



**République Algérienne Démocratique et Populaire Ministère
d'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Ecole Supérieure de Management Tlemcen**



**En vue de l'obtention du Diplôme de Master en science de gestion
Spécialité : Management des services de santé**

Thème :

***Le rôle de la gouvernance dans la réussite de la réforme hospitalière
Cas du CHU Bejaia***

**Présenté par :
Guettala Nour el Yasmine**

Tidadini Meriem

Soutenu le : 03/07/2023

Devant le jury composé de :

Nom et prénom	Grade	Qualité
Dr.Moussaoui Rafika	MCA	Présidente
Dr.Boussadia Hichem	MCB	Encadrant
Dr.Khaldi Mustapha	MCA	Examineur

Année universitaire :2022/2023

Résumé :

Le but de cette étude était de déterminer le rôle de la gouvernance dans la réussite de la réforme hospitalière. Nous avons utilisé une approche d'analyse descriptive consistant à distribuer des questionnaires aléatoirement à un échantillon de 60 d'employés et (27) questionnaires ont été récupérés, ce qui signifie que l'échantillon d'étude était composé de 27 travailleurs, et le programme statistique SPSS V26 pour stocker les données et analyser les résultats.

D'après les résultats Nous avons constaté que la gouvernance avait un rôle essentiel et efficace dans la réussite de la réforme hospitalière au niveau du centre hospitalo-universitaire (CHU) situé à Bejaia. Les recommandations les plus importantes que nous avons proposées sont : établir des structures de gouvernance claires et adaptées, Promouvoir la transparence et la responsabilisation, soutenir les réformes hospitalières par des investissements adéquats.

Mots clé : la gouvernance, la réforme hospitalière, l'établissement du CHU , système de santé

ملخص

الهدف من هذه الدراسة هو تحديد دور الحوكمة في نجاح إصلاح المستشفيات المركز الاستشفائي الجامعي بولاية بجاية .

استخدمنا نهج التحليل الوصفي المتمثل في توزيع الاستبيانات بشكل عشوائي على عينة قوامها 60 موظف وتم جمع (27) استبانة ، أي أن عينة الدراسة تكونت من 27 عاملا ، والبرنامج الاحصائي spss V26 لتخزين البيانات و تحليل النتائج.

وفقاً للنتائج وجدنا أن للحوكمة دور أساسي وفعال في نجاح إصلاح المستشفى على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي (CHU) الموجود في بجاية.

أهم التوصيات التي اقترحناها هي: إنشاء هياكل حوكمة واضحة ومناسبة، وتعزيز الشفافية والمساءلة، ودعم إصلاحات المستشفيات باستثمارات كافية.

الكلمات المفتاحية: الحوكمة ، إصلاحات الاستشفائية ، المركز الاستشفائي الجامعي ، النظام الصحي

Je dédie ce mémoire à :

Ma chère famille qui m'a doté d'une éducation digne , son amour a fait de moi ce que je suis aujourd'hui et particulièrement à :

Ma chère maman :

Celle qui a souffert sans me laisser souffrir, qui n'a jamais dit non à mes exigences et qui n'a épargné aucun effort pour me rendre heureuse. Aucun dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que tu as consenti pour mon instruction et mon bien être. Je te remercie pour tout le soutien et l'amour que tu me porte depuis mon enfance et j'espère que ta bénédiction m'accompagne toujours

Mon cher papa :

A mon pilier qui s'est consacré jour et nuit pour mon bien être ; qui a toujours été présent pour les meilleurs comme pour les pires moments, qui m'a aimé d'une manière inconditionnelle et qui m'a donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance. Que ce travail traduit ma gratitude et mon affection.

*Ma chère et unique sœur **Meriem** et mes deux frères **Sofiane** et **Amine** qui n'ont pas cessé de me soutenir, de m'encourager et conseiller tout au long de mes études. Merci pour votre AMOUR.*

*Mes belles sœurs **Imen** et **Alima**.*

*Mon beau-frère **Khalil** .*

*Mes adorables nièces **Sirine**, **Bouchra** , **Jouri** , **Razane** et **Dania** .*

*Mon unique neveu **Iyad** .*

*Ma chère tante **FARIDA**, Puisse Dieu , le très Haut , vous accorder santé , bonheur et longue vie .*

*Mes chères amis : **L3mriw** , **Melissa** , **Rayane** , **Sofia** et **Fatima** , merci pour les bons moments passés ensemble , vos encouragement et pour votre amour .*

*Ma chère binôme **MERIE**M pour sa compréhension son encouragement et surtout pour son soutien moral tout au long de ce projet*

*Mes chats : **CHANNEL**, **TWENKIE** et **EVA**.*

*Toute ma famille paternelle **GUETTALA**, et maternelle **RAMDANI**.*

Toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail, et a tous ceux qui m'aiment et que j'aime.

Guettala Nour el Yasamine

Dédicace

Avec l'expression de ma reconnaissance, je dédie ce modeste travail

A ma famille, elle qui m'a doté d'une éducation digne, son amour a fait de moi ce que je suis aujourd'hui :

*Particulièrement à vous **mes très chers parents**, quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai point vous remercier comme il se doit. Votre affection me couvre, votre bienveillance me guide et votre présence à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter les différents obstacles.*

*A mes chers frères et sœurs **Nordine, Farid, Ardjouna, Nadia et yasmine** ; qui n'ont pas cessé de me conseiller, m'encourager et me soutenir tout au long de mes études, que dieu les protège et leurs offre la chance et le bonheur.*

*Mes beaux-frères **Aziz et Tahar** ; Mes belles sœurs **hlima et typhaine**
A mes adorables neveux **Ghanou, Nohé, Zaki et Idris** ; et mes tendres nièces **Lanna et Houda***

A tous mes amis que j'ai connus jusqu'à maintenant sans exception pour votre soutien moral, les bons moments passés ensemble, vos encouragements et votre précieuse amitié.

*A ma chère binôme **NOUR** pour sa compréhension et sa patience.*

Tidadini Meriem

Remerciement

*Nous remercions d'abord le bon dieu le tout puissant de nous avoir données le courage et la détermination pour arriver à ce stade. Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à notre encadrant Monsieur **Dr. BOUSSADIA HICHEM** Nous le remercions pour la qualité de son encadrement exceptionnel , pour sa disponibilité , sa patience et surtout ses précieux conseils.*

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude envers les membres du jury pour leur temps et leur contribution essentielle à l'évaluation de notre travail.

Nous adressons nos sincères remerciements à tous nos professeurs pour la formation enrichissante et pleine d'intérêts.

*Madame **Gherbi** pour nous avoir permis d'effectuer notre stage au sein de son établissement.*

Nous remercions Monsieur ALLACHE qui nous a accompagnées tout au long de notre stage au sein du CHU, et pour les conseils qu'il a pu nous prodiguer.

Merci à tous les personnes qui ont, de près ou de loin, contribué à la réalisation de ce mémoire.

Liste d'abréviations

CHU	Centre hospitalo universitaire
ONG	Organisation non gouvernementale
ISR	Investissement socialement responsable
MIC	Microentreprise
ETI	Entreprise de tailles intermédiaire
SME	Système de management environnemental
PSPH	Participation au service public hospitalier
ESPIC	Etablissement de santé privé à intérêt collectif
CME	Commission médicale d'établissement
CTE	Comité technique d'établissement
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de remise à niveau et medico-techniques
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CRUCQ-PC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
HAD	Hôpital à domicile
ARS	Agence régionale de santé
HAS	Haute autorité de santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SIH	système d'information hospitalier
DSIO	Direction du système d'information et d'organisation
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
OMS	Organisation mondiale de la santé
MSPRH	Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière
INSP	Institut national de santé publique
ANS	Agence nationale de sang

Liste des figures :

Figure N°1 : Organigramme de CHU de Bejaia -----	86
Figure N°2 : Organigramme de la direction des ressources humaines -----	90
Figure N°3 : Organigramme de la direction des finances et du contrôle-----	91
Figure N°4 : Organigramme de la direction des moyens matériels -----	92
Figure N°5 : Répartition selon le sexe -----	101
Figure N°6 : Répartition selon la tranche d'Age -----	102
Figure N°7 : Répartition selon nombre d'années d'expérience dans le domaine-----	103
Figure N°8 : Répartition selon les postes occupés -----	105

Liste des tableaux :

Tableau N°1 : Nombmre de lits au CH et CHU de différentes taille -----	29
Tableau N°2 : : Statistiques sur les questionnaires distribués, perdus ou rejetés au sein du CHU Bejaia	97
Tableau N°3 : Statistique de fiabilité -----	100
Tableau N°4 : Répartition selon le sexe -----	101
Tableau N°5 : Répartition selon la tranche d'âge -----	102
Tableau N°6: Répartiton selon nombre d'expérience dans le domine -----	103
Tableau N°7 : Répartition selon les postes occupés -----	104
Tableau N°8 : Répartition des réponses sur la question n°5 -----	106
Tableau N°9 : Répartition des réponses sur la question n°6 -----	107
Tableau N°10 : Répartition des réponses sur la question n°7 -----	107
Tableau N°11 : Répartition des réponses sur la question n°8 -----	109
Tableau N°12 : Répartition des réponses sur la question n°9 -----	110
Tableau N°13 : Répartition des réponses sur la question n°10 -----	111
Tableau N°14 : Répartition des réponses sur la question n°11-----	112
Tableau N°15 : Répartition des réponses sur la question n°12 -----	113
Tableau N°16 : Répartition des réponses sur la question n°13-----	113
Tableau N°17 : Répartition des réponses sur la question n°14 -----	114
Tableau N°18 : Répartition des réponses sur la question n°15-----	115
Tableau N°19 : Répartition des réponses sur la question n°16 -----	116
Tableau N°20 : Répartition des réponses sur la question n°17-----	117
Tableau N°21 : Répartition des réponses sur la question n°18-----	117
Tableau N°22 : Répartition des réponses sur la question n°19-----	118
Tableau N°23 : Répartition des réponses sur la question n°20 -----	119

Tableau N°24 : Répartition des réponses sur la question n°21 -----120

Tableau N°25 : Teste d'hypothèse H1 -----121

Sommaire

Sommaire

Introduction générale	1
Chapitre 1 : La gouvernance hospitalière	
Section 01 : Généralités sur la gouvernance	7
Section 02 : la gouvernance hospitalière	24
Chapitre 2 : réformes hospitalières	
Section 01 : présentation du système de santé algérien	35
Section 02 : les réformes hospitalières en Algérie	44
Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière	65
Chapitre 4 : stage pratique au CHU de Bejaia	
Section01 : Présentation d'établissement d'accueil	85
Section02 : Présentation des résultats.....	96
Conclusion générale :.....	127

Bibliographie

Annex

Tables des matières

Introduction générale

Introduction Générale

Introduction générale

Introduction Générale

L'amélioration de la santé des populations est une préoccupation majeure à l'échelle mondiale. Chaque pays a développé son propre mode d'organisation du système de santé pour répondre de manière optimale à la demande croissante en matière de soins de santé.

Le système national de santé vise à garantir la santé et le bien-être de la population en mettant en place un ensemble d'activités et de ressources. Son objectif est d'assurer une prise en charge globale, cohérente et unifiée des besoins de santé de la population, conformément aux normes définies dans la carte sanitaire. L'objectif principal de ce système est d'améliorer la santé des individus et des communautés, en veillant à ce que tous aient accès à des services de santé équitables et en mesure de répondre à leurs attentes légitimes.

En Algérie, chaque individu a le droit d'accéder aux soins de santé. Il incombe à l'État de garantir à toutes les personnes, indépendamment de leur situation financière, de leur lieu de résidence ou de leurs origines, l'accès à des soins de qualité dans le cadre de la solidarité nationale.

En Algérie, comme dans de nombreux pays en développement, d'importants efforts ont été déployés pour répondre aux besoins sanitaires de la population. Cela a été rendu possible grâce à un contexte économique favorable et à l'abondance des ressources financières, notamment grâce aux recettes pétrolières, observées dans les années 70 et au début des années 80. Cette période a été marquée par une profonde réorganisation du système de santé. Tout d'abord, la gratuité des soins a été instaurée en 1974 (par l'ordonnance de décembre 1973 portant sur la gratuité des soins). Ensuite, un grand nombre d'infrastructures sanitaires ont été construites, telles que des hôpitaux, des polycliniques et des centres de santé. Enfin, des investissements ont été réalisés dans la formation du personnel médical. Ces mesures ont contribué par la suite à des améliorations satisfaisantes en termes d'état de santé de la population.

Néanmoins, il est important de reconnaître que le système national de santé en Algérie fait face à plusieurs contraintes et lacunes qui pourraient compromettre les principes fondamentaux tels que l'accessibilité et l'équité. Le système de santé présente certaines faiblesses, notamment une organisation, une gestion et des modalités de financement qui ne sont pas adaptées aux mutations socio-économiques, démographiques et épidémiologiques que le pays connaît. C'est sur la base de ces faiblesses que les autorités nationales ont défini des objectifs, des axes stratégiques, des réformes pour améliorer l'efficacité, la qualité et l'accessibilité des services de santé. Toutefois, la réussite de ces réformes repose largement sur la gouvernance hospitalière.

