

Le Service Public hospitalier

ملخص

إن الأزمة التي تعاني منها الجزائر لا تحد من آثارها على المجال الاقتصادي والمالي فحسب بل . مآله مستقبلا ما يجعلنا نتساءل عن ونظامنا الصحي على نموذجنا

فانطلاقا من الوضع الحالي ولمواجهة الضغوطات التي يعاني منها النظام الصحي كيف يمكن التوفيق بين تحديث المؤسسة الاستشفائية و احترام خصوصيات الصحة(مبدأ التخصص) إن الهدف يكمن في رسم معالم تنظيم جديد للمؤسسة الصحية استنادا إلى رؤية حديثة وفعالة لخدمة الصحة العمومية و المرفق لعام الصحي التي تتمثل قيمها الأساسية في الاستمرارية والجودة واستدامة الرعاية الصحية وفي فترة تتسم باضطرابات كبرى جيوسياسية اقتصادية و اجتماعية تكشف هذه القيم عن قوتها وملاءمتها.

Resumé

La crise qui frappe l'Algérie, ne limite pas ses effets à la seule sphère économique et financière. Elle impacte directement notre modèle social ,notre système de santé et on s'interroge sur son devenir ?Partant de la situation actuelle, face aux pressions auxquelles il est confronté, Comment peut- on concilier entre la modernisation de l'institution hospitalière et les spécificités de la santé? L'objectif serait de dessiner les contours d'une organisation nouvelle de l'établissement public de santé, fondée sur une vision moderne et performante du service public de santé dont les valeurs cardinales sont la continuité, la qualité et la pérennité des soins.

Introduction

L'efficacité des politiques de santé est une préoccupation dans tous les pays quelque soit leur références idéologiques ; pour y parvenir avec efficience, différentes solutions sont tentées. La variété dans les pratiques de gestion des structures hospitalières est très grande mais elle peut être résumée sur un

continuum allant de la situation de gratuité totale aux situation de libre concurrence. L'analyse du système national de santé à travers l'examen de l'organisation et fonctionnement des établissements publics de santé qui constituent ses outils opérationnels permet parfaitement de repérer les difficultés à résoudre. L'hôpital se trouve face à la nécessité du changement. Des pratiques établies longuement rodées dont tout le monde semblait s'accommoder, sont aujourd'hui remises en question. La description des principales mutations de L'environnement qui obligent l'hôpital à se mettre en mouvement donne un premier aperçu de l'importance de cette rupture avec le passé.

Les facteurs de nature sociale et culturelle qui constituent le nouveau regard porté par la société sur l'hôpital ont comme dominante une attitude de plus en plus critique. Cette attitude a pris progressivement de la consistance jusqu'au jour où la modernisation de l'institution hospitalière est parue à tous comme indispensable. Dans un tel contexte, un hôpital qui négligerait de se conformer à cette exigence de modernisation tarderait à mettre en œuvre les processus d'innovation qui s'imposent et apparaîtrait vite dépassé. L'institution hospitalière est en état de crise, le métabolisme de l'hôpital est trop lent pour le changement issu des turbulences de l'environnement. La convergence des diagnostics, de constats de crise largement partagés, laisse penser que le moment est venu de s'arrêter pour faire le point, pour nous interroger sur le fonctionnement de l'hôpital, sur le sens et le contenu de la mission future des établissements publics de santé et sur les possibilités de mise en œuvre d'une véritable démarche de changement. Le système hospitalier a bénéficié de l'implantation de techniques sophistiquées et de compétence spécifiques. Mais à aucun moment il n'y eut de réflexion approfondie sur la définition d'une stratégie et sur les instances à mettre en place pour que ces ensembles restent performants. Peu de dispositions ont été prise pour que l'hôpital maîtrise son expansion. L'hôpital public apparaît aujourd'hui comme le résultat d'accroissement successif des effectifs et des moyens techniques sans analyse

ni traitement adéquat des problèmes de gestion qui en ont résulté. Certains de ces ensembles ont acquis une dimension telle que, pour un observateur externe, ils semblent échapper à tout contrôle. Leur taille rend difficile la compréhension de leur mode de fonctionnement, tout comme l'analyse de l'usage des ressources mises à leur dispositions. L'hôpital public se trouve aujourd'hui face à une double exigence. Il a d'abord à conduire la modernisation de ses pratiques et de son organisation, à réaliser sur le plan interne des réformes importantes. Mais il se trouve en même temps face à des exigences de plus en plus diverses et parfois contradictoires de la société. On souhaite de nos jours qu'il soit un lieu d'accueil à l'écoute des besoins de santé de la population locale mais également un centre d'excellence technique. On attend de lui une organisation performante en laissant une grande liberté d'action aux responsables qui y travaillent. Les tutelles se préoccupent du rythme de l'augmentation de ses dépenses, alors que les usagers exigent une disponibilité permanente de ses équipes, jamais assez présentes. Cet état de fait donne lieu périodiquement à des interrogations sur sa viabilité et ses intentions de changement. Mais il n'a pas, jusqu'à ce jour, réussi à mobiliser suffisamment l'attention de la collectivité nationale pour susciter les mutations nécessaires. Malgré, les discours et les tentatives de réformes, l'inertie du système lui a permis de maintenir son cap, de retarder le moment de sa mutation. La situation actuelle est le résultat d'une longue période d'hésitation à entreprendre. Il y a donc aujourd'hui la nécessité d'opérer en peu de temps ce qui aurait du être réalisé progressivement et sur de nombreuses années. L'impératif de modernisation bénéficie aujourd'hui de circonstances favorables. Il y a peu de temps la nécessité du changement ne s'imposait à l'esprit de tous. Les signes multipliés de mécontentement, de troubles, de dérèglements, de surcouts accumulés et qui sont insupportables, rendent la tentation grande, pour le politique comme pour tout en chacun, de se satisfaire de l'existant. Personne ne conteste aujourd'hui la nécessité du changement. Nous considérons donc que la nécessité du changement est

