



LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE : CAS DU SECTEUR PUBLIC ALGERIEN

Lechab Selma* Ecole supérieure de commerce Koléa, Algérie.

Pr. Kechad Rabah, Koléa, Algérie. Ecole Supérieure de Commerce.

Laboratoire des réformes économiques, développement et stratégies d'intégration en économie mondiale.

Date de Réception : 18/ 10/2018; Date de révision : 18/09 /2019 ; Date d'acceptation : 06/10 /2019.

RESUME

Notre étude est de type inductive-déductive qui tentera de comprendre et d'analyser l'organisation de l'hôpital algérien par rapport aux rôles formels qui lui sont assignés par les pouvoirs publics dans la mise en œuvre de la réforme hospitalière.

L'étude portera principalement sur l'analyse organisationnelle et managériale de cette entité en plus d'un sondage interne auprès des principaux acteurs (directeurs, sous-directeur, chef de service). L'identification des principales attitudes des acteurs de l'hôpital par rapport aux principales interrogations que pose la problématique de l'étude est l'un des objectifs de cette étude.

Enfin, l'hôpital est au cœur de notre système de soins, d'où vient l'intérêt du choix de thème afin d'analyser le rôle de son organisation et de son management dans la réussite de la réforme hospitalière Algérienne.

Mots clés : système de santé, management hospitalier, réforme hospitalière.

Classification JEL : I, I1, 19

ABSTRACT

Our study is an inductive-deductive type that will attempt to understand and analyze the organization of the Algerian hospital in relation to the formal roles assigned to it by the public authorities in the implementation of the hospital reform.

The study will focus on the organizational and managerial analysis of this entity, as well as an internal survey of the main actors (directors, assistant directors). One of the objectives of this study is to identify the main attitudes of the hospital's actors in relation to the main questions raised by the study's problems.

Finally, the hospital is at the heart of our care system, hence the interest of the choice of theme to analyze the role of its organization and management in the success of the Algerian hospital reform.

Keys words: health system, hospital management, hospital reform.

JEL Classification : I, I1,19

* Auteur correspondant : Lechab selma

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

INTRODUCTION

" *L'hôpital en crise*", "*l'hôpital malade de ses structures* » : autant de formules très médiatiques qui interpellent la société sur ce qu'est devenu réellement, aujourd'hui, notre système sanitaire, sur ce qu'elle est en droit d'en attendre alors que, dans tous les esprits, la santé se trouve sacralisée.

En Algérie, l'hôpital constitue un élément clé du système de santé, mais qui est considéré comme l'une des organisations les plus complexes. La multiplicité des acteurs qui y interviennent, les nombreux défis auxquels est soumis et la diversité des missions et objectifs qu'ils doivent atteindre font de la gouvernance de l'hôpital une problématique assez complexe.

L'hôpital actuel Algérien rencontre beaucoup de difficulté à satisfaire la population et le personnel hospitalier. Ce jugement est fondé sur des constats dont la presse se fait l'écho presque tous les jours.

La gestion de l'hôpital manque de souplesse et ne favorise pas la responsabilisation des usagers et du personnel parce que jusqu'ici les hôpitaux sont considérés comme de simples services d'une administration centrale chargé d'appliquer des directives et d'utiliser les crédits qui leur sont affectés.

Devant cet état de fait, l'Etat algérienne a pris l'initiative d'entreprendre une dynamique de réforme profonde du système de santé qui semble aller dans le but de faire face aux dysfonctionnements qui entravent son bon fonctionnement, dans le sens de la promotion active et constante de la santé collective et de l'amélioration de la gestion des infrastructures sanitaires et du personnels chargés pour une meilleure prise en charge du patient.

Les établissements de santé, sont soumis donc à de profondes mutations. Ainsi, les nouveaux modes de régulation de ce secteur se fondent en particulier sur les réformes du financement et de la nouvelle gouvernance, une normalisation croissante et une tension accrue sur l'accès aux ressources, qu'elles soient humaines ou matérielles. Ces évolutions nécessitent de développer au sein des établissements de véritables compétences managériales, indispensables pour mettre en œuvre un pilotage stratégique assurant la pérennité et la performance des structures de santé.

Le domaine de la santé est un carrefour autour duquel s'entrecroisent différents domaines du savoir et professions. Certainement le corps médical et paramédical reste les deux corps pivot de la santé mais autour de ces deux activités stratégiques l'organisation et le management de la santé est considéré comme le facteur clé dans la réussite de ces activités de base, d'où vient l'intérêt du choix de thème. En effet, cette étude est venue pour tenter de répondre à l'interrogation centrale suivante : **Le modèle organisationnel et managérial actuel de l'hôpital est-il en mesure de faire aboutir la réforme hospitalière en Algérie ?**

La présente étude a plusieurs objectifs qui peuvent être énumérés comme suit :

- 1- Identifier les opinions et les attitudes des acteurs de la réforme hospitalière sur le rôle que pourrait jouer le management hospitalier dans la mise en œuvre de la réforme hospitalière
- 2- Faire le lien entre le mode d'organisation et de management de l'hôpital et la réforme hospitalière.

Afin de répondre à notre problématique centrale, nous avons posé les hypothèses suivantes :

- Le manque de clarté de la réforme hospitalière influe sur la perception et l'image des acteurs de l'hôpital Algériens par rapport à ces réformes.
- Les caractéristiques organisationnelles et managériales actuelles de types administratif et bureaucratique de l'hôpital ne leur confèrent pas un rôle stratégique et influe négativement sur la réussite de la réforme hospitalière.

Cadre méthodologique de la recherche

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

Notre étude va être solidement basée sur le management hospitalier et la réforme hospitalière en Algérie. Pour ce faire, nous proposons d'abord une revue de littérature (I). Nous présentons alors (II) l'étude empirique réalisée à partir d'une enquête auprès des responsables au niveau des établissements publics de santé des Wilayas du centre (directeurs, sous-directeurs et chefs de services) afin de déterminer d'une part, la perception et les attitudes qui ont par rapport à la réforme hospitalière et d'autre part définir le modèle organisationnel et managériel de nos hôpitaux. La troisième partie sera axée sur les aspects académiques et managériaux de notre recherche ainsi que sur des recommandations nécessaires pour faciliter la mise en place de la réforme hospitalière.

I-REVUE DE LA LITTERATURE

1- LE MANAGEMENT HOSPITALIER ; ENJEUX ACTUELS

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

« La maîtrise de la production de soins devient un problème managérial, réorganiser l'hôpital pour améliorer sa performance, un défi pour le management¹ ». L'environnement complexe et préoccupant exige du management qu'il mette en place de bonnes pratiques.

Cependant, la question du management dans la santé peut être traitée à partir des différentes rubriques enseignées : stratégie, finance, contrôle de gestion, gestion des ressources humaines...etc. Mais cette approche rendrait insuffisamment compte d'un paradoxe ; on n'a peut-être jamais autant associé le mot management à toutes les évolutions et les réformes du secteur, comme en témoigne le recours régulier aux termes de rationalisation, évaluation et performance². Pourtant la masse critique des travaux de recherche sur le sujet reste relativement faible. De ce fait, les connaissances sur lesquelles s'assoient les règles de management préconisées ne sont pas toujours évidentes à cerner et la spécificité du champ de la santé ressort.