Dans ce contexte, la gouvernance joue un rôle crucial dans la réussite de ces réformes hospitalières. La gouvernance peut être définie comme l'ensemble des mécanismes, des structures et des processus qui régissent la prise de décision, la responsabilisation et la gestion des établissements de santé. Elle est essentielle pour garantir une utilisation efficace des ressources, une planification stratégique cohérente et une amélioration continue de la qualité des soins.

Introduction générale

Quelques études portant sur la gouvernance et la responsabilité sociale de l'entreprise, ont été

menées, nous citons comme exemple :

- NOUARA KAID : Le Système de Santé Algérien entre Efficacité et Equité, thèse de Doctorat d'Etat en Science Economiques, Université d'Alger, Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion,
- ZIANI Zoulikha, Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, thèse de magister en science économiques, université AMira de Bejaia, Mai 2012
- OUFRIHA Fatima-Zohra : Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie. OPU, Alger, 1992.
- Boutaleb, Université de Tlemcen, « La problématique de la gouvernance d'entreprise en Algérie » , Article
- OUFRIHA Fatima Zohra, la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ?, revue de cahier de CREAD, n°35-36 «3^{ème} et 4^{ème} trimestres 1993,

Intérêt et importance du sujet :

- Ce sujet revêt une grande importance, car il appartient au domaine de l'économie de la santé.
- Il est d'autant plus crucial car il existe un manque de recherches universitaires dans ce domaine. Notre humble contribution peut être considérée comme une source documentaire pour les étudiants à venir, en leur fournissant des informations utiles pour leurs propres recherches dans ce domaine. Ainsi, nous espérons mettre à leur disposition des connaissances qui leurs seront précieuses.

Problématique :

L'objectif de notre travail est de monter l'importance de la gouvernance dans la réussite des principales réformes apportées au système de santé algérien, et la réalisation de leurs objectifs visés.

Ainsi, notre problématique peut se formuler comme suite : **dans quelles mesures l'utilisation d'une bonne gouvernance peut-elle contribuer dans la réussite de la réforme hospitalière au sein du CHU Bejaia ?**

Afin de cerner notre problématique, voici quelques questions subsidiaires qui pourraient se poser :

Introduction générale

- comment est gouverné un hôpital ?
- quels sont les facteurs et enjeux déterminants dans la mise en place d' une réforme au sein des établissements publics (hôpitaux) ?
- quel est l'état actuel des réformes hospitalières en Algérie ?

Afin de mieux comprendre notre étude et répondre à nos questions nous nous appuyons sur les hypothèses suivant:

- La gouvernance joue un rôle moyen et secondaire dans la réussite de la réforme hospitalière au sein du CHU Bejaia

-La gouvernance joue un rôle efficace et essentiel dans la réussite de la réforme hospitalière au sein du CHU Bejaia

Objet de la recherche :

L'objet de notre recherche est de présenter le système de santé algérien, la relation entre une bonne gouvernance et la réussite des réformes hospitalière.

Les difficultés rencontrées :

Les difficultés auxquelles nous sommes confrontés lors de la réalisation de ce mémoire de master sont principalement liées à la disponibilité limitée de documentation directement liée à notrethème.

Le manque des données statistiques récentes concernant les réformes hospitalières en Algérie

Plan d'exposition :

Afin de mener à bien notre recherche, nous avons structuré notre travail en trois chapitres en fonction des données disponibles de la manière suivante :

Chapitre1 : est composé de deux section, la première portera sur les concepts de la gouvernance et d'une deuxième section, l'organisation spécifique de L'hôpital.

Chapitre 2 : nous conduira à présenter le système de santé algérien dans une première section, quant à la deuxième elle sera consacré aux réformes hospitalières.

Chapitre 3 : dans ce chapitre nous expliquerons la relation entre une bonne gouvernance et la réussite des réformes hospitalières

Afin de joindre le théorique au pratique, nous avons compté d'effectuer un stage pratique au sein du Centre Hospitalo-Universitaire dit CHU Khelil Amrane de Bejaia

La partie pratique est divisée en deux sections, la première est une présentation générale du CHU de Bejaia et la deuxième sera une présentation des résultats.



**Chapitre 1 :
Gouvernance
hospitalière**

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

Chapitre 1 : Gouvernance hospitalière

Introduction :

L'objectif principale de ce chapitre est d'analyser les services publics à travers ses spécificités et ses caractéristiques, nous présenterons un bref aperçu historique de l'émergence du concept gouvernance ,comme nous avons jugé nécessaire d'exposer une revue de la littérature sur les différents modèles et théories de la gouvernance afin de ressortir la théorie la mieux adaptée au secteur public, en général ,et à l'hôpital en particulier .En mettant l'accent sur la participation des parties prenantes .

Section 01 : Généralités sur la gouvernance

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

1. La gouvernance

1.1. Historique

Ce terme, dérivé de gouverner, est issu du latin gubernare, qui est emprunté au grec κυβερνάω, racine qu'on retrouve dans le terme cybernétique.

Au milieu du XV^e siècle, le terme de gouvernance désigne la charge domestique de la gouvernante alors qu'à partir de 1478 il désigne aussi les provinces de l'Artois et de la Flandre, alors que celles-ci ont un statut administratif particulier¹. Le gouverneur est à la tête de la gouvernance. Il est passé dans la langue anglaise au XIV^e siècle (governance).

Le terme est tombé en désuétude en France, en partie parce qu'il était associé à l'Ancien Régime¹. En anglais, en revanche, il a commencé à apparaître dans un contexte très différent de celui des années 1970, sous l'expression corporategovernance. C'est donc du côté du secteur privé que le concept est réapparu, désignant un mode de gestion des entreprises fondé sur l'articulation entre le pouvoir des actionnaires et le pouvoir des dirigeants. La question se pose alors de savoir quels sont les acteurs impliqués dans la prise de décision au sein des entreprises et comment ils interagissent entre eux.

Dès 1975, le « Rapport de la Commission Trilatérale » (mai 1975 : « Governability of Democracies ») y incorpore le terme gouvernance³ qui se substituera peu à peu à celui de « Governability »¹

1.2. Définition

La "gouvernance" désigne un ensemble de décisions, de règles et de pratiques visant à assurer le fonctionnement optimal d'une organisation, ainsi que les structures responsables de la formulation, de la mise en œuvre et du suivi de ces décisions, règles et pratiques. Le concept de gouvernance s'applique aux organisations privées, publiques, locales, nationales, internationales, mondiales... et s'applique aux organisations à tous les niveaux.

¹ Cadbury, la "corporategovernance" désigne le système par lequel les sociétés sont dirigées et contrôlées, v. Colloque Les Echos 26 oct. 1994

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

La gouvernance fait référence à l'ensemble des processus, des institutions, des processus décisionnels et réglementaires et des pratiques des pouvoirs publics sur des questions d'intérêt commun. La bonne gouvernance ajoute une dimension normative ou évaluative aux processus gouvernementaux. Du point de vue des droits de l'homme, elle se réfère principalement aux processus par lesquels les autorités publiques s'acquittent de leurs devoirs publics, gèrent les ressources publiques et garantissent la réalisation des droits de l'homme.²

Il n'existe pas de définition internationalement reconnue de ce qu'est la bonne gouvernance, mais elle peut inclure les thèmes suivants. Le plein respect des droits de l'homme, l'État de droit, la participation effective, les partenariats multipartites, le pluralisme politique, la transparence et la responsabilité dans les procédures et activités organisationnelles, l'efficacité du secteur public, la légitimité, l'accès à la connaissance, à l'information et à l'éducation, l'autonomisation politique, l'équité, la durabilité, la responsabilité, la solidarité, etc. les attitudes et les valeurs qui favorisent la tolérance.

En d'autres termes, la bonne gouvernance est l'ensemble des processus et des résultats politiques et institutionnels nécessaires pour atteindre les objectifs de développement. Le véritable test de la bonne gouvernance est la mesure dans laquelle les droits de l'homme, tels que les droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux, sont respectés. La question clé est de savoir si les institutions de gouvernance garantissent effectivement les droits à la santé, à un logement adéquat, à une alimentation suffisante, à une éducation de qualité, à une justice équitable et à la sécurité de la personne.³

1.3. Modèles

La théorie de l'agence, qui en constitue la base, représente la gouvernance comme un nœud de contrats entre les différentes parties prenantes, à savoir les actionnaires, les créanciers, les employés et les fournisseurs. Elle ne s'intéresse que partiellement à la définition des objectifs de l'entreprise en tant qu'entité, mais à l'analyse des objectifs personnels de chaque partie prenante, chacune cherchant à maximiser sa propre fonction d'utilité. Parmi toutes ces

²Berle& Means, The modern corporation ans private property, New York, 1932

³ Smith, La richesse des nations, 1776, Ed. Garnier Flammarion 1991, II p. 366.

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

parties prenantes, les actionnaires (mandants) et les dirigeants (agents) jouent un rôle central. En effet, les actionnaires ne peuvent exercer leurs droits de propriété qu'en dernier recours, après que les créances des autres parties prenantes, telles que les créanciers et les salariés, ont été payées.

Elle est donc un contrat liant le principal à un agent dans le but d'obtenir un service (la gestion). Cette relation existe car il y a une divergence d'intérêts, asymétrie informationnelle et existence de coûts d'établissement et d'exécution des contrats.

Institutions et actionnaires de contrôle Pour l'école néoclassique, l'entreprise a une fonction de production qui lui permet d'obtenir une certaine quantité de produits (output) à partir des facteurs de production (inputs). En effet, depuis les travaux de R. Coase (prix Nobel d'économie), l'entreprise n'est considérée que comme une fiction juridique fondée sur des droits de propriété, et ses relations sont régies par l'idée d'une relation contractuelle fondée sur une sorte de délégation. Les théoriciens de l'agence soulignent qu'il existe une contradiction insoluble entre les intérêts des différents groupes et ceux des agents en position de leadership. L'agence est le nœud des contrats car elle est le siège de différentes catégories d'intérêts.

Effets induits des modèles de la théorie de l'agence, performance des entreprises, transparence de la gestion et équité dans la distribution des richesses. Il s'agit aussi essentiellement d'un concept qui vise à apporter plus de transparence dans la distribution du pouvoir, le contrôle du pouvoir et l'implication à tous les niveaux de la hiérarchie. L'analyse de la structure de gouvernance ne permettant pas à elle seule de comprendre le fonctionnement réel d'une entreprise, l'étape suivante consiste à analyser le comportement des acteurs. C'est l'une des convictions les plus fortes de l'auteur, et l'affaire Enron a été une démonstration remarquable de la justesse de cette thèse.⁴

Elle est basée sur la transparence, la reddition des comptes, la disponibilité de l'information et l'implication de tous. La mondialisation implique l'adoption de normes universelles qui guident les entreprises. La nécessité de mettre les normes en harmonie avec les standards

⁴Bourmaud, « La gouvernance contre la démocratie représentative ? Concept mou, idéologie dure », in Rafaâ Ben Achour, Jean Gicquel et Slobodan

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

internationaux, les entreprises faisant appel public à l'épargne, les banques, les compagnies d'assurance, les grands acteurs économiques.

Traditionnellement, on distingue les parties prenantes primaires, qui sont des acteurs contractuels (actionnaires, salariés, clients, fournisseurs) en contact direct avec l'entreprise et qui peuvent menacer sa survie, et les parties prenantes secondaires, qui sont des acteurs diffus situés dans l'environnement de l'entreprise mais qui ne sont pas essentiels à sa survie. D'autres distinguent les parties prenantes en fonction de la classification des acteurs, comme les parties prenantes internes, telles que les actionnaires, les employés et les syndicats, et les partenaires opérationnels, tels que les clients, les fournisseurs, les banques, les compagnies d'assurance, les autorités publiques, les organisations professionnelles, les ONG et la société civile. Plusieurs distinctions de parties prenantes (internes, comme les employés et les actionnaires ; externes, comme les consommateurs et les fournisseurs ; groupes importants, d'abord ; seconds, comme les quartiers ; stratégiques, qui peuvent influencer l'organisation ; volontaires, qui interagissent avec le quartier ; non volontaires, qui souffrent du quartier ; côté offre, comme les employés et les actionnaires) sont proposées par la littérature. Plusieurs distinctions ont été proposées dans la littérature.

