organisation et s'approprie les objectifs prioritaires de cette dernière, les considérant comme des objectifs personnels. En plus, un personnel impliqué est une source d'idées créatives pour l'organisation et il donne une attention particulière à son travail.

Pour Thévenet (1992) « *l'implication des personnes dans l'entreprise est certainement l'un des objectifs les plus largement partagés aujourd'hui dans toutes les actions de 'développement de management' ou de 'gestion des ressources humaines'* ». Néanmoins, des études récentes sur le sujet ont révélé l'effet négatif de la mobilisation de ces ressources (Fahmi, 2008). Pour certains, cet état de fait résulte de l'augmentation de la pression des procédures et d'une répartition, conçue injuste, des avantages induits de l'amélioration de la qualité (Dhaouadi et al., 2008) et (Barel, 2010).

Plusieurs auteurs définissent l'implication, en s'appuyant sur des modèles comme celui de Buchanan (1974), cité par Besseyre D-H et Nguyen (2010), et Isis (2006) à partir de ses composantes, notamment « *l'identification (adhésion aux buts et valeurs), l'engagement (volonté d'agir dans le sens de ces buts et valeurs), et la loyauté (desir de rester)* ». Ou encore les trois dimensions attitudeles de l'implication : « *une dimension affective liée aux émotions et aux sentiments, une dimension*

*cognitive associée à la pensée, au jugement ou encore aux croyances, et une dimension conative regroupant les intentions d'action ».*

L'implication du personnel provoque des conséquences positives sur les comportements des employés car elle permet de :

- libérer un potentiel d'initiatives chez les employés ;
- valoriser les contributions de chacun des membres du personnel ;
- associer l'ensemble des collaborateurs au progrès de l'entreprise.

En conséquent, on peut dire que l'implication est un phénomène interne, qui a une forte relation avec l'employé lui-même à travers ses valeurs de travail. Il détermine le degré d'importance de son travail par rapport à d'autres activités, ce qui va influencer sur le temps et l'énergie alloués par ce dernier à son travail, soit positivement ou négativement. Dans le cadre des valeurs des personnels, il importe de rappeler que celles-ci forment une partie intégrante de leur culture, qui a, selon Hofstede (1984) une influence sur le comportement des personnels de l'entreprise, envers la technologie et beaucoup plus envers le management comme méthode de fonctionnement.

### **3.3. Evaluation de la gouvernance et du management de la qualité d'un centre hospitalo-universitaire**

Afin de pouvoir analyser les différents éléments théoriques à travers une analyse pratique pour nous permettre de répondre à la problématique de recherche qui touche l'aspect de la gouvernance et du management de la qualité du secteur hospitalier algérien, nous avons choisi le centre hospitalo-universitaire (CHU) de Beni-Messous, comme entité de recherche. Les raisons qui nous y ont poussés sont en relation avec sa structure organisationnelle de taille importante, reliant le cadre socioprofessionnel qui le caractérise entre administrateur et praticien.

Notre étude s'est focalisée sur le choix des cadres supérieurs, les médecins et les infirmiers du CHU. La méthode choisie est d'adresser deux questionnaires pour les cadres supérieurs de l'administration, et un questionnaire pour les praticiens de la santé.

### 3.3.1 Présentation du CHU de Beni-Messous

La carte sanitaire dispose de 14 centres hospitalo-universitaires implantés à l'échelle nationale; leur mission consiste à prodiguer des soins de haut niveau et de haute qualité. À vocation nationale, ils sont sous une double tutelle, administrative et pédagogique.

Le CHU de Beni-Messous (Issad-Hassani) est situé au niveau de Beni-Messous, à 10 km d'Alger. Les activités premières de l'hôpital ont débuté avec l'agencement des premiers pavillons, conçus entre 1930 et 1950, pour la prise en charge des enfants et des adultes.

En 1986, l'hôpital a connu une nouvelle structuration, d'où le décret n°86-297 du 16 décembre 1986 a fait de cette entité de santé, siège du CHU d'Alger-ouest qui englobait, outre l'hôpital Issad Hassani (unité de Beni-Messous), les hôpitaux de Birraria, Bologhine, Ben-Aknoun, Zéralda, et la clinique Rahmouni Djilali. Il a été érigé en CHU en exécution du décret exécutif 97-467 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des CHU (décret n°86-297 du 16 décembre 1986).

Le CHU de Beni-Messous est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général. Il est composé de 17 services hospitaliers englobant 5 spécialités chirurgicales, et 12 spécialités médicales ou cliniques, équipés de 722 lits et d'autres équipements (Décret ministériel n° 73 du 23 août 1995). Les différents services du CHU (voir annexe1) sont : Chirurgie générale, Chirurgie infantile, Ophtalmologie, Gynécologie, ORL, Pédiatrie A/B, Pneumologie, Allergologie, Hématologie, Traumatologie, Réanimation, Médecine interne, Hémodialyse, Urologie, Rééducation fonctionnelle respiratoire, Urgences.

Le choix de la recherche a été porté sur le CHU de Beni-Messous car il répond aux besoins de l'enquête et de sa thématique, les enquêtés aussi doivent être les trois piliers (Administrateurs, Médecins, infirmiers) de la bureaucratie professionnelle du management de la santé dans le secteur de la Santé (Mintzberg, 1982).

Le nombre des administrateurs supérieurs, des médecins et des infirmiers est égal à 1.598 individus (voir : Annexe 1), ceci nous permettra de bien envisager une étude représentative.

### 3.3.2. Méthodologie de recherche

L'administration du questionnaire aux enquêtés semble le meilleur moyen d'attrait des informations souhaitées pour notre étude; rappelons que notre problématique comporte deux composantes principales, gouvernance hospitalière et management de la qualité dans le système de soin :

- Quel est l'état des lieux de la gouvernance du centre hospitalo-universitaire algérien ?
- Comment le management de la qualité est-il perçu dans le centre hospitalo-universitaire algérien ? Quel lien entre la performance et le management par la qualité dans le centre hospitalo-universitaire algérien ?

Les quatre hypothèses proposées pour essayer de répondre à ces deux problématiques de bases sont les suivantes :

**Hypothèse 1 :** Le mode de structure organisationnelle du centre hospitalo-universitaire algérien ne permet pas d'adopter une bonne gouvernance hospitalière, qui sert à améliorer la performance.

**Hypothèse 2 :** Il existe une relation positive et significative entre la performance organisationnelle et les indicateurs de gouvernance hospitalière.

**Hypothèse 3 :** Le centre hospitalo-universitaire algérien ne comprend pas un réel management par la qualité formelle.

**Hypothèse 4 :** La réalité professionnelle actuelle des paramédicaux ne permet pas d'adopter un management par la qualité pour l'amélioration des soins.

#### 3.3.2.1. Spécificité du questionnaire

Nous avons formulé deux questionnaires différents, l'un concernant la gouvernance hospitalière est adressé aux cadres administrateurs supérieur du CHU; l'autre comprenant le management par la qualité est adressé aux administrateurs supérieurs, médecins et infirmiers.

Le questionnaire sur la gouvernance hospitalière et le management par la qualité adressé aux administrateurs supérieurs est doté de onze questions ; de même on a adressé uniquement le questionnaire du

management par la qualité aux praticiens du secteur. Chaque question représente une variable d'étude indicé, selon le tableau suivant :

### **A- Indice des variables du questionnaire de la gouvernance hospitalière**

**Tableau n°1 : description des variables de la gouvernance hospitalière**

Numéro de la question (variable)	Indice
1	PERORG
2	AUTONOMI
3	RSSCHU
4	BUDGET1
5	CONTROLE
6	EVALUCOU
7	PPP
8	IMPLICAT
9	CITOYENS
10	TIC
11	SYNDICAT

Source : Enquête de recherche

### **B- Indices des variables du questionnaire sur le management par la qualité adressé aux administrateurs supérieurs**

**Tableau n°2 : description des variables du management  
de la qualité de la phase 1**

Numéro de la question (variable)	Indice
1	RAUS

Source : Enquête de recherche

### C- Indices des variables du questionnaire sur le management par la qualité adressé aux médecins :

**Tableau n°3 : description des variables du management de la qualité de la phase 2**

Numéro de la question (variable)	Indice
1	RAUS
2	REMINFI
3	TACHE
4	MOTIV
5	QUALISOIN
6	DISPOMED
7	FORMA
8	MODERS
9	MEDINTER
10	TEMPS
11	SALAIRE
12	COMMUNIC
13	CONDITRA
14	ISO
15	EVALUATI
16	SOCIALE
17	CONNAISS
18	HYGIENE
19	RECHERCH
20	RDV
21	TIC
22	CITOYEN

Source : Enquête de recherche

### D- Indices des variables du questionnaire sur le management par la qualité adressé aux infirmiers

**Tableau n°4: description des variables du management de la qualité de la phase3**

Numéro de la question (variable)	Indice
1	REMINFI
2	TACHE
3	MOTIV
4	FORMA
5	SALAIRE
6	COMMUNIC
7	CONDITRA
8	ISO
9	EVALUATI
10	SOCIALE
11	CONNAISS
12	TIC
13	HYGIENE
14	CITOYEN

Source : Enquête de recherche

#### 3.3.2.2. Echantillon de la recherche

La méthode choisie pour calculer notre échantillon est la méthode non probabiliste : identifier dans la population-mère quelques critères de répartition significatifs, puis essayer de respecter cette répartition dans l'échantillon d'individus interrogés. Nous avons donc utilisé la règle de probabilité suivante pour calculer l'échantillon :

$$n \geq \frac{1 + \frac{Z_{\alpha}^2 \times p \cdot q}{d^2}}{1 + \frac{Z_{\alpha}^2 \times p \cdot q}{N \cdot d^2}}$$

**N** : la population mère

**n** : taille de l'échantillon nécessaire

**z** : valeur fournie par la table de la loi normale ; elle varie selon le risque d'erreur que l'on accepte pour généraliser les résultats. L'usage est de retenir 5% soit une valeur de  $z=1.96$ .

**p** : pourcentage prévu de réponse, soit ici 50%

**q = 1-p** : pourcentage de non répondants, ici 50%.

**e**: marge de fluctuation (précision) acceptée pour généraliser les résultats : ici  $\pm 4$  points de , soit 0.04.

### A. Population-mère :

**Tableau n°5 : description de la population-mère**

Nature de l'enquête	Nombres	Répartition en pourcentage
Administrateurs supérieurs	291	18,21 %
Médecins	229	14,3 %
Infirmiers	1078	67,74 %
Total	1598	100 %

Source : Direction des ressources humaines du CHU de Beni-Messous

### B. Taille de l'échantillon :

**Tableau n°6 : description de la taille d'échantillon**

Items	Valeur
$Z^2$	3,8416
pq	0,25
$D^2$	0,0016
N	1598
Après le calcul : n	437

Source : Enquête de recherche

La taille de l'échantillon calculé est de : **473 enquêtés.**



### C. Retour des réponses après administration du questionnaire

**Tableau n°7 : Administration du questionnaire et dépeuillement**

Nature de l'enquêté	Nombres distribués	Nombres de retours	Nombres Validés	Représentation en pourcentage par rapport à la population mère
Administrateurs supérieurs	291	85	79	27,17%
Médecins	229	73	66	28,82
Infirmiers	1078	300	292	27,08 %
Total	1598	458	437	27,73 %

Source : Enquête de recherche

On peut voir du tableau ci-dessous qu'il existe une répartition homogène de l'échantillon étudié, qui représente un taux de 27,73 % de la population mère.

### D. Répartition de l'échantillon selon la répartition de la population-mère :

**Tableau n°8 : Répartition de l'échantillon**

Nature de l'enquêté	Nombres	Répartition en pourcentage
Administrateurs supérieurs	79	18,07 %
Médecins	66	15,1 %
Infirmiers	292	66,81 %
Total	437	100 %

Source : Enquête de recherche

La taille de l'échantillon calculé suit la même répartition en pourcentage de la nature des enquêtés vis-à-vis de la population mère. L'objectif de la distribution du questionnaire est atteint, car le nombre correspond au nombre minimum calculé de la taille d'échantillon.

### 3.3.3. Les outils d'analyse des données

L'analyse des données est une étape fondamentale pour répondre aux différentes questions de notre recherche, pour cela nous avons utilisé les outils suivants :

#### A. Outils d'analyse :

- **L'échelle de Likert variant de 1 à 4 ; avec progression d'un pat de « (4-1) /4 = 0,75) » pour l'analyse de l'échelle :** ([1-1,75 [:Très Faible description de l'item choisi;] 1,75 – 2,5] : description faible à moyenne (si ; > 2,12 à 2,5) de l'item choisie ; ]2, 5 – 3,25]. : forte description de l'item choisie, ]3,25, 4] : très forte description de l'item choisie.
- **Analyse de fiabilité par Alpha Cronbach :** pour tester la cohérence du questionnaire.
- **Test de Kolmogorov-Smirnov :** Voir si la distribution suit la loi normale
- **Statistiques descriptives :** (Moyenne, écart-type, mode, médiane)
- **T-Test :** pour tester la validité de l'hypothèse à seuil de significativité de ( $\alpha = 5\%$ ).
- **r de Pearson :** pour analyser la corrélation entre les différentes variables de l'étude de recherche.
- **Rho de Spearman (test non paramétrique):** pour analyser la corrélation entre les différentes variables de l'étude de recherche.

#### B. Outils de traitements des données :

Notre choix est porté sur l'utilisation du SPSS (*Statistical package of social science*). Ce logiciel nous permet de bien utiliser les outils d'analyse adéquate avec ce type de recherche.

### **3.3.4. Analyse et interprétation des données sur la gouvernance hospitalière, enquête sur les administrateurs supérieurs (N = 79) :**

#### **A. Une analyse par les statistiques descriptives**

Le test de Kolmogorov-Smirnov démontre que les différentes variables de l'étude suivent une distribution gaussienne et donc obéissent à la loi normale, une signification asymptotique (bilatérale) acceptable à un seuil de significativité de ( $\alpha=5\%$ ) (Voir annexe 2 : pp. 3 – 4).

La fiabilité et la cohérence du questionnaire est largement acceptable, car le coefficient de Alpha de cette étude = 0,7881, dépasse la norme théorique, alignée à 0,6. Donc cela implique que le questionnaire est fiable pour réaliser une étude correcte (Voir Annexe 2 : pp. 12-13).

L'évaluation de la performance organisationnelle (PERORG) est moyenne par l'ensemble des administrateurs supérieurs (moyenne = 2,18), l'écart-type est de 0,7351 ce qui indique une convergence dans la majorité des répondants. L'autonomie (AUTONOMI) sur la prise de décision, la relation Sécurité sociale/CHU (RSSCHU), la distribution du budget (Budget 1), l'implication au travail (IMPLICAT), l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et le rôle du syndicat à défendre les employés (SYNDICAT), tous affichent un item de mesure moyenne variant de 2,03 à 2,45. Les écarts types de toutes ces variables varient de 0,61 à 1,01, ce qui explique la convergence des avis des enquêtés.

L'évaluation du contrôle dans cette administration de service public demeure faible, moyenne égale à 1,98 avec un écart-type égale à 0,4934. Ainsi que la relation Administration du CHU et citoyens (CITOYENS) aussi affiche une unité de mesure faible par une moyenne égale à 1,83 et d'un écart-type évalué à 0,5414.

53,2 % des enquêtés sont totalement d'accord pour que le système d'évaluation des coûts de prestation soit modernisé par de nouvelles techniques de gestion (EVALUCOU), on peut bien confirmer cette mesure par le niveau de la moyenne estimée à 3,36 et d'un écart-type

égale à 0,78. Ceci dit il y a une très forte volonté des administrateurs de mettre à niveau cet appareil.

Une partie assez importante des enquêtés (48,1%) pense que le partenariat public/privé (PPP) permet d'améliorer la qualité des soins en allouant des contrats d'achat de médicaments, d'équipements et de sous-traitance. La mesure de l'item dépasse la moyenne par une mesure égale à 2,74 et d'un écart-type évalué à 0,7590, ce qui explique la convergence de l'ensemble des réponses.

### **B. Test de la validité de l'hypothèse 1**

Pour tester la validité de la première hypothèse de notre recherche : « *Le mode de structure organisationnelle du centre hospitalo-universitaire algérien ne permet pas d'adopter une bonne gouvernance hospitalière qui sert à améliorer la performance* », nous avons procédé à un test sur échantillon unique par le test de Student (T-TEST). Les résultats permettent de rejeter l'hypothèse nulle et d'accepter l'hypothèse alternative à un seuil de significativité de ( $\alpha = 5\%$ ) (Voir annexe 2 : p. 5) pour l'ensemble des variables suivantes : PERORG, BUDJET I, EVALCOU, PPP, IMPLICAT, CITOYENS, TIC, SYNDICAT.

Ces résultats expliquent donc que le mode de structure organisationnelle du CHU participe à la gouvernance, mais d'une manière qui ne peut assurer une forte performance. Les résultats des statistiques descriptives le démontrent.

Le T-test rejette l'hypothèse alternative des variables (Voir : p. 5): AUTONOMI, RSCCHU, CONTROLE, ce qui explique qu'il n'existe pas une démarche de décentralisation administrative des tâches comme l'indiquent les réformes de 1990. On distingue mal aussi le lien entre le mode de structure organisationnelle et la fonction de contrôle. La relation Sécurité sociale/CHU est aussi nuancée par le T-test, ce qui explique un manque de visibilité de la politique extérieure du CHU avec les acteurs sociaux.

Les résultats du T-test nous permettent de confirmer notre première hypothèse, donc « *Le mode de structure organisationnelle du centre hospitalo-universitaire algérien ne permet pas d'adopter une bonne gouvernance hospitalière qui sert à améliorer la performance* ».

### C. Test de la validité de l'hypothèse 2

Les résultats des tests de corrélation de Pearson démontrent qu'il existe un lien positif et significatif au seuil de ( $\alpha=5\%$ ) entre la PERORG ET AUTONOMI, RSSCHU, BUDJET, CONTROLE, IMPLICAT, CITOYENS, TIC, SYNDICAT ; d'un coefficient de corrélation allant de  $r=0,396$  à  $r=1$  ; (Voir annexe. 2 : p.6). D'un autre côté, les résultats démontrent aussi qu'il n'existe aucun lien significatif entre la PERORG, EVALCOU et PPP; on peut considérer ces deux variables comme exogènes.

Les résultats des tests de corrélation de Spearman démontrent aussi les mêmes résultats que celle de Pearson, il existe donc un lien positif de significativité à un seuil de ( $\alpha=5\%$ ) entre PERORG et les autres variables indicatrices de gouvernance hospitalière, sauf EVALCOU et PPP (Voir annexe. 2 : p. 9).

A partir des interprétations des résultats de corrélation, on peut dire que la deuxième hypothèse de recherche est acceptée, donc : « *Il existe une relation positive et significative entre la performance organisationnelle et les indicateurs de gouvernance hospitalière* ».

#### 3.3.5. Analyse et interprétation des données sur le management par la qualité dans le CHU algérien

L'administration du questionnaire du management par la qualité dans le CHU a compris trois phases : dans la première, le questionnaire administré aux administrateurs supérieurs comprend une seule variable (RADUS), dans la deuxième phase le questionnaire est administré aux médecins et comprend 22 variables, et dans la troisième phase, adressée aux infirmiers, le questionnaire comprend 14 variables.

##### 3.3.5.1. Une analyse par les statistiques descriptives de la première phase (administrateurs supérieurs)

L'évaluation de la relation entre l'administration supérieure et l'unité de soin dépasse la moyenne par une mesure égale à 2,63 et un écart-type évalué à 0,83, ce qui explique une bonne relation.

### 3.3.5.2. *Analyse par les statistiques descriptives de la deuxième phase (médecins ; N = 66) :*

#### A. UNE ANALYSE PAR LES STATISTIQUES DESCRIPTIVES

---

Le test de Kolmogorov-Smirnov démontre que les différentes variables de l'étude suivent une distribution gaussienne et donc, obéissent à la loi normale, une signification asymptotique (bilatérale) acceptable à un seuil de significativité de ( $\alpha=5\%$ ) (Voir annexe. 3 : pp. 7-10). La fiabilité et la cohérence du questionnaire est acceptable, car le coefficient d'Alpha de cette étude = 0,6177 dépasse la norme théorique alignée à 0,6. Donc, cela implique que le questionnaire est fiable pour réaliser une étude correcte (Voir annexe. 3 : pp.1-2).

L'évaluation des variables : relation administration/unité de soins (RAUS), répétitions des tâches (TACHE), disponibilité du médicament (DISPOMED), rendez-vous pour le suivi des patients (RDV), l'intégration des TIC (TIC), la communication interne (COMMUNIC), satisfaction des salaires (SALAIRE), semblent moyennes par l'ensemble des médecins, d'une moyenne qui varie de 2,22 à 2,54 avec des écarts-types variant de 0,5001 à 0,78, ce qui indique une convergence dans la majorité des répondants (Voir : Annexe. 3 : pp. 2-6).

La relation médecins/infirmiers (RMEINFI), la motivation personnelle (MOTIV), la qualité des soins (QUALISOIN), la formation (FORMA), La modernisation des ressources matérielles (MODRES), l'hygiène (HYGIENE), conscience sur la normalisation (ISO), le management de la connaissance (CONNAISS), le système d'évaluation des médecins (EVALUATI) (CITOYEN), tous ont affiché une tendance forte à très forte de l'expression des items de mesure, leurs moyennes ont varié de 2,66 à 3,28. Les écarts-types de toutes ces variables varient de 0,40 à 0,75, ce qui explique la convergence des avis des enquêtés et démontre bien l'intérêt des médecins à l'adoption de la notion de la qualité (Voir annexe 3 : pp.2-6).

L'évaluation du budget de recherche (RECHERCHE), conditions de travail (CONDITRA), du management du temps à propos des diagnostics (TEMPS), de l'organisation de la médecine interdisciplinaire (MEDINTER), motivation des œuvres sociales (SOCIALE), demeure faible, les moyennes varient de 1,45 à 2,03 avec des écarts-types qui varient de 0,53 à 1,95 (Voir annexe 3 : pp. 2-6).

La comparaison de l'évaluation de l'item de la relation administration supérieure/médecin évoque que les administrateurs jugent une meilleure relation avec les médecins (moyenne =2,63), comparativement au jugement des médecins vis-à-vis des administrateurs (moyenne =2,27). Cette situation demande à être améliorée pour l'adoption d'une démarche qualité.

---

### B. TEST DE LA VALIDITÉ DE L'HYPOTHÈSE 3

---

Pour tester la validité de la troisième hypothèse de notre recherche : « *Le centre hospitalo-universitaire en Algérie ne comprend pas un réel management par la qualité formelle* », nous avons procédé à un test sur échantillon unique par le test de Student (T-TEST).

Les résultats permettent de rejeter l'hypothèse nulle et d'accepter l'hypothèse alternative à un seuil de significativité de ( $\alpha = 5\%$ ) (Voir annexes 3 : p.11) pour l'ensemble des variables suivantes : RAUS, RMEINF, TACHE, MOTIV, QUALSOIN, DISPOMED, FORMA, MODERS, SALAIRE, COMMUNIC, ISO, EVALUATI, CONNAISS, HYGIENE, RECHERCH, RDV, TIC, CITOYEN (Voir annexe 3 : p.11).

Le T-test rejette l'hypothèse alternative des variables (Voir annexe 3 : p.11) : MEDINTER, TEMPS, CONDITRA, SOCIAL, ce qui explique qu'il n'existe pas une démarche qualité au sein du CHU, car le management du système de soins ne participe pas à l'instauration d'une coordination entre les différentes disciplines médicales pour permettre au patient de gagner du temps et parfaire, en parallèle, le management du temps au sein de l'unité de soins. Les conditions de travail ne sont pas parfaitement favorables pour la majorité des médecins; les œuvres sociales ne participent pas parfaitement à la motivation des médecins.

Les résultats du T-test démontrent que malgré qu'il y ait acceptation des hypothèses alternatives en relation avec les variables citées dans le premier paragraphe de cette sous-section, ceci ne permet pas de juger qu'il existe une adoption parfaite du management par la qualité dans le CHU en Algérie.

Les résultats du T-test nous permettent donc de confirmer notre deuxième hypothèse « *Le centre hospitalo-universitaire en Algérie ne comprend pas un réel management par la qualité formelle.* ».

### 3.3.5.3. Une analyse par les statistiques descriptives de la troisième phase (médecins ; N = 292)

#### A. UNE ANALYSE PAR LES STATISTIQUES DESCRIPTIVES

---

Le test de Kolmogorov-Smirnov démontre que les différentes variables de l'étude suivent une distribution gaussienne et donc, obéissent à la loi normale, une signification asymptotique (bilatérale) acceptable à un seuil de significativité de ( $\alpha=5\%$ ) (Voir annexe 4 : pp.1-2).

L'évaluation de l'intention des infirmiers envers les citoyens est importante, sa moyenne respective est égale à 2,59, avec un écart-type égal à 0,78.

71 % des infirmiers sont totalement d'accord pour que le système de leur évaluation soit mis à niveau (Annexe 4 : p.5), la moyenne de cette variable (EVALUATI) est évaluée à 3,70 ce qui confirme une très forte tendance des répondants, l'écart-type est égal à 0,41. Les tâches des infirmiers semblent être bien réparties entre eux dans les services, ceci est justifié par une moyenne égale à 2,76 et par un écart-type égal à 0,7935. Le jugement des infirmiers de l'hygiène dans l'unité de soins est moyen (moyenne =2,28 ; écart-type = 0,78) (Voir annexe 4 : pp. 2 – 6).