Selon Henry Mintzberg, « le management est l'activité propre du dirigeant, lequel a une autorité formelle sur son unité organisationnelle et assume deux objectifs fondamentaux : a) il se porte garant de l'efficacité de l'organisation dans la production des produits et services, et b) il surveille l'activité de l'institution afin de s'assurer que celle-ci satisfait les intérêts des personnes qui la contrôlent »³. Malgré les différences existantes entre les secteurs d'activité, les théories de Mintzberg sur le management se sont imposées dans presque toutes les organisations, y compris les institutions hospitalières.

Cependant, la réflexion sur le management hospitalier doit tenir particulièrement compte de deux points essentiels :

- Toute approche de l'établissement hospitalier en termes managériaux doit d'abord tenir compte du fait que celui-ci n'est pas une organisation comme une autre et qu'il est marqué par une certaine spécificité, notamment au niveau de ses missions et de ses rapports avec l'environnement ;
- Cet établissement est une structure complexe à l'intérieur de laquelle interviennent des groupes très divers⁴. Les institutions publiques de santé sont spécifiées par l'existence de trois pouvoirs, ce que

¹ CHEROUTE-BONNEAU. (1998), **La production de soins, un enjeu managérial**, Gestion hospitalière, Février, p.95

² Étienne Minvielle. (2009), **Management en santé : recherches actuelles et enjeux de demain**, in Pierre-Louis Bras et al., *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Hors collection », p 35.

³ Medina.P ,Lahmadi.G. (2012), **La dimension communicationnelle du management hospitalier** , communication& organisation, N° 41, p 158.

⁴ STEUDLER F. (2004), **Le management hospitalier de demain : approche sociologique**, revue hospitalière de France, n° 497-Mars-Avril, p.43.

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

J.M. CLEMENT appelle « *la triarchie hospitalière* » : un pouvoir politique, représenté par la tutelle, le pouvoir administratif du directeur et le pouvoir médical qui prend appui sur l'autonomie « technique » des médecins ; « *lorsqu'on examine les trois pouvoirs composant la triarchie hospitalière, on est frappé par leurs différences d'objectifs...* »⁵.

Néanmoins, les différents profils professionnels des employés hospitaliers (cardiologues, oncologues, etc.), les connotations vitales et sociales du service médical offert au patient, la surcharge de travail et le stress, le rôle de plus en plus actif du patient, la pression sociale subie par ces institutions ainsi que le développement des nouvelles technologies sanitaires sont quelques-uns des facteurs qui rendent compliquée l'application des théories traditionnelles du management dans le milieu hospitalier.

Aujourd'hui on assiste à une transformation radicale du visage du monde hospitalier, La mise en place de la nouvelle gestion publique a conduit les décideurs à donner une nouvelle orientation à l'institution hospitalière, la soumettant à ce que De Gaulejac nomme une véritable « révolution managériale »⁶, répondant non plus à une logique de moyens favorisant le développement, mais bien davantage à une logique de résultats, visant l'utilisation optimale des ressources pour contrôler les coûts.

Toutefois, on assiste à une introduction de méthodes et outils issus du monde industriel à l'hôpital, cette nécessité d'importer des procédures nouvelles dans le management hospitalier, pour permettre un retour à l'équilibre financier et à l'efficacité, ne fait pas perdre de vue que cet objectif ne peut suffire. La qualité des soins, l'anticipation des changements en lien avec les besoins de la population et le personnel hospitalier sont des finalités qui doivent influencer les choix et le sens des actions managériales.

Si l'hôpital est une « Institution » bien particulière, il devrait tendre vers une « *gouvernance adaptée* ». Mais, nous retrouvons peu d'éléments pour caractériser le modèle managérial qu'il pourrait développer. A travers les différentes recherches dans le domaine, nous ne retrouvons pas de véritables réflexions ou orientations vers un modèle managérial adapté à l'hôpital. Il expérimente des méthodes et outils importés du monde industriel, dont la pertinence et l'adaptabilité à la spécificité de l'hôpital ne sont pas suffisamment prises en considération. Cette situation génère des résistances ou rejet de la part des professionnels du terrain. La nécessité d'un « management adapté » pour l'hôpital est exprimée, sans qu'il semble possible, encore, de faire émerger les critères de ce management adapté.

2-LA REFORME HOSPITALIERE EN ALGERIE :

L'Algérie, durement éprouvée par l'histoire, s'est engagée dans une stratégie de développement sanitaire originale, basée sur le principe de la « Médecine Gratuite » instituée par l'ordonnance du 1^{er} janvier 1974. Les aspects positifs indéniables liés à cette mesure ont néanmoins engendrés certains effets négatifs se traduisant par un relâchement des activités préventives au profit des actes curatifs, et par l'abondance des supports de gestion et d'évaluation dans les établissements de soins⁷.

L'Algérie a donc procédé à des réformes du système de santé pour lui donner les possibilités d'offrir des prestations de santé de qualité car l'évaluation qui en a été faite a fait ressortir plusieurs types de défaillances.

La nouvelle appellation attribuée au ministère de la Santé le 17 juin 2002 – ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière – indique la volonté du pouvoir politique d'impliquer

⁵ Jean-Marie CLEMENT. (1998), **Réflexions pour l'hôpital**, Les études hospitalières, Bordeaux, p.65

⁶ Véronique Haberey-Knuessi *et al.* (2013), **L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier**, Recherche en soins infirmiers (N° 115), p.9.

⁷ Benkaci youcef. (2011) : **rapport d'étape sur le processus de contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociales**-MSPRH cabinet, P1.

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

largement le secteur de la santé dans la dynamique des réformes qui doivent en premier lieu bénéficier à la qualité de vie de tous les citoyens, qu'il s'agisse des usagers du système de santé ou de ses prestataires.

➤ Un conseil national de la réforme a été installé officiellement par le Ministre de la santé le 15 août 2002. Grâce à l'appel à contribution lancé le même mois, les membres du conseil ont pu s'appuyer sur les propositions collectives ou individuelles des professionnels de la santé, des institutions sous tutelle, des syndicats et des associations.

Le Conseil National de la Réforme Hospitalière a élaboré, après une analyse du système sanitaire et de ses problèmes, un rapport qui énonce les contraintes et les dysfonctionnements dans le secteur public hospitalier, et indique au Ministre et au Gouvernement les mesures plus urgentes à prendre comme préalable à la mise en œuvre de la réforme hospitalière.

Le Conseil a organisé son travail autour de six dossiers « Besoins de santé et demande de soins », « structures hospitalières », « ressources humaines », « ressources matérielles », « financement » et « intersectorialité ».

Malgré l'importance de ce rapport et du projet de loi sanitaire qui était en voie de finalisation, ces derniers sont restés dans les placards du Ministère de la Santé suite à un changement Ministériel.