Enfin, une classification plus dynamique des parties prenantes peut être proposée sur la base de trois caractéristiques clés des parties prenantes : le pouvoir de la partie prenante par rapport à l'entreprise ou à d'autres parties prenantes ; la capacité d'influencer l'entreprise ; la légitimité de la partie prenante à exprimer des demandes à l'entreprise la perception de la légitimité de la partie prenante, l'urgence des demandes de la partie prenante qui doivent être prises en compte immédiatement par l'entreprise.⁵

Les gouvernances sont en contact avec des acteurs économiques externes. Chacun d'entre eux peut influencer ou être influencé par la réalisation de ses objectifs. Il s'agit des clients, qui ont des attentes, notamment en matière de prix, de qualité, de sécurité des biens et services et de délais de livraison ; des fournisseurs, qui ont des objectifs, notamment en matière de prix, de volume des ventes et de solvabilité ; des banques, qui financent l'entreprise et en attendent le remboursement ; de l'État et des collectivités locales, qui attendent des actions sur l'emploi ainsi que le paiement des impôts et des cotisations sociales

⁵Milacic (éd.), La démocratie représentative dans un défi historique, Bruylant, Bruxelles 2006, pp. 78 et 83.

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

; des associations de consommateurs, qui ont des attentes diverses, telles que la défense des intérêts, le respect de l'environnement et du cadre de vie, et le respect des droits de l'homme. Il s'agit d'associations et d'ONG qui ont des attentes diverses, telles que la défense des intérêts, le respect de l'environnement et de la nature, et l'obligation de promouvoir l'entreprise. Il s'agit d'associations et d'ONG dont les attentes varient de la défense des intérêts des consommateurs au respect des normes environnementales. Il ressort que les intérêts des parties prenantes sont souvent contradictoires.

Il existe trois grands types de parties prenantes : les parties prenantes organisationnelles et les parties prenantes économiques. Les parties prenantes économiques sont celles qui contribuent aux activités économiques de l'entreprise et qui sont pour la partie commune, le pays ou la communauté. Les autres sont des institutions spécialisées et spécialisées dans chaque secteur économique. Chacune a ses propres attentes et son propre mode de gouvernance. Plus l'implication est grande, mieux l'entreprise peut atteindre ses objectifs de développement, toutes dimensions confondues. Les actionnaires ne constituent pas un bloc homogène. C'est pourquoi il est utile d'écouter la voix des actionnaires et des acteurs de l'investissement socialement responsable (ISR) afin de réduire la distance entre les investisseurs et les dirigeants. Les dirigeants sont également mis en cause pour des rémunérations parfois excessives. La loi impose aux entreprises d'être transparentes à cet égard. Quant aux salariés, ils ne sont pas seulement des parties prenantes, mais sont responsables de l'avenir de l'entreprise. L'entreprise de demain est dans les employés d'aujourd'hui.

Les clients peuvent également être décrits comme des consommateurs ou des utilisateurs. Il est donc stratégique de s'assurer de leur participation au projet et de passer d'une conception "transactionnelle" du marketing à une conception "relationnelle", où le fournisseur est la relation dans laquelle se pose la question de l'achat de programmes inspirés du commerce équitable. Cependant, de nombreux acteurs de la société civile doutent que le système de libre entreprise, dont la fonction régulatrice de l'État est remise en cause au nom de l'idéologie néolibérale, puisse continuer à fonctionner encore longtemps sans provoquer une crise encore plus grave que la précédente.⁶

⁶ J. Caby, J. Hirigoyeng, 2005, Création de valeur et gouvernance de l'entreprise, Economica, 3ème édition.

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

On distingue deux modes de gouvernance.

● **La gouvernance actionnariale (ou modèle shareholders)**

Il s'agit du mode de gouvernance le plus ancien. Il privilégie les intérêts des actionnaires car il permet aux actionnaires d'avoir une vision précise des actions des managers et de valider leur activité. L'idée est de limiter les abus de pouvoir des décideurs et de mettre en place un équilibre entre pouvoir du dirigeant et pouvoir de l'actionnaire.

Les entreprises sont poussées à améliorer leur rentabilité et doivent expliquer leurs stratégies. L'idée est d'accroître la valeur globale des entreprises.

● **La gouvernance partenariale (ou modèle stakeholders)**

Ce mode de gouvernance est plus récent, il prend en compte l'ensemble des parties prenantes.

Une attention est portée aux intérêts légitimes des parties prenantes dans la mise en place des structures, dans les prises de décision.

La création de valeur ne passe pas seulement par la maximisation de la valeur actionnariale. Les dirigeants sont invités à prendre des décisions conformes aux intérêts des parties prenantes. Ainsi l'entreprise, en plus d'un objectif de rentabilité, veille à son impact sur l'environnement, s'investit dans la société civile, développe une vision citoyenne face aux consommateurs.⁷

1.4. Types

Le modèle actionnarial de gouvernance :

Les différentes théories de la gouvernance se sont d'abord construites autour d'études relatives à la séparation des fonctions de gestion et d'administration (Berle et Means 1932), à l'analyse contractuelle de l'entreprise, en particulier la théorie des coûts de transaction (Coase 1937) et la théorie de l'agence (Jensen et Meckling 1976). Ainsi, le courant principal de la gouvernance est contractuel et se concentre principalement sur la question de la résolution des conflits d'intérêts, en particulier la minimisation des coûts d'agence associés

⁷Andreck, Macif : Alternatives Economiques Poche n° 022 - janvier 2006

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

aux paires actionnaire/direction (Shleifer et Vishny 1997). L'objectif de la gouvernance est d'introduire certains mécanismes pour discipliner les dirigeants et réduire leurs pouvoirs discrétionnaires afin de garantir l'investissement financier des actionnaires.

L'objectif est de minimiser les coûts d'agence découlant des asymétries d'information, de l'existence d'un comportement opportuniste et d'intérêts divergents entre la direction et les actionnaires. Par conséquent, les systèmes de gouvernance actionnariale se limitent principalement à un rôle punitif de supervision du comportement des dirigeants, dans le but d'aligner leurs actions sur les seuls intérêts des actionnaires. Le critère de performance est la valeur actionnariale grâce à un meilleur contrôle du processus de création et de distribution de la richesse en faveur des principaux acteurs de l'entreprise. Un système de gouvernance efficace est donc un système qui limite le risque de détournement de la valeur ou de non-maximisation de la valeur actionnariale par la direction. Pour contrôler ainsi le pouvoir discrétionnaire de la direction, les actionnaires doivent s'assurer que la forme organisationnelle et le système institutionnel de gouvernance d'entreprise sont en mesure de garantir la rentabilité de leurs investissements financiers. En effet, ce modèle de gouvernance actionnariale repose sur une combinaison judicieuse de mécanismes internes et externes visant à contrôler le comportement des dirigeants (Charreaux, 2004). Les mécanismes internes à l'entreprise ont été délibérément développés par les partis et les législateurs. Parmi ces mécanismes organisationnels, les droits de vote accordés aux actionnaires, les conseils d'administration, le contrôle mutuel de la gestion, les systèmes de rémunération des dirigeants, les syndicats internes et les audits ont été privilégiés comme formes alternatives de gouvernance d'entreprise à caractère punitif.

Les mécanismes de gouvernance externe découlent du fonctionnement naturel des marchés. Dans ce contexte, un certain nombre de marchés peuvent être identifiés Marchés de gestion (où les dirigeants sont évalués en fonction de leurs performances), marchés des offres publiques d'achat (qui comprennent les offres publiques d'achat, les offres publiques de rachat, les garanties contractuelles et les procédures d'arrangement juridique). Le marché de l'information financière (ce marché, comme le marché des offres publiques d'achat, permet de réduire les coûts d'agence et de résoudre les conflits d'intérêts afin de maximiser la valeur actionnariale).

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

Cependant, face à la difficulté de distinguer clairement les mécanismes disciplinaires internes et externes, il est possible de retenir les deux critères de classification que sont la spécificité et l'intentionnalité, développés pour la première fois par Williamson (1985) dans sa "Théorie des coûts de transaction". Selon cette approche, la spécificité de l'actif, c'est-à-dire l'impossibilité de redéployer l'actif pour un usage alternatif sans coûts supplémentaires, constitue la base de l'analyse des moyens de régulation de la relation maître-serviteur. Ces mécanismes dits spéciaux sont l'environnement légal et réglementaire, les associations nationales, les associations de consommateurs, etc.

Ce critère de spécificité peut être combiné avec le critère d'intentionnalité. Il exprime la volonté d'introduire une régulation institutionnelle visant à orienter et donc à contrôler le comportement des dirigeants. De ce point de vue, la culture d'entreprise, les réseaux de confiance informels et la réputation des employés s'apparentent à des mécanismes institutionnels. Il convient toutefois de noter qu'il existe également des mécanismes spécifiques et intentionnels, tels que les droits de vote des actionnaires, les syndicats internes, les conseils d'administration et les systèmes de rémunération.⁸

Si l'ensemble de ces mécanismes sont utiles dans le cadre de la gouvernance « orientée actionnaire », il n'en reste pas moins que d'autres outils sont davantage utilisés et opérationnels. Il est en effet possible de se concentrer sur d'autres instruments de gestion caractéristiques d'une perspective de gouvernance actionnariale, en ayant par exemple recours à différents indicateurs qui participent au contrôle actionnariale, à savoir : le « free cash flow » la création de valeur boursière la « juste valeur » l'attribution d'options d'achat d'actions (« stock-options »), et the market of corporate control.

En conclusion, le modèle actionnarial de gouvernance fournit un cadre théorique passionnant pour expliquer l'émergence de formes organisationnelles efficaces, le comportement des propriétaires et des dirigeants d'entreprises cotées et, plus généralement, les modalités potentielles de résolution des conflits dans les situations de coopération. Il justifie la vision selon laquelle les entreprises n'appartiennent qu'à leurs actionnaires, à l'exclusion de toute

⁸ T. Brugin, « La gouvernance par la société civile : une privatisation de la démocratie ? », in Alain Caillé (éd.), *Quelle démocratie voulons-nous ? Pièces pour un débat*, Découverte, Paris 2006, p. 74. P. Legendre a lui-même bien montré en quoi le dogme du management peut être compris comme la « version technologique du politique » (« Communication dogmatique », in Lucien Sfez, éd., *Dictionnaire critique de la communication*, vol. 1, PUF, Paris 1993, p. 40).

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

autre considération. Cependant, selon Wirtz (2005), l'étude des présupposés théoriques de l'approche actionnariale révèle une représentation relativement pauvre du concept de valeur, privilégiant les aspects de gaspillage et de réduction des coûts des bailleurs de fonds. De plus, le pouvoir explicatif du modèle actionnarial apparaît faible. Ainsi, les études de Baghat et Black (1999) et Larcker, Richardson et Tuna (2004) tendent à confirmer la faiblesse du lien entre les mécanismes de gouvernance actionnariale et les performances financières des entreprises. Enfin, il a été reproché au modèle actionnarial de ne pas prendre en compte les relations entre tous les partenaires, ce qui constitue une limite pour prétendre être l'approche dominante dans le domaine de la gouvernance d'entreprise.

C'est précisément sur le second point critiqué que la tentative d'extension de la théorie positive de l'agence se concentre. Principalement conduite par les spécialistes de gestion et de management, elle vise à pallier l'insuffisance liée à la perspective moniste de la version traditionnelle, à travers l'étude du modèle partenarial de gouvernance.⁹

Le modèle partenarial de gouvernance :

Dans le modèle partenarial de gouvernance, l'entreprise est une construction sociale, un réceptacle de partenaires multiples, comprenant non seulement la direction et les actionnaires, mais aussi les employés, les clients et les fournisseurs, qui peuvent tous influencer (au sens strict du concept de modèle partenarial) ou être influencés par les décisions de l'entreprise, y compris leurs attentes, leurs objectifs et leurs intérêts, ce qui correspond au concept plus large du modèle partenarial.

Dans la perspective de ce modèle, la prise de décision dans le seul intérêt des actionnaires est contre-productive car elle ne garantit pas le développement durable de l'organisation, qui ne peut se faire que par la convergence des intérêts de tous les partenaires (Donaldson et Preston, 1995). Les conséquences concrètes de cette approche partenariale de la gouvernance sont multiples. Elle conduit à reconsidérer la composition des structures administratives et managériales, les questions de représentation des parties prenantes et les mécanismes formels et informels de prise en compte de leurs attentes. La gouvernance partenariale soulève également des questions d'arbitrage entre des intérêts contradictoires et, par

⁹ J.-J. Caussain in « Le gouvernement d'entreprise – Le pouvoir rendu aux actionnaires », éd. Litec, mars 2005, p. 5

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

extension, des questions de légitimité et de modes de résolution des conflits au sein de l'entreprise.

La principale limite du modèle de gouvernance partenariale est qu'il existe de multiples objectifs hétérogènes difficiles à atteindre et qu'il est difficile de contrôler la compatibilité du comportement organisationnel avec ces objectifs. Toutefois, la recherche sur la gouvernance partenariale ne semble pas nier le lien entre ces mécanismes de gouvernance spécifiques et les performances financières des entreprises.¹⁰

En général, les parties prenantes désignent une famille d'acteurs économiques qui ont des droits et des obligations légitimes à l'égard de l'entreprise. Tout d'abord, en ce qui concerne l'argument de la prise de risque, s'il est vrai que les actionnaires courent le risque de perdre le capital financier qu'ils ont investi, d'autres partenaires peuvent également subir des pertes plus ou moins importantes. Pour les salariés, il s'agit de leur emploi, pour les sous-traitants, de leur performance opérationnelle et, dans le cas de créances douteuses, de leur trésorerie.