Les autres variables qui nous restent à analyser démontrent un niveau de mesure faible, la tendance des réponses des infirmiers tend majoritairement vers le désaccord ou l'insatisfaction (les moyennes varient de 1,51 à 1,95) avec des écarts-types qui démontrent une convergence totale. On peut voir dans ce cas les variables suivantes : Formation (FORMA), salaire (SALAIRE), communication interne (COMMUNI), condition de travail (CONDIT), conscience (ISO), œuvres sociales (SOCIALE), management de la connaissance (CONNAISS) et intégration des (TIC).

La comparaison de l'évaluation de l'item de la relation infirmiers/médecins, évoque que les médecins jugent une meilleure relation avec les infirmiers (moyenne =2,72), comparativement au jugement des infirmiers vis-à-vis des médecins (moyenne =2,15). Cette situation demande à être améliorée pour l'adoption d'une démarche qualité.



---

B. TEST DE LA VALIDITÉ DE L'HYPOTHÈSE 3

---

Pour tester la validité de la troisième hypothèse de notre recherche : « *La réalité professionnelle actuelle des paramédicaux ne permet pas d'adopter un management par la qualité pour l'amélioration des soins* » nous avons procédé un test sur un échantillon unique par le test de Student (T-TEST). Les résultats permettent de rejeter l'hypothèse nulle et d'accepter l'hypothèse alternative à un seuil de significativité de ( $\alpha = 5\%$ ) (Voir annexes 4 : p.14) pour l'ensemble des variables.

Ces résultats démontrent une très grande faiblesse enregistrée au sein du corps des paramédicaux, sensé être le pilier du système de soins. On peut relever que ce corps mérite plus d'attention sur le plan de la motivation, de l'amélioration des salaires, des formations et de la documentation, de la considération, et de l'apprentissage de la démarche qualité (ISO).

Les résultats du T-test nous permettent de confirmer notre deuxième hypothèse, donc : « *La réalité professionnelle actuelle des paramédicaux ne permet pas d'adopter un management par la qualité pour l'amélioration des soins* ».

## CONCLUSION

Cette étude de recherche sur la gouvernance hospitalière et sur le management par la qualité du système de soins en Algérie nous a permis de nous arrêter sur les différentes littératures portant sur ce sujet, sur l'expérience de l'Algérie dans les réformes des années quatre-vingts dix et l'état des lieux du management de la santé.

L'étude s'est focalisée sur l'analyse des différents acteurs qui participent du système de soins dans le centre hospitalo-universitaire (CHU) : administrateurs, médecins et infirmiers (Voir Mintzberg, 1982). Les différents tests d'hypothèses, ont tous affirmé la validité des hypothèses proposées par notre recherche :

- Le mode de structure organisationnelle du centre hospitalo-universitaire en Algérie ne permet pas d'adopter une bonne gouvernance hospitalière, qui sert à améliorer la performance;
- Il existe une relation positive et significative entre la performance organisationnelle et les indicateurs de gouvernance hospitalière;
- Le centre hospitalo-universitaire en Algérie ne comprend pas un réel management par la qualité formelle;
- La réalité professionnelle actuelle des paramédicaux ne permet pas d'adopter un management par la qualité pour l'amélioration des soins.

La gouvernance hospitalière dans le CHU en Algérie prouve une insuffisance en matière d'adoption de nouvelles techniques de gestion comme l'amélioration du système d'information par l'intégration de la comptabilité analytique, et le tableau de bord prospectif.

Un autre point qui revient aux fondamentaux de la gouvernance des organisations, et qui mérite d'être bien pris en charge : l'amélioration de la relation de l'entité hospitalière avec ses partenaires sociaux et économiques, pour une meilleure garantie des soins et une amélioration de la qualité du traitement; cela peut être aligné dans le cadre de la recomposition du conseil d'administration des CHU.

La e-gouvernance dans le CHU semble être inexistante, un retard enregistré dans l'intégration des TIC dans le management opérationnel.

## **Recommandations**

L'intégration du management par la qualité dans le CHU en Algérie demande le passage par une démarche de la qualité avant d'adopter le management. Les travaux de Scott et J.P. Guere nous semblent être un repère fondamental dans l'organisation du travail. Pour adopter une démarche de la qualité, nous proposons les résultats de notre enquête, en se basant sur les travaux des deux axes bipolaires orthogonaux :

### **Axe vertical :**

- Améliorer la relation entre les administrateurs et les médecins pour adopter une approche sociale;
- Améliorer la relation entre médecins et infirmiers afin d'adopter une approche sociale;
- Moderniser les ressources matérielles et d'analyse médicale afin d'adopter une approche rationnelle;
- Rentabiliser les contrats d'achat de matériaux par la qualité de leur action dans l'unité de soin;
- Développer une médecine interdisciplinaire, qui permet d'assurer de meilleurs soins au patient, et dans les délais.

### **Axe horizontal :**

- Responsabiliser et sensibiliser le personnel soignant et non-soignant à l'ombre des éléments de responsabilité sociale des organisations;
- Investir dans le capital humain par des formations pour administrateurs, médecin, infirmiers;
- Sensibiliser le corps soignant sur les avantages de la normalisation dans le cadre de la qualité (ISO).
- Améliorer la communication interne;
- Améliorer la situation professionnelle (conditions de travail, salaires, considération, responsabilisation...) du corps des paramédicaux;

- Mettre l'hygiène au cœur de la démarche qualité;
- Réguler et encourager le partenariat public privé;
- Prendre en considération les facteurs extérieurs, politiques, juridiques et économiques, veiller à l'application des textes juridiques en relation avec les réformes de 1990;
- Proposer de nouvelles réglementations adéquates à la réalité de l'environnement du système de soins.

## Chapitre IV

# STRATÉGIES DES ACTEURS DU SYSTÈME DE SOINS

## Introduction

L'objectif de cette partie est d'analyser les jeux d'alliances et de conflits entre les acteurs du Système des soins en Algérie. Pour cela, on se basera sur la méthode MACTOR, qui cherche à estimer les rapports de force entre acteurs impliqués dans ce système et à étudier leurs convergences et divergences vis-à-vis d'un certain nombre d'enjeux et d'objectifs associés. A partir de cette analyse, l'objectif de l'utilisation de la méthode MACTOR<sup>1</sup> est de fournir à un acteur, en particulier le ministère de la Santé en tant qu'autorité de régulation, une aide à la prise de décision, pour la mise en place de sa politique d'alliances et de conflits avec les autres intervenants dans le domaine.

Notre travail s'inscrit dans cette perspective et pose la problématique suivante : *Quels sont les acteurs avec lesquels le ministère de la Santé doit coopérer afin d'améliorer l'efficacité de fonctionnement du système des soins en Algérie ?*

Pour ce faire, nous nous sommes basés sur les consultations d'experts afin de nous éclairer sur certaines questions relatives aux acteurs composant le Système de soins en Algérie, leurs objectifs, leurs moyens d'actions sur les autres acteurs ainsi que leurs positions par rapport aux objectifs de ces autres acteurs (accord ou désaccord).

Le travail est structuré en quatre phases : la première phase a pour objet d'identifier les différents acteurs ainsi que leurs objectifs. La deuxième phase consiste à repérer les relations d'influences et de dépendances entre acteurs, et ce à travers le remplissage d'une matrice carrée (MID). La troisième phase est consacrée à la détermination des positions de chacun des acteurs sur chacun des objectifs (favorable ou non) ; là aussi, il s'agit d'un remplissage d'une deuxième matrice (MAO). Enfin, à l'aide des résultats obtenus dans les trois premières phases

<sup>1</sup> L'acronyme Mactor signifie : Méthode ACTeurs, Objectifs et Rapports de force.

et l'utilisation des calculs mathématiques sur les deux matrices que nous obtiendrons des indicateurs mesurant les degrés d'influence et de dépendance directe et indirecte, les positions des acteurs simples, évaluées et pondérées par rapport aux objectifs, les rapports de force entre acteurs, les relations de convergence et de divergences entre objectifs et entre acteurs, l'ambivalence des acteurs, etc.

## 4.1 Présentation des acteurs et des objectifs

### 4.1.1 – Liste des acteurs

Après plusieurs entretiens<sup>2</sup> avec des experts du domaine de la Santé, où nous avons procédé au regroupement des acteurs ayant des objectifs similaires, voire identiques, et nous avons énuméré à la fin treize<sup>3</sup> acteurs principaux qui conditionnent l'évolution du Système des soins en Algérie. Voici la liste de ces acteurs avec des intitulés courts entres parenthèses :

- 1) Ministère de la Santé (Min. Santé) ;
- 2) Ministère de l'emploi, du travail et de la Sécurité sociale (METSS) ;
- 3) Etablissements publics de santé «CHU, EHS ET EPH » (ESP) ;
- 4) Ministère de commerce (MC) ;
- 5) Ministère des Finances (MF) ;
- 6) Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique (MESRS) ;
- 7) Producteurs des médicaments et des produits paramédicaux (PMPPM) ;
- 8) Confédération des associations de malades (patients) (CAM) ;
- 9) Importateurs du médicament et des produits paramédicaux (IMPPM) ;
- 10) Syndicat des travailleurs «UGTA et autres syndicats» (ST) ;
- 11) Cliniques privées (CP) ;
- 12) Distributeurs des médicaments et de produits paramédicaux (Grossistes et pharmaciens) (DMPPM) ;

2 – Voir annexe 5: questionnaires sur la stratégie des acteurs du système des soins en Algérie : application de la méthode Mactor.

3 – Le nombre d'acteurs identifiés initialement était égal à dix-neuf.

13) Direction générale de la Fonction publique (DGFP).

#### 4.1.2 – Liste des objectifs

Nous avons procédé dans cette étape à l'identification des objectifs associés à chaque acteur; nous avons constaté que certains de ces objectifs sont associés à plusieurs acteurs, tel est le cas du cadre réglementaire et fiscal : ce dernier est identique pour tous les ministères. La liste des objectifs (avec des intitulés courts entres parenthèses) est la suivante :

1. Disponibilité du médicament et des produits paramédicaux (DMPPM) ;
2. Bon fonctionnement du système des soins en Algérie (Fonc. Soins) ;
3. Remboursement et subvention des soins (Remb. Subv.) ;
4. Formation du personnel et Recherche et développement (Form. Et R&D) ;
5. Cadre réglementaire et fiscal (Règl. fisc) ;
6. Assurer le service public (les soins) (Ser. Pub) ;
7. Indépendance vis-à-vis de l'extérieur en matière de médicaments et de produits paramédicaux (Ind. Ext) ;
8. Réclamer des normes dans les soins ainsi que le droit d'accès des malades, notamment en matière d'hygiène, confort et de prise en charge des malades (Norme & Acc) ;
9. Combler le déficit de la production nationale des médicaments et des produits paramédicaux par les importations (Import) ;
10. Défendre les droits des travailleurs (Droit trav) ;
11. Proposition de soins alternatifs payants (soin Alt) ;
12. Recrutement et fixation des grilles des salaires (Recr Salai).

## 4-2- Les matrices d'entrée

### 4.2.1 – Matrice des Influences Directes (MID) :

La Matrice d'Influences Directes Acteurs X Acteurs (mid) décrit les influences directes entre acteurs.

MID	Min Santé	METSS	ESP	MC	MF	MESRS	PMPPM	CAM	IMPPM	ST	CP	DMPPM	DGFP
Min Santé	0	1	4	1	1	2	4	0	4	2	4	4	0
METSS	2	0	2	0	2	2	2	3	2	2	2	1	0
ESP	1	3	0	0	1	2	2	3	2	0	2	3	0
MC	3	3	0	0	3	0	4	0	4	0	4	4	0
MF	2	2	2	0	0	2	2	0	2	0	1	2	0
MESRS	1	1	3	1	1	0	2	0	1	0	3	1	0
PMPPM	2	2	3	0	2	0	0	0	3	0	3	3	0
CAM	1	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
IMPPM	1	1	2	1	2	0	2	0	0	0	2	3	0
ST	1	1	3	1	1	1	0	1	1	0	0	2	0
CP	0	1	2	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0
DMPPM	3	3	3	0	1	0	3	0	3	0	3	0	0
DGFP	1	1	1	1	1	1	0	0	0	2	0	0	0

Les influences sont notées de 0 à 4 suivant l'importance de la remise en cause possible pour l'acteur :

- 0 : Pas d'influence ;
- 1 : Processus opératoires ;
- 2 : Projets ;
- 3 : Missions ;
- 4 : Existence.

Dans la matrice MID, les syndicats des travailleurs ont une influence directe importante sur les établissements de Santé publique. L'intensité de cette influence est égale à 3, ce qui signifie que les syndicats des travailleurs peuvent mettre en cause l'accomplissement des missions



des établissements de Santé publique à travers des mouvements de grève, par exemple. C'est le cas aussi pour le ministère de la Santé qui pourra remettre en cause l'existence des distributeurs du médicament et des produits paramédicaux, en enlevant par exemple, l'agrément pour un grossiste ou un pharmacien.

#### 4.2.2 – Matrice des positions valuées (2MAO) :

La Matrice des positions valuées Acteurs X Objectifs (2MAO) décrit pour chaque acteur à la fois sa valence sur chacun des objectifs (favorable, opposé, neutre ou indifférent) et sa hiérarchie par rapport à ces objectifs.

MID	DMPPM	Fonc Sain	R Emn Subv	Form Et R&D	Regl Fisc	Ser Pub	Ind Ext	Norme & Acc	Import	Droit Trav	Soin Alt	Recr Salari
Min Santé	3	4	2	2	3	3	1	-1	-1	-3	1	2
METSS	3	2	4	2	3	3	3	-1	-2	-3	1	2
ESP	3	3	2	3	1	3	1	-1	3	-3	1	3
MC	3	1	0	0	3	1	3	-1	2	-1	1	2
MF	3	0	3	1	4	1	3	-1	-1	-1	1	2
MESRS	0	3	0	4	2	2	3	-1	-2	-1	1	2
PMPPM	3	2	2	2	-2	0	4	2	-3	0	2	0
CAM	2	3	4	2	0	4	2	4	2	2	-2	0
IMPPM	-4	1	2	-2	-2	0	-4	2	3	0	2	0
ST	0	2	1	1	0	1	0	1	0	4	2	2
CP	2	-4	-2	3	-2	-3	2	-2	3	-2	4	-2
DMPPM	4	2	2	0	-2	1	3	0	2	0	2	0
DGFP	0	3	2	2	2	3	0	-1	0	-2	1	4

Le signe indique si l'acteur est favorable ou opposé à l'objectif :

0 : l'objectif est peu conséquent ;

1 : L'objectif met en cause les processus opératoires (gestion, etc.) de l'acteur / est indispensable à ses processus opératoires ;

2 : L'objectif met en cause la réussite des projets de l'acteur / est indispensable à ses projets ;

3 : L'objectif met en cause l'accomplissement des missions de l'acteur / est indispensable à ses missions ;

4 : L'objectif met en cause l'acteur dans son existence / est indispensable à son existence.

Dans la Matrice 2MAO, les importateurs de médicaments ou des produits paramédicaux sont vivement opposés à l'objectif d'indépendance vis-à-vis de l'extérieur en la matière. L'intensité de cette opposition est égale à (-4), ce qui signifie que le développement d'une industrie pharmaceutique va mettre en cause l'existence de ces importateurs. Un autre concernant la position d'établissements de Santé publique par rapport à l'assurance des missions du service public (les soins) qui est d'ordre (+3), cela signifie que ce dernier est indispensable à l'accomplissement des missions de ces établissements.

### 4.3 – Les résultats de l'étude

#### 4.3.1 – Influences directes et indirectes

##### A- Matrice des Influences Directes et Indirectes (MIDI) :

La matrice MIDI permet de repérer les influences directes et indirectes d'ordre 2 entre acteurs. L'intérêt de cette matrice est d'apporter une vision plus complète du jeu des rapports de force (un acteur pouvant limiter l'éventail des choix d'un second en agissant sur lui à travers un acteur relais). L'utilisation de l'opérateur «somme» pour le calcul de MIDI ne permet pas de conserver dans cette nouvelle matrice la signification de l'échelle des intensités adoptée pour évaluer les influences directes dans MID. Les valeurs contenues dans MIDI donnent malgré tout une bonne idée de l'importance des influences directes et indirectes entre acteurs. Deux indicateurs sont calculés à partir de MIDI<sup>4</sup> :

- le degré d'influence directe et indirecte de chaque acteur (Ii, par sommation sur les lignes).
- le degré de dépendance directe et indirecte de chaque acteur (Di, par sommation sur les colonnes)

<sup>4</sup> – Les valeurs représentent les influences directes et indirectes des acteurs entre eux : plus le chiffre est important plus l'influence d'un acteur sur l'autre est importante.

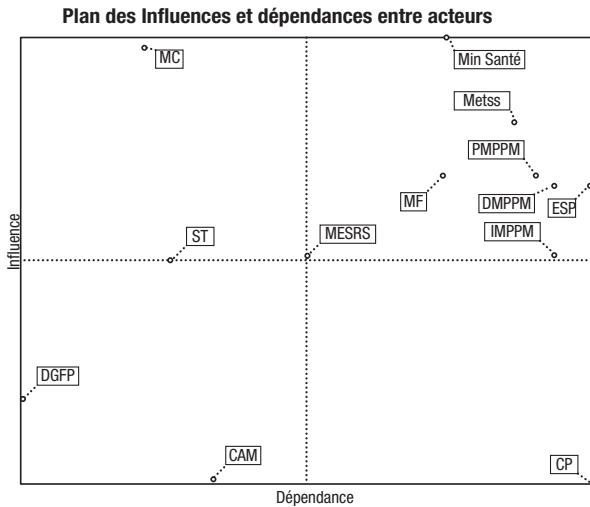
MIDI	Min Santé	METSS	ESP	MC	MF	MESRS	PMPPM	CAM	IMPPM	ST	CP	DMPPM	DGFP	Ii
Min Santé	12	15	20	4	12	7	17	5	18	3	19	20	0	140
METSS	12	14	18	4	13	9	14	6	14	5	14	45	0	124
ESP	12	15	16	3	12	6	14	6	13	4	15	12	0	112
MC	13	13	17	2	12	6	17	3	18	4	18	17	0	138
MF	11	12	15	3	10	5	11	4	11	2	13	12	0	114
MESRS	9	12	12	3	10	5	11	4	11	2	13	12	0	99
PMPPM	11	13	16	2	10	8	14	5	15	4	15	15	0	114
CAM	6	6	6	2	6	6	5	4	6	4	5	5	0	57
IMPPM	11	13	13	2	10	6	13	3	13	2	13	13	0	99
ST	10	12	11	4	9	6	10	5	10	3	10	11	0	98
CP	6	7	7	1	6	4	7	3	7	1	7	7	0	56
DMPPM	10	12	16	2	10	7	14	6	15	4	16	15	0	112
DGFP	7	7	7	4	7	6	6	3	7	4	6	8	0	72
Di	118	137	158	34	117	79	143	53	148	41	159	148	0	1335

Dans une réflexion systémique, un acteur n'existe que par les relations d'influences et de dépendances qu'il entretient avec les autres acteurs. En effet, dans la matrice MIDI, le ministère du Commerce a une influence directe et indirecte importante sur les établissements de Santé publique, alors qu'ils n'avaient aucune influence directe sur cet acteur (l'influence est égale à 17 dans la Matrice MIDI alors qu'elle était nulle dans la Matrice MID). Autrement dit, il y a des acteurs intermédiaires ou relais, comme par exemple les distributeurs de médicament et des produits paramédicaux, entre ces deux acteurs qui ont fait que le ministère du Commerce exerce une influence (indirecte) importante sur les établissements de Santé publique. Les indicateurs Ii (« *L'influence directe et indirecte nette de l'acteur i* ») et Di (« *La dépendance directe et indirecte nette de l'acteur i* ») permettent de classer les acteurs par degré d'influences et de dépendances indirectes. Les résultats de notre étude montrent que, d'une part, le ministère de la Santé et le ministère du Commerce sont les plus influents avec, respectivement, des degrés d'influences de l'ordre de 140 et 138. D'autre

part, les cliniques privées et les établissements de santé publique sont les plus dépendantes, soit les degrés de dépendances de l'ordre de 139 et 138, respectivement.

### B- Plan des influences et dépendances entre acteurs

Le plan des influences et dépendances fournit une représentation graphique du positionnement des acteurs en fonction de leurs influences et dépendances directes et indirectes nettes ( $I_i$  et  $D_i$ ). Ce positionnement est automatiquement calculé par le logiciel Mactor.



On remarque instantanément que le ministère du Commerce est un acteur très influent et non dépendant, donc c'est un acteur dominant, ensuite le groupe d'acteurs composé du ministère de la Santé, le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale, le ministère des Finances, les producteurs du médicament et des produits paramédicaux, distributeurs du médicament et des produits paramédicaux, les établissements de Santé publique sont très influents et très dépendants, on les classe dans la catégorie des acteurs-relais et ils sont des maîtres du jeu.

On remarque aussi que les cliniques privées sont un acteur très dépendant et pas influent, c'est un acteur dominé par les autres. Enfin, la direction **générale de la Fonction publique** et la confédération des associations de malades sont positionnées dans le cadran des acteurs les moins influents et moins dépendants, elles sont donc des acteurs autonomes.

### C- Balance nette des influences (BN) :

La balance nette des influences directes et indirectes mesure pour chaque couple d'acteurs le différentiel des influences directes et indirectes. En effet, chaque acteur exerce (reçoit) des influences directes et indirectes d'ordre 2 sur (de) chaque autre acteur. La balance nette des

influences va indiquer pour chaque couple d'acteurs le surplus d'influence exercée ou reçue. Lorsque la balance est positive (*signe +*), l'acteur *i* (*sur les lignes de la matrice BN*) exerce plus d'influences directes et indirectes sur l'acteur *j* (*sur les colonnes de la matrice BN*) qu'il n'en reçoit de cet acteur. Il est en situation inverse lorsque la balance est négative (*signe -*). On calcule ensuite pour chaque acteur le différentiel total des influences directes et indirectes en sommant les balances nettes de ses influences sur les autres acteurs.

BN	Min Santé	METSS	ESP	MC	MF	MESRS	PMPPM	CAM	IMPPM	ST	CP	DMPPM	DGFP	Somme
Min Santé		3	8	-9	1	-2	6	-1	7	-7	13	10	-7	22
METSS	-3		3	-9	1	-3	1	0	1	-7	7	3	-7	-13
ESP	-8	-3		-14	-3	-6	-2	0	0	-7	8	-4	-7	-46
MC	9	9	14		9	3	15	1	16	0	17	15	-4	104
MF	-1	-1	3	-9		-2	5	-2	4	-5	9	3	-7	-3
MESRS	2	3	6	-3	2		3	-2	5	-4	9	5	-6	20
PMPPM	-6	-1	2	-15	-5	-3		0	2	-6	8	1	-6	-29
CAM	1	0	0	-1	2	2	0		3	-1	2	-1	-3	4
IMPPM	-7	-1	0	-16	-4	-5	-2	-3		-8	6	-2	-7	-49
ST	7	7	7	0	5	4	6	1	8		9	7	-4	57
CP	-13	-7	-8	-17	-9	-9	-8	-2	-6	-9		-9	-6	-103
DMPPM	-10	-3	4	-15	-3	-5	-1	1	2	-7	9		-8	-36
DGFP	7	7	7	4	7	6	6	3	7	4	6	8		72

© IUPSO R ÉPI TA MA CTOR

Ces valeurs sont des entiers relatifs. En effet, le signe (+) indique que l'acteur exerce plus d'influence qu'il n'en reçoit et le signe (-) indique que l'acteur exerce moins d'influence qu'il n'en reçoit.

Prenons l'exemple de la ligne des établissements de Santé publique (ESP) où on constate qu'ils reçoivent des influences directes et indirectes de presque tous les acteurs et ils exercent une influence directe et indirecte seulement sur les cliniques privées (CP). On remarque aussi, sur la ligne du ministère du Commerce (MC) que ce dernier exerce une influence directe et indirecte sur pratiquement tous les acteurs, notamment sur les cliniques privées, les producteurs, les importateurs et les distributeurs de médicament et des produits paramédicaux.

Globalement le ministère de la Santé, le ministère du Commerce, le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche scientifique, les syndicats de travailleurs et la direction générale de la Fonction publique ont une balance nette totale positive. Ces acteurs exercent plus d'influence qu'ils n'en reçoivent, alors que la balance nette totale du ministère de l'Emploi, du travail et de la Sécurité sociale, les

établissements de Santé publique, les producteurs de médicament et des produits paramédicaux, les importateurs et les distributeurs de médicament et des produits paramédicaux est négative, c'est-à-dire qu'ils reçoivent plus d'influence des autres acteurs qu'ils n'en exercent.

### 4.3.2 – Rapports de force MIDI

#### A- Vecteur des rapports de force MIDI :

La Matrice des Influences Directes et Indirectes (MIDI) comporte deux types d'informations intéressantes :

- les influences directes et indirectes qu'un acteur «  $i$  » a sur un acteur «  $j$  » (MIDI) $_{ij}$  avec  $i \neq j$  et qui sont équivalentes (par définition) aux dépendances directes et indirectes de l'acteur  $j$  par rapport à l'acteur  $i$ ,
- les influences indirectes d'un acteur  $i$  sur lui-même, qui passent par un acteur relais et que l'on appelle rétroaction (MIDI) $_{ii}$ . Le rapport de force d'un acteur sera d'autant plus élevé que son influence sera élevée, sa dépendance faible et sa rétroaction faible. En effet, ne vouloir considérer que l'influence relative d'un acteur pour mesurer son rapport de force est insuffisant : un acteur peut très bien avoir à la fois une influence très forte, une dépendance également très forte et en même temps une rétroaction importante : son rapport de force sera alors très faible. Par contre, un acteur ayant une influence moyenne, mais une dépendance et une rétroaction nulles aura un rapport de force important.