De nouvelles dispositions sont entreprises dans le cadre des réformes du système de la santé qui consistent en un réaménagement de la carte sanitaire.

Rappelons que la composante principale de l'offre publique de soins était organisée jusqu'à 2007, en 185 secteurs sanitaires, 31 établissements hospitaliers spécialisés et 13 centres hospitaliers Universitaires. L'organisation et le fonctionnement des secteurs sanitaires étaient régis par le décret exécutif du 02 décembre 1997. L'application des réformes a introduit une nouvelle organisation de la carte sanitaire en ce qui concerne le réseau public des soins : le décret N° 07-140 du 19 mai 2007 abroge le décret cité ci avant, et porte création, organisation et fonctionnement de nouvelles entités sanitaires ainsi dénommées : les Etablissements Publics Hospitaliers et Etablissement de Soins de Proximité. Il s'agit de la transformation des secteurs sanitaires en 189 EPH et 273 EPSP⁸.

La nouvelle carte sanitaire comprend 189 EPH, 273 EPSP, 1495 polycliniques et 5 117 salles de soins.

➤ Le système CHIFA constitue l'une des principales réformes entreprises dans le cadre de la modernisation du secteur de la sécurité sociale. L'Algérie est le premier pays d'Afrique et du monde arabe à avoir introduit la carte de santé ou ce qu'on appelle la carte à puce CHIFA pour ses assurés sociaux. Cette dernière permet à son titulaire de faire connaître sa qualité d'assuré social auprès des professionnels de santé et de faire valoir ses droits aux remboursements des frais de soins de santé engagés pour lui-même ou ses ayants droit. Elle constitue un instrument de lutte contre la fraude et les abus. La promulgation de la loi n° 08-01 du 23 janvier 2008 modifiant et complétant la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales a permis de doter le système CHIFA de l'ancrage juridique nécessaire.

Le système CHIFA est utilisé dans les 48 wilayas du pays ; avec plus de 11.350.000 cartes établies pour les assurés sociaux, ce qui correspond à plus de 37 millions de bénéficiaires actuels de ce système⁹.

Afin d'accélérer et de faciliter les réformes hospitalières, les autorités algériennes ont reconnu l'intérêt d'établir des relations d'échange d'expérience et de savoir-faire entre les institutions et organismes techniques nationaux et des structures européennes similaires. A cette fin, l'Union Européenne et les Autorités Algériennes ont décidé de la mise en place d'un Programme d'Appui au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, doté d'un budget de 15 millions d'euros. En 2009, dans le cadre de l'instrument européen de voisinage et de partenariat (IEVP), une

⁸ Brahmia.B.(2010), **économie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé**, BAHAEDDINE EDITION, 1^{ER} édition, P 401.

⁹ PRESENTATION DU SYSTEME NATIONAL DE SECURITE SOCIALE, Rencontre Forum des Chefs d'Entreprises Alger le 13 janvier 2016.

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

convention a été signée entre l'Union Européenne (UE) et le Gouvernement Algérien pour la mise en œuvre du Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS)¹⁰.

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

L'objectif de cette action est d'impulser une dynamique nouvelle de management hospitalier autour d'un projet d'établissement hospitalier, afin que cet outil de gestion des hôpitaux puisse servir en tant que mécanisme de planification, de concertation et de gestion moderne et qu'il puisse aussi jouer pleinement son rôle dans la gouvernance des établissements de santé.

Afin d'appuyer le MSPRH dans la réalisation de ce projet, qui est l'introduction du projet d'établissement hospitalier au sein des établissements de santé, les experts du PASS ont mis en œuvre un manuel d'élaboration du projet d'établissement hospitalier¹¹ à l'usage des directeurs d'établissements de santé, qui déterminait la composition du projet en termes de volets, le processus d'élaboration, les étapes de mise en œuvre avec études de cas et conclusion.

➤ Malgré ces nombreuses réformes, le mécontentement persiste au niveau des citoyens, des professionnels de santé et des pouvoirs publics, pour cela une opération de recensement exhaustive « audit » a touché tous les établissements et structures sanitaires de proximité à travers le pays en vue de relever les dysfonctionnements contre lesquels le secteur bute en dépit des moyens importants mobilisés par les autorités publiques et l'impact réel de ces réformes et ajustements sur l'organisation du système de santé, les ressources et les moyens mais aussi sur la gestion, le fonctionnement et le niveau d'activité de nos établissements de santé.

Après avoir établi un diagnostic de l'état réel du secteur de la santé dans ses volets gestion, organisation, ressources humaines, etc. et pointé les dysfonctionnements qui en interdisent un fonctionnement normal, le MSPRH a préconisé une série de mesures pour hisser le système de santé à un niveau qui réponde aux standards internationaux.

Le Ministre appelle, donc, tous les acteurs relevant de son département (DSP, gestionnaire) à prendre leurs dispositions pour lancer les 24 actions de sa feuille de route qui devront assurer aux Algériens une meilleure qualité de soins, de tenir des réunions régulières et hebdomadaires au niveau des DSP pour évaluer la mise en œuvre de la feuille de route et d'intensifier les missions d'inspection pour évaluer l'application de cette dernière.

Dans le cadre de la continuité du suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des vingt-quatre points de la feuille de route, une lettre de mission (N° 121 du 20 avril 2014) émise par le MSPRH a chargé les directeurs de santé de l'application de trois plans d'actions à savoir : *plan d'action d'assainissement des carrières, plan d'action d'assainissement financier, plan d'action de facilitation pour l'accès aux soins*.

➤ Après la mise en place dès janvier 2014 du plan de redressement, ce dernier a été complété par l'élaboration d'un nouveau projet de loi sanitaire, sans laquelle il n'est pas de solution pérenne et d'évolution possible vers la qualité.

¹⁰ <http://www.pass-ue.dz>, consulté le 14/08/2017

¹¹ Manuel d'élaboration du projet d'établissement hospitalier. (2011), réalisé dans le cadre des activités du PASS, Union Européenne-Algérie, JUIN.

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

Ce projet de loi devra remplacer l'actuelle loi N° 85-05 du 16 janvier 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, et qui n'est plus adaptée aux mutations socio-économiques et culturelles de la société Algérienne.

Le projet de loi en question est l'aboutissement d'une réflexion profonde, qui prend en charge les résultats et les recommandations de la conférence nationale sur le système national de santé, des assises nationales et des différentes rencontres sur la santé durant notamment les deux dernières décennies, ce projet de loi maintient la gratuité des soins et renferme 470 articles touchant à plusieurs volets.

Selon le présent projet de loi, dont nous détenons une copie, la finalité de la future loi sur la santé est de renforcer le service public de santé en le rendant plus accessible et plus performant et de mieux exploiter les capacités du secteur privé et de l'offre de soins qu'il représente, pour que les citoyens puissent être pris en charge dans les meilleures conditions.