Ensuite, les parties prenantes sont porteuses de ressources critiques et s'attendent en échange à ce que leurs intérêts soient satisfaits. A titre d'exemple, les actionnaires offrent des fonds propres ; ils prévoient que la firme maximise leur retour sur investissement de manière à récompenser leur comportement déterminant. En ce qui concerne les dirigeants et les salariés, ils investissent du temps, des compétences, et plus globalement du capital humain. Ils s'attendent en retour à se voir proposer des salaires et des conditions de travail confortables. Enfin, les partenaires sont différenciés en fonction de la taille de leur créance dans la firme. L'ampleur de l'engagement d'un agent individuel dépend de sa capacité à réaliser des investissements en actifs spécifiques qui soutiennent son rapport d'échange. Par exemple, des travailleurs spécialisés aux exigences d'une entreprise ne peuvent quitter l'organisation sans supporter des coûts de sortie substantiels sous la forme, par exemple, d'un revenu plus faible.

Dans l'ensemble, la théorie des parties prenantes reflète une reconnaissance de la pluralité des objectifs de l'entreprise ainsi que de la maximisation de la richesse des actionnaires. Dans le modèle relationnel de l'organisation, la relation entre les actionnaires et la direction n'est

¹⁰Charreaux & P. Desbrière (1998), Gouvernance des entreprises : valeur partenariale contre valeur actionnariale, Finance Contrôle Stratégie, Vol. 1, N°2, p. 57 – 88

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

plus seulement un cas particulier du contrat qui existe dans toutes les entités productives, mais l'entreprise est considérée comme un ensemble spécifique de contrats qui s'appliquent aux clients, aux fournisseurs, aux employés, aux syndicats, aux fournisseurs de capitaux, etc. Les changements dans ce domaine ont été particulièrement sensibles au niveau des consommateurs qui souhaitent consommer des produits fabriqués dans des conditions conformes aux principes du développement durable et des investisseurs qui souhaitent investir dans des entreprises positionnées à cet effet. Sur cette base, il existe une volonté d'équilibrer les intérêts des différentes parties prenantes d'une entreprise avec ceux des apporteurs de capitaux et d'évaluer plus largement la valeur à travers une vision multipartite de l'entreprise et de sa gouvernance. On estime que ce nouveau schéma permettra de mieux répartir les rentes générées au profit de tous les participants, à moins que les actionnaires ne soient de véritables "créanciers résiduels"..

C'est dans cette perspective que Blair (1995) affiche clairement la volonté de procéder à une refondation des droits de propriété en faveur des salariés, au nom des investissements en connaissances et compétences spécifiques qu'ils réalisent dans leur entreprise.

Les lacunes de la conception unilatérale de la relation d'agence favorisent l'émergence de cadres conceptuels intégrateurs, tel que la Théorie de l'Agence Partenariale (Stakeholder-Agency Theory) ou la vision de la firme comme organisation multi-contrats développée par Laffont et Martimort (1997).

L'étude, tout en restant dans le cadre de la théorie positive de l'agence, s'éloigne du modèle simple d'un principal (actionnaire) et d'un agent (gestionnaire) pour passer à un modèle élargi de plusieurs principaux (parties prenantes) et d'un agent (gestionnaire). Selon cette perspective, de nouveaux mécanismes de gestion et des systèmes d'incitation doivent être introduits pour sauvegarder les intérêts de tous les partenaires et optimiser la valeur du partenariat..

Ces modalités de gouvernance sont issues de la vision de l'entreprise en tant que fédération axée sur un objectif commun, à savoir la survie et la durabilité de l'entreprise. Toutefois, cette approche est limitée par la difficulté de satisfaire les intérêts contradictoires de tous les participants et par l'incapacité d'identifier ce qui compte vraiment. Ainsi, le modèle d'entreprise en tant qu'ensemble de contrats multilatéraux implicites et explicites émerge de

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

la contradiction entre la théorie de l'agence positive et l'existence de coûts de transaction. Ils proposent une représentation d'un système de gouvernance basé sur un jeu dynamique entre la direction et les autres partenaires pour la création et le partage de rentes. À cette fin, plusieurs mécanismes de contrôle ont été proposés. Le concept de "coûts de contrat" remplace celui de "coûts d'agence" en considérant les réductions d'utilité totales supportées par les parties prenantes pour faire fonctionner les mécanismes disciplinaires. De même, le concept de "structures institutionnelles" remplace le terme de Williamson de "structures de gouvernance", qui remplissent les fonctions disciplinaires traditionnelles et garantissent l'exécution des contrats implicites entre les différentes parties prenantes.

Des propositions ont également été avancées qui s'éloignent davantage de la vision dominante. Par exemple, Cornell et Shapiro (1987) ont proposé le concept de "capital organisationnel" formé par des contrats implicites avec diverses parties prenantes, ce qui peut élargir considérablement l'approche traditionnelle des structures financières. De même, Barton et Gordon (1988) préconisent un concept plus riche de structure financière, intégrant une perspective stratégique ; Charreaux et Desbrières (1998), se plaçant dans le cadre d'une approche contractuelle de l'entreprise, soutiennent que la rente entre partenaires est un élément essentiel de la structure financière. Ils ont étudié et évalué les systèmes de gouvernance en fonction de leur capacité à créer de la valeur partenariale en réduisant la perte de valeur due aux conflits de redistribution, c'est-à-dire en étendant le concept précédemment dominant de valeur actionnariale à de multiples parties prenantes (Hoarau et Teller (2001)), inspirés par la résurgence de la théorie de l'entreprise à laquelle correspond l'approche fondée sur les ressources, proposent une "valeur réelle" au-delà de la simple valeur financière. Enfin, ce concept de partenariat d'entreprise et de gouvernance est progressivement reconnu dans la pratique. Certaines entreprises sont allées au-delà des règles juridiques et se sont engagées à prendre soin de tous les partenaires par le biais d'un "code de bonne conduite".¹¹

Grâce à ces codes, les entreprises tentent de concilier les exigences de la compétitivité avec les intérêts de toutes les parties prenantes impliquées dans la production. En outre, un certain nombre de "fonds d'éthique" ont été créés ces dernières années. Ces fonds soutiennent les

¹¹Ploix (2006, p 09) définit la gouvernance d'entreprise comme : « Le système par lequel les entreprises sont dirigées et contrôlées »

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

investissements dans des entreprises qui respectent certaines normes, telles que le respect de l'environnement. En conclusion, les relations avec les différentes parties prenantes soulèvent des questions en termes de création de valeur. En effet, les parties prenantes ont des attentes spécifiques vis-à-vis des entreprises dans lesquelles elles opèrent et demandent des informations spécifiques sur l'état de ces entités de production, alors que dans le même temps, chacune de ces parties prenantes est impliquée dans la création de valeur. Cela soulève la question de savoir comment mesurer la contribution de chaque partie prenante dans le contexte des méthodes d'incitation que les entreprises adaptent pour encourager les parties prenantes à agir de manière efficace et responsable dans le but commun de maximiser la valeur pour toutes les parties prenantes.¹²

1.5. Les valeurs

La valeur actionnariale :

La gouvernance est un compromis entre les parties prenantes et la direction doit tenir compte de toutes les parties prenantes (actionnaires, salariés, créanciers et consommateurs). Elles sont affectées par ses activités et doivent servir à protéger leurs intérêts. L'objectif des actionnaires est de maximiser la valeur de l'entreprise, et une attention accrue à leurs intérêts peut se faire au détriment des intérêts des autres parties prenantes. Dans une société gérée, la propriété est dissociée de la gestion. La direction dispose d'une grande liberté d'action et risque donc de perdre le contrôle.¹³

L'objectif est donc de soumettre la gestion à des mécanismes de contrôle. Dans le premier système, qui met l'accent sur la création de valeur, l'entreprise vise à maximiser le cours de ses actions. Les intérêts sont alignés sur ceux des actionnaires. Les dispositions relatives à l'organisation du conseil d'administration, à la transparence et à la rémunération sont définies en fonction de cet objectif. Tout en reconnaissant la légitimité du pouvoir des actionnaires, le contrôle disciplinaire est l'une des tâches de la gouvernance. Avec le conseil d'administration comme pivot, les dirigeants doivent intégrer les attentes des partenaires, qui

¹² Thèse présentée à la Faculté des Sciences éco et sociales de l'Université de Fribourg (Suisse) par F. Ledentu originaire de Matran / Fr pour l'obtention du grade de Dr Sc éco et les systèmes de gouvernance d'entreprise& présence d'actionnaires de contrôle

¹³ M. El harti : La gouvernance des entreprises publiques marocaines : Représentations et perspectives

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

sont rarement alignées sur les intérêts sociétaux et qui, dans certains cas, peuvent entrer en conflit avec les intérêts à court terme des actionnaires. Le rôle du système est d'assurer la rentabilité de l'investissement. C'est donc un moyen pour les apporteurs de capitaux de s'assurer qu'ils recevront des revenus de leurs investissements.

Les actionnaires étant les pourvoyeurs de ressources pour recevoir les rentes, cette valeur n'est qu'un indicateur des rentes qu'ils reçoivent. Les décisions de l'entreprise affectent l'ensemble et ce concept doit pouvoir prendre en compte toutes ces conséquences selon le principe d'efficience.

La focalisation sur les actionnaires et les modes de contrôle ne permet pas une identification satisfaisante des mécanismes par rapport à certaines représentations théoriques récentes de l'entreprise. La valeur actionnariale appartient aux actionnaires et l'entreprise doit être gérée dans leur intérêt ; deux types de mécanismes sont envisagés : en interne, c'est au conseil d'administration de représenter et de contrôler les actionnaires ; en externe, c'est au conseil d'administration de contrôler la gestion. En externe, c'est la discipline de marché qui contrôle la gestion. Certains conseils d'administration ont adopté des règles établissant des modalités de gouvernance, avec des comités composés de membres du conseil (stratégie, audit, rémunération, nomination). Les préceptes sont l'indépendance des administrateurs, le respect des normes de transparence, la promotion des OPA hostiles et la généralisation des stock-options. La codécision existe également dans les pays nordiques comme l'Allemagne et la Suède, où le dialogue social existe sous deux formes : via un comité composé de représentants élus du personnel et via le conseil d'administration. Dans un bon système, les actionnaires doivent avoir les moyens d'exercer une influence. Les actionnaires ont droit à une part des bénéfices lorsque l'entreprise va bien et sont les premiers à souffrir lorsque l'entreprise va mal.¹⁴

¹⁴ R. Perez, 2003, La gouvernance de l'entreprise, La découverte, Paris

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

La valeur partenariale :

Ce modèle repose sur une vision plus réaliste, car il prend en compte l'ensemble. Il vise à défendre les intérêts de l'ensemble. Le bien-être est affecté par la décision. Dans le second système, la création de valeur est davantage valorisée. Dans le second système, la création de valeur est valorisée, la création de richesse est recherchée et la performance est mesurée par rapport à l'ensemble. Ce type de gouvernance repose sur Le développement de deux types de capital : le capital financier et le capital humain basé sur le savoir-faire et les compétences. L'innovation. Il est intéressant de voir les valeurs du 19ème siècle développées par les utopistes français. Proudhon et le catholique de Mestres, entre autres. Cette approche conduit à reconsidérer le lien entre les structures de financement et l'investissement. Tout d'abord, pour analyser cette question, il est nécessaire de remplacer le concept de structures de financement par le concept de ressources.¹⁵

Tout d'abord, pour analyser cette question, il est nécessaire de remplacer le concept de structures de financement par le concept de ressources, qui inclut notamment le capital humain. Deuxièmement, il s'agit de maximiser la valeur créée, ce qui n'implique pas de minimiser les coûts d'opportunité. N'implique pas de minimiser les coûts d'opportunité. Troisièmement, la question du statut du créancier. Troisièmement, la question du statut du créancier conduit à remettre en cause l'interprétation traditionnelle de la politique d'investissement à la lumière de la théorie des options du créancier. En tant que créanciers, les actionnaires ont un intérêt dans un investissement risqué. La vision La conception partenariale de la valeur, associée à l'abandon de la séparabilité des décisions de création et de distribution, conduit aux questions fondamentales suivantes La conception partenariale de la valeur, couplée à l'abandon de la séparabilité des décisions de création et de distribution, conduit à repenser fondamentalement l'analyse des processus de valeur et les questions financières traditionnelles. L'objectif de maximisation est justifié par les arguments suivants Il est dans son intérêt de se concentrer sur les catégories qui ont un impact décisif sur la création de valeur. La valeur managériale devrait être fonction des performances réalisées, mais sur le marché du capital humain, il peut se récompenser beaucoup plus que le coût d'opportunité si le marché du capital humain est surévalué. Il est