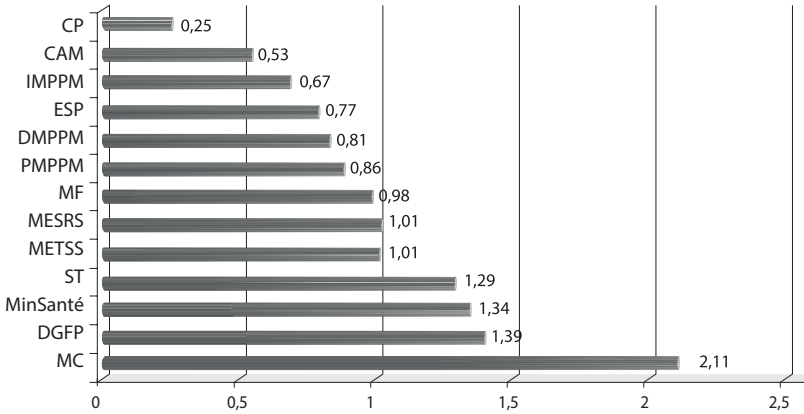
Le classement des acteurs en fonction de leurs rapports de force ( $R_i^*$ ) est le suivant :

	MC	DGFP	Min Santé	ST	METS	MESH	MF	PMPPM	DMPPM	ESP	IMPPM	CAM	CP
$R_i$	2,11	1,39	1,34	1,29	1,01	1,01	0,98	0,86	0,81	0,77	0,67	0,53	0,25

$R_i$  est le rapport de force de l'acteur  $i$  tenant compte de ses influences et dépendances directes et indirectes et de sa rétroaction.

### B – Histogramme des rapports de Force MIDI

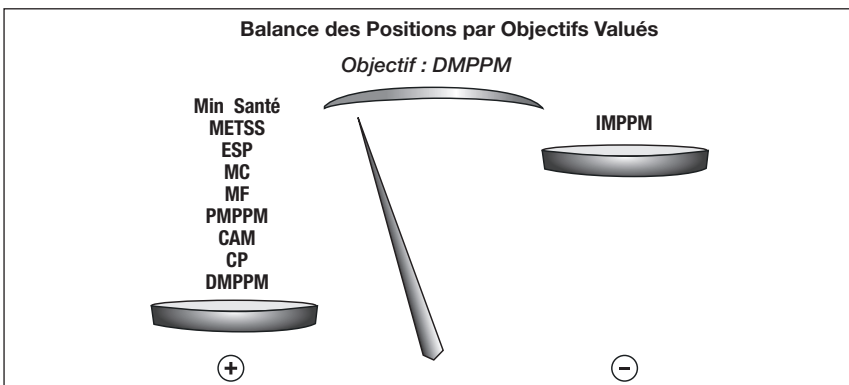
L'histogramme des rapports de force MIDI est construit à partir du vecteur des rapports de force MIDI qui consiste à hiérarchiser les rapports de force des acteurs.

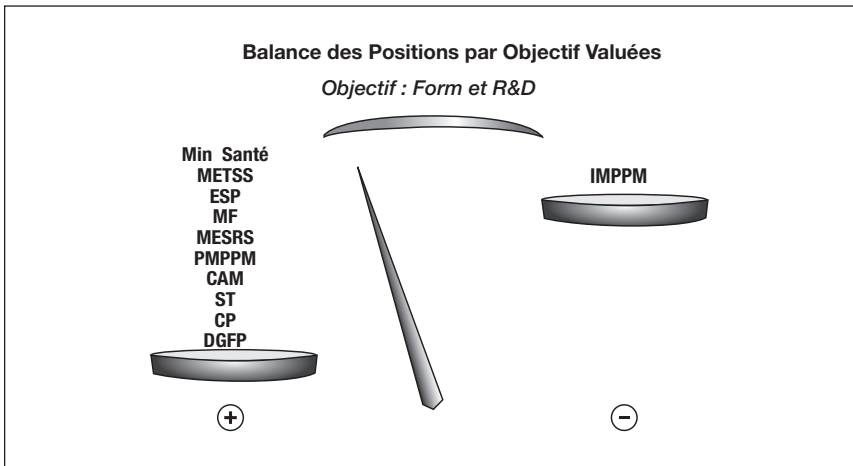
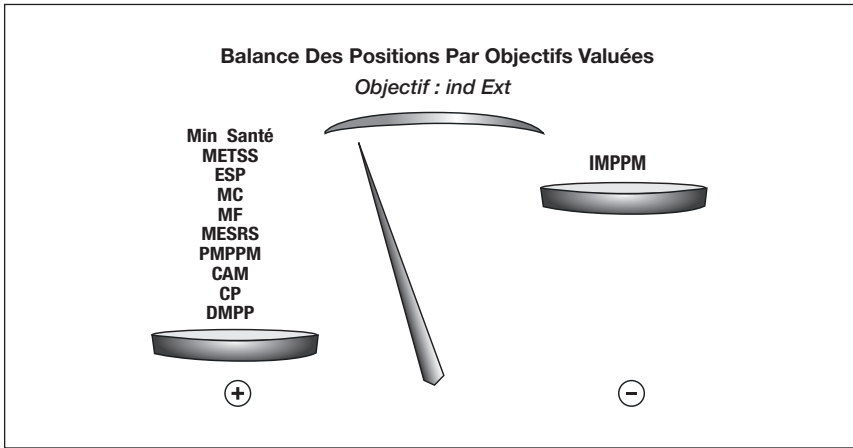


### C- Balances des positions des acteurs par objectifs valués

Il s'agit des balances qui permettent de regrouper les acteurs par rapport à leurs positions sur chacun des objectifs. En effet, le signe moins (-) signifie que le groupe d'acteurs est opposé à l'objectif et le signe plus (+) signifie que le groupe d'acteurs est favorable à l'objectif et les acteurs qui n'apparaissent ni sur le côté positif ni sur le côté négatif sont considérés comme neutres.

C-I- INDÉPENDANCE VIS-À-VIS DE L'EXTÉRIEUR EN MATIÈRE DE MÉDICAMENT ET DE PRODUITS PARAMÉDICAUX, DISPONIBILITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS PARAMÉDICAUX ET FORMATION DU PERSONNEL ET RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT :



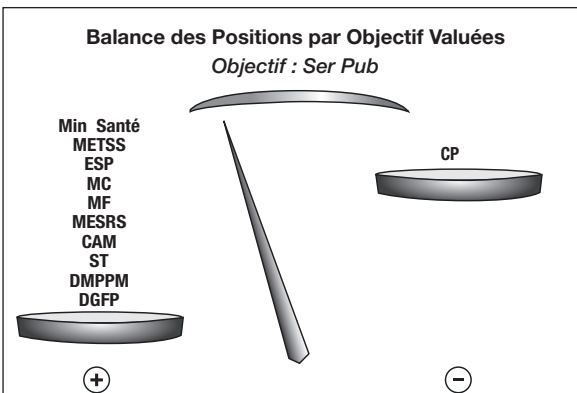
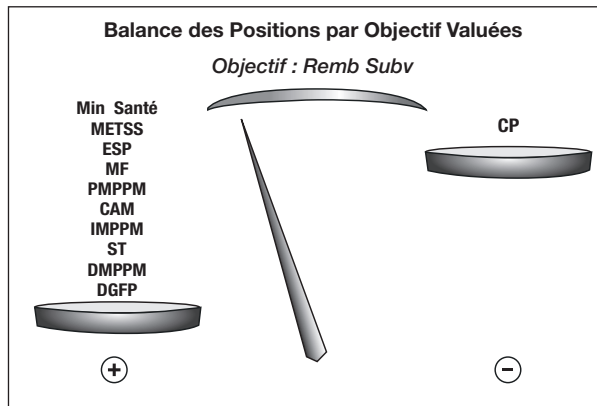
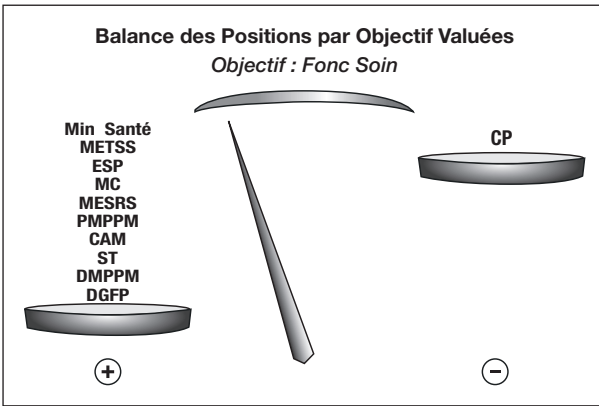


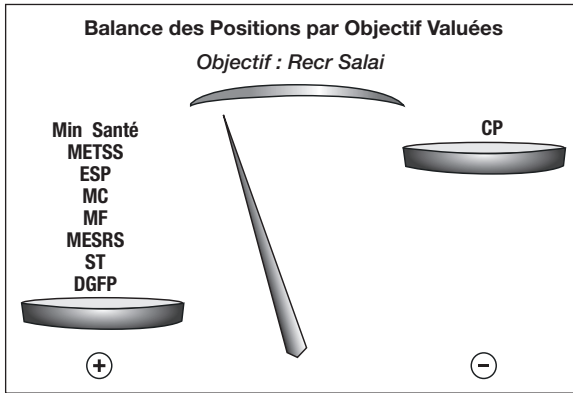
• **Deux remarques importantes à signaler** : en premier lieu, les deux balances ci-dessus indiquent que les différents ministères, avec les cliniques privées, les producteurs et les distributeurs de médicaments et de produits paramédicaux sont favorables à l'objectif de l'indépendance vis-à-vis de l'extérieur en matière de médicament et de produits paramédicaux et à leur disponibilité, ainsi que la proposition des formations de qualité et la promotion de la R&D en Algérie, alors que les importateurs sont opposés à ces trois objectifs.

En deuxième lieu, on constate que les aiguilles des trois balances sont inclinées du côté des acteurs favorables, cela signifie que ces derniers sont en position de force par rapport aux importateurs de médicaments et de produits paramédicaux.



C-2- BON FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DES SOINS EN ALGÉRIE, REMBOURSEMENT ET SUBVENTION DES SOINS, RECRUTEMENT ET FIXATION DES GRILLES DES SALAIRES, AINSI QUE L'ASSURANCE DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC (LES SOINS) :

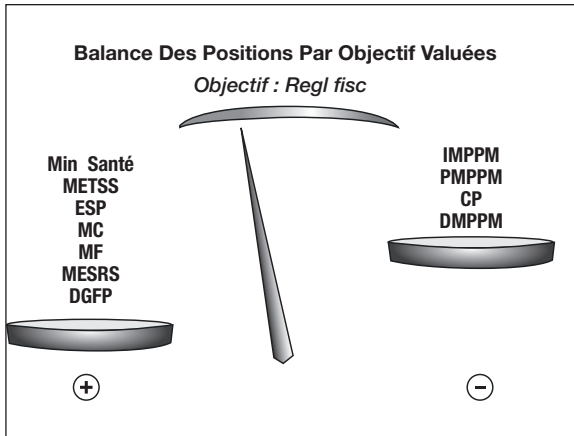




- On remarque que le groupe, composé des différentes ministères, des producteurs, importateurs, distributeurs du médicament et produits paramédicaux, les associations des malades, les syndicats des travailleurs et la Direction générale de la Fonction publique, est favorable aux objectifs d'assurer un bon fonctionnement du Système des soins, rembourser et prendre en charge les malades, assurer les missions du service public, recruter plus de personnel et

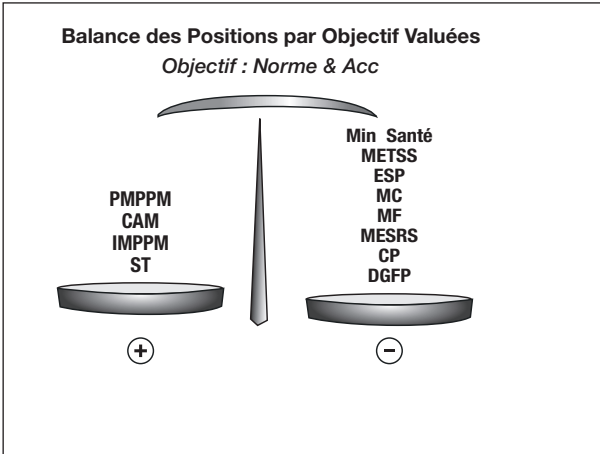
fixer des salaires compétitifs au sein des établissements de Santé publique ; ils sont en position de force (inclinaison de l'aiguille) par rapport aux cliniques privées, qui sont opposées à ces quatre objectifs.

### C-3- CADRE RÉGLEMENTAIRE ET FISCAL :



- Globalement, un cadre réglementaire et fiscal qui assure un bon fonctionnement du Système de soins est la mission des institutions qui relèvent de l'État et défendent donc l'intérêt général. En effet, les différents ministères, les établissements de Santé publique et la Direction générale de la Fonction publique sont favorables à cet objectif ; ils sont en position de force par rapport aux cliniques privées, producteurs, importateurs et distributeurs du médicament et des produits paramédicaux, qui sont en partie privés, et cherchent donc leurs intérêts individuels.

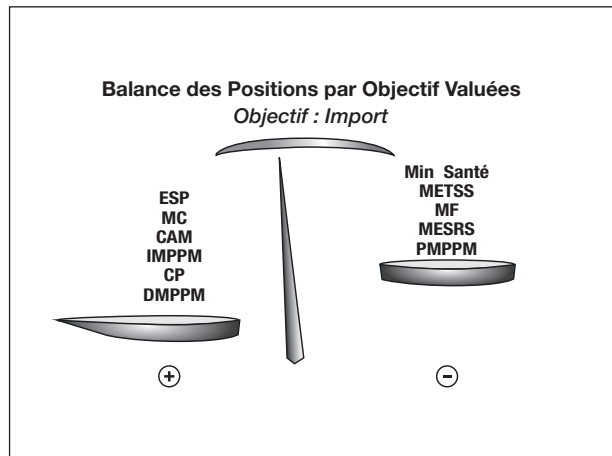
**C-4- RÉCLAMER DES NORMES DANS LES SOINS AINSI QUE LE DROIT D'ACCÈS DES MALADES, NOTAMMENT EN MATIÈRE D'HYGIÈNE, DE CONFORT ET DE PRISE EN CHARGE DES MALADES :**



- La balance montre qu'il y a égalité entre deux groupes d'acteurs en matière des rapports de force par rapport à l'objectif d'amélioration des normes et le droit des malades d'accès gratuitement aux soins. En effet, le groupe composé des associations des malades, des syndicats de travailleurs, producteurs et importateurs du médicament est favorable à cet objectif et s'oppose au groupe composé des différents ministères, établissements de Santé publique et cliniques privées.

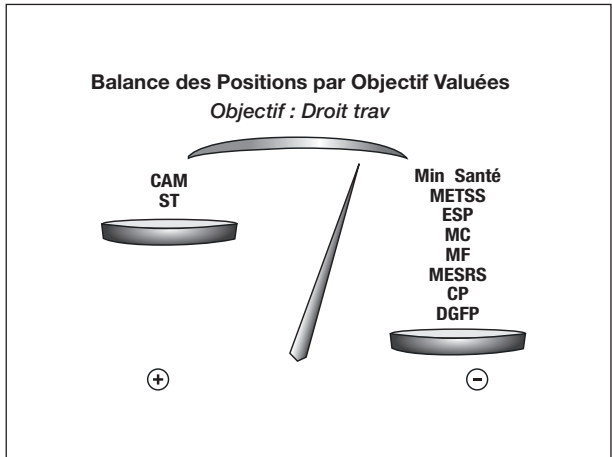
**C-5- COMBLER LE DÉFICIT DE LA PRODUCTION NATIONALE DES MÉDICAMENTS ET DES PRODUITS PARAMÉDICAUX PAR LES IMPORTATIONS :**

- La balance s'incline du côté du groupe favorable à l'objectif de combler le déficit de la production nationale du médicament et des produit paramédicaux par les importations ; ce groupe est composé des acteurs suivants : EPS, MC, CAM, IMPPM, CP ET DMPPM ; les opposants regroupent Min Santé, METSS, MF, MESRS ET LES PMPPM.

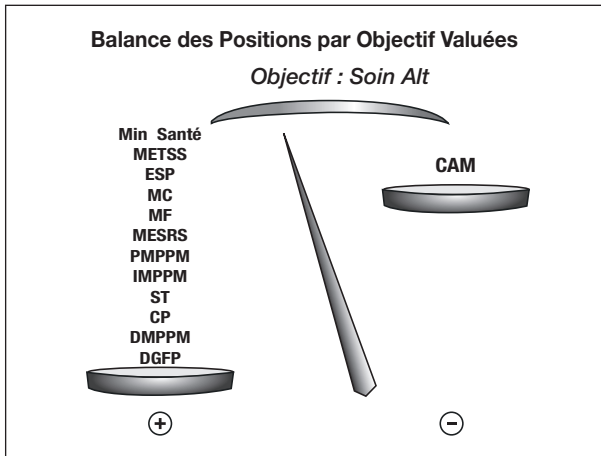


C-6- DÉFENDRE LES DROITS DES TRAVAILLEURS

- La balance est inclinée en défaveur des associations des malades et les syndicats des travailleurs qui sont donc en position de faiblesse par rapport au groupe d'acteurs composé des différents ministères des établissements de Santé publique, de la Direction générale de la Fonction publique et des cliniques privées.



C-7- PROPOSITION DES SOINS ALTERNATIFS PAYANTS



- On remarque instantanément qu'il n'y a que les associations de malades qui opposent le développement des soins alternatifs payants, parce qu'ils défendent souvent les intérêts des malades nécessitant, c'est-à-dire qui n'ont pas les moyens (financiers) pour subvenir à leurs besoins. Cet acteur (CAM) est en position de faiblesse (Inclinaison de l'aiguille) devant les différents ministères, producteurs, importateurs et distributeurs du médicament et des produits paramédicaux.

D- Matrice Maxima des Influences Directes et Indirectes (MMIDI)

La matrice des maxima d'influences directes et indirectes (MMIDI) sert à identifier le niveau maximum d'influence qu'un acteur peut exercer sur un autre, soit de façon directe, soit à travers un acteur relais. Alors que dans la matrice MIDI on perd la signification simple

adoptée pour coder l'échelle des intensités (d'influences directes de la matrice MID), la matrice MMIDI conserve à cette échelle son sens. Deux indicateurs sont calculés à partir de MMIDI<sup>5</sup> :

- le degré des maxima d'influences directes et indirectes de chaque acteur (ImaXi , par sommation sur les lignes)
- le degré des maxima de dépendances directes et indirectes de chaque acteur (DMaXi , par sommation sur les colonnes).

MMIDI	Min Santé	METSS	ESP	MC	MF	MESRS	PMPPM	CAM	IMPPM	ST	CP	DMPPM	DGFP	IMAXi
Min Santé	0	3	4	1	2	2	4	3	4	2	4	4	0	33
METSS	2	0	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	0	22
ESP	3	3	0	1	2	2	3	3	3	2	3	3	0	28
MC	3	3	3	0	3	2	4	3	4	2	4	4	0	35
MF	2	2	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	0	21
MESRS	2	3	3	1	2	0	2	3	2	1	3	3	0	25
PMPPM	3	3	3	1	2	2	0	3	3	2	3	3	0	28
CAM	2	2	2	1	2	2	2	0	2	2	2	1	0	20
IMPPM	3	3	3	1	2	2	3	2	0	1	3	3	0	26
ST	2	3	3	1	1	2	2	3	2	0	2	3	0	24
CP	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	0	2	0	18
DMPPM	3	3	3	1	2	2	3	3	3	2	3	0	0	28
DGFP	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	0	15
DMAXi	27	31	32	12	22	23	30	31	30	21	32	32	0	323

• Si les établissements de Santé publique décidaient de mobiliser le maximum de moyens d'action sur le ministère de la Santé, ils pourraient exercer sur ces dernières une influence d'un niveau au plus (maximum) égal à 3 (remise en cause des missions) alors que cette influence était égal à 1 (MID) (remise en cause du processus opératoire seulement). En analysant la

structure des influences directes (décrite par la Matrice MID), on voit que cette influence de niveau 3 transite par les distributeurs du médicament et des produits paramédicaux.

Le ministère de commerce (mc) et le ministère de la Santé (Min Santé) sont les deux acteurs ayant le plus fort degré de moyens d'actions directs et indirects ( $IMAX_{MC} = 35$ ,  $IMAX_{Min\ Santé} = 33$ ) et en troisième position on trouve les établissements de Santé publique (ESP), les producteurs et distributeurs du médicament et des produits paramédicaux ( $IMAX_{DMPPM} = IMAX_{PMPPM} = IMAX_{ESP} = 28$ ).

### E- Rapports de force MMIDI

#### E-I-VECTEUR DES RAPPORTS DE FORCE MMIDI

Nous calculons les scalaires des rapports de force associés à la matrice MMIDI. Ces scalaires résument en une seule valeur les degrés des maxima d'influence et de dépendance directe et indirecte de chaque acteur en donnant une mesure des rapports de force réels issus de la matrice MMIDI.

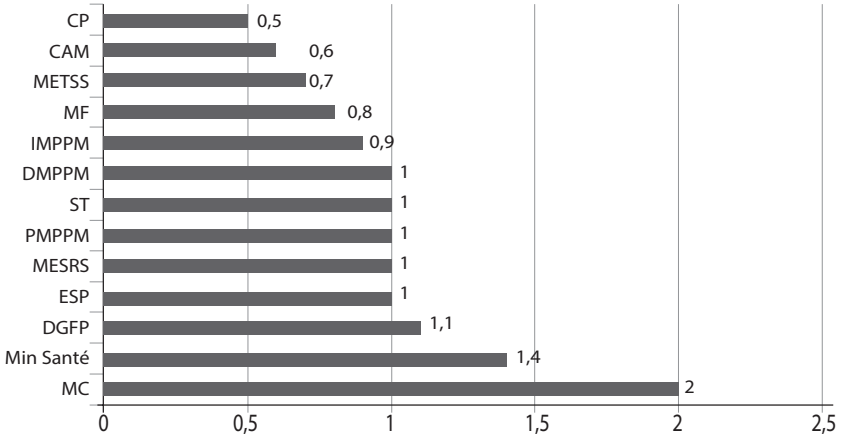
	MC	Min Santé	DGFP	ESP	MESRS	PMPPM	ST	DMPPM	IMPPM	MF	METSS	CAM	CP
Qi	2	1,4	1,1	1	1	1	1	1	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5

5 – Les valeurs représentent les maxima d'influences directes et indirectes des acteurs entre eux : plus le chiffre est important plus l'influence de l'acteur sur l'autre acteur est importante.

$Q_i^*$  est le rapport de force de l'acteur  $i$  tenant compte de son maximum d'influences et de dépendances directes et indirectes et de sa rétroaction.

### E-2- HISTOGRAMME DES RAPPORTS DE FORCE MMIDI

L'histogramme des rapports de force MMIDI est construit à partir du vecteur des rapports de force MMIDI.



- Nous constatons que le ministère du Commerce a toujours le plus fort rapport de force, soit un coefficient de 2; vient en deuxième position le ministère de la Santé avec  $Q_{\text{Min Santé}}=1,4$ , alors que la Direction générale de la fonction publique avait le plus fort rapport de force dans midi (Deuxième position). Quant aux balances des positions par objectif évaluées et pondérées par les rapports de force<sup>6</sup>, on remarque que la position des acteurs par objectif reste stable que dans la matrice MIDI.

### 4.3.3 – Relations acteurs objectifs

#### A- RELATIONS D'ORDRE I :

La matrice des positions simples (IMAO) décrit la valence de chaque acteur sur chaque objectif (favorable, opposé, neutre ou indifférent). Cette matrice, élaborée au cours de la phase 3 de la méthode Mactor, ne fait pas partie du jeu des données initiales saisies dans le fichier d'entrée; le logiciel Mactor la recalcule à partir de 2MAO.

<sup>6</sup> Voir annexe 2 : balances des positions par objectif évaluées et pondérées par les rapports de force

1MAO	DMPPM	Fonc Soins	Remb Subv	Form etR&D	Regl fisc	Ser Pub	Ind Ext	Norme &Acc	Import	Droit trav	soin Alt	Recr Salari	Somme absolue
Min Santé	1	1	1	1	1	1	1	-1	-1	-1	1	1	12
METSS	1	1	1	1	1	1	1	-1	-1	-1	1	1	12
ESP	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	-1	1	1	12
MC	1	1	0	0	1	1	1	-1	1	-1	1	1	10
MF	1	0	1	1	1	1	1	-1	-1	-1	1	1	11
MESRS	0	1	0	1	1	1	1	-1	-1	-1	1	1	10
PMPPM	1	1	1	1	-1	0	1	1	-1	0	1	0	9
CAM	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	-1	0	10
IMPPM	-1	1	1	-1	-1	0	-1	1	1	0	1	0	9
ST	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	8
CP	1	-1	-1	1	-1	-1	1	-1	1	-1	1	-1	12
DMPPM	1	1	1	0	-1	1	1	0	1	0	1	0	8
DGFP	0	1	1	1	1	1	0	-1	0	-1	1	1	9
Nombre d'accords	9	11	10	10	7	10	10	4	6	2	12	8	
Nombre de désaccords	-1	-1	-1	-1	-4	-1	-1	-8	-5	-8	-1	-1	
Nombre de positions	10	12	11	11	11	11	11	12	11	10	13	9	

©LIPSOR-EPIA-MACTOR

- 1 : acteur défavorable à l'accomplissement de l'objectif
- 0 : Position neutre
- 1 : acteur favorable à l'accomplissement de l'objectif

B- RELATIONS D'ORDRE 2 (2MAO)

La matrice des positions simples (1MAO) décrit la valence de chaque acteur sur chaque objectif (favorable, opposé, neutre ou indifférent). Cette matrice fait partie du jeu des données initiales de Mactor. Dans cette partie, nous présentons, de plus, les différents marginaux de cette matrice.