Ce nouveau projet de loi sanitaire a eu l'approbation du Président de la République, Abdelaziz Bouteflika et il devait être présenté le 07/12/2016 devant la commission de la santé de l'Assemblée Populaire Nationale puis reporté au 17/01/2017 et reporté encore une fois, et non annulé, sans explications probantes. Enfin l'Assemblée Populaire Nationale (APN) a adopté à l'unanimité la nouvelle loi sanitaire, le 30 avril 2018.

La question qui se pose c'est pourquoi les réformes n'ont pas été globalement appliquées et pourquoi le mécontentement persiste-t-il au niveau des citoyens, des professionnels de santé et des pouvoirs publics ? c'est la question à laquelle on va tenter de répondre à travers l'étude empirique.

II - CAS PRATIQUE

1- IDENTIFICATION DES VARIABLES DE L'ETUDE :

En se référant à nos questions et hypothèses de recherche nous constatons que notre étude s'appuie sur une variable dépendante qui est « la réussite de la réforme hospitalière » expliquée par la variable indépendante représentée par « le modèle organisationnel et managériel de l'hôpital ». Ainsi les données requises pour réaliser notre étude seront issues, d'une part des informations qui décrivent la perception et le support des acteurs à la réforme hospitalière et d'autre part, de celle qui décrivent l'organisation et le management hospitalier.

1-1 ANALYSE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE « VARIABLE RELATIVE A LA REFORME HOSPITALIERE » :

Pour identification de la perception des acteurs et des pratiques que demande la mise en œuvre de la réforme ; il faut recueillir des informations concernant :

- 1- Le processus d'implantation, l'existence d'un plan d'action, l'information, la sensibilisation et la formation des acteurs.
- 2- Le support des acteurs au changement, nous amènera à recueillir des données sur leurs opinions par rapport aux changements s'ils sont nécessaires ou pas.
- 3- La motivation des gestionnaires chargés d'implanter la réforme ; il s'agira donc, pour apprécier la motivation de ces gestionnaires d'examiner, les actions qu'ils ont entreprises pour renforcer l'implantation de la réforme, les décisions correctrices prises à l'endroit des obstacles rencontrés et les projets d'action majeures qu'ils ont envisagés pour persévérer dans la mise en œuvre de la réforme.
- 4- Les réalisations effectuées par l'hôpital en matière de réforme « réussite d'application de la réforme », il s'agit de mesurer à quel degré la réforme a été appliquée. Cette variable a été mesurer à l'aide d'une échelle Likert allant de (1) pas du tout effective au (5) très effective.

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

1-2 VARIABLES RELATIVES AU MANAGEMENT HOSPITALIER

Les échelles utilisées pour mesurer la qualité du management de nos hôpitaux ont été inspirés du :

- Guide pour l'auto-diagnostic des pratiques de management en établissement de santé ¹².
- Manuel de certification des établissements de santé¹³.

Pour apprécier la qualité du management, il convient préalablement de valider les champs de responsabilité et d'actions du management d'un établissement ou d'une structure d'activité. Un consensus semble se former sur une caractérisation du management à partir de cinq fonctions : prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer.

Ainsi tout diagnostic de la qualité du management doit porter sur l'ensemble de ces différentes fonctions à partir d'un ensemble de référence et d'éléments d'appréciations spécifiques, que nous avons résumer dans le tableau ci-dessous :

Tableau N°01 : les composantes de l'échelle d'appréciation du management hospitalier

Références d'évaluation du management	Eléments d'appréciations
La planification	-un diagnostic interne et externe est réalisé préalablement à toute réflexion sur les objectifs et les choix stratégiques. -les responsables concernés sont impliqués dans la fixation des objectifs et des choix stratégiques. -les objectifs et les choix stratégiques se déclinent à long, moyen et court terme. -les objectifs, les choix stratégiques et les moyens nécessaires à leur mise en œuvre sont connus de l'ensemble du personnel. - la constitution actuelle du conseil d'administration est la meilleure, permettant ainsi la réalisation des objectifs. -la planification à l'hôpital touche tous les niveaux avec des programmes complets de tous les services fournis par l'hôpital. -les plans actuels permettent la réalisation des objectifs fixés avec précision. -les plans et les programmes des hôpitaux se font sur la base des résultats des recherches sur terrain montrant les besoins réels de la communauté.
Degré d'autonomie	-autonomie pour embaucher et licencier. -l'application de sanctions ou l'accordement d'encouragement. -le montant des dépenses sans autorisation. -l'assurance d'une maintenance correcte de vos équipements. -l'autonomie budgétaire et stratégique en matière d'investissement.
L'organisation	-l'organigramme est en adéquation avec les activités, les objectifs et les missions de l'établissement. Il est régulièrement mis à jour et connu de tous. -l'organigramme reflète la structure de responsabilité et les liens hiérarchiques dans l'établissement. -l'organisation actuelle est appropriée aux conditions dominantes et aide à la réalisation efficace du travail. -l'organisation actuelle favorise la sensation d'esprit d'équipe et de coopération entre les différents services. -le nombre actuel des niveaux hiérarchiques est approprié à la nature du travail et aide à la synergie entre les différents niveaux. -la réalisation systématique et périodique d'un audit organisationnel pour améliorer l'efficacité et l'efficacé.
Le processus décisionnel	-le processus décisionnel fait l'objet, selon les nécessités, d'une concertation préalable. -le champ de décision de chaque responsable est défini et connu de tous. -le responsable formalise, explicite et communique ses décisions, aux personnes concernés. -la plupart des décisions relatifs au travail quotidien sont centralisées et prises au niveau plus haut. -l'impact et la pertinence de la décision, en termes de contenu et de délai, sont évalués.

¹² Haute autorité de santé HAS, Direction de l'Accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, Guide pour l'auto-diagnostic des pratiques de management en établissement de santé, janvier, 2005.

¹³ HAS, Direction de l'amélioration de la qualité de la sécurité des soins, janvier 2014.

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

La motivation du personnel	-chaque responsable veille à l'adhésion de son équipe aux objectifs définis. -les prises d'initiative et la créativité, individuelles et collectives sont encouragées. -des moyens sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective. -les politiques actuelles de l'organisation permettent le développement des ressources humaines d'une manière efficace.
Politique des ressources humaines	-Le système de sélection et de nomination assure qu'il y'a la bonne personne à chaque poste. -il y'a une évaluation périodique de la performance des groupes de travail. -une politique de gestion des emplois et des compétences est définie en lien avec les orientations stratégiques. -l'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge. -un plan de formation est mis en œuvre -la qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement
Processus d'évaluation et de contrôle	-des indicateurs de performance pertinents au regard des missions et de la taille de l'établissement et des différents services sont utilisés. -le responsable évalue le degré d'atteinte de ses objectifs en termes d'activités et de moyens (personnels, consommables, équipements). Il mesure le coût de séjour et des prestations dans le cadre d'une comptabilité analytique et met en place des outils de contrôle et d'audit. -un processus permettant d'apprécier régulièrement la satisfaction des patients, des médecins correspondants et des personnels est mis en place, les résultats sont analysés et exploités. -l'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses, selon une procédure formalisée. -l'établissement conduit une analyse des coûts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne. -les objectifs prévisionnels de dépenses sont suivis infra-annuellement et donnent lieu si nécessaire à des décisions de réajustement.