aujourd'hui une conviction partagée par la grande majorité des politiques et des professionnels de la santé. A la différence du management des entreprises, le management des organisations de santé, notamment celui des hôpitaux, présente un certain nombre de particularités,⁽¹⁾ du fait qu'il s'agit d'un management d'organisations spécifiques en matière de statut, de modalités de gestion et de structures juridiques. De ce fait, le mode de fonctionnement et la gestion de ces organisations sont complexes. L'un des modèles organisationnels le plus souvent utilisé dans la littérature pour appréhender ces organisations, est celui de la bureaucratie professionnelle développée par Mintzberg ⁽²⁾. Dans cette approche, l'organisation hospitalière constitue une bureaucratie professionnelle. L'hôpital est donc une structure au sein duquel la haute qualification des opérateurs est structurellement en conflit avec le pôle administratif, lui-même encadré par les règles contraignantes de l'autorité publique, quant aux budgets et au financement des soins de santé. Les exigences de rigueur dans la gestion sont en permanence en conflit avec la recherche d'autonomie et de perfectionnement technique et professionnel. Dans le caractère d'autonomie et de démocratie des professionnels de ces organisations, que résident les problèmes de la bureaucratie professionnelle, du fait qu'il est difficile de superviser le travail des professionnels. Ils ont tendance à négliger les problèmes essentiels de coordination, de contrôle et d'innovation qui surgissent dans ces structures. NOBRE T., dans ses travaux concernant le management hospitalier⁽³⁾, considère que si l'hôpital est classiquement abordé comme une bureaucratie professionnelle, ce modèle est insuffisant pour rendre compte de l'ensemble des logiques en œuvre dans la structure. Il propose donc un approfondissement du modèle de la bureaucratie professionnelle, où deux éléments plaident pour cet approfondissement: Le premier est inhérent aux caractéristiques propres du modèle, l'autre découle de l'évolution de l'environnement de l'hôpital et des contraintes auxquelles il est confronté. Tous ces éléments, font que l'organisation hospitalière est problématique, notamment dans la difficulté pour

l'hôpital à forger des coordinations et des règles communes entre chaque service pour concilier les finalités médicale, infirmière, organisationnelle et du malade. Ces difficultés de coordination et de gestion s'illustrent en partie par la complexité et les spécificités de l'activité hospitalière, et présentent à elles seules l'intérêt et la nécessité d'une démarche globale d'organisation autour du patient. Dans ce contexte de contraintes et de difficultés de gestion de ces organisations, un nouveau type d'approche « participative » est favorisé dans le management hospitalier. Cette approche est mise en œuvre par la mise en place aux niveaux des hôpitaux, de projets d'établissements hospitaliers qui constituent des outils de gestion de ces établissements. L'enjeu de cette mise en place de projet à l'hôpital est donc bien un enjeu de management dans la construction et la déclinaison d'une finalité organisationnelle. Il s'agit de la généralisation des préoccupations de gestion à l'ensemble de l'organisation, et qui marque son changement. Les opérationnels soignants et administratifs ont alors une lourde responsabilité dans l'organisation de la prise en charge, où ils doivent participer pleinement à son pilotage. On peut cependant, rechercher, les éléments fondateurs du projet d'établissement dans trois sources principales :

la première correspond à la gestion administrative, la seconde s'inspire du courant managérial, la troisième de la modernisation du service public.

Concernant toutes ses pratiques, les hôpitaux des pays développés sont plus avancés, du fait de leur vision managériale, qui considère l'hôpital comme une organisation de production de soins, ils adoptent une démarche stratégique et utilisent des outils de management notamment les tableaux de bord, dans leur gestion. Ces hôpitaux prennent en compte les évolutions de l'environnement afin de s'adapter aux changements . De ce fait, le management hospitalier de ces pays développés a pris le pas par rapport à celui des pays du tiers monde, qui considèrent l'hôpital comme une administration qui offre des services de soins à la population, caractérisé par un mode de fonctionnement bureaucratique et rigide. En ce qui concerne l'Algérie, l'hôpital constitue un élément clé du

système de santé, mais qui est considéré comme l'une des organisations les plus complexes⁽⁴⁾. La multiplicité des acteurs qui y interviennent, les nombreux défis auxquels il est soumis et la diversité des missions et objectifs qu'il doit atteindre, font de la gouvernance de l'hôpital une problématique assez complexe.

Il est important aussi de constater que le mode d'organisation de la fonction publique (hospitalière) peut apparaître, aujourd'hui, comme marqué par le modèle bureaucratique et ceci en lien avec une réglementation qui, rigoureusement appliquée, laisse peu de place aux initiatives novatrices. Ces établissements sont donc, confrontés à une multiplicité de textes réglementaires régissant leurs fonctionnements et leurs organisations. De ce fait, La latitude des dirigeants hospitaliers apparaît donc très faible, en raison des multiples contraintes qui pèsent sur les décisions des gestionnaires hospitaliers. Ils sont insérés dans un maillage de mécanismes souvent très contraignants, où la prise de décision fait appel à des niveaux différents et à des institutions variées. Cette situation engendre beaucoup de difficultés qui se traduisent sous les caractéristiques suivantes : multiplicité des objectifs, mécanismes d'incitation limités, lenteur et cloisonnement du processus décisionnel, et insuffisance de responsabilisation. Dans ce contexte, les hôpitaux connaissent de nombreuses insuffisances et dysfonctionnements. Ces insuffisances et dysfonctionnements qui caractérisent aujourd'hui, l'organisation et la gestion des hôpitaux publics, appellent les pouvoirs publics à inscrire la réforme hospitalière parmi les priorités nationales. L'objectif prioritaire de ces réformes, serait de rechercher en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, les solutions les plus adéquates qui permettraient une meilleure organisation aux établissements publics de santé (titre1) et un développement efficace dans leur système de gestion afin de répondre de manière correcte aux besoins multiples de la population⁽⁵⁾ en matière de soins⁽⁶⁾(titre2) .