2MAO	DMPPM	Fonc Soins	Remb Subv	Form etR&D	Regl fisc	Ser Pub	Ind Ext	Norme &Acc	Import	Droit trav	soin Alt	Recr Salari	Somme absolue
Min Santé	3	4	2	2	3	3	1	-1	-1	-3	1	2	26
METSS	3	2	4	2	3	3	3	-1	-2	-3	1	2	29
ESP	3	3	2	3	1	3	1	-1	3	-3	1	3	27
MC	3	1	0	0	3	1	3	-1	2	-1	1	2	18
MF	3	0	3	1	4	1	3	-1	-1	-1	1	2	21
MESRS	0	3	0	4	2	2	3	-1	-2	-1	1	2	21
PMPPM	3	2	2	-2	0	4	2	-3	0	2	0	2	22
CAM	2	3	4	2	0	4	2	4	2	2	-2	0	27
IMPPM	-4	1	2	-2	-2	0	-4	2	3	0	2	0	22
ST	0	2	1	1	0	1	0	1	0	4	2	2	14
CP	2	-4	-2	3	-2	-3	2	-2	3	-2	4	-2	31
DMPPM	4	2	2	0	-2	1	3	0	2	0	2	0	18
DGFP	0	3	2	2	2	3	0	-1	0	-2	1	4	20
Nombre d'accords	26	26	24	22	18	22	25	9	15	6	19	19	
Nombre de désaccords	-4	-4	-2	-2	-8	-3	-4	-9	-9	-16	-2	-2	
Nombre de positions	30	30	26	24	26	25	29	18	24	22	21	21	

©LIPSOR-EPIA-MACTOR

Le signe indique si l'acteur est favorable ou opposé à l'objectif :

0 : l'objectif est peu conséquent

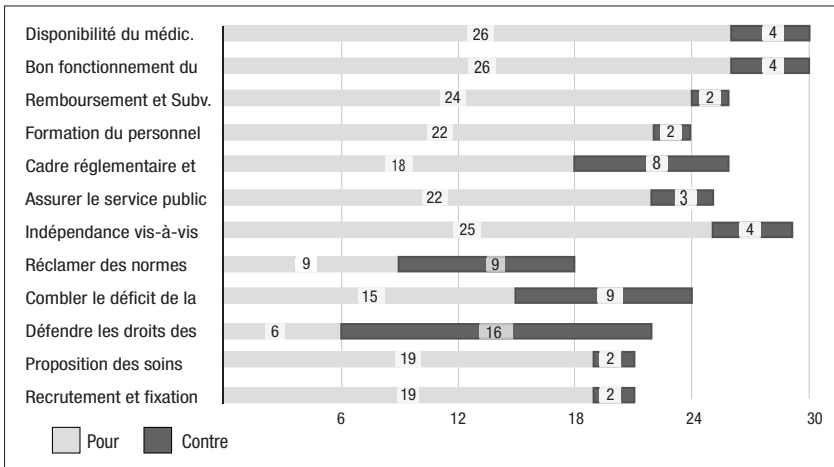
1 : L'objectif met en cause les processus opératoires (gestion, etc.) de l'acteur / est indispensable à ses processus opératoires

2 : L'objectif met en cause la réussite des projets de l'acteur / est indispensable à ses projets

3 : L'objectif met en cause l'accomplissement des missions de l'acteur / est indispensable à ses missions

4 : L'objectif met en cause l'acteur dans son existence / est indispensable à son existence.

Histogramme de l'implication des acteurs sur les objectifs 2MAO



- Cet histogramme montre l'implication des acteurs sur les objectifs. Les objectifs de disponibilité du médicament et des produits paramédicaux, d'assurer un bon fonctionnement du système des soins en Algérie ainsi que l'indépendance vis-à-vis de l'extérieur en matière de médicament et de produits paramédicaux sont ceux qui font l'objet de l'implication la plus élevée (égale à 30, 30 et 29 respectivement). A l'inverse l'objectif sur normes et les droits d'accès des malades aux soins de qualités est le moins impliquant (implication égale à 18).

### C- Relations d'ordre 3 (3MAO)

#### C-I- LA MATRICE DES POSITIONS VALUÉES ET PONDÉRÉES(3MAO) :

La matrice des positions valuées et pondérées par les rapports de force (3MAO) décrit le positionnement de chaque acteur sur chaque objectif en tenant compte à la fois de sa valence sur chaque objectif, de sa hiérarchie des objectifs et des rapports de force entre acteurs<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Les valeurs positives représentent la mobilisation des acteurs sur les objectifs et les valeurs négatives représentent le taux d'opposition.



	DMPPM	Fonc Soins	Remb Subv	Form etR&D	Regl fisc	Ser Pub	Ind Ext	Norme &Acc	Import	Droit trav	soin Alt	Recr Salari	Mobilisation
Min Santé	4	5,4	2,7	2,7	4	4	1,3	-1,3	-1,3	-4	1,3	2,7	34,9
METSS	3	2	4	2	3	3	3	-1	-2	-3	1	2	29,2
ESP	2,3	2,3	1,5	2,3	0,8	2,3	0,8	-0,8	2,3	-2,3	0,8	2,3	20,8
MC	6,3	2,1	0	0	6,3	2,1	6,3	-2,1	4,2	-2,1	2,1	4,2	37,9
MF	2,9	0	2,9	1	3,9	1	2,9	-1	-1	-1	1	2	20,6
MESRS	0	3	0	4	2	2	3	-1	-2	-1	1	2	21,2
PMPPM	2,6	1,7	1,7	1,7	-1,7	0	3,4	1,7	-2,6	0	1,7	0	18,8
CAM	1,1	1,6	2,1	1,1	0	2,1	1,1	2,1	1,1	1,1	-1,1	0	14,3
IMPPM	-2,7	0,7	1,3	-1,3	-1,3	0	-2,7	1,3	2	0	1,3	0	14,6
ST	0	2,6	1,3	1,3	0	1,3	0	1,3	0	5,2	2,6	2,6	18,1
CP	0,5	-1	-0,5	0,7	-0,5	-0,7	0,5	-0,5	0,7	-0,5	1	-0,5	7,6
DMPPM	3,2	1,6	1,6	0	-1,6	0,8	2,4	0	1,6	0	1,6	0	14,5
DGFP	0	4,2	2,8	2,8	2,8	4,2	0	-1,4	0	-2,8	1,4	5,6	27,8
Nombre d'accords	26	27,2	22	19,6	22,9	22,8	24,8	6,5	11,9	6,2	16,8	23,3	
Nombre de désaccords	-2,7	-1	-0,5	-1,3	-5,1	-0,7	-2,7	-9,1	-8,9	-17	-1,1	-0,5	
Degré de mobilisation	28,6	28,1	22,5	20,9	28	23,6	27,5	15,6	20,9	23	17,9	23,8	

La comparaison de 3MAO avec 2MAO apporte des informations intéressantes :

Le ministère du Commerce et le ministère de la Santé sont les acteurs les plus mobilisés (dans la Matrice 3MAO) puisque les sommes des intensités de leur positionnement sur chaque objectif sont respectivement égales à 37,9 et 34,9 alors que les cliniques privées et le ministère de l'Emploi, du Travail et de la sécurité social étaient les acteurs les plus impliqués (dans la Matrice 2MAO). Les Cliniques privées, du fait de leur faible rapport de force (soit 0,2 dans MIDI et 0,5 dans MMIDI) apparaissent peu mobilisées.

Les deux objectifs « *Disponibilité du médicament et des produits paramédicaux et bon fonctionnement du système des soins en Algérie* » sont les plus mobilisateurs avec un niveau de mobilisation égal à 28,6 et 28,1 respectivement. Ces objectifs étaient déjà les plus impliquants

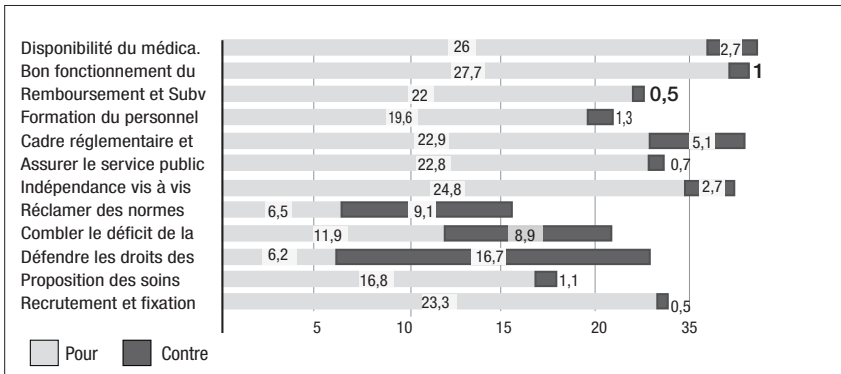
(dans 2MAO), mais alors qu'ils cristallisaient plus d'avis favorables que d'oppositions ( $\Sigma+ = +26$  contre  $\Sigma- = -4$  pour chacun des objectifs), la balance des mobilisations, compte tenu de l'échelle des rapports de force entre acteurs est beaucoup moins nette dans 3MAO ( $\Sigma+ = +26$  contre  $\Sigma- = -2,7$  pour DMPPM et ( $\Sigma+ = +27,2$  contre  $\Sigma- = -1$  pour Fonc soin).

### C-2- HISTOGRAMME DE LA MOBILISATION DES ACTEURS SUR LES OBJECTIFS 3MAO

Cet histogramme permet de visualiser la mobilisation des acteurs sur les objectifs, en tenant compte des positions valuées pondérées. Il est calculé à partir de la matrice 3MAO.

Les quatre objectifs qui font l'objet de la mobilisation la plus élevée des acteurs sont : la disponibilité du médicament et des produits paramédicaux (28,6) ; le bon fonctionnement du système des soins en Algérie (28,1) ; cadre réglementaire et fiscal (28) et l'indépendance vis-à-vis de l'extérieur en matière du médicament et des produits paramédicaux (27,5). A l'inverse l'objectif sur les normes et droit d'accès des malades aux soins est le moins mobilisant (mobilisation égale à 15,6).

Histogramme de la mobilisation des acteurs sur les objectifs 3MAO

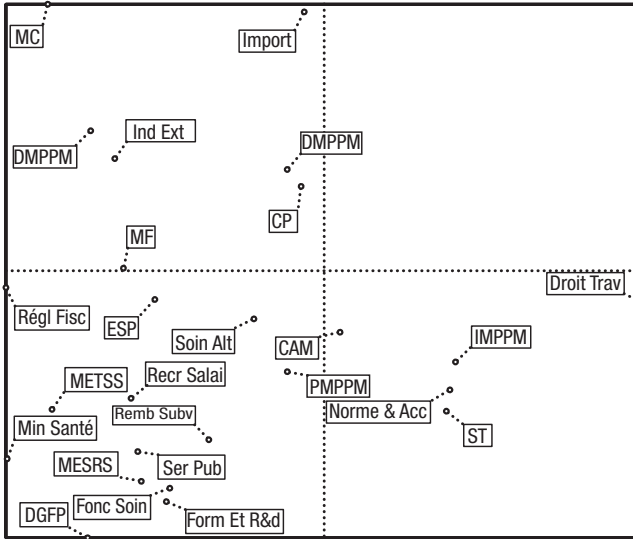


### C-3- PLAN DES CORRESPONDANCES ACTEURS / OBJECTIFS

Il s'agit ici de l'utilisation d'une méthode d'analyse des données multidimensionnelles, connue dans les études statistiques par l'appellation : *Analyse en Composante principale* «ACP». Ce qui nous intéresse dans notre situation, c'est bien la représentation graphique

des individus (les acteurs) tous seuls ; ensuite, la représentation simultanée des individus et des variables (objectifs)<sup>8</sup>.

**Plan des correspondances acteurs / Objectifs**



- Le graphique est très riche en informations. En effet, il permet d'identifier des groupes homogènes d'acteurs vis-à-vis l'ensemble des objectifs ainsi que l'opposition entre groupes d'acteurs.

A première vue, nous constatons que les différents ministères, les établissements de Santé publique avec la Direction générale de la Fonction publique forment un groupe homogène d'acteurs. Ils ont une position similaire et favorable vis-à-vis les objectifs suivant : Cadre réglementaire et fiscal, bon fonctionnement du système des soins, Remboursement et prise en charge des malades, formation du personnel et promotion de la recherche et développement, Disponibilité du médicament et des produits paramédicaux et indépendance de l'extérieur vis-à-vis du médicament et des produits paramédicaux et ils opposent le groupe d'acteurs positionnés du côté droit, qui sont les syndicats des travailleurs et les importateurs du médicament et des produits paramédicaux. Ces derniers sont favorables aux objectifs suivants : Défense des droits des travailleurs et réclamation des normes et des droits d'accès des malades aux soins.

### 4.3.4 – Convergence entre acteurs

#### A- Convergence d'ordre 1

##### A-I- MATRICE DES CONVERGENCES (1CAA)

La matrice des convergences d'objectifs entre acteurs ou *Convergences simples Acteurs X Acteurs* (1CAA) identifie pour chaque couple d'acteurs le nombre d'objectifs sur lesquels deux acteurs ont la même

8 – La limite principale pour cette représentation réside dans la masse d'informations prise en charge par le premier plan factoriel, c'est-à-dire les premier et deuxième axes.

position (favorable ou opposé), c'est-à-dire leur nombre d'alliances potentielles. Les positions neutres et indifférentes codées «0» ne sont pas prises en compte. Cette matrice est symétrique.

1CAA	Min Santé	METSS	ESP	MC	MF	MESRS	PMPPM	CAM	IMPPM	ST	CP	DMPPM	DGFP
Min Santé	0	12	11	9	11	10	7	6	3	6	6	6	9
METSS	12	0	11	9	11	10	7	6	3	6	6	6	9
ESP	11	11	0	10	10	9	6	7	4	6	7	7	9
MC	9	9	10	0	8	8	4	5	3	4	6	6	7
MF	11	11	10	8	0	9	6	5	2	5	6	5	8
MESRS	10	10	9	8	9	0	5	4	2	5	5	4	8
PMPPM	7	7	6	4	6	5	0	6	5	5	5	6	4
CAM	6	6	7	5	5	4	6	0	4	6	4	6	4
IMPPM	3	3	4	3	2	2	5	4	0	4	3	5	3
ST	6	6	6	4	5	5	5	6	4	0	2	4	6
CP	6	6	7	6	6	5	5	4	3	2	0	5	4
DMPPM	6	6	7	6	5	4	6	6	5	4	5	0	4
DGFP	9	9	9	7	8	8	4	4	3	6	4	4	0
Nombre de convergences	96	96	97	79	86	79	66	63	41	59	59	64	75

© LIPSOE-EPIITA-MACTOR

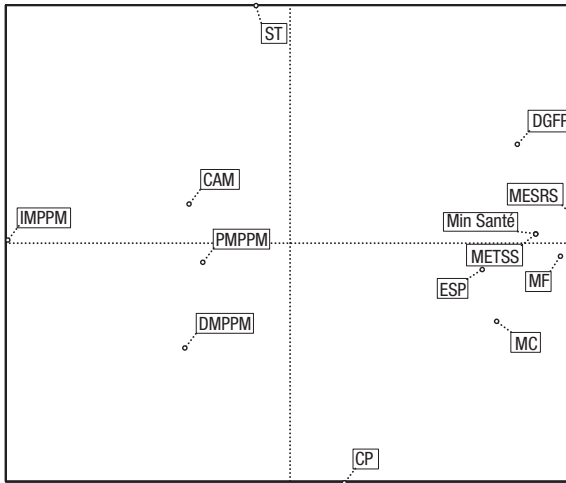
- Les valeurs représentent le degré de convergence : plus l'intensité est importante, plus les acteurs ont des intérêts convergents. En effet, on constate que le groupe d'acteurs composé du ministère de la Santé, du ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale, les établissements de Santé publique, le ministère des Finances, le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique et la Direction générale de la Fonction publique peuvent très bien s'entendre (s'allier) parce que le nombre d'objectifs sur lesquels deux acteurs ont la même position (favorable ou opposé) est compris entre 9 et 12.

#### A-2- PLAN DES CONVERGENCES ENTRE ACTEURS D'ORDRE I :

Le graphique illustre les relations d'alliance et de conflit potentiels entre acteurs. En effet, une alliance potentielle est possible entre les acteurs suivants : ministères de la Santé, de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale, établissements de santé publique, ministères des Finances, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique et Direction générale de la Fonction publique.

En outre, les syndicats de travailleurs, les cliniques privées et les importateurs du médicament et des produits paramédicaux sont des acteurs complètement isolés entre eux, ainsi qu'avec le groupe d'acteurs cités auparavant. Cela veut dire qu'il n'y pas de possibilité d'alliance entre eux.

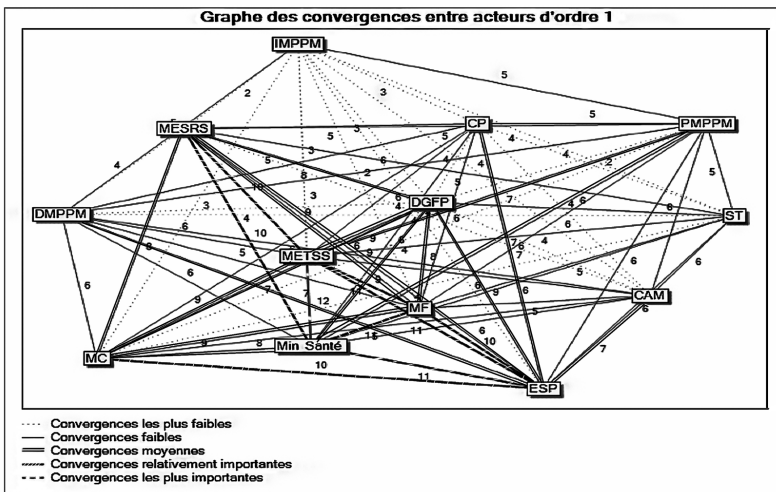
Plan des convergences entre acteurs d'ordre 1



A-3- GRAPHE DES CONVERGENCES ENTRE ACTEURS D'ORDRE I :

Le graphe des convergences entre acteurs d'ordre 1 permet de représenter l'intensité des liens de convergence entre acteurs. Il aide notamment à identifier les alliances et conflits éventuels. Les liens expriment le taux de convergence calculée à partir de la matrice ICAA.

- On remarque qu'il y a convergence très importante entre le ministère de la Santé et celui de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale. Comme, nous pouvons le constater aussi, une relation de convergence relativement importante entre ces deux acteurs et les établissements de Santé publique, le ministère des Finances et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique.



*B- Convergence d'ordre 2 :*

## B-1- MATRICE VALUÉE DES CONVERGENCES (2CAA)

La matrice valuée des convergences ou Convergences valuées Acteurs X Acteurs (2CAA) est associée à la Matrice des positions valuées Acteurs X Objectifs (2MAO). Elle identifie pour chaque couple d'acteurs l'intensité moyenne des convergences lorsque les deux acteurs ont la même valence (favorable ou opposée à l'objectif). Les chiffres de cette matrice ne mesurent plus le nombre d'alliances potentielles (comme dans 1CAA), mais l'intensité de ces alliances intégrant par couple d'acteurs leurs hiérarchies (préférences) des objectifs. Cette matrice est symétrique<sup>9</sup>.

La convergence d'intérêt entre le Groupe des ministère de la Santé, de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale, les établissements de Santé publique, avec des intensités comprises entre (24,5) et (27,5), sont les plus importantes du jeu d'acteurs.

Par ailleurs, le degré de convergence supérieur à la moyenne (71%) révèle un jeu d'acteurs potentiel de vive alliance.

2CAA	Min Santé	METS	ESP	MC	MF	MESRS	PMPPM	CAM	IMPPM	ST	CP	DMPPM	DGFP
Min Santé	0,0	27,5	24,5	18,5	21,5	21,0	16,0	16,0	6,0	11,5	13,0	14,0	20,5
METS	27,5	0,0	25,5	18,5	24,0	21,5	17,5	17,0	6,0	11,5	14,0	15,0	20,5
ESP	24,5	25,5	0,0	20,0	20,5	19,0	14,0	18,5	8,5	12,0	16,5	16,0	20,0
MC	18,5	18,5	20,0	0,0	15,5	14,0	9,5	11,5	5,0	6,0	13,0	12,5	13,0
MF	21,5	24,0	20,5	15,5	0,0	16,5	14,0	12,5	4,0	7,5	12,5	11,5	15,5
MESRS	21,0	21,5	19,0	14,0	16,5	0,0	13,0	11,5	3,5	10,0	11,5	8,5	17,0
PMPPM	16,0	17,5	14,0	9,5	14,0	13,0	0,0	16,0	9,5	8,5	13,0	15,0	8,0
CAM	16,0	17,0	18,5	11,5	12,5	11,5	16,0	0,0	10,5	14,5	9,0	15,5	11,5
IMPPM	6,0	6,0	8,5	5,0	4,0	3,5	9,5	10,5	0,0	6,5	8,0	10,0	5,5
ST	11,5	11,5	12,0	6,0	7,5	10,0	8,5	14,5	6,5	0,0	5,0	6,5	12,0
CP	13,0	14,0	16,5	13,0	12,5	11,5	13,0	9,0	8,0	5,0	0,0	13,0	8,5
DMPPM	14,0	15,0	16,0	12,5	11,5	8,5	15,0	15,5	10,0	6,5	13,0	0,0	8,0
DGFP	20,5	20,5	20,0	13,0	15,5	17,0	8,0	11,5	5,5	12,0	8,5	8,0	0,0
Nombre de convergences	210,0	218,5	215,0	157,0	175,5	167,0	154,0	164,0	83,0	111,5	137,0	145,5	160,0
Degré de convergence (%)	71,0												

© LE PROFESSEUR TAAMTOUR

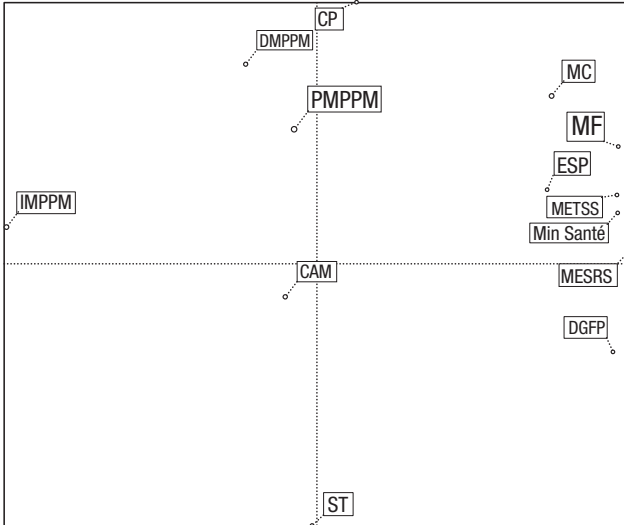
## B-2- PLAN DES CONVERGENCES ENTRE ACTEURS D'ORDRE 2

Le plan de convergence entre acteurs positionne les acteurs sur un mapping en fonction de leurs convergences valuées (données dans la matrice 2CAA) : plus les acteurs sont proches entre eux (par rapport à

9 – Les valeurs représentent le degré de convergence : plus l'intensité est importante, plus les acteurs ont des intérêts convergents.

l'axe 1, le plus explicatif ainsi que l'axe deux), plus l'intensité de leur convergence est importante. Ce plan est utilisé pour construire le graphe des convergences entre acteurs.

Plan des convergences entre acteurs d'ordre 2

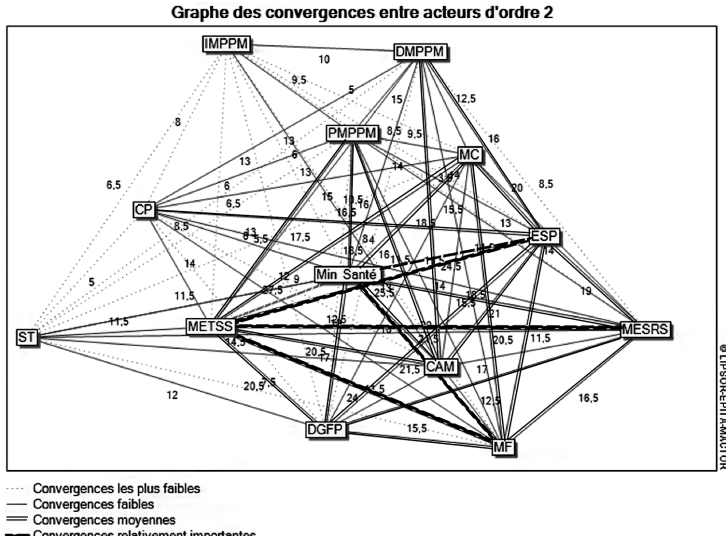


- Comparativement au premier plan (de la matrice 1<sub>CAA</sub>), on remarque que les acteurs gardent presque les mêmes positions, sauf une certaine convergence entre les cliniques privées, les producteurs et les distributeurs du médicament et des produits paramédicaux.

### B-3- GRAPHE DES CONVERGENCES ENTRE ACTEURS D'ORDRE 2

Le graphe des convergences entre acteur d'ordre 2 permet de représenter les liens de convergence entre acteurs. Il aide notamment à identifier les alliances et conflits éventuels. Les liens expriment le taux de convergence calculée à partir de la matrice 2<sub>CAA</sub>.

En effet, les ministère de la Santé et celui de l'Emploi et de la Sécurité sociale ont une très forte intensité de convergence. Ces derniers ont aussi une intensité de convergence relativement importante avec les établissements de Santé publique, le ministère des Finances et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique.