Source : établis par nos soins.

Ces différents items ont été mesurés par une échelle Likert allant de (1) Pas du tout d'accord jusqu'à (5) tout à fait d'accord.

2- L'ENQUETE REALISEE :

Afin d'atteindre nos objectifs fixés et tester nos hypothèses de recherche, notre étude s'est fondée sur une enquête par questionnaire : destiné aux différents responsables des établissements publics de santé « directeurs, sous directeurs et les chefs de services » au niveau des wilayas du centre (Alger, Blida, Tizi-Ouzou, Tipaza, Boumerdès, Médéa) dont le nombre est de 90 établissements, ces derniers sont classifiés en quatre catégories « CHU, EPH, EHS, EPSP ».

Le questionnaire a été distribué avec l'aide des Directions Générales de la Santé DSP de ces wilayas après avoir obtenu l'approbation du Ministère de la santé. En effet sur les 270 questionnaires distribués, 204 ont été remplis, l'échantillon et par ailleurs constitué de 33.8% de Directeurs Générales, 32.4 % occupant poste directeur des principales directions, 33.8 % chefs de services, comme montre le tableau ci-dessous :

Tableau N° 02 : Taille de l'échantillon selon le statut professionnel

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide directeur	69	33,8	33,8	33,8
sous-directeur	66	32,4	32,4	66,2
chef service	69	33,8	33,8	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Source : données spss

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

Afin de valider nos hypothèses de recherche nous avons eu recours à plusieurs tests statistiques par l'utilisation du logiciel SPSS version 22. On a vérifié d'abord, la dimensionnalité et la fiabilité de l'instrument de mesure de la variable management hospitalier présentée dans le tableau N° 01 afin d'améliorer les qualités psychométriques de l'instrument de mesure et de préparer le test des hypothèses de la recherche, nous avons utilisé l'analyse factorielle en composante principale (ACP) des données issues de la première collecte du pré-test composé de trente (30) questionnaires. On a calculé ensuite la corrélation et régression afin de prouver l'influence du management hospitalier sur la réussite de la réforme hospitalière.

3- DEPOUILLEMENT DES RESULTATS

3-1 RESULTAT DE L'ANALYSE FACTORIELLE EN COMPOSANTE PRINCIPALE :

Nous présentons ci-après une synthèse des résultats issus des analyses factorielles en composante principale ainsi que les tests relatifs à la fiabilité et à la validité des échelles de mesure de la variable « management hospitalier » issues de la première collecte du pré-test composé de trente (30) questionnaires.

Tableau N°03 : Résultat de l'épuration des échelles de mesure

Variables	Nombre d'items	Nombre d'items conservés	α Cronbach
Planification	08	06	0.938
Autonomie	05	04	0.873
Organisation	06	05	0.938
Processus décisionnel	05	04	0.828
Motivation	04	04	0.911
Politique des ressources humaines	06	04	0.862
Contrôle	06	06	0.940

Source : établi par nos soins sur la base des résultats de SPSS.

L'analyse en composante principale nous a permis de déterminer le nombre d'items à conserver selon leurs corrélations, par ailleurs le coefficient Alpha de Cronbach est la mesure la plus notoire pour tester la fiabilité d'un instrument de mesure, sa valeur varie entre 0 et 1. Plus la valeur de Alpha est proche de 1, plus la cohérence interne de l'échelle est forte. D'après le tableau on remarque que l'Alpha affiche une bonne fiabilité de l'échelle de mesure « management hospitalier ».

3-2 VALIDATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE.

❖ Afin de valider notre hypothèse N° 1 « la clarté de la réforme hospitalière influe sur la perception et l'image des acteurs de l'hôpital Algérien par rapport à ces réformes », on a eu recours au test de corrélation de Pearson pour déterminer la force du lien et au régression linéaire simple puisqu'il s'agit d'une variable indépendante à savoir « la clarté de la réforme » et la variable dépendante « la perception des acteurs ». Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-dessous

Tableau N°03 : la corrélation entre la clarté de la réforme et la perception des acteurs

Tableau N° :04 Corrélations		Information sur la réforme	Perception
Information sur la réforme	Corrélation de Pearson	1	,654**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	204	204
Perception	Corrélation de Pearson	,654**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	204	204

Source : données SPSS

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

A

chaque cellule, trois lignes apparaissent. La dernière, notée N, est la taille de l'échantillon. Dans ce tableau, nous observons que la perception des acteurs et la clarté de la réforme sont fortement et positivement liés ($r = 0,654$; Sig. $< 0,001$).

➤ Test de régression linéaire simple

Tableau n°05 : Variables introduites/éliminées^a

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	Information sur la réforme ^b	.	Introduire

a. Variable dépendante : perception

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Source : donnée SPSS.

Le premier tableau indique les variables qui ont été introduites dans le modèle. Puisque nous avons effectué une régression simple et choisi la méthode **Entrée**, les deux variables choisies ont été incluses dans le modèle.

➤ Étape 1 : Évaluation de la pertinence du modèle de régression

La première chose à faire lors de l'examen des résultats est de vérifier si le modèle avec prédicteur explique significativement plus de variabilité de la variable dépendante qu'un modèle sans prédicteur. Autrement dit, il faut au préalable prendre une décision sur l'hypothèse nulle à l'effet qu'il n'y a pas de relation entre la variable dépendante et la variable indépendante. Pour prendre cette décision, il faut interpréter les résultats du tableau ANOVA.

Tableau N°06 : ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1 Régression	27,099	1	27,099	150,970	,000 ^b
Résidus	36,258	202	,179		
Total	63,357	203			

a. Variable dépendante : perception

b. Prédicteurs : (Constante), information sur la réforme

Source : donnée SPSS.

Le test F : sa valeur indique si la variance ou l'ajout de variance expliquée est significative ; c'est-à-dire si, quelle que soit la force de la relation entre les variables indépendante et la variable dépendante, cette relation est susceptible d'exister dans la population et n'est pas due simplement au hasard de l'échantillonnage¹⁴.

Dans notre cas, la valeur de F est de 150,97 et est significative à $p < 0,0005$. Ceci signifie que les probabilités d'obtenir une valeur F de cette taille par hasard sont de moins de 0,05 %. Dans ce cas-ci, nous devons rejeter l'hypothèse nulle. Il y a donc une relation statistiquement significative entre la variable dépendante et la variable indépendante.

Nous pouvons donc conclure que le modèle avec prédicteur permet de mieux prédire la variable y que ne le fait le modèle sans prédicteur.

➤ Étape 2 : Évaluation de l'ajustement des données au modèle de régression

Lorsque le modèle apporte une amélioration significative, on doit rapporter dans quelle mesure les données sont ajustées à ce modèle.

Cette information se trouve dans le tableau « Récapitulatif du modèle » avec l'indice « R » qui présente la valeur de la corrélation multiple du modèle. La corrélation multiple (R) s'interprète de la même

¹⁴ Carricano.M, Peujol.F et Bertrandias. (2010), L'analyse de données avec SPSS, pearson, 2^{ème} édition, paris,p 157.