Titre 1 : Les objectifs de la reforme des systèmes de santé

Le Service Public commande des organisations réactives et dynamiques, en symbiose avec les territoires et leurs représentants, qu'ils soient élus ou usagers du service public. Les établissements publics incarnent par nature le service public hospitalier et médico social. Ils sont les plus légitimes pour l'assurer au quotidien. D'autres établissements peuvent toutefois participer à cette mission mais à la stricte condition de respecter son esprit et de satisfaire aux exigences qu'il commande. Le comportement des acteurs privés qui considèrent aujourd'hui que les missions de service public s'exercent à la carte et seulement les jours ouvrables ne pourra plus être accepté. Les évolutions à mener pour évoluer vers le Service Public de Santé Compte tenu de la multiplicité des offreurs pouvant répondre aux besoins de santé en dehors de l'hôpital et du mouvement tendant vers une coopération de plus en plus étroite et structurée entre ces derniers, évoquer la renaissance d'un service public exclusivement hospitalier présente le risque de créer des conditions de rupture des parcours de soin entre « ville » et « hôpital ». Les établissements publics sanitaires et médico-sociaux s'apprêtent à assumer un rôle renouvelé, articulé autour de la prévention, l'éducation thérapeutique, la continuité de prises en charge, la transversalité des parcours de soins et les coopérations. Pour ces raisons, la notion de service public de santé semble à terme plus pertinente et mieux à même de répondre aux enjeux actuels. En privilégiant une approche fonctionnelle plutôt qu'organique, elle permettrait de mettre l'accent sur les missions plutôt que sur les statuts. Les établissements publics de santé et médico sociaux ont vocation à devenir la « colonne vertébrale » de la santé publique sur un territoire, étant les garants de la pérennité de leurs missions. Les autres offreurs de soins, dont font partie les cliniques commerciales et les professionnels libéraux), peuvent être concernés par de telles missions. En tout état de cause, l'exercice de telles missions impose le respect de « principes » du service public⁽⁷⁾ . Afin de faire vivre un véritable service public de santé, il est

nécessaire de lui donner un socle qui soit autrement plus solide et ambitieux que les seules missions de service public identifiées dans les textes réglementaires. Ce socle repose sur la légitimité que lui donne l'utilisateur et ses besoins, donc de la source même de l'existence du service public. Cet effort s'inscrit dans un mouvement de fond qui déplace le point d'articulation du système, centré auparavant sur les droits des professionnels (médecins, industriels, prestataires), vers les droits des patients (ou les usagers), c'est-à-dire les droits à la santé. L'utilisateur, le patient, justifie pleinement la mission du service public, il en est d'ailleurs la seule raison d'être. Il mérite toute l'attention des professionnels de santé. Les besoins des usagers sont: l'accessibilité géographique, conduisant à une répartition des ressources adaptée qui évite les zones sous-denses, sous le contrôle des agences régionales de la santé.

Le service public hospitalier promoteur de santé publique, Prévention, éducation thérapeutique, continuité des prises en charges, transversalité des parcours de soins, coopérations entre professionnels de santé deviennent autant d'éléments structurants des politiques hospitalières et médico-sociales. Dans ce nouveau paradigme, les établissements s'inscrivent dans les dynamiques territoriales, contractualisent, participent aux réseaux, structurent des filières, au service et dans une vision de la santé publique. Ceci implique des évolutions dans le management des établissements, dans leur conception, dans la structuration des systèmes d'information ou encore dans la politique de formation. Les établissements de santé et médico sociaux publics sont des acteurs incontournables d'animation d'un territoire et participent à la vision stratégique que les pouvoirs politiques définissent pour celui-ci. A cet égard, le rôle des élus est une réelle opportunité pour le service public hospitalier, non seulement pour consolider sa place dans le tissu démocratique local, mais également pour affirmer sa spécificité. C'est en effet par cette mission de santé publique, par cette vision désintéressée et par nature pérenne, que le service public se

distingue des autres acteurs de santé. C'est ce qui fonde sa légitimité, sa raison d'être, et justifie sa place essentielle dans le paysage sanitaire national.

Les faiblesses précédemment évoquées, les changements politiques et socio-économiques que connaît le pays, l'évolution démographique et épidémiologique, les défis posés par les progrès technologiques et scientifiques rendent nécessaires l'adaptation du système national de santé (principes d'adaptabilité du service public) tout en veillant au maintien et à la consolidation des acquis . L'objectif principal de l'organisation du système national de santé serait de répondre de manière efficiente et pertinente aux besoins de santé essentiels de la population. Comme il a été déjà constaté, la forme d'organisation de l'établissement public à caractère administratif apparaît en retrait avec les réformes récentes en matière d'organisation des appareils économiques et administratifs qui reposent essentiellement sur le principe de l'autonomie des entreprises. Il faut rappeler que la véritable autonomie est celle qui doit accepter les réalités multiples de la société et de l'économie contemporaine et qui dessine de nouvelles pistes pour les dirigeants hospitaliers, capables de répondre de leurs actions. Après avoir souvent usé de l'autonomie comme valeur de refuge justifiant une résistance aux évolutions économiques, les hospitaliers doivent s'appuyer aujourd'hui sur la valeur d'autonomie en tant que référence positive et créative. L'autonomie de gestion si elle peut améliorer en tant soit peu la gestion interne d'un établissement de santé, elle ne pourra que donner d'avantage de pouvoir décisionnel aux gestionnaires notamment celui d'affecter des recettes et des dépenses et la rigueur dans la gestion des moyens des établissements. Sachant que l'hôpital est un service public, il doit prendre en considération l'aspect humain dans la prodigation de soins, dans l'assurance des examens de diagnostic, dans la surveillance et le traitement des malades blessés, femmes enceintes en tenant compte de l'aspect psychologique du patient. L'établissement de santé doit être soumis obligatoirement à une évaluation externe de ses activités et à l'accréditation de ses structures

notamment après que l'évaluation interne des établissements de santé s'est révélée en échec. La réforme du système national de santé devient plus que jamais une nécessité impérieuse(chapitre1). Son objectif serait d'aboutir à une gestion efficace et rentable des établissements sanitaires basée essentiellement sur la mise en œuvre d'un cadre organisationnel notamment en dotant les structures d'un statut juridique adéquat libérant l'action des organes de gestion et définissant de nouvelles relations avec l'administration centrale (chapitre2).