¹⁵Boutaleb, Université de Tlemcen, « La problématique de la gouvernance d'entreprise en Algérie »

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

plus facile d'éliminer la distribution qui conduit à la création de valeur dans les partenariats. En attribuant la valeur créée préférentiellement aux employés qui soutiennent la politique (G. Charreaux & P. Desbrières). (Desbrières). Quelles sont les structures de gouvernance interne des entreprises ? On distingue les types d'entreprises suivants : les microentreprises de moins de 10 salariés (M.I.C), les petites et moyennes entreprises de moins de 250 salariés (S.M.E), les moyennes entreprises de plus de 250 salariés (E.T.I) et les moyennes entreprises de plus de 250 salariés (S.M.E). Les grandes entreprises (G.E.E.) sont des entreprises de moins de 5 000 salariés ; les grandes entreprises sont des entreprises qui n'appartiennent à aucune autre classification. En outre, les grandes entreprises sont les entreprises qui n'appartiennent à aucune autre classification.¹⁶

1.6. Théories :

Elle peut être considérée comme un équilibre entre l'avantage inconditionnel de l'actionnariat et les excès de l'ère managériale. L'ère managériale Elle est également devenue la référence pour les attentes des analystes et des investisseurs. Elle peut être considérée comme un renouveau de l'ère managériale. Elle peut être considérée comme un renouveau du contre-pouvoir des actionnaires, façonné par un ensemble de règles régissant les pratiques de gestion. (14) La représentation de l'entreprise en tant que nœud du contrat de gestion conduit à deux approches : le modèle de l'actionnaire et le modèle de l'investisseur. Le modèle actionnarial leur donne la primauté et vise à créer de la valeur pour l'actionnaire. Le modèle de partenariat (stakeholder model), dans lequel la direction vise à créer de la valeur pour les clients (stakeholder model), dans lequel la direction vise à créer de la valeur pour les clients (stakeholder model). Le modèle de partenariat (stakeholder model), dans lequel la direction vise à créer de la valeur pour les clients (stakeholder model), dans lequel la direction vise à aligner les intérêts des différentes parties prenantes.

Au-delà du désencastrement de l'État-providence, du passage du gouvernement à la gouvernance, de l'intérêt général à l'individu⁶) et des écueils et dégradations des conditions de vie qui l'empêchent (pollution, surpêche, déforestation, changement climatique). Malgré la pandémie⁷) des épidémies, ou la prolifération des catégories conceptuelles qui peuvent

¹⁶ Thèse présentée à la Faculté des Sciences économiques et sociales de l'Université de Fribourg (Suisse) par Florent Ledentu originaire de Matran / FR pour l'obtention du grade de Docteur ès Sciences économiques et sociales

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

être mal utilisées (gouvernance fonctionnelle, politique, publique, privée, locale, urbaine, territoriale, européenne, onusienne, d'entreprise, familiale, stratégique, universitaire, des technologies de l'information, d'internet, etc.) la gouvernance conserve indéniablement son importance.), la gouvernance conserve un noyau dur indéniable. Par ses caractéristiques intrinsèques qui créent des dynamiques sociales multidimensionnelles indéniables, telles que l'accès à l'information, la lutte contre la corruption, l'ouverture et la responsabilité, la gestion efficace des ressources, la culture professionnelle, la reconnaissance des générations futures, la protection de l'environnement et le développement durable, et d'autres concepts plus ou moins proches (gouvernement, gestion, transparence, performance, partenariat, démocratisation, participation, etc.) dans la mesure où ils peuvent y être reconnus.

Le concept de "bonne gouvernance", issu de l'économie et de l'administration publique anglo-saxonnes, s'est imposé dans les années 1990 sous l'égide de la Banque mondiale comme un vecteur essentiel d'une politique de développement cohérente et efficace. Quel que soit le domaine d'application, les objectifs de la gouvernance, en synergie et en complémentarité, sont les suivants :

- Définition d'une stratégie et des moyens de sa mise en œuvre ;
- Identification des risques, mise en place et évaluation de leur gestion ;
- Utilisation des ressources en responsabilité ;
- Respect des intérêts des parties prenantes et prise en compte de leurs points de vue dans la conduite des stratégies ;
- Évaluation du niveau de réalisation des objectifs et correctifs éventuels pour y parvenir.¹⁷

Section 02 : la gouvernance hospitalière en Algérie

¹⁷ Y. Luo (2005). «Corporate governance and accountability in multinational enterprises: Concepts and agenda » Journal of International Business Studies, Vol.11, p.1-18

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

2.L'hôpital

2.1. Définition de l'hôpital

Les hôpitaux sont des établissements de soins de santé où le personnel médical prend en charge des personnes souffrant de maladies ou de traumatismes trop complexes pour être traités à domicile ou dans une clinique.

Dans la plupart des pays développés, par rapport au domicile et au cabinet du médecin, le centre hospitalier présente l'avantage d'avoir :

- Une hygiène assurée par un personnel de nettoyage formé ;
- un accueil permanent et une surveillance continue par du personnel hospitalier médical et paramédical (infirmier ou infirmières, aides-soignant) ;
- des équipes² de soignants, disposant de compétences particulières (médecins spécialistes) et du matériel (plateau technique) nécessaire à des examens et soins plus poussés qu'au cabinet du médecin (dont en général des blocs opératoires) ;
- D'une Pharmacie à Usage Intérieur ayant des dispositifs médicaux et des spécialités pharmaceutiques spécifiques.

D'autre part, la présence et le passage de patients atteints de nombreuses affections et l'utilisation chronique de médicaments et de biocides les exposent au risque d'infections nosocomiales.¹⁸

2.2. Organisation de l'hôpital

Les organismes de santé participant au service public ont pour mission de soigner tous les patients et, si possible, de prévenir, diagnostiquer et guérir leurs maladies dans les meilleures conditions humaines et économiques, compte tenu de l'état des connaissances médicales. Il est important de noter que les missions de service public peuvent également être assurées par des organismes de santé privés. Cependant, les principaux acteurs restent les hôpitaux

¹⁸enéAmalberti, La conduite de systèmes à risques : le travail à l'hôpital, Paris, Presses universitaires de France, 1996, 242 p

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

publics, anciennement "PSPH : participant au service public hospitalier". La majorité d'entre eux sont des ESPIC (établissements de santé privés à intérêt collectif).

Les hôpitaux existent donc pour que les médecins et le personnel traitent les patients qui viennent à eux ou qui leur sont adressés. On pourrait donc en conclure que seuls les médecins devraient avoir le pouvoir de faire fonctionner l'organisation hospitalière. Or, si durant le quart de siècle (1950-1975), les "grands patrons", les chefs de service, disposent d'une grande indépendance, comme nous l'avons vu, ce n'est pas tout à fait le cas. Néanmoins, les organisations religieuses, les rois, les communes, les Etats, les provinces, les régions ... Ce pouvoir n'était pas absolu, car l'une de ces institutions intervenait toujours. En effet, les conflits d'intérêts sont potentiellement nombreux entre les médecins et les patients, entre les médecins et la communauté.¹⁹

➤ **L'organisation interne de l'hôpital :**

Les établissements de santé sont organisés en pôles d'activité, progressivement remplacés par des services et des départements. Le département clinique ou médico-technique est placé sous la responsabilité d'un praticien à temps plein qui a autorité sur l'ensemble des équipes médicales, infirmières et administratives et qui bénéficie d'une délégation de gestion de la part du directeur.

▪ **Le conseil de surveillance**

Le conseil de surveillance comprend trois catégories de membres : des représentants des collectivités territoriales, des représentants du corps médical et des personnels hospitaliers, des personnes qualifiées et des représentants des usagers.

Le Conseil de surveillance détermine les orientations stratégiques de l'établissement financier et exerce le contrôle permanent de la gestion et de la santé financière de l'établissement. Le Conseil de surveillance délibère sur l'organisation et la structure interne des sites d'activité. Il dispose également de pouvoirs étendus en matière de coopération entre les sites d'exploitation. Il se prononce sur les politiques d'amélioration de la qualité des soins, de la gestion des risques et de la sécurité.

¹⁹ Pierre Canoui, Aline Mauranges & Anne Florentin, Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn-out aux réponses, Paris, Elsevier Masson, 1998, 211 p.

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

▪ **Le directeur**

Le directeur, nommé par le ministre de la santé, conjointement avec le ministre de la recherche pour les CHU et en concertation avec le président du conseil de surveillance, est le représentant légal de l'établissement et est responsable de sa gestion et de sa conduite générale. Il a autorité sur l'ensemble du personnel, ordonne les dépenses et les recettes et est responsable du bon fonctionnement de tous les services.

▪ **Le directoire**

Le directoire est un organe collégial qui :

- approuve le projet médical ;
- prépare le projet d'établissement ;
- conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Il est présidé par le directeur et le président de la CME (commission médicale d'établissement) est son vice-président.

▪ **Les organes représentatifs et consultatifs**

Les sites disposent également d'instances consultatives telles que la commission médicale d'établissement (CME), le comité technique d'établissement (CTE), la commission des soins infirmiers, de remise à niveau et médico-techniques (CSIRMT), le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUCQ-PC).²⁰

➤ **Composantes de la gouvernance hospitalière Parties prenantes de la gouvernance Hospitalière**

Le directeur, personnage clé dans la gestion d'un hôpital, en est le représentant légal et en assure la gestion et la conduite générale. Il a autorité sur le personnel, ordonne les dépenses

²⁰Jean-Noël Fabiani, La fabuleuse histoire de l'hôpital du Moyen Âge à nos jours, Éditions des Arènes, 2016, 226 p.

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

et les recettes et est responsable du bon fonctionnement des services. La procédure de nomination du directeur diffère selon le type d'établissement.

Le directoire, présidé par le directeur, approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'hôpital. La plupart de ses membres sont des personnels de santé de l'établissement, qui peuvent ainsi influencer sur la vie institutionnelle de celui-ci.

Le conseil de surveillance est l'instance décisionnelle. Il est doté de trois collèges, composés de représentants élus des collectivités territoriales, de représentants des personnels, de personnes qualifiées et de représentants des usagers.

Les hôpitaux disposent aussi de plusieurs instances consultatives, dont la commission médicale d'établissement (CME).

Resté pendant des décennies dans le domaine de la théorie financière et des relations entre actionnaires et dirigeants de grandes entreprises, le concept de gouvernance est entré dans les médias et le langage courant en France depuis la déclaration de politique générale du Premier ministre Jean-Pierre Raffarin, le 4 juillet 2002.

Le gouvernement a apporté un certain nombre de changements dans sa mise en œuvre : un rôle et un financement plus clairs pour l'État et l'assurance maladie ; la responsabilisation de tous les acteurs ; et, enfin, une plus grande proximité avec les citoyens, notamment par le biais d'une plus grande régionalisation. Après avoir donné un aperçu de la gouvernance hospitalière telle qu'elle a été analysée dans divers rapports et mise en œuvre dans les réformes postérieures à 2002, l'accent est mis sur la théorie de ses origines. Enfin, une évaluation théorique et pratique de son application est esquissée.

La volonté de réformer le système de santé, et en particulier les hôpitaux, s'est concrétisée dans le système de santé publique par le plan "Hôpital 2007" annoncé par le ministre de la Santé, Jean-François Mathey, le 20 novembre 2002. Ce plan s'appuie sur les conclusions de plusieurs rapports (Rapport Debrosse, Valencien et Perrin, 2003 ; Rapport Couanau, 2003), dont les constats sont convergents. Tous les rapports s'accordent sur le malaise profond de l'hôpital public..²¹

²¹ean Lombard, Bernard Vandewalle, Philosophie de l'hôpital, Paris, L'Harmattan, 162 p.

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

▪ Général :

Le type d'hôpital le plus connu est l'hôpital général. Ils traitent de nombreux types de maladies et de blessures et disposent généralement d'un service d'urgence pour faire face aux menaces sanitaires urgentes et ont la capacité d'envoyer des services médicaux d'urgence. Les hôpitaux généraux sont souvent les principaux établissements de soins de santé de leur région et disposent également d'unités de soins intensifs, de lits de soins de longue durée et d'installations spécialisées telles que la chirurgie, la cardiologie et la neurologie.

S'il combine l'aide aux patients à l'enseignement aux étudiants et internes en médecine et en pharmacie, c'est un hôpital d'enseignement (ou hôpital universitaire) et il est souvent lié à une faculté de médecine et de pharmacie.