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

manière que la corrélation simple (r). Elle représente la corrélation combinée de toutes les variables indépendantes d'un modèle avec la variable dépendante. Comme nous n'avons ici qu'une seule variable indépendante, ce coefficient est identique (en valeur absolue) au coefficient de corrélation (r).

Tableau N°07: Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,654 ^a	,428	,425	,42367

a. Prédicteurs : (Constante), information sur la réforme

b. Variable dépendante : perception

Source : donnée SPSS.

La valeur du coefficient de corrélation est de 0,654. On trouve cette donnée sous la colonne « R ». Cette valeur suggère que les données sont bien ajustées au modèle.

Si nous élevons au carré le coefficient de corrélation, nous obtenons la valeur R² (0,428). Celui-ci indique la proportion de la variabilité de la variable dépendante (y) *expliquée* par le modèle de régression. Nous pouvons donc dire que *la clarté de la réforme* peut expliquer près de 43 % de la variation de *la perception des acteurs de santé*.

La valeur de **R² ajusté** est un estimé de la robustesse de ce modèle si on prenait un échantillon différent provenant de la même population.

➤ Etape 3 : les paramètres du modèle

Tableau N°08 : Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	B	Ecart standard	Bêta		
1 (Constante)	,934	,114		8,201	,000
Information sur la réforme	,593	,048	,654	12,287	,000

a. Variable dépendante : perception

Source : donnée SPSS.

La colonne des coefficients standardisés indique la valeur du coefficient de corrélation (celle que nous avons vue dans le tableau récapitulatif du modèle). Elle apporte toutefois une nouvelle information : la valence de cette valeur (+ ou -). Il est important de connaître cette valence pour interpréter le sens de la relation entre la variable dépendante et indépendante.

La colonne suivante présente le test t, sa valeur doit être plus grande que 1,96 pour être significative (notée* à p<0.05). Elle indique si chacun des coefficients des variables présentes dans l'équation est significatif¹⁵.

Dans notre cas, le modèle obtenu est significatif (p<0.05), le lien entre la clarté de la réforme et la perception des acteurs de santé est significatif (T=12,28 >1.96) et positif.

❖ Afin de valider notre hypothèse N° 2 « **les caractéristiques organisationnelles et managériales actuelles de type administratif et bureaucratique de l'hôpital ne leur confèrent pas un rôle stratégique et influent sur la réussite de la réforme hospitalière** », on a eu recours au test de la régression linéaire multiple puisqu'il s'agit d'une variable indépendante à savoir « *le management hospitalier* » qui est composé de plusieurs items qu'on a expliqué auparavant et la variable dépendante « *la réussite de la mise en œuvre de la réforme* ». Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-dessous ;

¹⁵ Carricano.M, Peujol.F et Bertrandias.L, op.cit, p 157

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

➤ Test de régression linéaire multiple

Tableau N°09 : Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Degré de mise en œuvre de la réforme	204	1,00	4,00	2,5441	,83224
Décisions	204	1,50	5,00	3,2794	,76467
Motivation	204	1,00	4,00	2,2904	,79903
Contrôle	204	1,17	4,50	2,3627	1,03190
Planification	204	1,00	4,33	2,3824	,64160
Organisation	204	1,80	4,20	2,6941	,47079
RH	204	1,00	4,50	2,2684	,84586
Management	204	1,69	3,70	2,5696	,49028
N valide (liste)	204				

Source : données SPSS.

Examinons d'abord les statistiques descriptives, les différentes variables ont été mesurées sur une échelle de Likert. Nous voyons que l'étude a été menée auprès de 204 employés (entre directeur, sous-directeur, et chef de service), leurs réponses sur le degré de mise en œuvre de la réforme aux seins le leur établissement et l'application des procédures organisationnelles managériales varie entre 2.29 et 3.27 ce que signifie que ces derniers sont loin d'être bien appliquées dans nos établissements et qu'ils n'arrivent toujours pas à mettre en œuvre les différentes réformes (notes ministérielles). Ce qui nous confirme que le modèle managérial de nos hôpitaux d'après les avis de ces acteurs n'est pas apte à faire réussir les réformes hospitalières.

➤ Variables introduites/éliminées

Tableau N°10 : Variables introduites/éliminées^a

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	Contrôle		Pas à pas (Critère : Probabilité de F pour introduire ≤ ,050, Probabilité de F pour éliminer ≥ ,100).
2	Organisation		Pas à pas (Critère : Probabilité de F pour introduire ≤ ,050, Probabilité de F pour éliminer ≥ ,100).
3	Motivation		Pas à pas (Critère : Probabilité de F pour introduire ≤ ,050, Probabilité de F pour éliminer ≥ ,100).
4	Décisions		Pas à pas (Critère : Probabilité de F pour introduire ≤ ,050, Probabilité de F pour éliminer ≥ ,100).
5	Planification		Pas à pas (Critère : Probabilité de F pour introduire ≤ ,050, Probabilité de F pour éliminer ≥ ,100).
6	RH		Pas à pas (Critère : Probabilité de F pour introduire ≤ ,050, Probabilité de F pour éliminer ≥ ,100).

a. Variable dépendante : degré de mise en œuvre de la réforme

Sources : données SPSS.

Ce tableau indique que les six variables représentantes du management hospitalier ont été toutes introduites dans le modèle.

➤ Étape 1 : Évaluation de la qualité du modèle de régression

Tout comme la régression simple, l'interprétation débute en évaluant la qualité du modèle. On vérifie si la première étape du modèle explique significativement plus de variabilité qu'un modèle sans prédicteur. Ensuite, il s'agit de s'assurer que toutes les variables introduites contribuent à améliorer significativement la variabilité expliquée par le modèle final.

Tableau N°11 : ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1 Régression	27,272	1	27,272	151,045	,000 ^b

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

	Résidus	36,473	202	,181		
	Total	63,745	203			
2	Régression	28,326	2	14,163	80,375	,000 ^c
	Résidus	35,419	201	,176		
	Total	63,745	203			
3	Régression	29,531	3	9,844	57,542	,000 ^d
	Résidus	34,214	200	,171		
	Total	63,745	203			
4	Régression	30,484	4	7,621	45,596	,000 ^e
	Résidus	33,261	199	,167		
	Total	63,745	203			
5	Régression	31,254	5	6,251	38,093	,000 ^f
	Résidus	32,491	198	,164		
	Total	63,745	203			
6	Régression	31,959	6	5,327	33,012	,000 ^g
	Résidus	31,786	197	,161		
	Total	63,745	203			

a. Variable dépendante : degré de mise en oeuvre de la réforme

b. Prédicteurs : (Constante), contrôle

c. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation

d. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation

e. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation, décisions

f. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation, décisions, planification

g. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation, décisions, planification, RH

Source : données SPSS.