Chapitre 1 : Pour quel système de santé

Les principes éthiques qui caractérisent les politiques et les systèmes de santé diffèrent d'un pays à un autre. A l'origine on pouvait clairement les distinguer. Aujourd'hui ils tendent à s'emprunter des éléments pour corriger leurs propres défauts, mais perdurent des représentations prégnantes, des principes forts d'organisation du domaine de la santé, d'économie de la santé, selon les pays. Le principal message qui émane Selon le rapport de l' OMS " ⁽⁸⁾ est que la santé et le bien- être des populations dans le monde dépendent étroitement de la performance de leurs systèmes de santé. Or la performance fluctue sensiblement, même entre des pays qui ont des niveaux comparables de revenu et de dépenses de santé. Il est essentiel que les décideurs comprennent les raisons sous-jacentes à cela pour pouvoir améliorer la performance de leurs systèmes, et la santé des populations."Malgré les progrès importants accomplis ces dernières décennies, la quasi-totalité des pays exploitent incomplètement les ressources dont ils disposent. Il en résulte de très nombreux décès et incapacités évitables, des souffrances inutiles, des injustices, des inégalités et le non-respect du droit fondamental de l'être humain à la santé" financièrement justes et traiter les patients décemment⁽⁹⁾. Dans de nombreux pays en développement, le mauvais état des systèmes de santé est l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins essentiels. Toutefois, les pays pauvres ne sont pas les seuls à connaître des

problèmes liés à leur système de santé. Dans certains pays riches, une part importante de la population n'a pas accès aux soins car les systèmes de protection sociale ne sont pas équitables⁽¹⁰⁾. Alors que dans d'autres pays, on assiste à une escalade des dépenses en raison d'une utilisation inefficace des ressources. Il est de plus en plus communément admis que, pour préserver et améliorer la santé des populations dans le monde, les pouvoirs publics doivent concevoir des systèmes de santé solides et efficaces capables de prévenir les maladies et d'offrir un traitement à toutes les femmes, tous les hommes et tous les enfants sans distinction, où qu'ils habitent. Les objectifs de la réforme hospitalière dans notre pays consistent en l'amélioration de l'organisation des établissements hospitaliers, la modernisation de la gestion et du management de ces organisations ⁽¹¹⁾. L'État est le garant de l'amélioration de l'état sanitaire de la population; à l'échelon déconcentré, les administrations telles que la direction régionale sanitaires et sociales, l'Agence régionale d'hospitalisation seront chargées du pilotage régional du système national de santé...), ainsi que la direction de la santé et de la protection sociale (DSPS) au niveau de wilaya. Elles déclineront les politiques nationales du ministère de la santé en les adaptant à leurs caractéristiques locales (populationnelles, épidémiologiques, géographiques). L'action intersectorielle dans le domaine de la santé, si elle semble logique et souhaitée par beaucoup de personnes, est difficile par contre à mettre en œuvre. L'action Intersectorielle en santé met en évidence "les liens multiples que les facteurs socio-économiques et culturels entretiennent avec les autres déterminants de la santé et du bien-être et l'Influence qu'ils exercent selon les situations". Il s'agit aussi pour ces réformes donc, de recentrer et d'adapter l'offre de soins aux besoins de santé de la population en s'appuyant sur des outils de management efficaces, sur un système d'information performant⁽¹²⁾. Et une planification sanitaire, qui, viserait une répartition équitable des services de santé sur le territoire. Elle s'inscrit dans une politique de santé en ayant recours aux instruments de l'OMS conçus pour aider les autorités sanitaires, à la

fois au niveau national ou au niveau local, à élaborer des politiques, des stratégies et des plans sanitaires⁽¹³⁾. Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) serait le pivot de la planification sanitaire ainsi que les schémas régionaux d'organisation des soins. Ces schémas seraient destinés à planifier globalement et qualitativement et quantitativement la santé publique, en cherchant à répondre à la demande de soins. L'objectif est de simplifier le Projet régional de santé et d'améliorer l'approche transversale, au profit de l'organisation des parcours de santé. Pour surmonter des obstacles dans plusieurs domaines, le système de santé doit être efficace, accessible, acceptable, planifiable et évaluable, souple et modifiable (chapitre2).

Chapitre 2: Pour une organisation efficace et rentable

Le système national de santé, en plus des problèmes liés à la disparité dans l'état de santé et la couverture entre milieux et régions ,est confronté à de nouveaux problèmes liés essentiellement à l'insuffisance de la dotation du secteur et de l'iniquité dans le financement de soins. S'ajoutent à cela des dysfonctionnements d'ordre structurel liés à la centralisation des processus de planification et à la faible performance des établissements de soins. La crise est profonde, elle est à la fois morale, organisationnelle et financière. Les principes de cette réforme seraient de permettre l'égal accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire nationale et d'obtenir une meilleure adéquation de l'offre de soins aux besoins grâce à une politique de santé de proximité,

Le statut de l'établissement de santé actuel de part sa nature juridique est régie par un ensemble de règles de droit public visant avant tout la préservation des deniers publics mais sans tenir compte réellement des paramètres d'une gestion efficiente des moyens mis en place par rapport aux objectifs et missions qui lui sont dévolus. En effet , pour pallier à ces contraintes , la réforme doit passer avant tout par la mise en place d'un statut juridique adéquat à partir duquel

découlera tout le mode d'organisation et de fonctionnement de l'établissement sanitaire. Le système national de santé en Algérie doit connaître de profondes réformes hospitalières pour la modernisation de la gestion des hôpitaux, afin de s'adapter aux différentes mutations épidémiologiques et socioéconomiques que connaît notre pays et répondre de manière efficace aux besoins de la population. 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⁽¹⁴⁾ .