Les CHU (Centres Hospitaliers Universitaires), contrairement aux CH (Centres Hospitaliers), sont des centres hospitaliers régionaux conventionnés avec la Faculté de Médecine. En général, les hôpitaux généraux sont regroupés en fonction de leur taille et de leur volume d'activité et sont codés par le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information). Programme de médicalisation des systèmes d'information) et sont codés en conséquence.:

Tableau N°01 : Nombmre de lits au CH et CHU de différentes taille :

	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Centre Hospitalier⁶ (CH)	0 à 158 lits	159 à 241 lits	242 à 364 lits	365 lits et plus
Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ou Centre Hospitalier Régional (CHR)	0 à 467 lits	468 à 1175 lits	1176 lits et plus	

Source : Document interne du CHU

▪ Spécialisé :

Les hôpitaux spécialisés sont des centres destinés à répondre à des besoins médicaux spécifiques, tels que la traumatologie, la réadaptation hospitalière, la gériatrie et la santé mentale.

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

Par exemple : les hôpitaux psychiatriques gèrent les hospitalisations en santé mentale tandis que les sanatoriums sont spécialisés dans les cas de tuberculose.²²

▪ Hospitalisation à Domicile (HAD) :

Les soins à domicile ne sont pas une hospitalisation au sens strict du terme, mais une méthode de soins qui permet aux patients atteints de maladies chroniques ou de longue durée de rester chez eux. Les patients vivent donc chez eux, reçoivent des soins de la part de soignants itinérants et font appel à des organismes privés ou publics pour coordonner les soins (nettoyage du domicile, soins infirmiers, traitement et évaluation clinique du patient) et assurer le suivi.²³

2.3. Ses bénéficiaires :

Les bénéficiaires de l'hospitalisation à domicile sont des personnes de tous âges, atteints de pathologies dont la gravité, en l'absence de prise en charge par un établissement d'HAD, obligerait à une hospitalisation avec hébergement.

Les pathologies peuvent être de tout ordre, aiguës ou chroniques, évolutives ou non. L'HAD permet d'assurer, au domicile du patient, et sous la responsabilité de son médecin traitant, des soins médicaux et paramédicaux complexes, délivrés par des professionnels de diverses disciplines dont les interventions doivent être coordonnées.

Les soins de l'HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile, par la technicité, la fréquence et la durée des actes.

Au-delà de la nature de la pathologie et des soins, la situation psychosociale du patient et de son entourage est également évaluée et fait l'objet si besoin, d'un soutien psychologique et d'un accompagnement pour déployer de possibles aides sociales, humaines, matérielles ou financières.

2.4. Ses obligations :

²² Mathias Wargon, avec Jean-Marie Godard, Hôpital : un chef-d'œuvre en péril, Fayard, mars 2022, 180 p.

²³ Alba Ventura, « INVITÉ RTL - Coronavirus : Mathias Wargon dénonce les "Madame Irma" des plateaux télé », rtl.fr, 17 mars 2022

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

Doté du statut d'établissement de santé, un établissement d'HAD a les mêmes obligations de qualité et de sécurité qu'un hôpital ou une clinique. Il est soumis à autorisation par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et fait l'objet d'une certification par la Haute Autorité de Santé (HAS).

L'admission dans un établissement d'HAD est obligatoirement soumise à prescription médicale et doit recueillir l'accord explicite du patient et/ou de sa famille et de son médecin traitant.

L'établissement d'HAD obéit à des conditions de fonctionnement précises, établies réglementairement.

2.5. Son financement :

Selon la pathologie et les soins dispensés, le financement est le plus souvent de 100 % par l'Assurance Maladie ou parfois soumis à un ticket modérateur qui sera payé par la complémentaire santé du patient, s'il en possède une.

Les dépenses suivantes sont payées par l'établissement d'HAD :

- les soins infirmiers,
- les actes de kinésithérapie, d'orthophonie, ...
- les interventions de psychologue, de diététicien, ...
- les produits pharmaceutiques prescrits dans le cadre de l'HAD,
- la location du matériel médical identifié par l'équipe comme nécessaire à la prise en charge,
- les fournitures à usage unique nécessaires aux soins,
- certains compléments alimentaires,
- les examens de laboratoire.

Par contre, ne sont pas payés par l'établissement d'HAD :

- les honoraires du médecin traitant, le montant de la visite étant remboursé par la caisse d'assurance maladie du patient,
- les honoraires des médecins spécialistes,
- les examens d'imagerie médicale (radio, scanner, IRM...),
- les transports sanitaires s'ils n'ont pas été prescrits dans le cadre de l'HAD ou s'ils sont liés à des séances de dialyse, chimiothérapie ou radiothérapie.

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

2.6. Autres cas particuliers :

Clinique :

Dans les pays où le secteur privé est reconnu, les hôpitaux sont parfois appelés cliniques s'ils ne sont pas publics.

Hôpital militaire :

Les hôpitaux militaires sont des établissements médicaux placés sous la responsabilité des forces armées., c'est le Service de Santé des Armées qui gère ce type d'établissement.

Hôpital de campagne :

Les hôpitaux de campagne sont des installations médicales temporaires mises en place lors de catastrophes, de conflits armés ou d'événements majeurs.

Dispensaire :

Les dispensaires sont des centres qui fournissent des soins de santé gratuits.

Hospitel :

Les hospitels sont des hôtels qui se transforment parfois en hôpitaux lors d'une crise sanitaire.²⁴

2.7. Spécifiés (structurelles, organisationnelles)

En raison de la dimension éminemment sociale des associations, de l'absence de propriété et donc de droits de propriété au sens généralement admis, et des faibles résultats escomptés en termes de performances économiques et financières (ventes, rentabilité, attractivité), de nombreux auteurs ont affirmé que les questions de gouvernance ne se posaient pas dans les organisations de type associatif. C'est en effet le cas. C'est notamment le cas de Glaeser (2002) et Hansmann (1996), qui analysent les associations comme des structures sans

²⁴ VASSY C., 2004. « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », Mouvements, 2, 32 : 67-74.

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

propriétaires substantiels et affirment que les mécanismes de contrôle et d'incitation sont moins pertinents.

Cette perception reste cependant minoritaire, puisque Fama et Jensen (1983) et, plus récemment, Pérez (2003) et Oster, O'Regan&Millstein (2000) ont noté que l'absence d'un marché actif de propriétaires dans les organisations à but non lucratif, y compris les associations, accentue les problèmes de gouvernance. Les perceptions des associations sont encore minoritaires, comme l'indiquent Oster, O'Regan&Millstein (2000). Par ailleurs, Charreaux (1997) estime que le concept de gouvernance devrait être étendu à toutes les organisations. Selon cette approche, le terme de "gouvernance organisationnelle" est considéré comme plus approprié au contexte réel dans lequel les acteurs économiques se développent, le concept de "gouvernance d'entreprise" étant souvent limité.

Les organisations à but non lucratif diffèrent des organisations commerciales traditionnelles à bien des égards. Le concept de propriété est plus complexe (Carver et Carver, 2001), et dans la plupart des cas, il n'y a pas de notion d'actionnaires, et dans tous les cas, cela n'a rien à voir avec l'attente d'une récompense pour le capital apporté. Les organisations à but non lucratif peuvent en effet réaliser des bénéfices, mais elles ne peuvent pas les distribuer à leurs actionnaires. Cette absence de rémunération du capital rend également difficile la mesure de la performance au sens classique, les concepts de rentabilité financière et de création de valeur pour l'actionnaire ne pouvant servir de référence.²⁵

²⁵ SULLIVAN N., 2012. « Enacting Spaces of Inequality Placing Global/State Governance Within a Tanzanian Hospital », *Space and Culture*, 15 : 57–67.

Chapitre 1 :Gouvernance hospitalière

Conclusion :

La gouvernance et la gouvernance hospitalière sont d'une importance cruciale pour assurer la qualité des soins. Ce chapitre à explorer les principes clés de la gouvernance cependant nous avons constaté qu'une gouvernance hospitalière constitue un pilier fondamental pour soutenir l'amélioration continue du système de santé dans son ensemble.

**Chapitre 2 : Réforme
hospitalière**

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

Introduction :

Au fil des années l'Algérie ont été confronté à des multiples défis dans son système hospitalier dans ce contexte les reformes hospitalières ont été mise en place pour remédier ce problème. Ce chapitre se propose d'analyser l'évolution de système de santé y compris la période des reformes.

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

Section 01 : Présentation du système de santé Algérien

1. Réforme : (loi 62 jusqu'à loi 11-18) :

La privatisation de l'exercice de la médecine en Algérie est officiellement déclarée par les articles suivants. L'article 197-202, qui concerne les conditions et les institutions pour l'exercice de la profession médicale à titre privé. En particulier, à la suite de l'article 203, qui prévoit une couverture nationale équilibrée de l'assurance maladie couvre, qui, dans le cadre de la carte sanitaire, le décret du 15 février 1985, relatif à la promotion et à la protection de la santé. Relatif à la promotion et à la protection de la santé.

À ce jour, aucune législation n'a été introduite pour contrôler ces établissements privés, En outre, aucune réglementation sur les régimes de pratique privée n'a été adoptée. La seule sanction dont peuvent faire l'objet les médecins exerçant en cabinet privé est la fermeture de leur cabinet pendant une certaine période. La seule sanction que peut recevoir un médecin exerçant en cabinet privé est la fermeture de son cabinet pour une période n'excédant pas trois mois à la suite d'une faute professionnelle ou médicale. Soins médicaux.

En Algérie, outre le fait qu'il n'existe pas ou peu de cadre réglementaire pour la gratuité des soins la carte sanitaire, considérée comme un outil de planification quantitative dans la mesure où elle détermine les moyens, les installations et l'importance des services de santé. Moyens, les installations et dans la mesure où elle détermine l'importance des instruments à mettre en place dans une région ou un territoire, elle est considérée comme un outil de planification quantitative. Instruments à mettre en place dans une région ou un territoire, c'est aussi un outil à utiliser par le secteur privé (soins de santé privés et cliniques privées). Secteur privé (soins de santé privés et cliniques privées). Aujourd'hui, on ne parle plus d'Aujourd'hui, on ne parle plus d'un système de santé planifié sans prendre en compte le secteur privé qui représente plus de 60 % des médecins spécialistes. Cette situation est le point de départ. La répartition spatiale des professionnels de santé est mauvaise.

Journal de la santé La loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé vient d'être promulguée. N° 46 du 29 juillet 2018. Comme indiqué à l'article 1, cette loi établit les dispositions et principes fondamentaux et vise à concrétiser les droits et obligations des citoyens dans le domaine de la santé.

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

Visé à concrétiser les droits et obligations des citoyens dans le domaine de la santé. Contrairement à ce qui a été dit et écrit sur cette loi, le principe de gratuité des soins est maintenu (Article 13 : L'Etat assure la gratuité des soins de santé et en garantit l'accès à tous les citoyens pendant toute la durée de la vie des citoyens sur l'ensemble du territoire national).

L'ensemble des citoyens sur l'ensemble du territoire national). L'intégration du secteur privé dans le système national d'assurance maladie est l'une de ses nouveautés. Nouvelle législation en matière de santé.²⁶

2.Le Projet de la nouvelle loi sanitaire :

Le projet de la nouvelle loi sanitaire qui s'articule dans ses grandes lignes sur la consolidation de l'accès aux soins et la modernisation du secteur. Il propose, entre autres, la mise en place de passerelles et de mécanismes permettant au citoyen d'accéder au secteur privé dans les mêmes conditions que son accès au secteur public. Selon, L'inspecteur général au ministère de la Santé, " la nouvelle loi a consacré le principe de la complémentarité entre les secteurs public et privé. Ce dernier ne sera jamais comme un électron libre, puisqu'il sera intégré d'une manière officielle et effective dans notre système national de la santé ". Le projet énonce, en effet, le soutien au secteur privé, qui se voit attribuer des missions de service public. Néanmoins, un cahier des charges sera imposé à l'ensemble des structures privées. Par ailleurs, le président du Conseil national de l'Ordre des médecins, estimant autrefois que l'Etat devrait désormais "compter ses sous", tout en continuant à garantir l'accès aux soins.

A travers cette nouvelle loi sur la santé, nous attendons une hiérarchisation des soins, de la prévention et des soins de base, de la réadaptation et de la mise en place effective des médecins référents dans le système de santé algérien. Les soins de base, la prévention et les soins de base, la gestion des transitions épidémiologiques et la prise en charge des maladies infectieuses. Les disparités géographiques.

²⁶ BRAHMIYA B :la dynamique du système de santé algérien, Bilan perspectives, thèse de doctoral, l'université de Montpellier I, 1991.