On constate à la lecture du tableau que selon la valeur F obtenue pour les six modèles, on peut rejeter l'hypothèse nulle. En effet, les valeurs de 151.04, 80.37, 57.54, 45.95, 38.09 et de 33.012 sont significatives à $p < 0,001$, ce qui indique que nous avons moins de 0,1 % de chance de se tromper en affirmant que les modèles contribuent à mieux prédire la réussite de la réforme que la simple moyenne.

➤ Étape 2 : Évaluation de l'ajustement du modèle de régression aux données

Maintenant que l'on sait que le modèle est significatif, le tableau récapitulatif des modèles permet de déterminer la contribution de chaque bloc de variables. Ce tableau indique le R^2 cumulatif à chaque étape du modèle (colonne R-deux).

Tableau N°12 : Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,654 ^a	,428	,425	,42492
2	,667 ^b	,444	,439	,41978
3	,681 ^c	,463	,455	,41361
4	,692 ^d	,478	,468	,40883
5	,700 ^e	,490	,477	,40509
6	,708 ^f	,501	,486	,40168

a. Prédicteurs : (Constante), contrôle

b. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation

c. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation

d. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation, décisions

e. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation, décisions, planification

f. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation, décisions, planification, RH

Source : données SPSS.

Le tableau contient donc plusieurs informations utiles. Premièrement, la valeur de la corrélation multiple (R) correspond à l'agglomération des points dans la régression simple. Elle représente la force de la relation entre la réussite de la réforme hospitalière et la combinaison de chaque modèle. Des valeurs de 0,65 à 0,70 suggèrent que les données sont ajustées de manière satisfaisante au modèle.

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

Les six variables prises en compte expliquent 50.1% de la réussite de la mise en œuvre de la réforme hospitalière.

➤ Etape 03 : évaluation des paramètres du modèle

Tableau N°13 : Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Statistiques de colinéarité	
	B	Ecart standard	Bêta			Tolérance	VIF
1	(Constante)	,739		5,858	,000		
	Contrôle	,659	,654	12,290	,000	1,000	1,000
2	(Constante)	,378		1,959	,052		
	Contrôle	,678	,672	12,659	,000	,981	1,019
	Organisation	,131	,130	2,446	,015	,981	1,019
3	(Constante)	,680		3,069	,002		
	Contrôle	,676	,670	12,818	,000	,981	1,019
	Organisation	,142	,141	2,681	,008	,975	1,026
	Motivation	-,135	-,138	-2,654	,009	,993	1,007
4	(Constante)	,388		1,547	,124		
	Contrôle	,675	,670	12,955	,000	,981	1,020
	Organisation	,146	,145	2,793	,006	,974	1,027
	Motivation	-,132	-,135	-2,620	,009	,993	1,007
	Décisions	,122	,122	2,388	,018	,998	1,002
5	(Constante)	,640		2,332	,021		
	Contrôle	,674	,669	13,054	,000	,981	1,020
	Organisation	,148	,146	2,847	,005	,974	1,027
	Motivation	-,121	-,123	-2,411	,017	,983	1,018
	Décisions	,116	,116	2,290	,023	,995	1,005
	Planification	-,110	-,111	-2,166	,031	,986	1,014
6	(Constante)	,957		3,071	,002		
	Contrôle	,655	,650	12,588	,000	,950	1,052
	Organisation	,153	,151	2,965	,003	,972	1,029
	Motivation	-,123	-,126	-2,475	,014	,982	1,018
	Décisions	,105	,106	2,081	,039	,984	1,016
	Planification	-,112	-,113	-2,231	,027	,985	1,015
	RH	-,106	-,108	-2,090	,038	,953	1,049

a. Variable dépendante : degré de mise en œuvre de la réforme

Source : données spss

Le tableau sur le récapitulatif des modèles permet de confirmer si chaque modèle était significatif, la signification de t nous permet de répondre à la question « est-ce que le *b* du prédicteur est différent

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

de 0 ? », donc si chaque variable contribue significativement au modèle. Plus la valeur de t est élevée et plus celle de p est petite, plus le prédicteur contribue au modèle. Nous constatons donc que les six variables sont significatives, mais que la variabilité expliquée par le contrôle est plus importante que celle expliquée par les autres variables.

On remarque ainsi que la valeur VIF (ou la tolérance, soit l'inverse du VIF (1/VIF)) qui permet de vérifier la prémisse de multicollinéarité, sont proches de 1 largement dans les limites recommandées (tolérance > 0.3 et VIF < 3).

Nous pouvons conclure que le modèle 06 qui inclut les six variables du management hospitalier est satisfaisant, car il explique 50% de la réussite de la réforme (R^2), il est significatif (voir tableau ANOVA), les coefficients de la pente régression sont significatifs et il n'y a pas de problème de colinéarité (voir tableau coefficients). Donc le management hospitalier a une influence sur la réussite de la réforme hospitalière.

❖ LES AVIS DES ACTEURS SUR LES PREALABLES A RESOUDRE POUR FAIRE REUSSIR LA REFORME HOSPITALIERE.

Tableau N°14 : les préalables à résoudre pour faire réussir la réforme hospitalière

		Nombre	% Réponses colonne
\$préalable	L'autonomie de gestion des hôpitaux	78	11,9%
	La rationalisation de la gestion des ressources humaines avec un statut spécifique	51	7,8%
	Le financement effectif du système hospitalier	123	18,8%
	La modernisation de l'organisation et du management de l'hôpital	159	24,3%
	La mise en place de nouveaux outils de gestion, de suivi et d'évaluation	78	11,9%
	Publier le décret et les textes d'application	108	16,5%
	Clarifier les relations avec les conseils régionaux	21	3,2%
	Mieux associer l'université à la réforme	36	5,5%
	Total	198	100,0%

Source : données spss.

D'après les résultats du tableau ci-dessus on voit clairement que les préalables à résoudre essentiellement pour faire aboutir la réforme hospitalière selon les différents acteurs interrogés sont : « la modernisation de l'organisation et du management de l'hôpital » en première position, suivi par « le financement effectif du système hospitalier » et « publier le décret et les textes d'application » tant attendu vient en troisième position Tandis que « clarifier les relations avec les conseils régionaux » vient en dernière position.

III - DISCUSSION DES RESULTATS

D'après les résultats obtenus, il existe un lien statistiquement significatif entre la clarté de la réforme et sa réussite, donc on peut constater que plus les acteurs de santé sont bien informés et intégrés dans le processus de la réforme plus sa facilité sa mise en œuvre et donc sa réussite. D'un autre côté, les résultats montrent ainsi l'existence d'une corrélation entre le modèle managérial appliqué à l'hôpital et la réussite d'application de la réforme. Ce qui nous permet de valider nos hypothèses de recherche.