La nécessité de rechercher un statut adéquat aux établissements sanitaires devrait répondre à l'exigence d'une meilleure gestion économique et financière efficace et rentable basée sur un ensemble de règles souples et efficaces. Ceci doit aboutir à faire une rétrospective des statuts juridiques classiques existants : l'établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) et l'établissement public économique (EPE) pour délimiter les contours de l'organisation future des établissements sanitaires et voir l'impact du nouveau statut sur le mode de gestion des établissements de santé. Le statut de l'EPA étant écarté compte tenu des blocages et des lourdeurs qui en découlent, cette étude donc sera consacrée uniquement à étudier les statuts de l'EPIC et de l'EPE et se limitera à définir le type de comptabilité adopté par ces derniers en essayant de l'adapter avec les spécificités de la santé . le statut préconisé pour les établissements sanitaires prend la forme d'un établissement à gestion spécifique. Il puise sa spécificité dans les missions des services de santé (non basées sur le profit) caractérisées notamment par sa mission de service public ayant comme objectif social, la prise en charge des citoyens en matière de santé, et l'accès égal aux soins de tous les citoyens et à tout moment quel qu'en soit leur revenu. Aussi, l'établissement «spécifique» viendra comme une alternative aux différents statuts existants ; il sera doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Son régime juridique sera double. Il sera soumis aux

règles de droit public dans ses relations avec l'Etat et aux règles du droit privé dans ses relations avec les tiers. Son action s'exercera dans le cadre d'un contrat de **concession** de service public établi sur la base de cahiers des charges qui déterminera les voies et moyens à mettre en œuvre en vue de la réalisation des objectifs notamment en matière de prévention, de soins et d'éducatons sanitaires. En conséquence, le statut aura l'avantage de libérer les établissements sanitaires des aléas des règles de la comptabilité publique qui constituent un obstacle important pour assurer une bonne gestion et une meilleure prise en charge du malade au moindre coût... Erigées en établissements spécifiques, les structures de santé entreront dans une nouvelle dynamique caractérisée par une véritable autonomie concrétisée par l'octroi de nouvelles attributions aux organes de gestion et une réduction systématique du champ d'intervention de la tutelle dans la gestion des établissements sanitaires.

Titre 2 Les nouveaux impératifs de la gestion des établissements de santé

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 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 performance. 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⁽¹⁵⁾. Eclairer ce paradoxe suppose d'établir un bilan des principaux travaux menés en management de la santé et qui permettra de mieux comprendre l'apport du management dans le domaine. Dans la recherche d'optimisation de

l'organisation du travail, de différents liens peuvent s'établir. Par exemple, les nouvelles technologies de l'information, sont censées améliorer la coordination entre les acteurs hospitaliers⁽¹⁶⁾. La relation avec le patient est également à considérer comme l'élément le plus visible de cette organisation. L'implication du patient joue un rôle dans cette relation, il participe en effet par les informations qu'il donne, par sa volonté de coopérer aux consignes qui lui sont données. Si la gestion s'est largement intéressée aux questions relatives à la rationalisation financière, d'autres aspects de la performance ont été investis au cours de la même période. Au premier rang de ceux-ci se trouvent la qualité des soins. De nombreux outils et méthodes ont vu le jour autour de notions de démarches qualité, et plus précisément d'assurance et d'amélioration continue de la qualité. Comme dans d'autres domaines à dominante professionnelle, l'expertise médicale reste la clé de voûte de la qualité des soins délivrés, mais qui reste tributaire d'une bonne organisation du travail entre les acteurs : les modes de coordination entre les services, les habitudes communes de travail jouent un rôle essentiel dans la qualité de la prise en charge du patient. L'objectif prôné par l'utilisation des tableaux de bord est d'affirmer une approche stratégique plus intégrée. Si ce concept a fait grand bruit au sein des entreprises, et se diffuse dans différents secteurs dont l'hôpital, sa portée et sa pertinence en matière stratégique, ont souvent aussi été discutées. Ces tableaux de bord sont en effet censés asseoir une vision stratégique⁽¹⁷⁾, ce qui signifie que chaque établissement est capable, à partir des données chiffrées proposées par le tableau de bord, d'anticiper ses futures contraintes ou opportunités de développement. Mais en ce qui concerne les établissements de santé, les marges de manœuvres stratégiques sont réduites, surtout dans un contexte administré. On peut parler de performance de l'hôpital car il ne s'agit pas d'améliorer la qualité de service en ne tenant pas compte des dépenses, ni de maîtriser les dépenses au détriment de la qualité des prestations. Les deux défis sont simultanés, et c'est d'ailleurs ce qui effraie le plus les acteurs hospitaliers.

Il s'agit véritablement d'améliorer la **performance économique et sociale** de ces organisations. On ne peut plus laisser dériver les dépenses de santé à l'infini, mais on ne peut plus non plus ignorer le patient en dehors des soins médicaux : la qualité de l'information, de l'accueil, du suivi du patient, le respect de ses droits sont incontournables. Il en va de la santé et de la survie de l'hôpital public. les dispositifs, visant à rénover les méthodes de planification, à remodeler le tissu hospitalier et à engager les établissements hospitaliers dans des démarches de projets stratégiques, sont de vrais outils de performance pour l'hôpital public, permettant de réhabiliter une part de leur légitimité et de retrouver, pour les acteurs hospitaliers, une identité perdue... à condition que cette démarche de projet soit vue comme une véritable démarche de management stratégique et non comme un outil de plus, qui n'aboutira jamais...Au-delà de l'effet de mode, le projet d'entreprise appliqué aux structures hospitalières publiques nous semble être, non pas condamné au musée des nouvelles méthodes de gestion, mais un facteur fondamental dans le processus de modernisation du secteur public⁽¹⁸⁾ Au terme de cette réflexion, il apparaît clairement que notre système de santé va affronter un défi majeur consistant à mettre en accord des besoins de santé en augmentation quantitative et qualitative avec des moyens humains, infrastructurels et, surtout, financiers en net recul. La pression qui pèsera sur les autorités en charge de la santé sera d'autant plus forte que les transitions démocratiques en cours ouvriront aux usagers et aux professionnels de santé, de mieux en mieux avertis et organisés, la possibilité de revendiquer haut et fort un accès plus équitable aux services de santé. Des réformes structurelles deviennent nécessaires à court terme pour établir démocratiquement des programmes sanitaires pertinents, concrets et réalistes et mettre en place les instruments politiques de leur réalisation Comme nous venons de le voir, si l'hôpital est en crise, c'est qu'il s'adapte difficilement aux nouvelles exigences internes et externes. Aujourd'hui, l'hôpital est confronté à de nouveaux défis et c'est dans ce sens qu'il doit développer et mettre en œuvre