**C-I- MATRICE VALUÉE PONDÉRÉE DES CONVERGENCES (3CAA)**

La matrice valuée pondérée des convergences ou Convergences valuées pondérées Acteurs X Acteurs (3CAA) est associée à la Matrice des positions valuées pondérées Acteurs X Objectifs (3MAO). Elle identifie pour chaque couple d'acteurs l'intensité moyenne des convergences lorsque les deux acteurs ont la même position (favorable ou opposée). Les chiffres de cette matrice mesurent l'intensité de ces alliances intégrant par couple d'acteurs leurs hiérarchies (préférences) des objectifs et leurs rapports de force. Cette matrice est symétrique<sup>10</sup>.

3CAA	Min Santé	METSS	ESP	MC	MF	MESRS	PMPPM	CAM	MPPM	ST	CP	DMPPM	DGFP
Min Santé	0,0	32,1	26,0	30,9	25,0	24,7	17,1	14,6	6,4	15,2	9,2	15,0	28,0
METSS	32,1	0,0	22,8	27,4	23,9	21,7	16,3	13,1	5,2	12,9	8,4	13,7	24,5
ESP	26,0	22,8	0,0	27,4	17,9	16,9	11,4	12,0	6,1	11,6	8,0	12,6	21,6
MC	30,9	27,4	27,4	0,0	23,6	21,3	13,1	14,0	6,2	9,8	13,4	17,2	21,6
MF	25,0	23,9	17,9	23,6	0,0	16,4	12,7	9,1	3,3	8,4	6,8	10,2	18,7
MESRS	24,7	21,7	16,9	21,3	16,4	0,0	12,1	9,0	3,0	11,2	6,6	7,8	20,6
PMPPM	17,1	16,3	11,4	13,1	12,7	12,1	0,0	10,9	7,3	8,8	7,2	12,5	9,0
CAM	14,6	13,1	12,0	14,0	9,1	9,0	10,9	0,0	6,1	11,5	3,4	10,2	10,4
IMPPM	6,4	5,2	6,1	6,2	3,3	3,0	7,3	6,1	0,0	6,2	3,4	7,4	5,8
ST	15,2	12,9	11,6	9,8	8,4	11,2	8,8	11,5	6,2	0,0	2,8	6,7	16,2
CP	9,2	8,4	8,0	13,4	6,8	6,6	7,2	3,4	3,4	2,8	0,0	6,8	5,5
DMPPM	15,0	13,7	12,6	17,2	10,2	7,8	12,5	10,2	7,4	6,7	6,8	0,0	9,1
DGFP	28,0	24,5	21,6	21,6	18,7	20,6	9,0	10,4	5,8	16,2	5,5	9,1	0,0
Nombre de convergences	244,1	222,0	194,2	226,1	176,2	171,3	138,4	124,1	66,4	121,4	81,6	129,2	191,0
Degré de convergence (%)	0,0												

© L.PSOR EP TAMACATOR

10 – Comme dans 2CAA, les valeurs représentent le degré de convergence : plus l'intensité est importante, plus les acteurs ont des intérêts convergents.



- Entre 1<sub>CAA</sub> et 3<sub>CAA</sub> (on peut aussi comparer leurs transcriptions sous forme de graphes complets), certaines évolutions méritent d'être relevées :

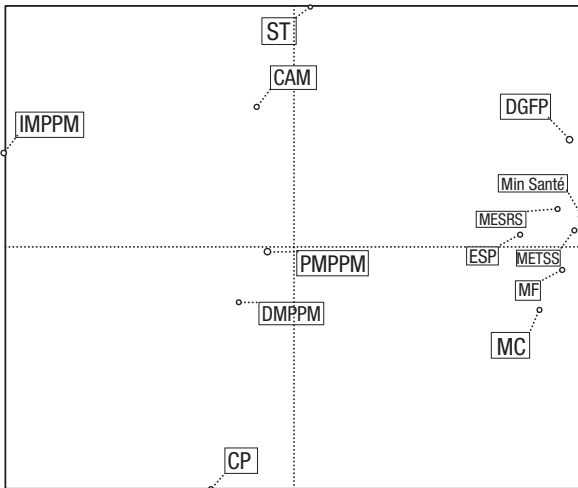
L'alliance objective ministère de la Santé et ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale (32,1) se renforce très nettement.

Autre constat, l'alliance objective entre le ministère de la Santé, le ministère du Commerce et la Direction générale de la Fonction publique se confirme comme beaucoup plus forte (30,9 et 28 respectivement) que la convergence des intérêts entre le ministère du Commerce et la Direction générale de la Fonction publique (21,6). C'est sans doute une carte à jouer pour le ministère de la Santé.

C-2- PLAN DES CONVERGENCES ENTRE ACTEURS D'ORDRE 3

Le plan de convergence entre acteurs positionne les acteurs sur un mapping en fonction de leurs convergences évaluées (données dans la matrice 3CAA) : plus les acteurs sont proches entre eux (par rapport à l'axe 1 et 2, les plus explicatifs), plus l'intensité de leur convergence est importante. Ce plan est utilisé pour construire le graphe des convergences entre acteurs.

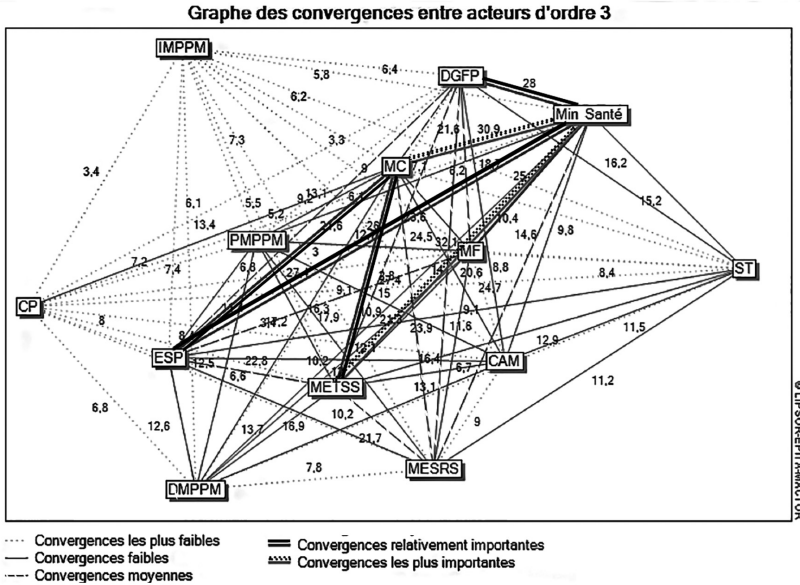
Plan des convergences entre acteurs d'ordre 3



- On constate qu'il y a une réelle convergence d'intérêts entre les différents ministères et les établissements de Santé publique et la Direction générale de la Fonction publique.

C-3- GRAPHE DES CONVERGENCES ENTRE ACTEURS D'ORDRE 3

Le graphe des convergences entre acteur d'ordre 3 permet de représenter les liens de convergence entre acteurs. Il aide notamment à identifier les alliances et conflits éventuels. Les liens expriment le taux de convergence calculée à partir de la matrice 3CAA.



- On remarque qu'il y a une forte convergence d'intérêt entre le ministère de la Santé et les deux ministères du commerce et de l'emploi, du travail et de la Sécurité sociale. Ainsi que des relations relativement importantes entre le ministère de la Santé et le ministère des Finances, les établissements de Santé publique et la Direction générale de la Fonction publique. Enfin, une convergence relativement importante entre les établissements de Santé publique et le ministère du Commerce.

### 4.3.5 – Divergence entre acteurs

#### A- Divergence d'ordre 1

##### A-1- MATRICE DES DIVERGENCES (IDAA)

La matrice des divergences d'objectifs entre acteurs ou *Divergences simples Acteurs X Acteurs* (IDAA) identifie pour chaque couple d'acteurs le nombre d'objectifs sur lesquels les deux acteurs sont en opposition (un acteur est favorable à l'objectif, l'autre y est défavorable), c'est-à-dire leur nombre de conflits potentiels. Les positions neutres et indifférentes codées «0» ne sont pas prises en compte. Cette matrice est symétrique.

Certains acteurs sont en conflit potentiel avec presque tous les autres sur deux ou trois jusqu'à six objectifs. Tel est le cas des importateurs du médicament et des produits paramédicaux (52), des associations de malades qui ont 39 conflits potentiels, et des cliniques privées, l'acteur le plus menacé avec 61 conflits.

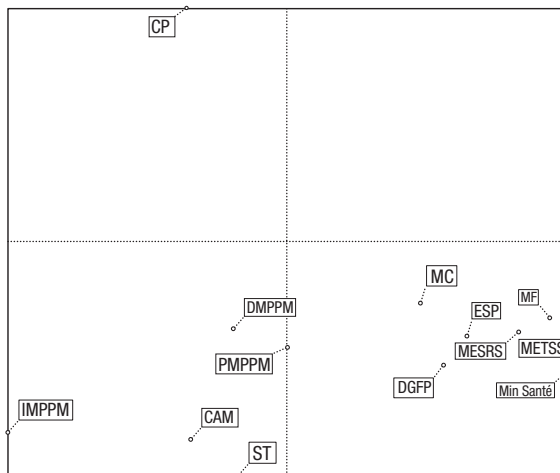
1DAA	Min Santé	METSS	ESP	MC	MF	MESRS	PMPPM	CAM	IMPPM	ST	CP	DMPPM	DGFP
Min Santé	0	0	1	1	0	0	2	4	6	2	6	2	0
METSS	0	0	1	1	0	0	2	4	6	2	6	2	0
ESP	1	1	0	0	1	1	3	5	2	5	1	0	0
MC	1	1	0	0	1	1	3	3	4	2	4	1	0
MF	0	0	1	1	0	0	2	4	6	2	5	2	0
MESRS	0	0	1	1	0	0	2	4	5	2	5	2	0
PMPPM	2	2	3	3	2	2	0	2	4	0	4	1	2
CAM	4	4	3	3	4	4	2	0	4	1	6	1	3
IMPPM	6	6	5	4	6	5	4	4	0	1	6	2	3
ST	2	2	2	2	2	2	0	1	1	0	6	0	2
CP	6	6	5	4	5	5	4	6	6	6	0	3	5
DMPPM	2	2	1	1	2	2	1	1	2	0	3	0	1
DGFP	0	0	0	0	0	0	2	3	3	2	5	1	0
Nombre de divergences	24	24	23	21	23	22	27	39	52	22	61	18	16

©LIPSO-REPI/TAACTOR

A-2- PLAN DES DIVERGENCES ENTRE ACTEURS D'ORDRE I

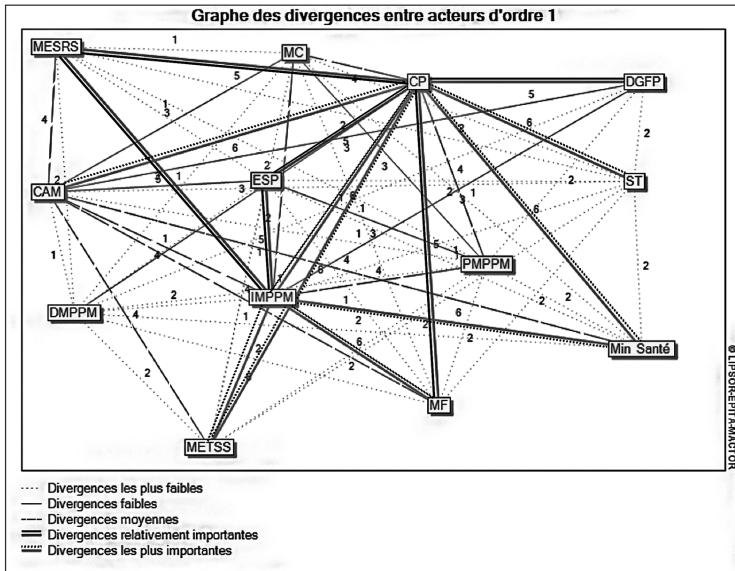
Ce plan représente l'intensité de la divergence entre les acteurs, sur l'ensemble des objectifs. En effet, plus l'acteur est positionné éloigné des autres acteurs plus il a des conflits avec eux. Tel est le cas des cliniques privées et des importateurs du médicament et des produits paramédicaux.

Plan des divergences entre acteurs d'ordre 1



## A-3- GRAPHE DES DIVERGENCES ENTRE ACTEURS D'ORDRE 1

Le graphe des convergences entre acteur d'ordre 1 permet de représenter les liens de divergence entre acteurs. Il aide notamment à identifier les alliances et conflits éventuels. Les liens expriment le taux de divergence calculée à partir de la matrice 1DAA.



- Le graphe montre qu'il y a une forte divergence d'intérêt entre les cliniques privées d'un côté et le ministère de la Santé, le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale, des syndicats des travailleurs, des associations de malades et des importateurs du médicament et des produits paramédicaux.

Par ailleurs, les importateurs du médicament et des produits paramédicaux ont des conflits très importants avec les ministères de la Santé, des Finances et le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale.

## B- Divergence d'ordre 2

## B-1- MATRICE VALUÉE DES DIVERGENCES (2DAA)

La matrice valuée des divergences ou *Divergences valuées Acteurs X Acteurs* (2DAA) est associée à la *Matrice des positions valuées Acteurs X Objectifs* (2MAO). Elle identifie pour chaque couple d'acteurs l'intensité moyenne des divergences lorsque les deux acteurs sont en opposition (un acteur est favorable à l'objectif, l'autre pas). Les chiffres de cette matrice ne mesurent plus le nombre de conflits potentiels (comme

dans IDAA), mais l'intensité de ces conflits intégrant par couple d'acteurs leurs hiérarchies (préférences) des objectifs. Cette matrice est symétrique<sup>11</sup>.

	Min Santé	METSS	ESP	MC	MF	MESRS	PMPPM	CAM	IMPPM	ST	CP	DMPPM	DGFP
Min Santé	0	0	2	1,5	0	0	4	8	<b>14</b>	4,5	<b>15,5</b>	4	0
METSS	0	0	2,5	2	0	0	4	8,5	<b>15,5</b>	4,5	<b>16</b>	4,5	0
ESP	2	2,5	0	0	2	2,5	6	6,5	11,5	4,5	<b>12,5</b>	1,5	0
MC	1,5	2	0	0	1,5	2	6,5	5,5	11	3,5	9	2,5	0
MF	0	0	2	1,5	0	0	4,5	7	<b>15</b>	3,5	<b>11,5</b>	4,5	0
MESRS	0	0	2,5	2	0	0	3,5	7,5	<b>12,5</b>	3,5	<b>12,5</b>	4	0
PMPPM	4	4	6	6,5	4,5	3,5	0	4,5	<b>12,5</b>	0	10	2,5	3,5
CAM	8	8,5	6,5	5,5	7	7,5	4,5	0	<b>10</b>	2	<b>18</b>	2	6
IMPPM	14	15,5	11,5	11	15	12,5	12,5	10	0	1,5	15	7,5	5,5
ST	4,5	4,5	4,5	3,5	3,5	3,5	0	2	1,5	0	<b>13</b>	0	4
CP	15,5	16	12,5	9	11,5	12,5	10	18	15	13	0	7	<b>13,5</b>
DMPPM	4	4,5	1,5	2,5	4,5	4	2,5	2	7,5	0	7	0	2
DGFP	0	0	0	0	0	0	3,5	6	5,5	4	13,5	2	0
Nombre de divergences	53,5	57,5	51,5	45	49,5	48	61,5	<b>85,5</b>	<b>131,5</b>	44,5	<b>153,5</b>	42	34,5
Degré de divergence (%)	<b>29</b>												

- Les divergences les plus importantes (en gras) sont constatées entre les importateurs et les ministères de la Santé, celui de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale et le ministère des Finances. Entre les cliniques privées et le ministère de la Santé, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale, les importateurs, la Direction générale de la Fonction publique, les associations de malades et les syndicats des travailleurs.

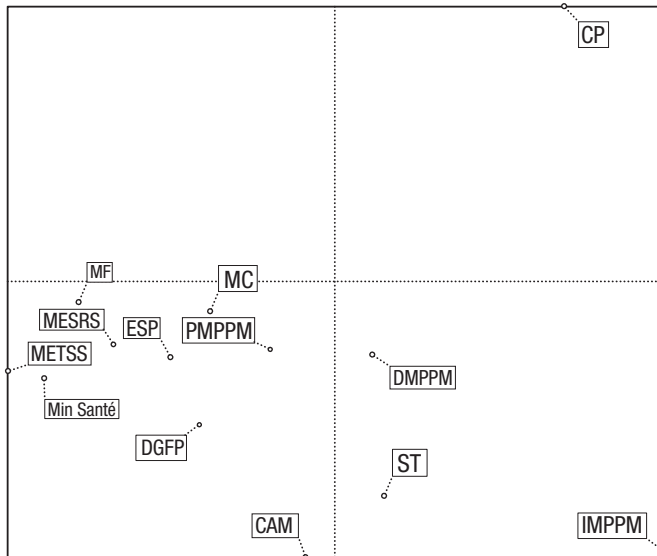
En résumé, on constate que les cliniques privées et les importateurs du médicament et des produits paramédicaux apparaissent comme les acteurs ayant la plus forte intensité de conflit avec l'ensemble des autres acteurs.

<sup>11</sup> – Les valeurs représentent le degré de divergence : plus l'intensité est importante, plus les acteurs ont des intérêts divergents.

## B-2- PLAN DES DIVERGENCES ENTRE ACTEURS D'ORDRE 2

Le plan de divergence entre acteurs les positionne sur un mapping en fonction de leurs divergences évaluées (données dans la matrice 2DAA) : plus les acteurs sont éloignés les uns des autres (par rapport à l'axe 1 et 2, les plus explicatifs), plus l'intensité de leur divergence est importante.

Plan des divergences entre acteurs d'ordre 2

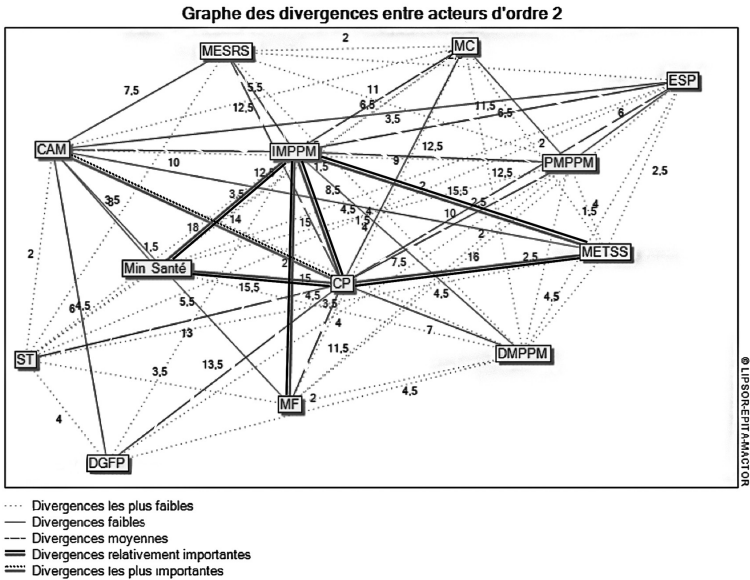


- On remarque qu'il y a une forte intensité de divergence entre les différents ministères et les importateurs du médicament et des produits paramédicaux, ainsi qu'avec les cliniques privées.

## B-3- GRAPHE DES DIVERGENCES ENTRE ACTEURS D'ORDRE 2

Le graphe des convergences entre acteurs d'ordre 2 permet de représenter les liens de divergence entre acteurs. Il aide notamment à identifier les alliances et conflits éventuels. Les liens expriment le taux de divergence calculée à partir de la matrice 2DAA. En effet, les cliniques privées apparaissent comme l'acteur le plus conflictuel avec l'ensemble des acteurs, notamment avec les associations de malades (CAM), le ministère de la Santé, le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale. Il existe aussi une forte intensité de divergence

entre les importateurs et le ministère de la Santé, le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale et le ministère des Finances.



### C- Divergence d'ordre 3

#### C-1- MATRICE VALUÉE PONDÉRÉE DES DIVERGENCES (3DAA)

La matrice valuée pondérée des divergences ou *Divergences valuées pondérées Acteurs X Acteurs* (3DAA) est associée à la *Matrice des positions valuées pondérées Acteurs X Objectifs* (3MAO). Elle identifie pour chaque couple d'acteurs l'intensité moyenne des divergences lorsque les deux acteurs sont en opposition (un acteur est favorable à l'objectif, l'autre non). Les chiffres de cette matrice mesurent l'intensité de ces conflits intégrant par couple d'acteurs leurs hiérarchies (préférences) des objectifs et leurs rapports de force. Cette matrice est symétrique.

	Min Santé	METSS	ESP	MC	MF	MESRS	PMPPM	CAM	IMPPM	ST	CP	DMPPM	DGFP
Min Santé	0	0	1,8	2,8	0	0	4,4	6,7	13	5,9	12	4,3	0
METSS	0	0	2,2	3,1	0	0	3,7	6,2	12,7	5,2	10	4,1	0
ESP	1,8	2,2	0	0	1,6	2,2	4,9	4	8,1	4,8	6,2	1,2	0
MC	2,8	3,1	0	0	2,6	3,1	9,3	5,3	14,5	5,3	8,7	4	0
MF	0	0	1,6	2,6	0	0	4,2	4,6	12	4,2	6,9	4,1	0
MESRS	0	0	2,2	3,1	0	0	3,2	5,2	10,4	4,2	7,3	3,6	0
PMPPM	4,4	3,7	4,9	9,3	4,2	3,2	0	3,2	9,5	0	5,2	2,1	3,8
CAM	6,7	6,2	4	5,3	4,6	5,2	3,2	0	6,1	1,8	7,1	1,3	4,9
IMPPM	13	12,7	8,1	14,5	12	10,4	9,5	6,1	0	1,3	6,8	5,5	5,5
ST	5,9	5,2	4,8	5,3	4,2	4,2	0	1,8	1,3	0	9	0	5,3
CP	12	10	6,2	8,7	6,9	7,3	5,2	7,1	6,8	9	0	3,1	11,3
DMPPM	4,3	4,1	1,2	4	4,1	3,6	2,1	1,3	5,5	0	3,1	0	2,2
DGFP	0	0	0	0	0	0	3,8	4,9	5,5	5,3	11,3	2,2	0
Nombre de divergences	50,9	47,3	37	58,7	40,2	39,2	53,5	56,5	105,5	47,1	93,7	35,5	33
Degré de divergence (%)	0												

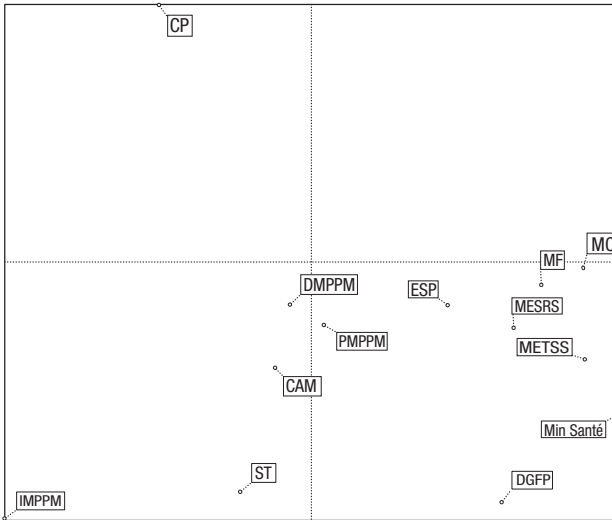
- Les divergences sont plus importantes après l'intégration par couple d'acteurs ; leurs hiérarchies (préférences) des objectifs et leurs rapports de force sont constatés beaucoup plus entre les importateurs et les différents ministères, ainsi qu'entre les cliniques privées et le ministère de la Santé et la Direction générale de la Fonction publique.

### C-2- PLAN DES DIVERGENCES ENTRE ACTEURS D'ORDRE 3

Le plan de divergence entre acteurs les positionne sur un mapping en fonction de leurs divergences valuées pondérées (données dans la matrice 3DAA) : plus les acteurs sont éloignés les uns des autres (par rapport à l'axe 1, le plus explicatif), plus l'intensité de leur divergence est importante.



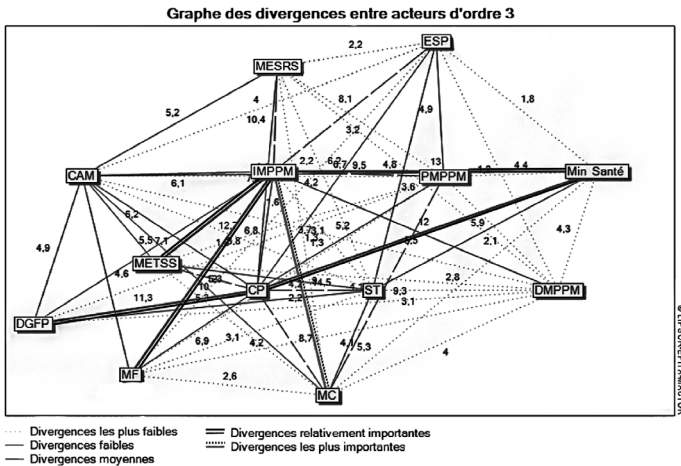
Plan des divergences entre acteurs d'ordre 3



• On remarque que les acteurs les plus conflictuels sont les importateurs du médicament et des produits paramédicaux et les cliniques privées.

C-3- GRAPHE DES DIVERGENCES ENTRE ACTEURS D'ORDRE 3

Le graphe des convergences entre acteurs d'ordre 3 permet de représenter les liens de divergence entre acteurs. Il aide notamment à identifier les alliances et conflits éventuels. Les liens expriment le taux de divergence, calculé à partir de la matrice 3DAA.