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

La création des centres de santé en tant qu'établissements publics administratifs. Les centres de santé ont été érigés en établissements publics administratifs, intégrant les hôpitaux et les centres de santé. (La création de centres de santé en tant qu'établissements administratifs publics. Cela a également un impact certain sur le fonctionnement des établissements de santé. En conséquence, ils contribueront à la prise en charge des patients et apporteront des solutions aux difficultés auxquelles notre santé est confrontée. Difficultés rencontrées par nos structures de santé. Des efforts restent à faire en termes de normes de quantité et de distribution. Des efforts sont également à faire pour améliorer la qualité des services de santé, la standardisation des infrastructures et des équipements, et l'amélioration de la qualité des services de santé. Standardisation des infrastructures et des équipements, et amélioration de la gestion des entreprises. Gestion. La maîtrise du développement des ressources physiques et humaines est une priorité sur laquelle le secteur de la santé doit se concentrer. le secteur de la santé doit s'attacher à.²⁷

3. Système de santé Algérien :

Le système de santé est chargé de planifier et d'organiser la fourniture de soins de santé pour répondre aux besoins de la population. Aux besoins de la population. Ces derniers sont de plus en plus exigés par les pouvoirs publics. Cette dernière est de plus en plus exigeante en termes d'efficacité et de qualité des soins. Le système de santé est chargé de planifier et d'organiser l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population. Ils assurent également une interaction efficace entre les différents acteurs : organisations de santé (publiques ou privées), professionnels de santé, industrie pharmaceutique, etc. professionnels de santé, industrie pharmaceutique, etc.

Le système de santé est fortement dépendant du financement des dépenses de santé. Les États doivent veiller à ce que les ressources et les dépenses dans ce domaine soient sûres et bien gérées, que les dépenses soient efficaces et que l'accès aux soins soit garanti au plus grand nombre. Les États doivent veiller à ce que les ressources et les dépenses dans ce domaine soient sûres et bien gérées, que les dépenses soient efficaces et que l'accès aux soins soit garanti au plus grand nombre.

²⁷Cabanne C. et alii : lexique de géographie humaine et économique, ed Dalloz, 1984.

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

La gestion des dépenses doit s'organiser autour de certaines réalités. D'une part, les contributions de l'État et des caisses d'assurance sociale aux dépenses de santé ont diminué de manière significative. D'une part, malgré l'augmentation des besoins de la population, les contributions de l'État et des caisses d'assurance sociale aux dépenses de santé ont diminué de manière significative ; d'autre part, les pouvoirs publics doivent agir pour maîtriser les dépenses de santé. Le premier constat est que les pouvoirs publics doivent agir pour réduire leurs dépenses et trouver d'autres sources de financement. Le financement.

En Algérie, l'augmentation des dépenses est considérable et s'explique par plusieurs facteurs. L'allongement de l'espérance de vie est associé à des maladies chroniques et dégénératives dont le traitement est coûteux. En raison du coût élevé des traitements et du caractère durable de la maladie, l'offre de soins se diversifie, se diversifie, se diversifie pour répondre aux besoins d'un nombre croissant de prestataires de soins. Diversification et spécialisation croissante grâce aux technologies innovantes Les technologies innovantes sont un moteur de la croissance des dépenses de santé.

L'objectif de ce chapitre est d'analyser le système de santé algérien, ses caractéristiques, ses sources de financement et, enfin, l'évolution des dépenses de santé. ses caractéristiques, ses sources de financement et, enfin, d'analyser l'évolution des dépenses de santé. Évolution des dépenses de santé

C'est une organisation des services de santé, en traçant les principes à suivre et les objectifs à atteindre (prévention, soins, éducation sanitaire, etc.). Le choix d'un système de santé libéral, socialiste ou mixte). Il se définit par :

- La structure et les caractères du système de soins, de l'appareil producteur et distributeur de biens et services de santé.
- Les institutions de gestion et de financement.

A cette définition fonctionnelle du système de santé, d'autres préfèrent une approche systématique plus globale des interactions et des rapports réciproques de trois sous –système qui permettent d'évaluer l'efficacité du système. Un système de santé doit :

- Reprendre aux besoins de santé des populations,
- Se doter d'un système de soin,

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

– Créer des institutions et des mécanismes durables pour son financement (de couverture des dépenses de santé).²⁸

3.1. Caractéristiques et Évolution

L'Algérie a été une colonie française de 1830 jusqu'à la reconnaissance de l'indépendance en 1962, ce qui a entraîné plusieurs changements dans le système de santé : de 1962 à 1973, de 1974 à 1988, de 1989 à 1999 et de 2000 à aujourd'hui, quatre grandes périodes caractérisent l'évolution du système de santé algérien. Avant l'indépendance, la médecine moderne, introduite progressivement par les colonialistes, est d'abord utilisée pour l'armée et s'adresse principalement aux Européens, mais au fur et à mesure qu'elle se répand, elle efface la médecine traditionnelle, issue de la médecine arabe. Pendant la période coloniale, l'accès aux soins était inégal et les populations autochtones étaient particulièrement défavorisées.

3.2. La phase 1962-1973 : vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics :

Au moment de l'indépendance, l'exode massif des praticiens européens a laissé le système de santé littéralement à court de ressources et dysfonctionnel. L'exode massif des praticiens européens et leur incapacité à fonctionner ont laissé le système de santé littéralement à court de ressources humaines. La pénurie de médecins et de travailleurs de la santé a paralysé le fonctionnement des institutions de santé existantes. Les structures de santé ne sont pas en place. En outre, la répartition géographique était également déséquilibrée.

Centrés sur les hôpitaux et répartis dans les régions nordiques, urbaines, métropolitaines et agricoles riches, ils couvrent les besoins de la minorité alors que la majorité n'a pas accès aux ressources nécessaires à sa survie. Alors que les besoins de la minorité sont satisfaits, la majorité n'a pratiquement pas accès aux soins de santé. Accès aux soins de santé Population 9 millions d'habitants (dont 85% en milieu rural) ; les soins de santé ne sont pas disponibles dans les zones rurales. La situation sanitaire en 1962 était marquée par la malnutrition et les maladies liées au manque d'hygiène et de prévention. L'espérance de vie à la naissance était

²⁸ DAHAK, Abdenour, KARA, Rabah. Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales. Tizi-Ouzou: Edition El-Amel, 2015.

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

estimée à 49 ans au début des années 1960. 1960s. Le système de santé s'effondre en raison du départ massif des médecins, pharmaciens et personnels de santé français (très nombreux). (Le nombre de médecins français est passé de 2 500 à 630, avec moins de 300 médecins d'origine algérienne.) La reconstruction du système de santé pour répondre aux besoins sanitaires de la population algérienne était un défi majeur.

La reconstruction du système de santé pour répondre aux besoins de santé de la population algérienne est un défi majeur, en termes d'effectifs et de nombre de médecins. Compte tenu de la des structures à construire et des facteurs humains à former, comme en témoignent les indicateurs de santé publique informatifs suivants. Les indicateurs de santé publique suivants en témoignent

Mortalité infantile très élevée : 180/1000 en milieu urbain.

- Espérance de vie des Algériens ne dépassant pas 50 ans.
- Densité de 1,2 à 1,6 médecin / 10 000 habitants.
- Densité de 1 à 2 chirurgiens-dentistes / 100 000 habitants.
- Densité de 3 pharmaciens / 100 000 habitants.
- Accès aux soins difficiles pour les populations rurales.²⁹

3.3. La phase 1974-1988 : Période de la gratuité des soins de santé :

Premier choc pétrolier en 1973, deuxième choc pétrolier en 1979, prix du pétrole sur les marchés internationaux Les prix du pétrole sur les marchés internationaux, l'évolution des recettes fiscales nationales (98 % des recettes fiscales sont des recettes pétrolières). (Recettes pétrolières).

La caractéristique de cette période est l'inadaptation du secteur de la santé à la double démographie et épidémiologie. En Algérie, la transition démographique et épidémiologique est en cours pour des raisons économiques et épidémiologiques.

²⁹ NOUARA KAID : Le Système de Santé Algérien entre Efficacité et Equité, thèse de Doctorat d'Etat en Science Economiques, Université d'Alger, Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion,

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

En raison de la crise économique et sécuritaire, la santé a été reléguée au second plan des priorités de l'Etat algérien. La nationalisation du pétrole en 1972 a considérablement amélioré les revenus du pays, permettant ainsi à l'Algérie d'améliorer son niveau de vie. La nationalisation du pétrole en 1972 a considérablement amélioré les revenus du pays et a permis d'engager de grands programmes de développement, tels que les révolutions industrielles, agricole et culturelle. Les révolutions industrielles, agricole et culturelle.

Dans le domaine de la santé, le programme se reflète dans de nombreuses décisions politiques majeures, telles que le décret présidentiel de 1973 établissant la gratuité des soins de santé. Dans le domaine de la santé, le programme se reflète dans de nombreuses décisions politiques majeures, telles que le décret présidentiel de 1973 établissant la gratuité des soins de santé. Dans le domaine de la santé, le programme s'est traduit par un certain nombre de décisions politiques majeures, telles que la promulgation du système de soins de santé gratuits par décret présidentiel en 1973, la mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire en médecine, pharmacie et dentisterie (1 000 médecins par an), le programme national de santé (PSP) en 1975 et l'adoption de normes de santé. Le Programme national de santé (PSP) en 1975, avec l'adoption de normes sanitaires :

- un centre de santé pour 6 à 7000 habitants.
- une polyclinique pour 15 à 25.000 habitants.
- un hôpital par daïra un hôpital par wilaya.³⁰

³⁰ ZIANI Zoulikha, Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, thèse de magister en science économiques, université AMira de Bejaia, Mai 2012

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

3.4. La phase (1989-1999) :

À la fin des années 1980, la politique volontariste mise en place en 1986 s'est interrompue. En raison de la baisse des recettes pétrolières, de la baisse des recettes fiscales de l'État et de l'épuisement du Fonds de régulation. Les réserves du Fonds de régulation sont épuisées, les paiements sont suspendus (crise de la dette).

Le secteur hospitalier public s'est retrouvé dans une situation très difficile (gestion des hôpitaux et entretien des équipements). (gestion des hôpitaux et maintenance des équipements), le secteur de la santé a connu un fort déclin à partir de 1986/87.

Les patients, les usagers et les professionnels de la santé sont de plus en plus mécontents de la détérioration rapide des services du secteur public. Le secteur public a été de plus en plus financé alors que l'État promeut de plus en plus le secteur libre, avec de plus en plus d'argent transféré au secteur libre. Le mécontentement des patients, des usagers et des professionnels de la santé face à la détérioration rapide des services du secteur public a conduit l'État à promouvoir de plus en plus le secteur libre et à transférer une part croissante des soins ambulatoires et hospitaliers (années 1990).

Toutefois, cette libéralisation s'est faite sans cadre juridique. De plus, la plupart des médecins libéraux. Les médecins libéraux, en accord avec l'assurance maladie, pratiquent des tarifs.

Dans le secteur privé sont bien plus élevés que le barème actuel et ne sont pas suffisamment remboursés. Le système n'a pas été correctement réévalué. En conséquence, la plupart des coûts encourus par les médecins privés sont supportés par les ménages. Les ménages.³¹

³¹ OUFRIHA Fatima Zohra, la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ?, revue de cahier de CREAD, n°35-36 «3émé et 4émé trimestres1993,

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

3.5. La phase 2000 à nos jours : (la période des réformes) :

Vouloir relancer la politique de santé à grande échelle sans un véritable dispositif à long terme une planification à long terme caractérisée par une amélioration des ressources. Le secteur de la santé s'est développé grâce à l'évolution favorable des prix du pétrole et des recettes fiscales de l'État. de l'État et des recettes.

Les indicateurs de santé publique se sont nettement améliorés depuis 1999 avec l'arrivée du Président Bouteflika, qui a soutenu et relancé l'économie. En termes d'infrastructures, le pays rattrape son retard grâce à la construction de nouveaux établissements hospitaliers et à d'importants investissements, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale. D'importants investissements ont été réalisés, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale.

–Maintien des reformes (contractualisation et libéralisation total, émergence des cliniques privée...

– Reprise encore fragile des excédents depuis 2002 :

– renforcement des dispositifs tiers payant (la sécurité sociale, médicament, carte CHIFA Volonté de rééquilibrage de la couverture sanitaire à travers le pays notamment grâce au service civil imposé aux médecins spécialistes.

– en 2007, 3 174 médecins exercent dans le sud du pays et dans les hauts plateaux contre 387 en 1999.

– Elargissement du conventionnement (maladies cardiovasculaires, médecin de famille).

Depuis 2006, plusieurs groupes de travail ont produit des documents sur les questions liées au cancer. Et de nombreux investissements ont été réalisés.

Ont été mis en œuvre. Cependant, peu d'attention a été accordée à la question de l'entretien des équipements et aux domaines stratégiques tels que la formation, la recherche, le développement et la prévention. les domaines stratégiques tels que la formation, la recherche, le développement et la prévention n'ont pas été pris en compte. et la prévention n'ont pas été pris en compte.