de nouveaux modes de gestion, à la fois plus rigoureux et plus souples et participatifs (chapitre1). L'Hôpital Public doit maintenir son effort pour une qualité accrue de ses prestations et, d'une manière renouvelée, solliciter la recherche de ses ressources humaines (chapitre 2). Les principales questions qui se posent aujourd'hui dans la gestion des ressources humaines à l'hôpital sont : culture et valeur du service public hospitalier, qualification professionnelle et motivation au travail, gestion du temps et organisation collective. L'analyse de la situation existante, ébauches de solutions, telles sont ambitions qu'on s'est fixé, à l'issue de cette réflexion.

Chapitre1: En vue d'une gestion financière et économique performante

L'objectif visé par la modification du financement des établissements de santé est de parvenir à concilier l'accès de tous à des soins de qualité et la maîtrise de croissance des dépenses hospitalières.

L'hôpital est aujourd'hui à la croisée des chemins, subissant comme toutes les entreprises les contraintes d'un marché de plus en plus concurrentiel, une raréfaction des moyens, la nécessité de trouver des complémentaires, de supprimer des pans entiers d'activités mais avec la pression du caractère éminemment social de celle-ci. L'autonomie des établissements sanitaire ne pourrait être réelle que si elle est accompagnée d'une gestion économique efficace. une simplification des procédures d'approvisionnement qui sont à l'heure actuelle complexes et la nécessité de mettre en place une comptabilité appropriée qui prendrait en compte les réalités vécues par l'établissement sanitaire et qui serait élaborée en fonction des spécificités de cette institution sanitaire. Le rôle de la comptabilité générale sera d'enregistrer des charges et des produits par nature, alors que la comptabilité analytique recevra des charges par distinction et des produits par origine, elles seront concrètement reliées par les comptes de charges et de produits⁽¹⁹⁾.

l'ensemble des structures médicales ainsi que les services administratifs et logistique devraient être découpés en centres de responsabilité, un tableau au moins trimestriel retraçant les activités, les charges et consommations de chacun des centres devront être établi. Ainsi chaque responsable devrait suivre la gestion de ses moyens financiers et la réalisation de ses objectifs ⁽²⁰⁾.

le contrôle interne se manifestera principalement **par** le respect d'objectif financiers et comptables ⁽²¹⁾, sous forme d'une typologie tripartie :

- La planification stratégique (stratégie planning) : « décide des objectifs de l'organisation et des changements de ces objectifs » ;
 - Le contrôle de gestion (management control): «s'assurer que les ressources sont utilisées d'une manière efficiente et avec efficacité, en vue de réaliser les objectifs de l'organisation » ;
 - Le contrôle opérationnel (operating control) : « s'assurer que des tâches spécifiques se déroulent également d'une manière efficiente et avec efficacité ».
- Chacun des acteurs, au sein de l'établissement, devra jouer un rôle bien particulier à un certain niveau. Le courant qui **s'en suivra** développerait la bonne adaptation d'une telle analyse dans un contexte de calculs de coûts et de marges. Dans sa conception la plus élaborée, le système de coût de gestion prend l'appellation de « système budgétaire », coût des budgets et un processus de contrôle budgétaire. Les budgets s'étendent comme étant : Des plans à court chiffrés, comprenant affectation et assignation de responsabilités. Le contrôle budgétaire, quant à lui est défini comme étant une comparaison permanente de résultats réels et des prévisions chiffrées figurant au budget afin de rechercher la (ou les) cause(s) d'écarts, prendre les mesures correctives éventuellement nécessaires ou mettre le profit les écarts favorables et apprécier l'activité des responsables budgétaires ⁽²²⁾. le contrôle de gestion ne se réduit pas au système budgétaire. D'autres outils peuvent être utilisés tels que par exemple, le tableau de bord ⁽²³⁾. Prévoir une phase de suivi des réalisations en cours est nécessaire (au sujet de l'activité des consommations, des moyens utilisés), avec des étapes,

avec les prévisions et /ou les réalisations antérieures, avec la présentation des responsables (le tableau de bord) et les échanges de points de vue et aux changements éventuels à apporter. Un inconvénient majeur du contrôle de gestion hospitalier, néanmoins son attachement à des paramètres (entrées, journées, actes et consommables, productivité du personnel), certes importants mais insuffisants pour constituer des bases de références aussi faciles des services proposés aux patients, sans aller néanmoins jusqu'au coût de traitement d'un malade hospitalisé. A l'hôpital ce genre de calcul a longtemps été négligé. Pour palier à ce retard pris par les hôpitaux dans ce domaine, par rapport aux autres secteurs d'activité il faut déployer un programme visant à recentrer le système d'information sur l'activité consistant à définir le produit hospitalier et à calculer les coûts des services offerts. L'avantage pour le contrôle de gestion serait alors de pouvoir émettre des coûts réellement observés dans l'établissement. La prise en place d'un système de contrôle⁽²⁴⁾ dans une organisation ne peut donc se concevoir sans faire référence à son environnement. Les équipements médicaux sont devenus aujourd'hui de plus en plus sophistiqués et complexes et les hôpitaux doivent veiller à ce que leurs dispositifs critiques soient sûrs, précis, fiables et opérationnels à un niveau de performance requis. Pendant des décennies, les techniques d'ingénierie de sûreté de fonctionnement ont été appliquées avec succès dans de nombreuses industries pour améliorer la performance de la maintenance des équipements. De nombreux modèles d'optimisation sont développés et largement utilisés pour atteindre l'excellence d'entretien, à savoir l'équilibre de performance, risques, ressources et coût. Toutefois, l'application de toutes ces techniques et modèles pour les dispositifs médicaux reste limitée⁽²⁵⁾ ..