A la lumière de ce qui a été dit, on constate que pour que le gouvernement arrive à faire réussir la réforme hospitalière, il doit veiller à ce que les procédures managériales soient rigoureusement appliquées et donner une importance considérable aux avis des acteurs sur les préalables nécessaires à résoudre pour la réussite de la réforme, à savoir :

- « la modernisation de l'organisation et du management de l'hôpital » ; l'organisation des activités doit être revue d'après les méthodes de gestion propres au secteur privé, comprenant en

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

particulier une rationalisation des tâches dans un souci d'efficacité, la définition des patients comme clients de l'institution-entreprise ou encore le déploiement de système de qualité. Ainsi, le développement du système d'information sanitaire grâce à la finalisation du réseau internet reliant l'ensemble des établissements de santé initié dans le cadre du programme spécial de relance économique. Il s'agira aussi de mettre en place l'ensemble des applications logicielles couvrant tous les domaines de la santé et alimentant une banque de données facilitant notamment les analyses prospectives de la production des indicateurs d'aide à la prise de décision.

- « le financement effectif du système hospitalier » ; Il est admis aujourd'hui que l'Etat Algérien ne peut plus avoir le monopole dans la prestation de services de santé et de leur financement. Cependant, la contractualisation des relations entre les établissements de santé et les bailleurs de fonds représente une nouvelle piste pour la résolution des problèmes du secteur hospitalier névralgique, qui se caractérise de par l'augmentation constante de ses dépenses et par la complexité de son organisation et la multiplicité de ses acteurs. L'établissement public de santé est resté trop longtemps régi par un mode d'organisation très hiérarchisé, géré à partir d'une administration centrale qui décide de tout.

La démarche contractuelle semble être l'outil privilégié qui permettra à l'établissement public hospitalier de dépasser ses dysfonctionnements et d'instaurer des liens organisationnels appropriés dans le sens des changements.

Dans la politique nationale de santé, la contractualisation est toujours dans un état « embryonnaire » même si elle fût sur l'agenda du gouvernement depuis 1993¹⁶. Malgré les contraintes et les difficultés rencontrées, le processus mérite d'être poursuivi, approfondi et mieux coordonné.

- La publication du décret et des textes d'application tant attendus.
- Aussi, l'évaluation est un élément très important pour la réforme hospitalière ; c'est encore le seul préalable pouvant faciliter la mise en place du projet de réforme dans tous les domaines, y compris le milieu hospitalier. Signe de son importance et de son intérêt, l'évaluation fait partie des objectifs assignés dans la réforme hospitalière initiée par le Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière en Algérie.

Les réformes attendues dépendent, en particulier, de la manière dont l'hôpital répondra à la nécessité de motiver le corps social et de développer les compétences. Pour permettre une évaluation des performances, le changement de culture hospitalière doit correspondre à une nécessité : celle de l'acceptation de la notion d'hôpital performant. Dès lors, il est indispensable de pouvoir évaluer les performances réalisées.

On assiste actuellement pour un premier temps, au niveau des établissements de soins à une tentative de calcul, des coûts. Au niveau de l'Ecole nationale de santé publique, des séminaires et des formations portant sur l'évaluation des activités médicales s'enchainent dans le but de sensibiliser et former les acteurs de la santé dans ce domaine. L'évaluation et l'assurance de qualité des soins sont un axe de recherche du programme national de recherche en santé avec l'objectif de déterminer la performance des services, des personnels et du système de santé¹⁷.

Les techniques d'évaluation de la maîtrise de la qualité des soins seront sûrement lentes et difficiles, et imposent le recours, le plus tôt possible, à des techniques qui peuvent au moins pour un premier temps corriger les dysfonctionnements constatés et, par la suite, améliorer la qualité et la sécurité des soins, de même que la compétence des praticiens médicaux et paramédicaux.

Bien entendu, l'évaluation ne peut se développer sans la définition des normes et des référentiels assurant la qualité des prestations. Ainsi, l'accréditation doit être un outil qui sert au fonctionnement optimal et au développement des services offerts aux patients par les organismes de santé et non une finalité en soi. Cet outil peut aider à l'amélioration continue de la qualité en mettant à la disposition des

¹⁶ Benmansour.S, **la contractualisation dans le système de sante algérien : son impact sur le financement des hôpitaux publics**, Revue critique, p71.

¹⁷ Lallouche.S.(2016), **le système hospitalier Algérien : une évolution nécessaire**, thèse de doctorat en droit privé, l'école doctorale INTER-MED Perpignan.

LE ROLE DU MANAGEMENT HOSPITALIER DANS LA REUSSITE DE LA REFORME HOSPITALIERE (PP.1-18)

établissements des normes et des mesures de performance. Une fois ces normes et mesures validées, l'accréditation devient un outil de la reconnaissance et de l'incitation à la qualité des soins.

CONCLUSION

En guise de conclusion, la réforme hospitalière en Algérie ne peut aboutir à ces fins que si le gouvernement réunira les conditions de réussite et les préalables cités ci-dessus en impliquant ainsi les principaux acteurs dans sa mise en place avec une gouvernance participative et accorder une large délégation à ces acteurs par un autre modèle organisationnel et managérial puisque l'actuel constitue un frein au développement de l'hôpital algérien.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Benkaci youcef. (2011) : **rapport d'étape sur le processus de contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociales**-MSPRH cabinet.
- 2- Brahmia.B.(2010), **économie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé**, BAHAEDDINE EDITION, 1^{ère} édition.
- 3- Benmansour.S, **la contractualisation dans le système de sante algérien : son impact sur le financement des hôpitaux publics**, Revue critique.
- 4- CHEROUTE-BONNEAU. (1998), **La production de soins, un enjeu managérial**, Gestion hospitalière, Février.
- 5- Carricano.M, Peujol.F et Bertrandias. (2010), **L'analyse de données avec SPSS**, pearson, 2^{ème} édition, paris.
- 6- Étienne Minvielle. (2009), **Management en santé : recherches actuelles et enjeux de demain**, in Pierre-Louis Bras *et al.*, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Hors collection ».
- 7- Jean-Marie CLEMENT. (1998), **Réflexions pour l'hôpital**, Les études hospitalières, Bordeaux.
- 8- Haute autorité de santé HAS. (2005), Direction de l'Accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, **Guide pour l'auto-diagnostic des pratiques de management en établissement de santé**, janvier.
- 9- HAS. (2014), Direction de l'amélioration de la qualité de la sécurité des soins, janvier.
- 10- Lallouche.S.(2016), **le système hospitalier Algérien : une évolution nécessaire**, thèse de doctorat en droit privé, l'école doctorale INTER-MED Perpignan.
- 11- Manuel d'élaboration du projet d'établissement hospitalier. (2011), réalisé dans le cadre des activités du PASS, Union Européenne-Algérie, JUIN.
- 12- Medina.P ,Lahmadi.G. (2012), **La dimension communicationnelle du management hospitalier** , communication& organisation, N° 41.
- 13- PRESENTATION DU SYSTEME NATIONAL DE SECURITE SOCIALE, Rencontre Forum des Chefs d'Entreprises Alger le 13 janvier 2016.
- 14- STEUDLER F. (2004), **Le management hospitalier de demain : approche sociologique**, revue hospitalière de France, n° 497-Mars-Avril.
- 15- Véronique Haberey-Knuessi *et al.* (2013), **L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier**, *Recherche en soins infirmiers* (N° 115).
- 16- Online : <http://www.pass-ue.dz>, consulté le 14/08/2017.