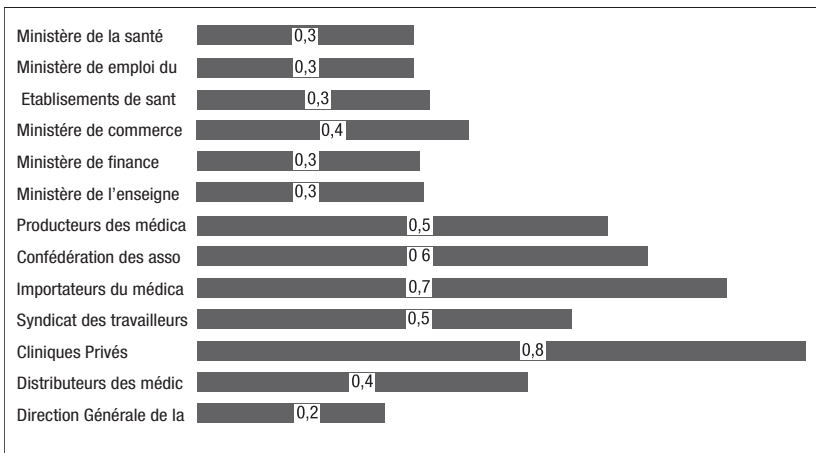
• Avec l'intégration des rapports de force des acteurs et en comparaison avec les relations de divergence d'ordre 1 et 2, on constate qu'il y a une forte intensité conflictuelle entre les importateurs et le ministère du Commerce, chose qui n'était pas évidente dans les deux premiers graphes.

### 4.3.6 – Ambivalence des acteurs

Deux acteurs peuvent avoir entre eux des positions convergentes sur certains objectifs et divergentes sur d'autres. Leur position est alors ambivalente. S'ils veulent sceller entre eux une alliance, ils devront travailler sur les objectifs qui les rassemblent et mettre la sourdine sur les objectifs qui les séparent. L'ambivalence des acteurs est construite à travers trois indicateurs d'équilibre utilisant respectivement leurs positions simples, valuées, puis valuées et pondérées<sup>12</sup>.

L'histogramme ci-après est représenté à partir du vecteur de l'ambivalence des acteurs d'ordre 3<sup>13</sup>.

Histogramme de l'ambivalence des acteurs



- On remarque que les cliniques privées est l'acteur le plus ambivalent, soit un coefficient d'ambivalence d'ordre 3 de 0,8. Les importateurs du médicament et des produits paramédicaux ont un coefficient d'ambivalence relativement élevé, soit 0,7. Il sera sans doute possible pour les autres acteurs ayant également des positions ambivalentes moyennes ou faibles, tel est le cas pour les différents ministères, les associations de malades, de négocier avec ces dernières des compromis d'alliances.

### 4.3.7 – Distances nettes entre objectifs

#### *A- Plan des distances nettes entre objectifs :*

Le plan des distances nettes entre objectifs permet de repérer les objectifs sur lesquels les acteurs sont positionnés de la même façon (en accord ou en désaccord). Ce plan sert à isoler des groupes d'objectifs sur

12 – L'indicateur varie de 1 (acteurs très ambivalents) à 0 (acteurs non ambivalents).

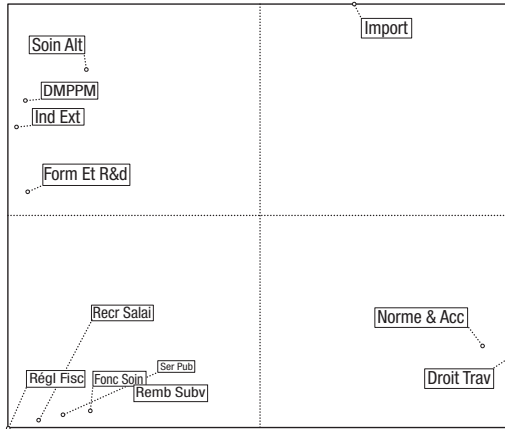
13 – Voir annexe 3 : La matrice de l'ambivalence des acteurs.

lesquels les acteurs sont en forte convergence (lorsque les objectifs sont proches) ou en forte divergence (lorsque les objectifs sont éloignés). Ce plan positionne les objectifs sur un mapping en fonction de la balance nette obtenue par différence entre la matrice évaluée des convergences et celle des divergences d'objectifs (respectivement 2COO et 2DOO).

Assurer le bon fonctionnement du système des soins en Algérie (*Fonc Soins*), Remboursement et subvention des soins (*Remb Subv*), mettre en place un cadre réglementaire et fiscal favorable au système des soins en Algérie (*Regl fisc*), assurer les missions du service public (*Ser Pub*) et recrutement et fixation des grilles des salaires dans les établissements publics (*Recr Salair*) pourront être traités ensemble, car chaque acteur est simultanément soit favorable soit opposé à ces cinq objectifs. Une analyse détaillée de la Matrice 2MAO permet d'identifier un premier groupe d'acteurs composé des cliniques privées et des importateurs du médicament et des produits paramédicaux pouvant s'allier afin d'opposer un front commun à la réalisation de ces cinq objectifs. Mais ces trois acteurs rencontreront la résistance du ministère de la Santé, ministère des Finances, la Direction générale de la Fonction publique et le ministère de l'Emploi, du Travail et de la solidarité nationale, et dans une moindre mesure celle des établissements de Santé publique qui eux sont favorables à ces objectifs.

De façon symétrique, Comblent le déficit de la production nationale des médicaments et des produits paramédicaux par les importations, Proposition des soins alternatives payants et Défendre les droits des travailleurs et Réclamer des normes dans les soins ainsi que le droit d'accès des malades notamment en matière d'hygiène, confort et de prise en charge des malades rassemblent et opposent d'autres groupes d'acteurs ayant, cette fois, un positionnement commun mais diamétralement opposé sur chacun de ces trois objectifs. Ainsi, les associations de malades et les syndicats des travailleurs pourront s'allier afin de lutter ensemble contre le maintien d'un pourcentage élevé des importations des médicaments et des produits paramédicaux et de la proposition des soins alternatives payants d'une part, et de favoriser l'amélioration de la qualité du service des soins ainsi que les conditions de travail des praticiens de la Santé publique d'autre part, alors que les cliniques privées, et dans une moindre mesure, les importateurs du médicaments et des produits paramédicaux, ont un positionnement opposé.

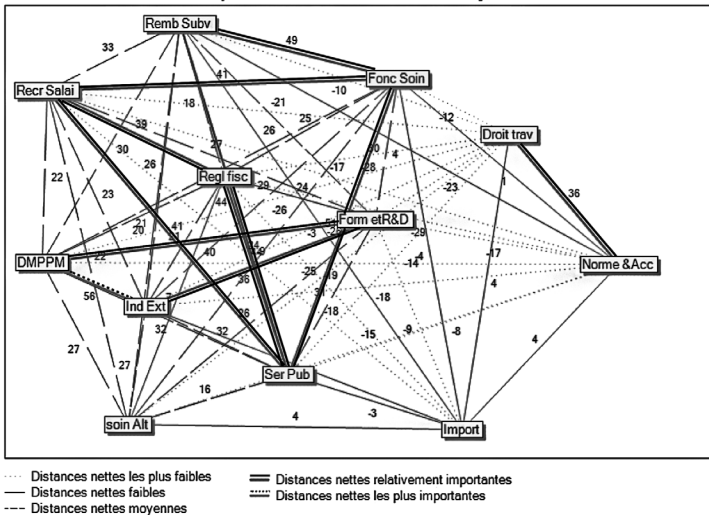
Plan des distances nettes entre objectifs



*B- Graphe des distances nettes entre objectifs*

Le graphe des distances nettes entre objectifs permet de repérer les objectifs sur lesquels les acteurs sont positionnés de la même façon (en accord ou en désaccord). Ce plan sert à isoler des groupes d'objectifs sur lesquels les acteurs sont en forte convergence (lorsque les objectifs sont proches) ou en forte divergence (lorsque les objectifs sont éloignés). Ce plan positionne les objectifs sur un mapping en fonction de la balance nette obtenue par différence entre la matrice valuée des convergences et celle des divergences d'objectifs (respectivement 2COO et 2DOO).

Graphe des distances nettes entre objectifs

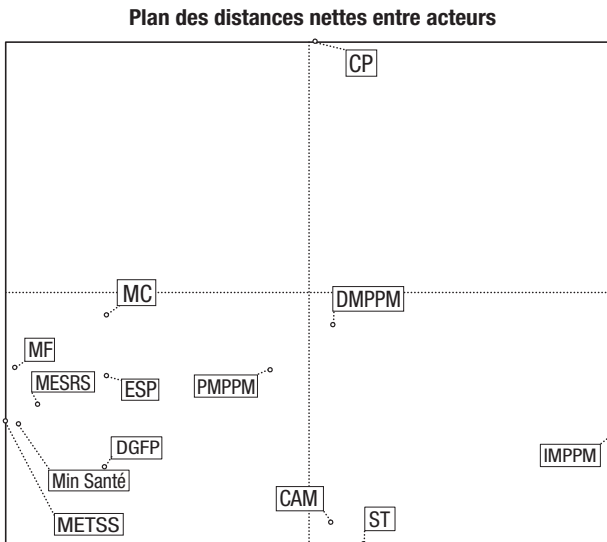


- Le graphe indique qu'il y a une forte convergence entre la disponibilité du médicament et des produits paramédicaux et l'indépendance vis-à-vis de l'extérieur en matière du médicament et des produits paramédicaux. Une relation de convergence relativement importante entre l'assurance des missions du service public et le cadre réglementaire et fiscal ainsi qu'entre les normes et les conditions d'accès aux soins avec les droits des travailleurs.

### 4.3.8 – Distances nettes entre acteurs

#### A- Plan des distances nettes entre acteurs

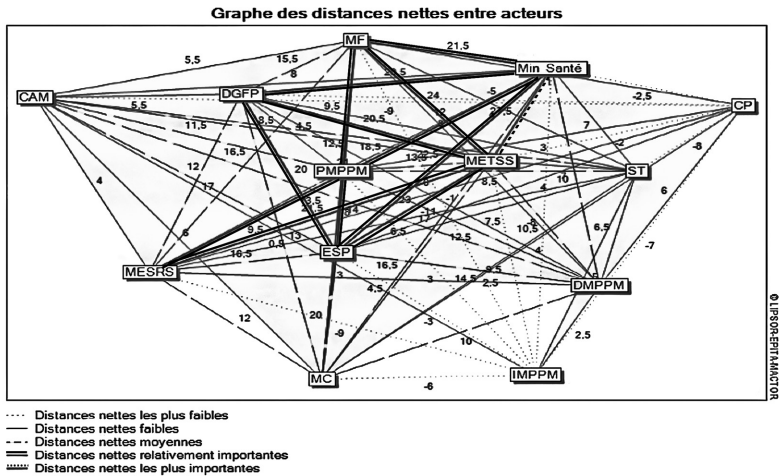
Le plan des distances nettes entre acteurs permet de repérer les alliances potentielles en prenant en compte les divergences et convergences entre acteurs d'ordre 2 sur chaque objectif.



- On remarque une alliance potentielle forte entre les différents ministères, la Direction générale de la Fonction publique et les établissements de Santé publique. Ces derniers seront en même temps en conflit avec les importateurs du médicament et des produits paramédicaux. En outre, les associations de malades peuvent très bien s'allier avec les syndicats des travailleurs pour faire face à un conflit potentiel avec les cliniques privées.

### B- Graphe des distances nettes entre acteurs

Le graphe des distances nettes entre acteurs représente les alliances potentielles en prenant en compte les divergences et convergences entre acteurs d'ordre 2.



- Le graphe montre qu'il y a plusieurs alliances potentielles entre acteurs. Une alliance potentielle très forte entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale.

En outre, des alliances relativement importantes entre les établissements de Santé publique d'une part et le ministère de la Santé, le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale, le ministère des Finances, le ministère du Commerce et la Direction générale de la Fonction publique.

Enfin, les cliniques privées et les importateurs du médicament et des produits paramédicaux n'ont de relations d'alliances potentielles avec aucun acteur.

## Conclusion

Des soins de qualité, accessibles à tous et un Système de santé modernisé et performant nécessitent la coopération de tous les acteurs impliqués. En effet, dans une réflexion systémique, un acteur n'existe que par ses relations (dépendance et influences) qu'il entretient avec les autres acteurs. C'est pour cette raison qu'il est indispensable pour chacun d'eux de connaître son environnement et de pouvoir anticiper toutes sortes de relations d'alliances et de conflits potentiels avec les autres acteurs. Notre travail vise à atteindre cet objectif en offrant aux responsables du secteur, notamment le ministère de la Santé, une vision claire sur les jeux d'alliances et de conflits qu'il pourra entretenir avec les principaux acteurs intervenant directement dans le système.

A cet effet, la consultation des experts et l'utilisation de la méthode Mactor permettent d'étudier la position simple (favorable, défavorable ou neutre) de chacun des acteurs par rapport aux objectifs des autres acteurs, ensuite la position évaluée, c'est-à-dire l'intégration des préférences des acteurs par rapport aux objectifs et, enfin, la position pondérée des acteurs à partir de l'intégration des rapports de force des acteurs.

En effet, le ministère du Commerce et le ministère de la Santé sont les acteurs les plus mobilisés, puisque les degrés d'intensité de leur positionnement sur chaque objectif sont très forts, alors que les cliniques privées et le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale étaient les acteurs les plus impliqués dans la position évaluée. Les cliniques privées, du fait de leur faible rapport de force, apparaissent peu mobilisées dans la position évaluée et pondérée.

En outre, l'objectif d'assurer la disponibilité du médicament et des produits paramédicaux, ainsi que le bon fonctionnement du Système des soins en Algérie sont les deux objectifs les plus mobilisateurs. Ces objectifs étaient déjà les plus impliquants dans la position des acteurs par rapport aux objectifs évalués, alors qu'ils cristallisaient plus d'avis favorables que d'oppositions.

En ce qui concerne la convergence entre acteurs, notre étude a montré que l'alliance objective du ministère de la Santé avec le ministère

de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale se renforce très nettement. Autre constat, l'alliance objective du ministère de la Santé avec le ministère du Commerce et la Direction générale de la Fonction publique se confirme comme beaucoup plus forte que la convergence des intérêts entre le ministère du Commerce et la Direction générale de la Fonction publique. C'est sans doute une carte à jouer pour le ministère de la Santé.

Les divergences les plus importantes après l'intégration par couple d'acteurs de leurs hiérarchies (préférences) d'objectifs et leurs rapports de force sont constatées beaucoup plus entre les importateurs et les différents ministères, ainsi qu'entre les cliniques privées et le ministère de la Santé et la Direction générale de la Fonction publique.

Deux acteurs peuvent avoir entre eux des positions convergentes sur certains objectifs et divergentes sur d'autres. Leur position est alors ambivalente. S'ils veulent sceller entre eux des alliances, ils devront travailler sur les objectifs qui les rassemblent et mettre la sourdine sur les objectifs qui les séparent. L'ambivalence des acteurs est construite à travers trois indicateurs d'équilibre utilisant respectivement leurs positions simples, puis valuées, et enfin valuées et pondérées par rapport à chaque objectif.



## CONCLUSION GÉNÉRALE

Dans la première partie de notre recherche, nous avons classé les établissements de soins en trois classes : la première classe, constituée d'établissements de soins de petite taille, c'est-à-dire ceux dont l'effectif et le nombre de lits sont les plus petits, à l'échelle nationale. Déjà, nous pouvons conclure que cette classe est surdimensionnée par rapport au personnel paramédical. Nous avons constaté leur répartition à travers tout le territoire national.

La deuxième classe représente les établissements dont l'effectif est intermédiaire, entre la première et la troisième classes, mais nous concluons qu'elle est surdimensionnée par rapport aux médecins. Ceux-là sont concentrés surtout au Centre et à l'Est du pays.

La troisième classe représente les établissements de soins qui ont le maximum d'effectifs sur toutes les variables. Ce type de secteurs est situé surtout au Centre et à l'Est du pays. Il convient de noter que cette classe possède un sureffectif en personnel paramédical. Ensuite, à l'aide des modèles DEA, nous avons obtenu un diagnostic d'efficience pour les différents établissements. Nous avons tenté d'expliquer les sources des défaillances en nous basant sur le facteur de production, représenté par la capacité litière fonctionnelle et le personnel, composé de ses différentes catégories.

Dans la deuxième partie de notre recherche, nous avons abordé la satisfaction du patient et des praticiens de la santé. La discussion globale des résultats a pour objet de mettre l'accent sur les principales sources d'insatisfaction recensées au cours de cette enquête.

En premier lieu, concernant les patients, le premier point fut l'accueil général aux admissions ; on note que près des trois quarts des répondants, soit 74%, s'en déclarent globalement insatisfaits, alors qu'un peu plus de la moitié d'entre eux, soit 61%, trouvent que les locaux collectifs, dont les salles d'attente et de consultation, sont inadéquats. À cet effet, il est utile de signaler que les hôpitaux publics algériens souffrent de vétusté et de surcharge, ce qui rend les conditions d'accueil et d'hospitalisation des malades déplorables. En outre,

l'insuffisance de l'information donnée aux patients à leur arrivée à l'hôpital est soulignée par l'enquête. Ainsi 80% des sondés s'estiment globalement insatisfaits. Sur ce point, une bonne partie des patients interrogés déplore les défaillances de la communication interne de l'hôpital et déclarent recevoir des informations contradictoires de la part des préposés à l'accueil.

En second lieu, la qualité des soins prodigués évoque, quant à elle, trois aspects principaux : D'une part, l'amélioration des différentes dimensions de la communication interpersonnelle est sans nul doute l'un des points qui méritent une attention particulière au sein de nos hôpitaux publics; en effet, cet état de fait est confirmé par les résultats de l'enquête qui révèle des défaillances au niveau de l'accueil dans le service de soins, avec une insatisfaction globale de l'ordre de 74%, et des carences constatées en matière d'amabilité et de politesse du personnel hospitalier, avec une insatisfaction globale à hauteur de 64%.

Ceci étant, alors que 82% des répondants s'estiment globalement satisfaits à l'égard des qualités humaines des médecins qui regroupent essentiellement l'attention, l'écoute et la mise en confiance, 69% d'entre eux sont globalement insatisfaits quant au comportement du personnel soignant.

D'autre part, la perception du temps d'attente et du temps passé avec le médecin ou l'infirmier constitue une autre source d'insatisfaction pour les patients. De la sorte, 80% des sondés se déclarent globalement insatisfaits du délai d'attente aux examens alors que 70% d'entre eux déplorent l'allongement du temps de passage aux urgences, voire l'impossibilité d'être pris en charge.

Le manque de disponibilité du personnel médical d'une part, et celle du personnel paramédical d'autre part, ont pour corollaire une plus grande insatisfaction des usagers, à hauteur de 69% et de 75% respectivement.

Pourtant, le regard sur la durée d'un passage aux urgences oblige à remettre en question l'organisation et les procédures en place, lesquelles impliquent fortement la qualité globale de la prise en charge. Le fait de rajouter du temps de couloir en attente d'examen ou de lits disponibles est clairement de la non-qualité et fait augmenter

l'inconfort et la souffrance des malades. Or, le temps accordé aux patients fait partie du cadre thérapeutique, avec le lieu et les attitudes du soignant.

Manifestement, les répondants sont à la fois très sensibles à cet aspect des soins et assez critiques. Enfin, les résultats de l'enquête révèlent un niveau élevé de satisfaction face à l'information sur la maladie et les traitements prescrits, de l'ordre de 80%, alors que celui sur les actes opératoires obtient un score remarquable, de l'ordre de 93%. En effet, même s'il existe un consensus sur la nécessité et le droit à l'information, la prise en compte des attentes des patients quant à l'information médicale et/ou chirurgicale demeure indispensable à l'établissement d'une relation de confiance entre le malade et son médecin. Ces attentes portent essentiellement sur une vulgarisation des informations, avec une accessibilité accrue et une compréhension facilitée.

En troisième lieu, au chapitre du confort hôtelier, près de 73% des répondants en sont globalement insatisfaits. L'amélioration du confort hôtelier, au demeurant une nécessité, doit passer par un réaménagement des locaux, par une augmentation de l'offre de lits d'hospitalisation, ainsi que par la sécurisation et l'optimisation de l'environnement humain et médico-technique.

En dernier lieu, concernant l'organisation de la sortie du patient, les principaux griefs mis en évidence par l'enquête portent sur la préparation de la sortie, avec 55% des sondés qui s'en estiment insatisfaits. Sur ce point, d'après les témoignages recueillis auprès de certaines familles venant d'autres wilayas, il arrive souvent que les membres du personnel hospitalier les avisent en retard, si ce n'est le jour même, de la sortie de leur parent hospitalisé, ce qui les laisse livrés à eux-mêmes. Or, la préparation de la sortie du patient doit s'inscrire dans la continuité de sa prise en charge.

Concernant l'évaluation de la satisfaction au travail du personnel hospitalier, elle a permis d'identifier plusieurs facteurs d'insatisfaction sur lesquels nous pouvons dégager la présente analyse :

- Premièrement, il ressort de l'enquête que les conditions de travail des fonctionnaires hospitaliers doivent faire l'objet d'une amélioration concrète. En effet, les enquêtés, et particulièrement les soignants,

jugent que les conditions actuelles d'exercice professionnel ne sont plus en adéquation avec les acquis de la formation initiale, ni avec les attendus de la profession. La dégradation de leurs conditions de travail est même ressentie comme une atteinte aux valeurs professionnelles.

- Deuxièmement, sur le plan de la communication interne, les personnels sondés estiment recevoir des informations, mais de manière assez disparate. De ce fait, l'enquête indique que la circulation de l'information est insuffisamment portée par la direction, laquelle doit pallier à ses lacunes en matière de communication afin de légitimer le canal officiel.

- Troisièmement, l'enquête fait ressortir que la formation connaît une valeur très critique au niveau des CHU de la capitale. Ainsi, tout en reconnaissant que le niveau général de compétence est acceptable, les équipes soignantes, ainsi que les praticiens, insistent sur la nécessité d'offrir des formations continues de type « recyclage » qui permettraient à chaque employé de s'épanouir et de se développer par et dans son travail, tout en produisant des soins de meilleure qualité.

Pour la troisième partie de notre recherche, Les principales conclusions se résument comme suit : d'une part, les faibles revalorisations catégorielles produisent certainement des impacts sur le ressenti de la baisse du pouvoir d'achat des personnels, confirmant une insuffisance de la rémunération de chacun. Or, la rémunération doit faire partie intégrante de la gestion des personnels. Elle doit constituer l'un des leviers en matière de motivation, et d'amélioration de la qualité des pratiques cliniques. En sus, dans le système actuel appliqué au sein de la fonction publique hospitalière, le niveau de rémunération est directement lié au grade et à l'échelon occupés par l'agent. Ce système ne permet aucune marge de manœuvre en matière d'individualisation de la rémunération.

Néanmoins, la mise en place d'un système de différenciation du niveau de la rémunération des praticiens hospitaliers particulièrement en fonction de la spécialité exercée aura un effet indéniable sur leur motivation. Elle permettrait, entre autres, de répondre au besoin actuel de renouvellement de la main-d'œuvre, en attirant les compétences vers certaines spécialités délaissées.

D'autre part, concernant les possibilités d'avancement, il incombe au directeur de chaque CHU, en tant que garant du droit et de l'évolution professionnelle des agents, de communiquer auprès des personnels sur les possibilités de promotion de grade et d'avancement d'échelon. Dans cette perspective, il paraît nécessaire que les managers mettent en place une gestion rénovée des carrières, laquelle doit s'accompagner de la mise en application d'une véritable politique de valorisation des compétences.

En somme, il s'avère que la reconnaissance non-matérielle constitue un moyen incontestablement efficace servant à valoriser et à encourager les personnels hospitaliers. Certaines marques de reconnaissance, telles que des lettres de félicitation adressées par la direction ou des distinctions, faites notamment dans le cadre de départ de fin de carrière, seraient sans nul doute très appréciées par les personnels.

Par conséquent, à la lumière des résultats et enseignements des deux enquêtes de satisfaction menées respectivement auprès des patients hospitalisés et des personnels hospitaliers, nous pouvons conclure que la satisfaction des patients est corrélée à celle des soignants et des praticiens. En effet, au regard des résultats de la seconde enquête, nous avons pu appréhender le point de vue des personnels quant à des aspects qui influent sur la qualité des soins prodigués aux patients soit directement, tels que leurs conditions de travail, soit indirectement, tels que les plans de formation, ainsi que l'utilité sociale et la reconnaissance.

Cette approche a pour ambition de révéler les dysfonctionnements majeurs au sein des CHU d'Alger Centre d'une part, et d'autre part elle ouvre des pistes d'amélioration portant à la fois sur les facteurs d'insatisfaction des personnels et des patients, l'objectif étant d'impliquer les personnels hospitaliers dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins, qui permettrait d'assurer de meilleures prestations aux usagers. La satisfaction du personnel rejoint alors celle du patient.

Concernant l'étude de recherche sur la gouvernance hospitalière et sur le management par la qualité du système de soin en Algérie, l'étude s'est focalisée sur l'analyse des différents acteurs qui participent du système de soin dans le centre hospitalo-universitaire (CHU) :

administrateurs, médecins et infirmiers. Les différents tests d'hypothèses ont tous affirmé la validité des hypothèses proposées par notre recherche :

- Le mode de structure organisationnelle du centre hospitalo-universitaire en Algérie ne permet pas d'adopter une bonne gouvernance hospitalière qui sert à améliorer la performance;
- Il existe une relation positive et significative entre la performance organisationnelle et les indicateurs de gouvernance hospitalière;
- Le centre hospitalo-universitaire en Algérie ne comprend pas un réel management par la qualité formelle;
- La réalité professionnelle actuelle des paramédicaux ne permet pas d'adopter un management par la qualité pour l'amélioration des soins.