La gestion des travaux est aussi ancienne que le fait de construire. L'accélération des techniques de médecine ne permet plus de mener à bien une opération de construction selon les méthodes utilisées jusqu'à présent, où une définition simpliste des objectifs par le maître de l'ouvrage et l'expérience du

maître d'œuvre suffisait à concevoir et à réaliser un ouvrage. Aujourd'hui, l'évolution sociale et les contraintes économiques rendent la mission de construire de plus en plus complexe et demandent la mise en place d'un cadre permettant d'aider les différents intervenants à accepter leurs tâches .

En dépit de ces difficultés, il semble qu'aujourd'hui, dans le monde hospitalier, que le management participatif a bien toutes les raisons de devenir le mode dominant de gestion des hommes et des institutions (chapitre2).

Chapitre 2 : dynamisations de gestion sociale

La pression d'un environnement concurrentiel peut apparaître, en toute logique, moins forte et moins immédiate dans l'administration publique. Pour autant, certains secteurs publics sont aujourd'hui directement confrontés à une concurrence privée. Et le secteur de la santé est également concerné par cette évolution. La gestion du personnel s'apparente encore souvent, dans les services publics et dans le secteur hospitalier, à une «gestion de la fiche de paye» et du statut. On gère plus facilement un poste budgétaire qu'une compétence, au risque de maintenir une conception tayloriste du travail. Pour autant la modernisation de l'administration va provoquer des modifications progressives dans le fonctionnement de certains services publics et notamment celui de la santé. Les mutations culturelles, technologiques et organisationnelles vont amener les établissements de santé à bâtir leurs projets dans la modernisation de la gestion des ressources humaines⁽²⁶⁾. La gestion des ressources humaines consisterait donc en un ensemble de fonctions et de pratiques ayant pour objectif de mobiliser et de développer les ressources du personnel pour une plus grande efficacité et efficience, en soutien de la stratégie de l'établissement. C'est une activité fonctionnelle de l'institution de nature transversale (horizontale) par opposition à une activité hiérarchique (verticale). Evoquer la gestion des ressources humaines dans l'administration hospitalière, imposerait certainement de connaître les différents aspects de cette gestion,

l'organisation du travail et management participatif ainsi que les normes d'évaluations pour situer les liens entre entretien, appréciation et formation. La gestion prévisionnelle est l'instrument privilégié d'une politique de valorisation des ressources humaines car elle seule peut assurer la cohérence entre l'évolution des missions, des métiers et des qualifications ainsi que les politiques de gestion du personnel (recrutement, formation, mobilité, qualification, promotion). La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences a donné naissance à une pratique fréquente d'élaboration de référentiel d'emploi, référentiel de médecine, référentiel de compétence. Leur multiplicité est due à la fois aux perturbations économiques que connaît le monde du travail et à des choix méthodologiques différents selon les commanditaires ⁽²⁷⁾. Toutefois, il est certain que les expériences des entreprises privées, et dans une moindre mesure des établissements hospitaliers, sont variées et que chaque directeur des ressources humaines est amené à développer ses propres outils et de mixer à choisir les différentes approches. Evaluer les besoins signifie appréhender à moyen terme (deux à trois ans) les évolutions probables de la structure de l'emploi de l'établissement à partir des changements de l'activité hospitalière. le développement du management participatif traduit une véritable mutation en profondeur⁽²⁸⁾. Loin de n'être qu'un gadget managérial ou un groupement d'outils innovants, il s'oppose globalement à une vision sociale traditionnelle où « celui qui sait » décide pour celui qui est sensé de ne pas savoir. Cette logique, qui prévaut dans tous les cadres institutionnels, marque les esprits et, nécessairement, façonne la relation sociale ⁽²⁹⁾. Trois axes sont nécessaires pour la conduite du changement à l'hôpital : « Favoriser les concertations interdisciplinaires, responsabiliser les personnes ». Mettre ensemble, chaque fois que possible, des acteurs venant des différents secteurs de l'hôpital pour traiter ensemble les problèmes concernant l'activité et l'avenir de l'institution ; « Trouver les règles nouvelles pour l'élaboration et le suivi des décisions majeures concernant l'hôpital et son avenir » ⁽³⁰⁾.

Enfin, gérer les hommes, c'est admettre que les individus ne soient plus identifiés par un numéro, mais que chaque être humain est un individu singulier avec ses attentes, ses aspirations, ses capacités et ses limites. Certes, les contraintes sont multiples, mais le poids des événements est tenace et la croissance des dépenses de santé également. Gérer le personnel aujourd'hui et demain, c'est gérer des carrières, c'est permettre aux individus de mieux vivre. Les développements de la formation et de la communication autour de la responsabilisation et de la participation du personnel sont les clefs d'une organisation moderne notamment l'organisation hospitalière ⁽³¹⁾. La formation permettrait tout autant de régler certains dysfonctionnements observés qui auraient pour origine d'obsolescence des connaissances, voire des origines psychologiques (démotivation devant la difficulté de réaliser telle tâche...). Elle permettrait d'être un véritable outil stabilisateur des relations syndicales. De ce fait, un effort managérial dans ce domaine pourrait améliorer les contacts avec les partenaires sociaux.

CONCLUSION

Se pencher sur l'histoire des services publics amène à réaliser que c'est un mode d'organisation aussi nécessaire à une société que boire ou respirer à un individu. Si le concept est différent selon les âges et les pays, ses bases sont universelles : l'intérêt général, le service rendu, les principes d'égalité, de continuité, d'adaptabilité sont remis en question dans les sociétés à économie de marché. Les valeurs intrinsèques à tous les services publics et à leurs acteurs sont un des socles de notre société, les gommer au bénéfice de rapports marchands conduira à des conséquences qui iront au delà des inégalités sociales ou territoriales. Bien sûr, il ne s'agit pas de balayer d'un revers de main la maîtrise des dépenses de santé. Les tutelles doivent être dotées d'outils pour savoir qui fait quoi ? quand et comment ? Au même titre que le désir du soin optimum, celui d'une utilisation justifiée des deniers publics doit être une préoccupation