La gouvernance hospitalière dans le CHU en Algérie prouve une insuffisance en matière d'adoption de nouvelles techniques de gestion comme l'amélioration du système d'information par l'intégration de la comptabilité analytique, et le tableau de bord prospectif.

Un autre point qui revient au fondamentaux de la gouvernance des organisations mérite d'être bien pris en charge : l'amélioration de la relation de l'entité hospitalière avec ses partenaires sociaux et économiques, pour une meilleure garantie des soins et d'une amélioration de la qualité du traitement, cela peut être aligné dans le cadre de la recomposition du conseil d'administration des CHU.

La e-gouvernance dans le CHU semble être inexistante, un retard enregistré dans l'intégration des TIC dans le management opérationnel.

La dernière partie porte sur les stratégies des acteurs de soins. Des soins de qualité, accessibles à tous et un système de santé modernisé et performant nécessitent la coopération de tous les acteurs impliqués. En effet, dans une réflexion systémique, un acteur n'existe que par ses relations (dépendance et influences) qu'il entretient avec les autres acteurs. C'est pour cette raison qu'il est indispensable pour chacun d'eux de connaître son environnement et de pouvoir anticiper toutes sortes de relations d'alliances et de conflits potentiels avec les autres acteurs. Notre travail vise à atteindre cet objectif en offrant au responsable du secteur, notamment le ministère de la Santé, une vision claire sur les jeux d'alliances et de conflits qu'il pourra entretenir avec les principaux acteurs intervenant directement dans le système.

A cet effet, la consultation des experts et l'utilisation de la méthode Mactor permettent d'étudier la position simple (favorable, défavorable ou neutre) de chacun des acteurs par rapport aux objectifs des autres acteurs, ensuite la position évaluée, c'est-à-dire l'intégration des préférences des acteurs par rapport aux objectifs, et enfin la position pondérée des acteurs à partir de l'intégration des rapports de force des acteurs. En effet, le ministère du Commerce et le ministère de la Santé sont les acteurs les plus mobilisés puisque les degrés des intensités de leur positionnement sur chaque objectif sont très forts, alors que les cliniques privées et le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale étaient les acteurs les plus impliqués dans la position évaluée. Les cliniques privées, du fait de leur faible rapport de force, apparaissent peu mobilisées dans la position évaluée et pondérée.

En outre, l'objectif d'assurer la disponibilité du médicament et des produits paramédicaux, ainsi que le bon fonctionnement du Système des soins en Algérie sont les deux objectifs les plus mobilisateurs. Ces objectifs étaient déjà les plus impliquants dans la position des acteurs par rapport aux objectifs évalués, mais alors qu'ils cristallisaient plus d'avis favorables que d'oppositions.

En ce qui concerne la convergence entre acteurs, notre étude a montré que l'alliance objective du ministère de la Santé avec le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale se renforce très nettement. Autre constat, l'alliance objective du ministère de la Santé avec le ministère du Commerce et la Direction générale de la Fonction publique se confirme comme beaucoup plus forte que la convergence des intérêts entre le ministère du Commerce et la Direction générale de la Fonction publique. C'est sans doute une carte à jouer pour le ministère de la Santé.

Les divergences les plus importantes après l'intégration par couple d'acteurs de leurs hiérarchies (préférences) d'objectifs et leurs rapports de force sont constatées beaucoup plus entre les importateurs et les différents ministères, ainsi qu'entre les cliniques privées et le ministère de la Santé et la Direction générale de la Fonction publique.

Deux acteurs peuvent avoir entre eux des positions convergentes sur certains objectifs et divergentes sur d'autres objectifs. Leur position est alors ambivalente. S'ils veulent sceller entre eux des alliances, ils devront travailler sur les objectifs qui les rassemblent et mettre la

sourdine sur les objectifs qui les séparent. L'ambivalence des acteurs est construite à travers trois indicateurs d'équilibre utilisant respectivement leurs positions simples, puis valuées et enfin valuées et pondérées par rapport à chaque objectif.

Notre étude a montré que les cliniques privées sont l'acteur le plus ambivalent, soit un coefficient d'ambivalence de 0,8 (le coefficient varie entre 0 et 1). Les importateurs du médicament et des produits paramédicaux ont un coefficient d'ambivalence relativement élevé, soit 0,7. Il sera sans doute possible, pour les autres acteurs ayant également des positions ambivalentes moyennes ou faibles, tel est le cas du ministère de la Santé, de négocier avec ces dernières des compromis d'alliances.

Assurer le bon fonctionnement du système des soins en Algérie, garantir le remboursement et la subvention des soins, mettre en place un cadre réglementaire et fiscal qui lui est favorable, assurer les missions du service public, le recrutement et la fixation des grilles des salaires encourageant les travailleurs des établissements de Santé publique, sont des objectifs qui pourront être traités ensemble, car chaque acteur est simultanément, soit favorable, soit opposé à ces cinq objectifs. Une analyse détaillée de la position de chacun des acteurs par rapport aux objectifs mentionnés ci-dessus, avec l'intégration de leurs préférences, permet d'identifier un premier groupe d'acteurs composé des cliniques privées et les importateurs du médicament et des produits paramédicaux pouvant s'allier afin d'opposer un front commun à la réalisation de ces cinq objectifs. Mais ces deux acteurs rencontreront la résistance du ministère de la Santé, du ministère des Finances, de la Direction générale de la Fonction publique, du ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale, et, dans une moindre mesure, celle des établissements de Santé publique qui, eux, sont favorables à ces objectifs.

De façon symétrique, combler le déficit de la production nationale des médicaments et des produits paramédicaux par les importations, proposer des soins alternatifs payants, défendre les droits des travailleurs et réclamer des normes dans les soins, notamment en matière d'hygiène, de confort et de prise en charge des malades, ainsi que le droit d'accès des malades aux soins, rassemblent et opposent d'autres groupes d'acteurs ayant, cette fois, un positionnement commun mais



diamétralement opposé sur chacun de ces quatre objectifs. Ainsi les associations de malades et les syndicats des travailleurs pourront s'allier afin de lutter ensemble contre le maintien d'un pourcentage élevé des importations des médicaments et des produits paramédicaux et la proposition des soins alternatifs payants d'une part, et de favoriser l'amélioration de la qualité du service des soins, ainsi que les conditions de travail des praticiens de la Santé publique d'autre part, alors que les cliniques privées et, dans une moindre mesure, les importateurs du médicaments et des produits paramédicaux ont un positionnement opposé.

L'objectif prioritaire pour le ministère de la Santé est de rechercher les solutions en faveur d'une organisation du système des soins public et privé visant à satisfaire les besoins des patients, à être financièrement supportable pour les ménages et la collectivité, et à assurer la continuité d'un système de santé public efficace. Pour ce faire, la tutelle doit construire des alliances avec certains acteurs sur des objectifs communs, notamment le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale, le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique, le ministère du Commerce et les établissements de Santé publique.

## RECOMMANDATIONS

A court terme, il faut procéder en urgence à la restructuration des plateaux techniques des hôpitaux; revoir l'allocation non optimale des facteurs de production de l'hôpital, due à des sous-dimensionnements ou des sur-dimensionnements; reconverter les hôpitaux de petite taille dont l'inefficience est avérée; publier annuellement le classement des hôpitaux selon leur degré d'efficience; constituer des groupements hospitaliers afin de mieux organiser l'offre de soins et d'obtenir la taille nécessaire pour les services.

Selon les résultats obtenus, nous concluons que la situation géographique influe sur l'efficience ; l'analyse des besoins spécifiques de chaque région s'impose et devient indispensable ; la coordination des actions de prévention et de soins est nécessaire entre les différents secteurs sanitaires et même entre les institutions régionales; développer le management des services à travers les actions suivantes : diffuser des informations concernant la situation, le fonctionnement et les différentes activités des hôpitaux afin d'instaurer un climat de confiance entre le personnel, les professionnels et les usagers ; accorder plus de reconnaissance au personnel médical eu égard à sa grande responsabilité sur la santé des malades ; motiver le personnel en reconnaissant ses mérites ; renforcer le rôle du directeur de l'hôpital et faire participer les praticiens à la prise de décisions.

Déconcentrer autant que possible les procédures internes de travail ; faire associer les équipes hospitalières à la gestion de l'hôpital; assigner à chaque équipe les objectifs de qualité des soins, de suivi des activités et de meilleure utilisation des moyens matériels et financiers. De notre avis, pour qu'un processus de benchmarking réussisse, il doit être entrepris dans un cadre collectif dont les résultats seraient bénéfiques pour tous les membres de l'organisation ; l'esprit participatif, constructif et positif de chacun nous parait indispensable pour l'obtention de bons résultats. Cela va des personnes chargées de la saisie des données, dont la fiabilité est exigée, des spécialistes chargés d'appliquer les méthodes dont la justesse des résultats est un impératif,

et les décideurs qui exploitent les résultats pour l'amélioration du rendement de l'institution. Cette façon de procéder nous semble particulièrement intéressante parce qu'elle permet de mettre à la disposition des managers et décideurs des outils de gestion efficaces, qui sont aussi des instruments d'aide à la décision.

Au sein d'un hôpital, il devient impératif que chaque direction générale renforce les efforts entrepris sur trois axes de la prise en charge : accueil des patients, information et communication avec eux et cela dès leur arrivée à l'hôpital. Par conséquent, l'ensemble des supports de communication, qu'ils soient écrits ou oraux, doit faire l'objet de développements particuliers. Ainsi, parmi les mesures pouvant être prises pour améliorer l'accueil et la communication avec les patients et leurs proches, des principes d'accueil des usagers aux niveaux des CHU pourraient être formalisés par les directions de ces établissements. Cependant, des actions de sensibilisation à destination du personnel hospitalier devront être menées à bien, de manière à leur permettre d'identifier les besoins des patients accueillis.

Il apparaît que ces aspects relationnels et de communication entre le patient et son médecin ou son infirmier doivent être optimisés du fait qu'ils sont fortement valorisés par les patients. En effet, bien que sa vocation première soit de soigner les malades, un établissement hospitalier ne se résume pas à une structure; il doit avant tout être perçu et animé comme une organisation sociale dont le bon fonctionnement dépend aussi de la qualité des relations entre les différents intervenants : personnel médical et paramédical, personnel administratif ainsi que les malades. Dès lors, la cohésion des actions de communication interne devient nécessaire pour harmoniser l'image de nos CHU auprès du public.

Il devient plus que nécessaire que certaines prestations de service (blanchisserie, maintenance, hygiène, sécurité, parking, restauration, etc.) soient assurées par des sociétés de service qui seront localisées en dehors des structures hospitalières.

L'évaluation des prestations d'hôtellerie fournies aux patients pourra être régulièrement assurée par les agents concernés (restauration, blanchisserie, etc.), tant auprès des professionnels des pôles médicaux que des patients. Cela impose donc une bonne gestion de ces services et une comptabilité analytique permettant de facturer ces services

au prix de revient, plus éventuellement une marge permettant des réinvestissements.

Enfin, une réforme profonde de la structuration organisationnelle de nos CHU peut agir positivement sur la clarification des rôles de chacun et limiter, par conséquent, les effets négatifs de la mauvaise répartition des tâches et des responsabilités. Autrement dit, dans le but d'appréhender la charge de travail de chacun des personnels hospitaliers, il serait judicieux d'effectuer au préalable un audit dans les différents services, en commençant par ceux des soins. Cela aura non seulement le mérite de faciliter une affectation optimale des ressources humaines en fonction des besoins exprimés par les services, mais également d'engendrer des effets bénéfiques sur la qualité de vie au travail, tout en contribuant à l'amélioration du service rendu aux patients :

- Améliorer la relation entre les administrateurs et les médecins pour adopter une approche sociale;
- Améliorer la relation entre les médecins et les infirmiers afin d'adopter une approche sociale;
- Moderniser les ressources matérielles et d'analyse médicale afin d'adopter une approche rationnelle;
- Sensibiliser le corps soignant sur les avantages de la normalisation dans le cadre de la qualité (ISO);
- Instaurer un système d'information permettant de classer les séjours hospitaliers en fonction de leur pathologie, afin de pouvoir calculer leurs coûts. Cette tarification est indispensable si l'on veut mettre en œuvre une politique pertinente de maîtrise des coûts. En effet, un système d'information fiable et efficace facilite l'analyse de performance et la mesure d'efficacité ;
- Enfin, l'analyse prospective constitue un outil de guidage qui doit être adopté comme règle de conduite afin de mieux gérer le présent et l'avenir. Le ministère pourra installer une cellule de veille stratégique afin de détecter les signaux qui pourront avoir un effet déstabilisateur du secteur dans l'avenir. Cette structure devra fonctionner selon un Système d'Alerte Précoce «SAP»; ce dernier consiste à alerter les responsables du secteur de l'évolution des stratégies de tous les acteurs, soit avec lesquels il aura construit des alliances, ou ceux avec lesquels il aura établi des relations conflictuelles.

## BIBLIOGRAPHIE

- AFNOR (2003), « Qualité, système de management et audit », édition AFNOR.
- P. Aíach (1996), « La santé : un sujet difficile », Revue Prévenir, 1<sup>er</sup> semestre, n° 30, p. 226.
- Aubert N, Gruere J.P, et alii (2005), Management : aspects humains et organisationnels, 8ème édition, PUF.
- Banque Africaine de Développement (groupe de la) (2011), « note de dialogue 2011-2012, Mai 2011 ».
- BAFD/OCDE (2008) : « perspectives économiques en Afrique : Algérie ».
- Banque mondiale (1993), Rapport, Investir dans la santé.
- Bartoli Annie (2006), « À quoi tient la spécificité du management public ? » séminaire : « le management public en formation ? », Séminaire des responsables de formation – EN3S Octobre.
- Bouziani M. (2002), « Chapitre 2. Les soins de Santé publique : quels enjeux? », Journal International de Bioéthique, 2002/3 Vol. 13, p. 27-35. DOI : 10.3917/jib.133.0027.
- Barel Y. et Fremeaux S. (2010), « Organisation du travail et démarche qualité. Le cas du secteur caisses d'un hypermarché », nouveaux comportements, nouvelle GRH, 21ème congrès AGRH, 17-19 Novembre, 2010, Rénines, Sain Malo.
- Barbier René (2012), Le management émancipant : une philosophie interculturelle du sens du travail humain (de l'imaginaire leurrant à l'utopie créatrice).<http://195.68.195.207/webCIRPP/index.jsp>, consulté le 05/12/2012.
- Berger Catherine (2001), « Mondialisation et espaces internationaux : Les équipages multinationaux de la marine marchande », Symposium Culture et travail, Université de Genève – 24-28 septembre.
- A. Berle, G. Means (1932) : The modern corporation and private property (2ème éd. 1956), New York, MacMillan.
- Besseyre Des Horts C-H et Nguyen V (2010), « satisfaction, implication, engagement, enracinement et intention de départ des jeunes cadres, une relation ambiguë », revue internationale de psychosociologie, volume xvi – n°40, hiver.
- Brault I, Roy DA, Denis JL (2008): « Introduction à la gouvernance clinique: historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé », Pratiques et Organisation des Soins volume 39 n° 3 / juillet-septembre .
- Buchanan II B. (1974), "Building organizational commitment : the socialization of managers in work organization", Administrative Science Quarterly, 19, 533-546.

- Chanel J-M et Fournier J-L, « La théorie de management de Deming : une clé pour mettre à jour les pratiques des directeurs généraux », The International Federation of Scholarly Associations of Management, Paris, le 8 juillet 2010.
- G. Charreaux (1997) : le gouvernement des entreprises, Economica.
- Charreaux G. et Schatt (2005) « La recherche française en gouvernance d'entreprise : un panorama », Cahier du FARGO n° 1050901, Septembre.
- Chatrie Isabelle et Uhaldeborde Jean-Michel (1996), « Partenaiait public-privé et Développement Territorial », Revue d'économie financière, Paris.
- Chemla-Lafay Annie et Chol Céline (2006) « 25 ans de réforme de la gestion publique dans les pays de l'OCDE, convergence et systémique », Rapport, Institut de la gestion publique et de développement économique.
- R. Coase (1987) : "The nature of the firm, *Economica*, N.S., 4, Novembre. Traduction française, "La nature de la firme", Revue française d'économie, II, Hiver.
- Cochoy F et de Terssac G « Les enjeux organisationnels de la qualité : une mise en perspective », Centre d'Étude et de Recherche Technique, Organisation, Pouvoir, Université Toulouse II/CERTOP, UMR CNRS 5044, France.
- Coulomb F. (2007), « Management des entreprises », édition Ellipses.
- Robert Coulon (1910) : « le cadre de sante, la gestion et le soin », IAE Dijon, LEG/FARGO.
- Daddi-Addoun Nacer (2007) : Gestion et relation d'agence dans l'entreprise publique algérienne, Revue des Reformes Economiques et Intégration en Economie Mondiale n°2.
- N. Daddi-Ddoun, M. Oudai (2011): « réforme budgétaire en Algérie : vers une gouvernance axée sur la performance, partie1 », Revue des Reformes Economiques et Intégration en Economie Mondiale n°11.
- N. Daddi-Ddoun, MZ Maabout (2012) Mohamed Zakaria « Les facteurs de motivation impliquant le personnel dans une démarche qualité : cas de Toyota distribution Algérie », Revue des R.E.I.E.M., n°13.
- (D H, GB) Department of Health (1998), First class service: Quality in the new NHS. Londres: United Kingdom Department of Health.
- Deming W.E. (1991), Hors de la crise, Paris, Edition Economica.
- Détrie P. (2001), «Conduire une démarche qualité », édition d'Organisation.
- Dhaouadi I., El Akremi A. et Igalens J. (2008), « Une analyse critique du management par la qualité totale : implications pour la GRH », Revue de Gestion des Ressources Humaines, n° 67, janv-fév-mars, pp. 2-22.
- Diridollou B. (2001), «Le client au cœur de l'organisation », édition d'Organisation.
- Donnadiou G. (1997), « Du salaire à la rétribution », 3ème édition, édition Liaison.
- Drucker Peter (1987), « Les nouvelles réalités », Paris, Ed. Dalloz.

- Gangloff Florence (2007), *Le nouveau management public et la bureaucratie professionnelle*, Université Montpellier 1 – ERFI.
- F-P Gauvin, E. Martin, P-G Forest et J. Abelson, (2009), « L'expérience citoyenne dans la gouvernance du système de santé et de services sociaux au Québec », *Ontario Santé, Société Et Solidarité* N° 2, 2009.
- Gérard Gabrielle (2010), « Le management interculturel », séminaire d'échange des pratiques, HEC Liège, Belgique.
- M. Ghertman (2012), « institutions, transactions et gouvernance », papier présenté dans le 11 symposium international sur la gouvernance, quel challenges pour l'Algérie, 20 et 21 Mai 2012, Hôtel Hilton, Alger.
- Gillet-Goinard M-Jean et F. (2006), « Manager la qualité pour la première fois », édition d'Organisation.
- Glouberman S, Mintzberg H. (2002) *Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie* Gestion, 2002/3 n°273, p. 12-22.
- Hémidy L. (1996) « L'informatisation des hôpitaux et ses enjeux », *Revue Française de Gestion*, n° 109, Juin-Juillet-Août.
- Hofstede, G. (1984), « Cultural dimensions in management and planning », *Asia Pacific Journal of Management*, 1: 81–99.
- Hofstede G. et Bond M-H (2005), « The Confucius Connection: From Cultural Roots To Economic Growth »,
- Hofstede, G. (2007), « Asian management in the 21st century », Published online: 16 May. *Asia Pacific Journal of Management*, 24:411–420.
- Ingelgård A and Norrgren F « Effects of change strategy and top-management involvement on quality of working life and economic results », *site science direct* 8 janvier 2001.
- d'Iribarne Philippe (1998), *Cultures et mondialisation*, Le Seuil.
- Isis G-M (2006), « L'implication organisationnelle des professionnels de TI », *Revue française de gestion*, 2006/9-10 n° 168-169.
- M. C. Jensen and W H Meckling (1976) « Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure », *Journal of Financial Economics*, October, V. 3, No. 4, pp. 305-360.
- Lamarzelle Denys (2008), *Le management public en Europe*, Europa, Janvier.
- Hocine Lamri (1998): « Réalité, enjeux et perspectives de financement de la santé en Algérie », *Gestionnaire*, Alger.
- Leclercq G (2010), « le management humain face à la culture qualité », 12ème université de printemps, « Audit social et culture(s) », Beyrouth & Kaslik (Liban), du 10 au 14 mai.
- A. Letourmy (2009) « La santé rendue aux usagers ? » Éditorial, *Ontario Santé, Société Et Solidarité* N° 2, 2009.

- Levy-Leboyer Claude, Louche C. et Rolland J-C. (2006), « RH : les apports de la psychologie du travail (1. Management des personnes) », édition d'Organisation.
- Levy-Leboyer C. (2003), « La motivation dans l'entreprise », édition d'Organisation.
- Martinez F (2001), « Les principes généraux de la qualité », ADSP n° 35 juin.
- Maugeri S. (2003), « Théories de la motivation au travail », édition Dunod.
- Melin L. et Nordqvist M. (2000), « Corporate Governance in Family Firms : The Role of Influential Actors and the strategic Arena », Communication à la conférence de l'ICSB, Brisbane.
- Mercure D., Harricane B., Seghir S., Steenhaut A. (1997), Culture et management en Algérie, ed. Anep, Alger.
- Mesli M. Farouk (2002), « Chapitre 4. La formation en santé : éléments d'une problématique », Journal International de Bioéthique, 2002/3 Vol. 13, p. 49-58. DOI : 10.3917/jib.133.0049.
- Mintzberg H. (1982) Structure et dynamique des organisations, Editions d'Organisations.
- Mintzberg Henri (1998), « Le management voyage au centre des organisations », Ed. Des organisations, Paris.
- Moisson J. C., Tonneau D. (1999) La démarche gestionnaire à l'hôpital.1- Recherches sur la gestion interne, Editions Seli Arslan.
- Pastre (1994) : « Le gouvernement d'entreprise, question de méthodes et enjeux théoriques », revue d'économie financière, n° 31, p. 18.
- Peretti Jean-Marie (2003), Ressources humaines, édition Vuibert, 8ème édition.
- Plane J-M (2003), « Management des organisations », édition Dunod.
- Plante, J. (1994). Évaluation de programme (français, anglais, espagnol), Québec, Presse de l'Université Laval.
- Poinard Robert (1987) : La modernisation de la gestion administrative : un bilan. In: Politiques et management public, vol. 5 n° 2, pp. 21-63.
- Porter M. (1999), « L'avantage concurrentiel », édition Dunod.
- Prajogo D.I. and Sohal A.S. « The relationship between organization strategy, total quality management (TQM), and organization performance—the mediating role of TQM », site science direct 15 Juillet 2004.
- OMS (Les Déclarations de l') (1996), « Document », Revue Prévenir, sept., n° 30, p. 7-14.
- Ramond P. (1993), « Le management opérationnel : direction et animation des équipes », édition Maxima.
- Reed R, Lemak D J and Mero NP (2001), « Total quality management and sustainable Competitive Advantage », site science direct 10 Janvier.
- Revue : « Qualité référence », numéro N°38 octobre 2007.



- Robbins Stephen P., organizational behavior, 9th edition by : San Diego State University Prentice Hall International, Inc.
- Roussel P. (1993), « Rémunération, motivation et satisfaction au travail », édition Economica.
- Scott W.R. (1981), Organisations : rational, natural and open systems, International Editions, New York.
- Shermerhorn J., Hunt J., Osborn R. (2006), « Comportements humains et organisation », édition ERPI.
- SIRC (2011) ; Seafarer's International Research Centre, Centre de recherche international sur les gens de mer, Université de Cardiff, Royaume-Uni : [www.sirc.cf.ac.uk/i](http://www.sirc.cf.ac.uk/i), consulté le 02/03/2011.
- Stashevsky S and Elizur D (2001), « The effect of quality management and participation in decision-making on individual performance », science direct 10 Janvier.
- Thévenet M. (1992), Impliquer les personnes dans l'entreprise, eds. Liaison, Paris.
- O. E. Williamson (1975), Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications. Free Press, NY.
- O. E. Williamson (1985), The Economic Institutions of Capitalism, New York, The Free Press. (traduction française, 1994: Les Institutions du Capitalisme).
- Wruck K.H. et Jensen M.C. (1994), « Science, Specific Knowledge, and Total Quality Management », Journal of Accounting and Economics, vol. 18, p. 247-287.
- Dominique Henriet et Jean-Charles Rochet (1999), Complément B du rapport « La régulation du système de santé » intitulé : Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé. Edition La documentation française.
- Michel Godet (1997) : Manuel de Prospective Stratégique. Tome 2 - Dunod.
- Michel Mougeot (1999) ; La régulation du système de santé, rapport du conseil d'Analyse Economique, Edition La documentation française.
- Mohammed Abdelmoumene, Nouredine Achour , Farid Chaoui, Nouredine Fikri Benbrahim, Jean-Paul Grangaud, Michel Legros et Habib Rejeb (13/04/2012) Défis nationaux et enjeux partagés, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, les notes d'IPEMED, consulté sur le site : [www.ipemed.coop](http://www.ipemed.coop), le 10/09/2012 à 19 :00.
- Rapport NABNI 2020 (Janvier 2013) : Cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020 ; Chapitre Santé. Consulté sur le site : <http://www.nabni.org/>, le 15/02/2013 à 17 :00.
- Union nationale des opérateurs de la pharmacie (Septembre 2005) ; L'organisation du marché national des médicaments : Difficultés et perspectives annoncées face aux échéances de l'application de l'accord d'association avec l'Union européenne et à l'entrée de l'Algérie à l'OMC. Rapport rédigé par l'Union nationale des opérateurs de la pharmacie.