éthique, fondement de la motivation de ceux qui se consacrent au bien public. C'est dans le plein exercice de ses attributions régaliennes en matière de protection de la santé des populations que l'Etat doit intervenir pour conforter le service public hospitalier . C'est en effet par cette mission de santé publique, par cette vision désintéressée et par nature pérenne, que le service public se distingue des autres acteurs de santé. C'est ce qui fonde sa légitimité, sa raison d'être, et justifie sa place essentielle dans le paysage sanitaire L'objectif serait de dessiner ainsi les contours d'une organisation nouvelle du système de santé, fondée sur une vision moderne et performante du service public de santé dont les valeurs cardinales sont la continuité, la qualité et la pérennité des soins. Dans une période marquée par des bouleversements majeurs, géopolitiques, économiques ou sociaux, ces valeurs révèlent leur actualité, leur pertinence et leur force. La construction d'un service public de santé dont la seule finalité est le service aux patients suppose d'engager de profondes transformations du système de santé, relatives tant à son organisation qu'à son mode de financement. Elle repose sur la mise en place de nouvelles logiques basées sur l'échange et la contractualisation entre les acteurs et entre les structures. La pérennité et l'indépendance de toute logique lucrative qui caractérisent les établissements de santé à gestion spécifique leur confèrent la légitimité d'assumer et d'assurer cette mission, sur l'ensemble du territoire. L'hôpital devra s'adapter aux évolutions en marche tout en conservant ses valeurs traditionnelles. Il doit continuer à s'ouvrir sur son environnement pour se positionner et s'affirmer comme l'un des maillons structurants du système de santé à l'échelle de chaque territoire. Face à la technicisation et à l'hyperspécialisation croissantes des activités hospitalières, l'Homme et l'esprit d'humanité doivent rester le cœur des préoccupations du système de santé. A cette fin, l'éthique doit être la valeur constitutive de ce nouveau service public de santé. Elle doit inspirer toutes ses conduites.

Bibliographie

1 POUVOURVILLE G., « Traité d'économie et de gestion de la santé », Edition de santé, France, 2009, p.35.

- 2 MINTZBERG H., « Structure et dynamiques des organisations », Editions d'organisation, Paris, 1982, pp. 328-330.
- 3 NOBRE T., « l'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements », manuscrit publié dans le 20ème congrès de L'AFC, France, 1999, pp. 12-13.
- 4 CHAOUI F, LEGRO M, « Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie», Défis nationaux et enjeux partagés, Algérie, 2012, page 10.
- 5 LAUFER R. et BURLAUD A., « Management Public, gestion et légitimité », op.cit, pp. 29-40.
- 6 Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière, les préalables et les actions urgentes, p.1
- 7 ALECIAN S. et FOUCHER D., « Le management dans le service public », Editions d'organisation, Paris, 2002, p.10. 11 Idem, p.11. Idem, p.14.
- 8 *Primary health care: a framework for future strategic directions..* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/MNC/OSD/03.01).
- 9 Déclaration d'Alma-Ata. In: Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (Série «Santé pour tous», N°1; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf>, consulté le 3 octobre 2003).
- 10 *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé..* Washington, D.C., Banque mondiale, 1993.
- 11 Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière, les préalables et les actions urgentes, pp.6-8.
- 12 MIDLER C., «Evolution des règles de gestion et processus d'apprentissage», PUF, Paris, 1994, p.403.
- 13 PINEAULT R. et DAVELUY C., « La planification de la santé : concepts et méthodes », Editions Nouvelles AMS, Ottawa, 1995, p.480.
- 14 CLAVERANNE J.-P., « Le projet d'établissement à l'hôpital », Economica, Paris, 1996, p.407.
- 15 POUVOURVILLE G., « Traité d'économie et de gestion de la santé », op.cit, p.4
- 16 GROSJEAN M. et LACOSTE M., «Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital », PUF collections, Paris, 1999, p.63.
- 17 LORINO P., « Méthodes et pratiques de la performance », Editions d'Organisation, Paris, 2003, p.39

- 18 STEUDLER F., « Le management hospitalier de demain : approche sociologique », revue hospitalière de France, n° 497-Mars-Avril, 2004, pp. 43-52, p.43.
- 19 MEMENTO Pratique Comptable Francis Lefébre, Ed. F.lefebre ,1997.
- 20 BOUQUIN H., comptabilité de gestion, Sirey, 1993.p.5
- 21 ANTHONY R N., planning and control system. A work for analys, grade school of business administration, CAMBRIDGE (USA) Harvard University Press, 1965.
- 22 KEISER .A.M. , *Comptabilité analytique et de gestion*, Eska, 1994 p.75
- 23 Michel Gervais, contrôle de gestion et planification de l'entreprise, Paris Economica, 1988 (3^{ed}) tome 1, p.12
- 24 G.W.Dalton et Paul.R.Laurence , motivation and Contrôle Organisation Home Word (USA), R.D.Anthony,1971, qui distinguent le contrôle formel ,le control informel des groupes et le control individuel, lié à la motivation
- 25 Mkalaf K. A., Gibson P., and Flanagan J., “A Study of Current Maintenance Strategies and the Reliability of Critical Medical Equipment in Hospitals in Relation to Patient Outcomes,” vol. 7, no. 10, pp. 1383–1390, 2013.
- 26 RAOUL N., *Gestion prévisionnelle et préventive des compétences au milieu hospitalier*, l'Harmattan, 1991 .p.32.
- 27 GAUTIER- MOULIN. P. « *Les référentiels de formation* », Actualité de la formation permanente, n°143, juillet – août 1996 P.25
- 28 OHANA. P, *Les 100 mots clefs du management des hommes*, Dunod, 1991, P.112
- 29 H. MENDRAS. Et ALILI, *Les champs de la sociologie française*, Armand Colin 1988, chapitre 6, 7 et 8
- 30 ARBUZ G .et DEBROSSED D., réussir le changement de l'hôpital, inter-Edition, 1996.P.96.
- 31 LELEUTRE H., SAJUS J.P : *la formation des personnels hospitaliers*, éditions ENSP ? 1995. p.83.