# ANNEXES

**Annexe 1 : Tableau de calcul de score d'efficience**

	<b>Degré d'efficience</b>	<b>Personnel Medical</b>	<b>PARAMEDICAL</b>	<b>Personnel administratifs</b>	<b>Lits</b>
1	0,42262	0,00000	119,66340	8,67778	10,19988
2	0,45154	70,64518	225,73469	9,27088	0,00000
3	0,52205	108,79565	141,50947	6,89299	0,00000
4	0,38427	70,79174	43,18768	9,05839	0,00000
5	0,57262	30,49901	35,31939	6,33461	135,90102
6	0,32974	104,45693	172,79612	46,93270	0,00000
7	0,52795	155,95955	41,59897	14,46157	0,00000
8	0,46375	80,65353	136,35227	21,08593	0,00000
9	0,21898	71,38921	7,78164	4,00154	0,00000
10	0,77489	60,5088	51,35274	8,73164	0,00000
11	1,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000
12	1,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000
13	0,29488	53,93600	137,35985	2,75267	8,54842
14	0,76547	82,80574	19,86785	49,81044	0,00000
15	0,36711	7,40920	65,73772	21,80816	0,00000
16	1,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000
17	1,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000
18	0,74817	0,00000	28,39165	11,15267	15,36645
19	0,36858	154,84046	362,99657	19,38843	0,00000
20	0,45913	294,24724	166,93693	52,27616	0,00000

## DESCRIPTION DU PROCESSUS

L'objectif de la méthode MACTOR est d'analyser les jeux d'alliances et de conflits entre les acteurs du secteur de soin en Algérie, qui cherche à estimer les rapports de force entre acteurs impliqués dans ce secteur et à étudier leurs convergences et divergences vis-à-vis d'un certain nombre d'enjeux et d'objectifs associés.

Le système se présente sous la forme d'un ensemble d'acteurs en relation. La structure du système, c'est-à-dire le tissu relationnel entre ces acteurs, est importante pour comprendre son évolution puisqu'elle conserve une certaine permanence.

Les différentes phases de la méthode sont les suivantes:

**Phase 1: Établir la liste des acteurs et Construction du tableau "stratégie des acteurs"** : Il s'agit de se poser la question suivante : « quels sont les acteurs qui de près ou de loin, commandent l'évolution du système de soin en Algérie? » (Le nombre d'acteurs à retenir est en général compris entre **10 et 20 acteurs**).

Ensuite, il s'agit d'établir une «carte d'identité» stratégique de chaque acteur : ses finalités, ses objectifs et ses moyens d'actions sur les autres acteurs.

**Phase 2 : Identification des enjeux stratégiques et des objectifs associés** :La lecture du tableau des stratégies des acteurs permet d'identifier les enjeux stratégiques, c'est à dire «les champs de bataille» sur lesquels les acteurs vont s'affronter.

En effet, La rencontre des acteurs en fonction de leurs finalités, de leurs projets et de leurs moyens d'actions, permet de révéler un certain nombre d'enjeux stratégiques sur lesquels les acteurs ont des objectifs convergents ou divergents.

**Phase 3 : positionner les acteurs sur les objectifs et repérer les convergences et divergences (positions simples)** : Il s'agit dans cette étape de décrire dans une matrice "acteurs x objectifs" l'attitude actuelle de chaque acteur par rapport à chaque objectif en indiquant son accord (+1), son désaccord (-1) ou bien sa neutralité (0).

**Phase 4: hiérarchiser pour chaque acteur ses priorités d'objectifs (positions évaluées) :** Les positions construites précédemment restent assez élémentaires puisqu'ils ne prennent en compte que le nombre de convergences et de divergences d'objectifs entre acteurs. Pour rapprocher le modèle de la réalité, il convient de tenir compte également de la hiérarchie des objectifs pour chaque acteur. On évalue ainsi l'intensité du positionnement de chaque acteur à l'aide d'une échelle spécifique.

**Phase 5: Analyser la structure des influences directes et indirectes entre acteurs et calculer les rapports de force :** En pratique, on construit la Matrice des Influences Directes (MID) à partir du tableau de stratégie des acteurs. Cette matrice représente les rapports de force directs entre acteurs. Les rapports de force réels doivent tenir compte des moyens d'action indirects (un acteur peut limiter l'éventail des choix d'un second en agissant sur un troisième).

## CHARTRE DE PARTICIPATION

**La participation est anonyme:** l'anonymat du participant est préservé dans notre étude, c'est à dire que les réponses ne sont pas identifiées sauf sur autorisation du participant.

**Les Résultats seront communiqués aux participants:** nous nous engageons à communiquer les résultats et les analyses de notre étude, ainsi que les résultats détaillés de chaque phase du processus.

**La participation est rémunérée:** Nous informons par ailleurs que notre étude est purement académique et qu'une rémunération peut être attendue en retour de la participation. Cependant, nous comptons sur l'esprit scientifique des personnes contactées pour nous aider à réaliser ce travail par leur participation. Les critiques et les orientations sont les bienvenues.

### Liste des acteurs :

Après plusieurs séances de travail et de réflexion sur l'évolution passée et la situation actuelle sur le système de soins en Algérie, et même sur les perspectives futures, nous sommes arrivés à recenser une liste d'acteurs que nous pensons déterminants de l'évolution du système de soin en Algérie.



METSS													
ESP													
MC													
MF													
MESRS													
PMPPM													
CAM													
IMPPM													
ST													
CP													
DMPPM													
DGFP													

Les influences sont notées de 0 à 4 suivant l'importance de la remise en cause possible pour l'acteur :

0 : Pas d'influence

1 : Processus opératoires

2 : Projets

3 : Missions

4 : Existence

### Matrice des positions valuées acteur/objectif (2MAO)

Le remplissage de la matrice des positions valuées acteur/objectif est aussi simple. Il s'agit de décrire pour chacun des acteurs sa position vis-à-vis chacun des objectifs avec une échelle présentée en bas du tableau.

	DMPPM	Fonc Soins	Remb Subv	Form eR&D	Regl fisc	Ser Pub	Ind Ext	Norme &acc	Import	Droit trav	soin Alt	Recr Salari
Min Santé												
METSS												
ESP												
MC												
MF												
MESRS												
PMPPM												
CAM												
IMPPM												
ST												
CP												
DMPPM												
DGFP												

Le signe indique si l'acteur est favorable ou opposé à l'objectif :

0 : l'objectif est peu conséquent

1 : L'objectif met en cause les processus opératoires (gestion, etc.) de l'acteur / est indispensable à ses processus opératoires

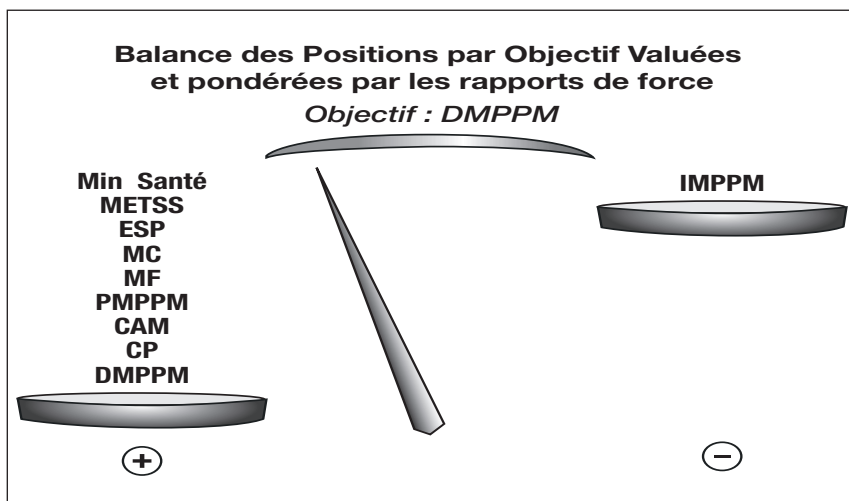
2 : L'objectif met en cause la réussite des projets de l'acteur / est indispensable à ses projets

3 : L'objectif met en cause l'accomplissement des missions de l'acteur / est indispensable à ses missions

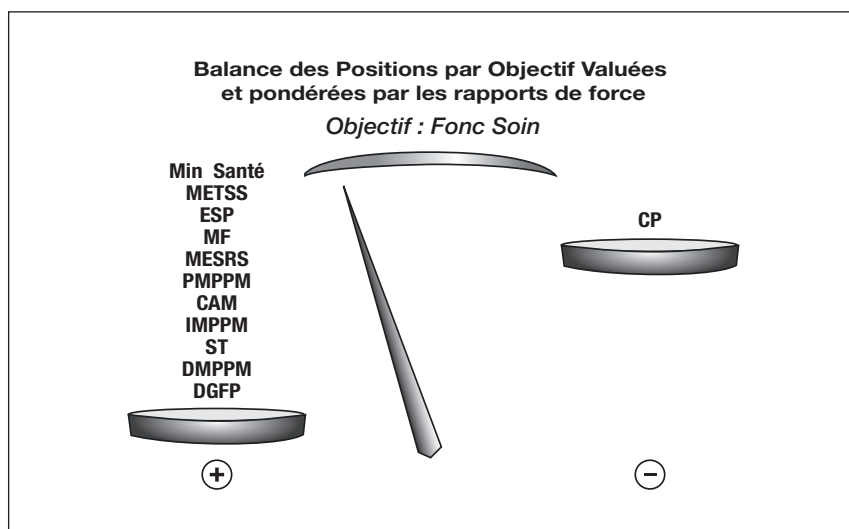
4 : L'objectif met en cause l'acteur dans son existence / est indispensable à son existence.

*Annexe 2 : balances des positions par objectif valuées  
et pondérées par les rapports de force*

**1- Disponibilité du médicament et des produits paramédicaux**

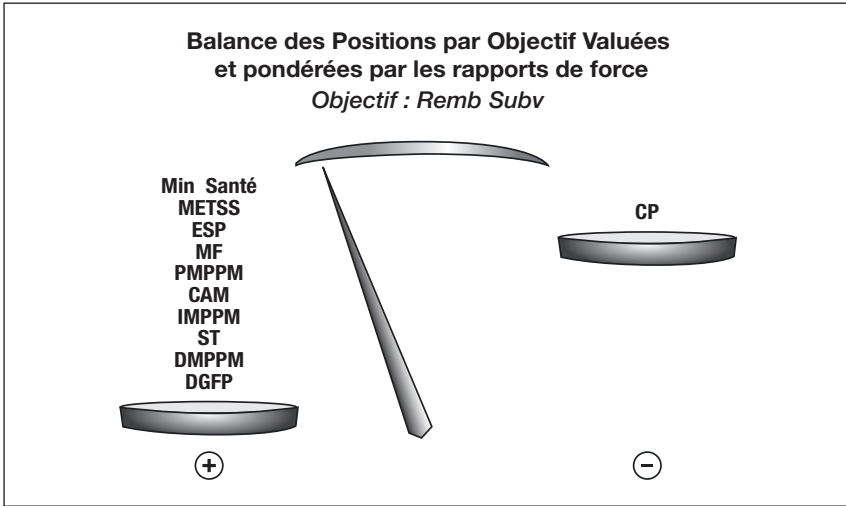


**2- Bon fonctionnement du système des soins en Algérie**

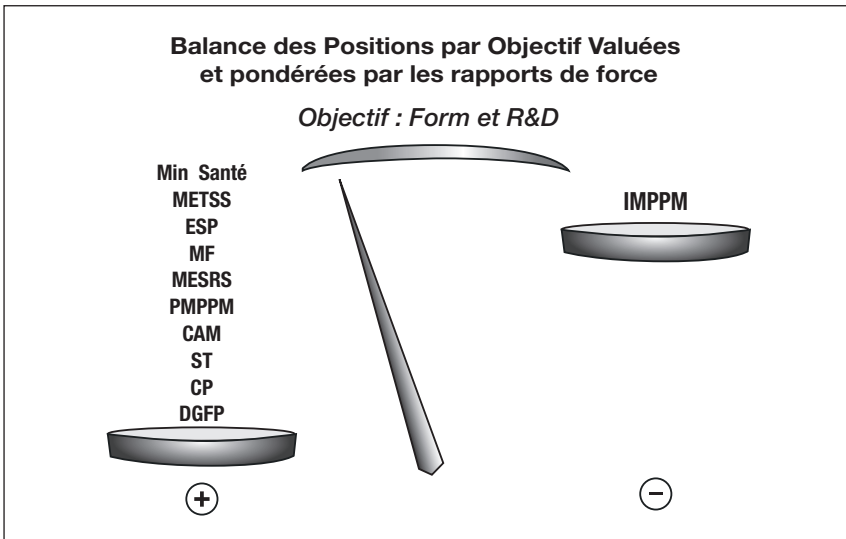




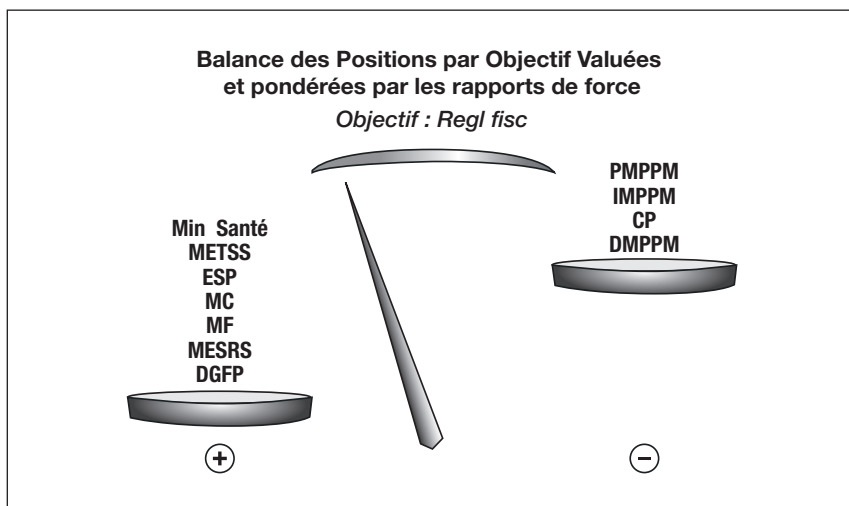
### 3- Remboursement et subvention des soins



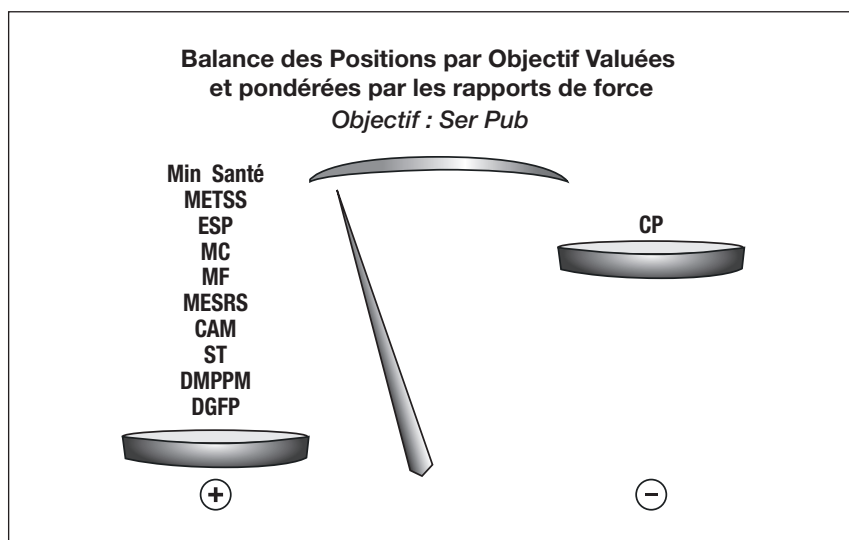
### 4- Formation du personnel et Recherche et développement



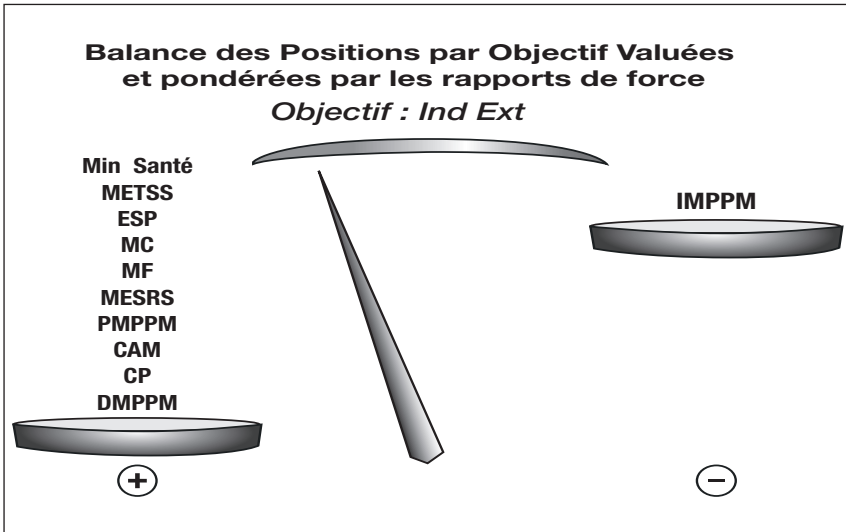
### 5- Cadre réglementaire et fiscal



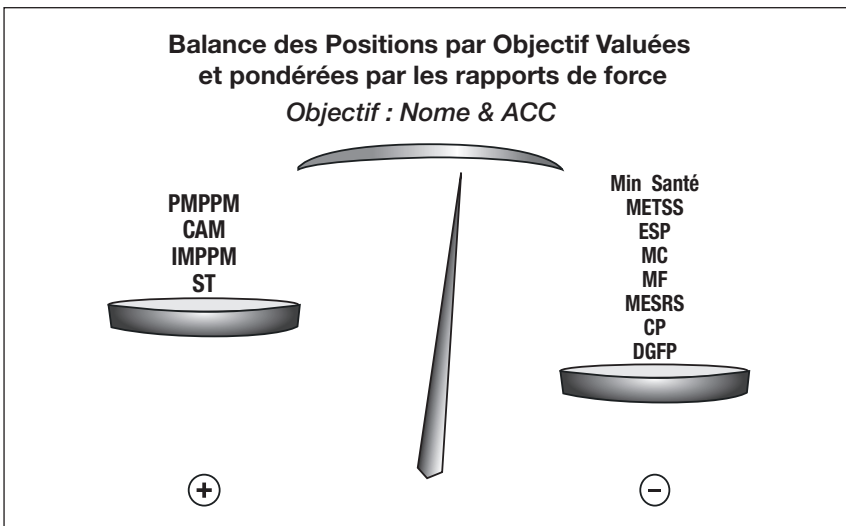
### 6- Assurer le service public (les soins)



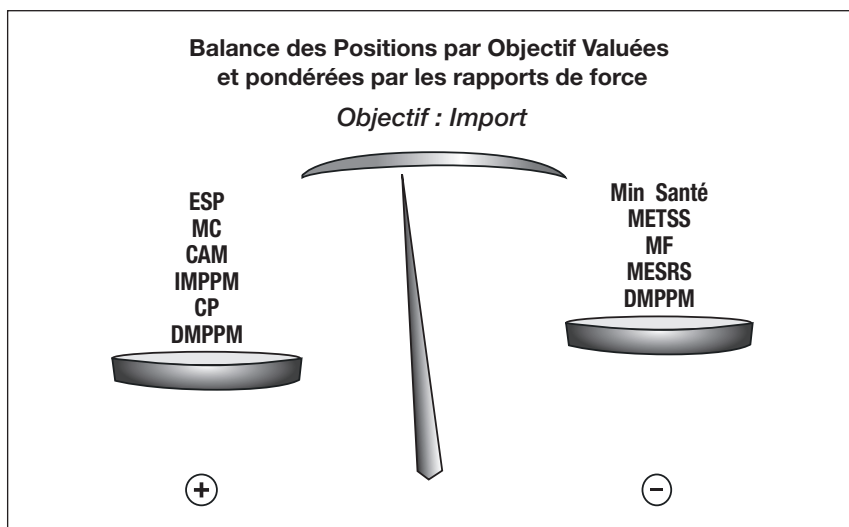
**7- Indépendance vis à vis de l'extérieur en matière du médicament et des produits paramédicaux**



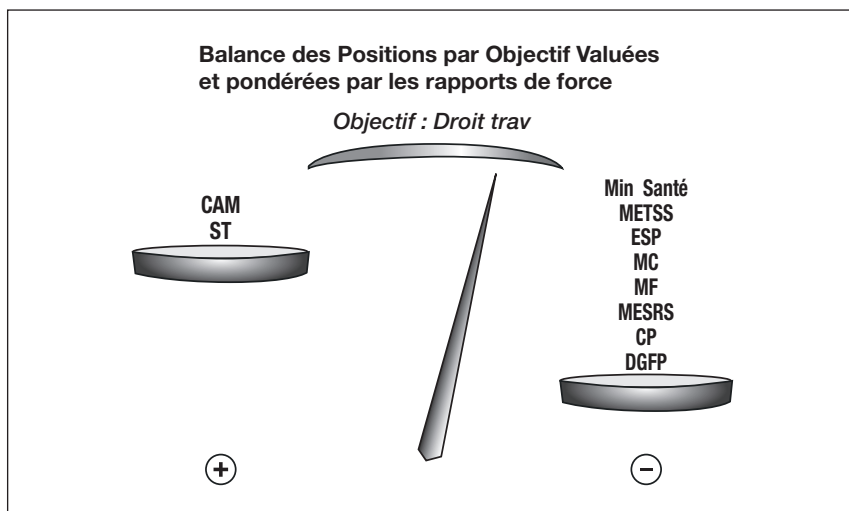
**8- Réclamer des normes dans les soins ainsi que le droit d'accès des malades notamment en matière d'hygiène, confort et de prise en charge des malades**



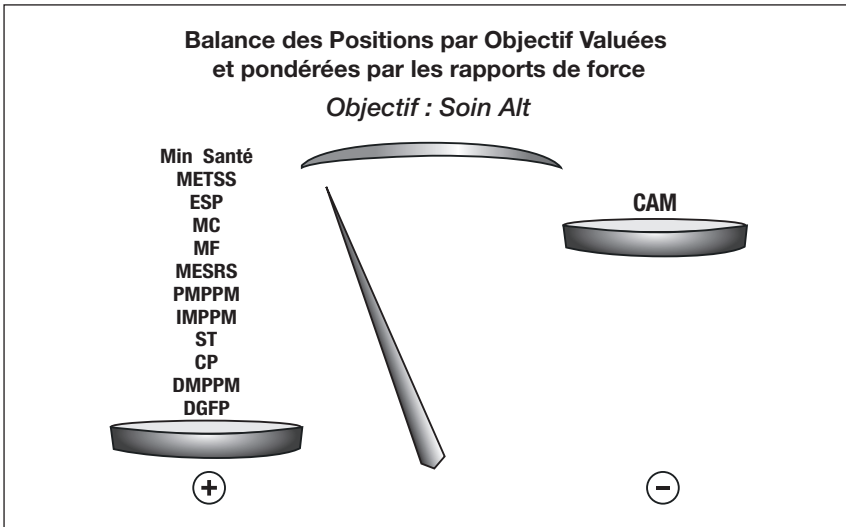
### 9- Combler le déficit de la production nationale des médicaments et des produits paramédicaux par les importations



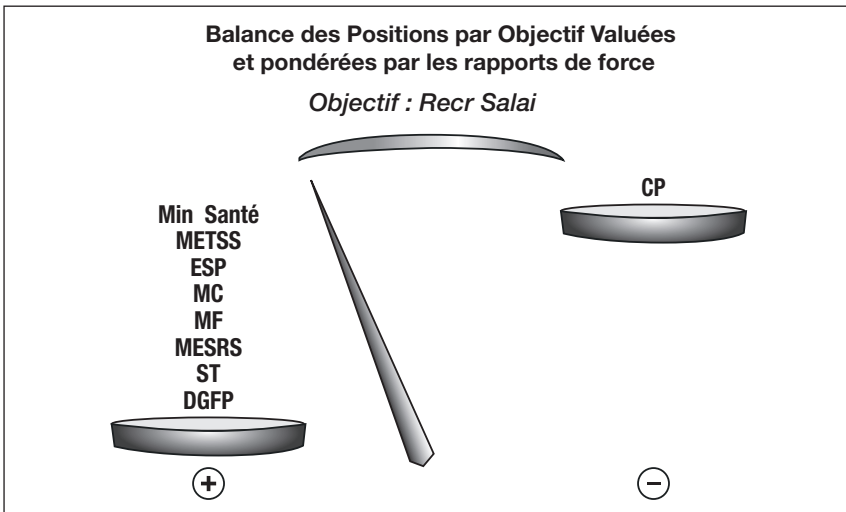
### 10- Défendre les droits des travailleurs



### 11- Proposition des soins alternatives payants



### 12- Recrutement et fixation des grilles des salaires



*Annexe 3 : La matrice de l'ambivalence des acteurs.*

	Min Santé	MIETSS	ESP	MC	MIF	MESRS	PMPPM	CAM	IMPPM	ST	CP	DMPPM	DGFP
EQ[1]	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,6	0,7	0,7	0,4	0,9	0,4	0,3
EQ[2]	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,5	0,8	0,4	0,3
EQ[3]	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,5	0,6	0,7	0,5	0,8	0,4	0,2

*L'indicateur varie de 1 (acteurs très ambivalents) à 0 (acteurs non ambivalents).*



مركز البحث في الإقتصاد  
المصنق من أجل التنمية

**CREAD**

**CREAD**

**Centre de Recherche en Économie Appliquée pour le Développement**

Rue Djamel Eddine El-Afghani – El Hammadia Bouzaréah - Alger  
BP.197 Rostomia, Bouzaréah – Alger

Standard entrant : 023.18.00.88 / 86  
Fax / Secrétariat général : 023 18 00 87  
E-mail: cread@cread.dz