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

Aujourd'hui, le système de santé publique doit s'adapter à l'évolution des besoins de la population tout en répondant à la demande croissante de la classe moyenne qui ne cesse de s'étendre. Tout en répondant à la demande croissante de la classe moyenne, qui ne cesse de s'étendre, il doit en même temps à la nouvelle situation des MNT (maladies non transmissibles), y compris le cancer, qui nécessite des ressources et des structures de santé plus adaptées. Ressources et des structures de santé plus adaptées.³²

Section 02 : Les reformes hospitalières en Algérie

4. Réforme hospitalière :

4.1. Définition Les grands axes de la réforme hospitalière Résultats

Selon le dictionnaire Robert, une réforme est un changement majeur dans la forme d'une institution en vue d'obtenir de meilleurs résultats. Au regard du nombre et de la fréquence des réformes hospitalières depuis 30 ans, le sens même du mot semble avoir été oublié par les générations successives de réformateurs. L'originalité du système de santé français réside dans la place centrale accordée à l'hôpital, reconnue officiellement par la loi du 31 décembre 1970. L'hôpital est l'acteur d'une société en pleine mutation : vieillissement de la population, coût croissant de l'innovation technologique, nouvelles demandes sociales. Parallèlement à ces évolutions, les attentes à l'égard des hôpitaux ont également changé.

Un aperçu des réformes qui ont affecté les établissements de santé publique et leur environnement au cours des deux dernières décennies montre que les hôpitaux ne sont pas seulement des acteurs du système de santé, mais aussi des institutions à forte signification symbolique et de véritables bancs d'essai pour la réforme du secteur public. Les réformes visant à adapter les hôpitaux aux évolutions de la société sont intervenues dans des domaines variés, touchant aux finances, à l'organisation interne, aux relations entre les hôpitaux et leurs partenaires, à la couverture des soins de santé, à l'accès aux soins et aux droits des usagers.

³² MEBTOUL Mohamed. (2015), « Le système de soin Algérien. De l'élaboration aveugle à un marché hybride et éclaté (1962-2012) », Oran, Algérie

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

Les réformes successives ont en partie permis aux hôpitaux de s'adapter aux nouveaux défis sanitaires, économiques et sociaux. Au cours des deux dernières décennies, les hôpitaux ont dû faire face à des changements importants dans les demandes de la société. Plusieurs facteurs ont fait évoluer les attentes à l'égard des établissements publics de santé. Le déficit croissant de l'assurance maladie a fait de la maîtrise des dépenses hospitalières une priorité. Le rôle des hôpitaux a également été fortement modifié par l'évolution des valeurs de la société, comme en témoigne l'émergence des concepts de risque, de sécurité sanitaire et de principe de précaution. Dans ce contexte, les dotations globales ont favorisé la maîtrise des dépenses de santé. Le rôle des hôpitaux a également été réévalué et les plans de santé ont été modifiés. Enfin, les hôpitaux ont dû adapter leur organisation.³³

4.2. Les principes fondamentaux en matière de santé en Algérie :

La loi n°18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé prévoit un certain nombre de principes fondamentaux et dicte un esprit en matière sanitaire, résumés fondamentalement par :

- ✓ l'égal accès aux soins,
- ✓ La garantie de la continuité du service public de santé et la sécurité sanitaire
- ✓ Un secteur public fort (en termes de quantité mais pas toujours de qualité).

4.3. Obligations de l'Etat en matière de santé :

L'Etat s'engage au travers la loi sanitaire à :

- ✓ Mettre en place une couverture sur l'ensemble du territoire national.
- ✓ Assurer la gratuité des soins et en garantir l'accès à tous les citoyens sur l'ensemble du territoire national, avec l'idée que l'Etat accorde une attention particulière au secteur public de santé. Le problème qui peut se poser ici est qu'en pratique, si l'Etat assure un traitement et des hospitalisations dans l'ensemble des structures publiques de santé, l'absence du jeu de la concurrence entrave le bon fonctionnement des

³³Oufriha FZ. (2002). « Système de santé et population en Algérie ». Editions ANEP, Alger

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

institutions sanitaires algériennes, trop souvent insalubres, ou manquant cruellement de matériel médical.

- ✓ Organiser la prévention, la protection et la promotion en matière de santé.
- ✓ Mettre en œuvre les dispositifs en vue de prévenir et de lutter contre les maladies transmissibles et non transmissibles dans le but d'améliorer l'état de santé de la population et la qualité de vie des personnes.

4.4. Droits et obligations des patients :

Droits du patient:

La loi sanitaire actuelle prévoit les droits suivants pour les patients :

- ✓ Toute personne a droit à la protection, à la prévention, aux soins et à l'accompagnement qu'exige son état de santé, en tous lieux et à toutes les étapes de sa vie.
- ✓ **Prohibition des discriminations** L'accès à la prévention ou aux soins, notamment en raison de l'origine, de la religion, de l'âge, du sexe, de la situation sociale et familiale, de l'état de santé ou du handicap.

Aucune raison ne doit entraver l'accès des citoyens aux soins de santé dans les structures et les établissements de santé, en particulier dans les situations d'urgence.

- **Droit à l'information du patient** : Toute personne doit être informée de son état de santé, de ses besoins en soins et des risques encourus. Il est difficile de savoir s'il s'agit d'un simple droit à l'information assorti d'une obligation pour le professionnel de santé, ou d'un véritable devoir d'information sous peine de sanction, et la jurisprudence algérienne reste assez ambiguë à ce sujet.
- **Confidentialité** : Toute personne a droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité des informations médicales la concernant, sauf dans les cas expressément prévus par la loi. Le secret médical couvre toutes les informations

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

portées à la connaissance d'un professionnel de la santé. Toutefois, le secret médical peut être levé par un tribunal compétent à la demande du conjoint, du père, de la mère ou du représentant légal, notamment pour les mineurs et les incapables.

Exception légale au principe de confidentialité : en cas de diagnostic ou de pronostic grave, les membres de la famille de la personne malade peuvent recevoir les informations nécessaires au soutien de la personne, sauf si celle-ci s'y oppose.

Sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, le secret médical n'empêche pas les survivants d'obtenir des informations s'ils ont besoin de connaître la cause du décès pour préserver la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits.

Obligations du patient:

Les usagers de la santé doivent :

- ✓ Observer un respect et un comportement correct à l'égard des professionnels de santé et ne peuvent recourir en toutes circonstances à la violence, sous quelque forme que ce soit, ou commettre tout acte de dégradation des biens des structures et les établissements de santé.

4.5. Compétence en matière de loi sanitaire :

Les programmes de protection de la santé couvrent les niveaux nationaux, régional et local. La loi stipule que ces programmes relèvent de la responsabilité de l'État et que les moyens financiers nécessaires à leur mise en œuvre sont prévus. Dans la pratique, cependant, la loi n'est souvent pas appliquée en raison de l'insuffisance des salaires du personnel médical ou d'une distribution déséquilibrée de l'équipement médical.

Des médecins préfèrent parfois se rendre à l'étranger afin de pratiquer leurs métiers, selon eux, dévalorisés en Algérie.

Le programme national de protection de la santé est élaboré, contrôlé et régulièrement évalué par le ministre de la santé en coopération avec tous les départements concernés.

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

Les programmes nationaux, notamment ceux liés à des maladies spécifiques, bénéficient de dispositions particulières en ce qui concerne l'organisation des réseaux de structures de soins.

➤ La Contractualisation

Les efforts de réforme entrepris au cours des deux dernières décennies ont eu deux objectifs. Rendre la quasi-intégration plus efficace en renforçant les instruments de contrôle de l'État, et en même temps rendre le niveau décentralisé, c'est-à-dire les hôpitaux, plus responsable en clarifiant la nature du mandat par rapport à l'autonomie juridique de l'hôpital. C'est l'avènement de la notion de contrat entre l'État, ses services extérieurs et les hôpitaux. Le terme de contrat ne s'imposera que progressivement. Ce contrat a la particularité de ne pas engager deux partenaires qui sont libres de ne pas contracter. L'État impose les termes du contrat et les sanctions positives et négatives liées à son exécution, laissant faible la sphère de décision autonome de l'établissement (notamment en matière d'emploi).

Il serait plus juste de parler d'une délégation de responsabilité par le biais d'un arrangement entre la fin et les moyens, comme c'est le cas entre la direction et l'unité de production dans les grandes entreprises. Les deux évolutions - amélioration de la capacité de gestion et délégation de responsabilité - sont indissociables. En effet, l'État, par le biais du PMSI, de la planification et de l'accréditation, peut exiger des établissements qu'ils s'engagent sur des objectifs maîtrisables en améliorant leur connaissance des processus de production hospitalière.

Les principales étapes de ces réformes ont été les suivantes. La première a été l'introduction de la responsabilité budgétaire des établissements avec la mise en place des dotations globales prospectives en 1983, dite réforme du budget global. Depuis lors, les établissements reçoivent des dotations a priori et irrévocables en début d'année, au lieu d'être financés sur la base des activités enregistrées au jour le jour.

La loi sur les hôpitaux de 1991 a introduit une nouvelle dimension de responsabilité pour les établissements et le concept de contrat. En effet, la loi oblige les hôpitaux à élaborer un "projet d'établissement", c'est-à-dire un plan stratégique substantiel sur cinq ans (Tedesco,

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

1996). Le contenu de ce projet est laissé à la discrétion de l'établissement, à condition que la direction médicale soit cohérente avec l'orientation du Schéma régional d'organisation des soins (SROS). Si le projet est approuvé par l'État, l'établissement est assuré de recevoir le niveau de financement nécessaire à la mise en œuvre de l'orientation choisie. Il s'agit donc d'un processus hybride, dans lequel l'organisme public régional examine l'offre hospitalière locale et les établissements de santé l'examinent en interne. Les deux processus sont liés par la participation des représentants des hôpitaux aux conseils et par l'expertise des personnes désignées. La dualité du SROS permet également d'assurer la cohérence entre le projet de chaque établissement et le schéma régional. Une partie est contraignante pour l'établissement en tant que noyau dur, tandis qu'une autre partie est indicative. Par ailleurs, les SROS utilisent l'instrument de l'autorisation. Les programmes de soins hautement spécialisés, coûteux ou complexes sont soumis à autorisation, à condition que l'établissement puisse démontrer qu'ils peuvent être mis en œuvre dans des conditions adéquates de sécurité et de qualité.³⁴

➤ Définition Entités

Le terme "SIH" renvoie explicitement au système d'information interne à une organisation de santé. Les établissements visés sont typiquement :

- Les hôpitaux,
- Les cliniques,

Il est moins fréquent, et probablement abusif, de parler de système d'information hospitalier pour d'autres types d'organisations de santé, bien que celles-ci soient également dotées de système d'information :

- Les centres de radiologie,
- Les centres d'analyses,
- Les centres de soins,
- Les cabinets médicaux.
- **Les acteurs :**

³⁴Tanti –Hardouin N : économie de la santé, Ed. Armande colin ;1994 .

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

Ce sont :

- Les patients ;
- Les professionnels de la santé ;
- Le personnel soignant ;
- Le personnel médico-technique : manipulateurs en électroradiologie, laborantins, etc.
- le personnel des services : cuisiniers, etc.
- Le personnel administratif ;
- Les acteurs institutionnels tels que les financeurs (assurances maladie, par exemple) et les organismes de régulation de l'offre de soins (agences régionales de Santé en France, par exemple) ;
- Les industriels de la filière informatique de santé (voir lien externe infra « LESISS »)³⁵

Les différents utilisateurs du SIH :

Quel que soit son métier, l'utilisateur informatique présente des caractéristiques dont il va falloir tenir compte en termes de management :

Il est inquiet face à l'outil informatique. Pour rassurer, il faudra former les utilisateurs. Le formateur devra être au fait des réalités de terrain et avoir une bonne connaissance du logiciel. « Le formateur a le devoir d'apporter non seulement une connaissance, mais aussi un sentiment positif »,

Il a une bonne connaissance de son travail qui devra être traduit en solutions informatiques par une bonne évaluation des priorités. Les solutions devront être fonctionnelles,

Il n'a pas de temps à perdre avec l'informatique qui devra donc lui être compréhensible, utile et utilisable par lui,

Il faut lui laisser l'analyse des fonctionnalités et tenir compte de ses remarques,

³⁵ mémoire de master en science économie. Université de Bejaia 2012 /2013 .p.25, disponible sur : www.univbejaia.dz/.../La%20problématique%20de%20la%20régulation%20de%20la (consulté le 06/12/2021)

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

Il a une vision centrée sur ses préoccupations personnelles ; il utilise peu les informations saisies par les autres, il fournit peu ses données ; il faudra favoriser les échanges inter-services et il faudra imposer l'idée d'un capital collectif de l'hôpital à partager et à enrichir collectivement,

Il a une vision informatique à court terme et purement utilitaire, il faut l'aider à mesurer les impacts de son organisation et rester positif face au changement,

Il attend une prise en charge globale, « aidez l'utilisateur à finir son projet, ne l'aidez pas à le commencer », l'utilisation du produit informatique doit être une démarche volontaire.

Les enjeux :

Le Système d'Information Hospitalier couvre l'ensemble des informations utilisées dans un établissement de santé. La performance d'un système d'information dépend de multiples facteurs. Un de ceux-ci est le facteur humain. Celui-ci va percevoir plus ou moins les enjeux d'une mise en commun d'informations vers un même objectif : une réponse adaptée, sécurisée à la demande de soins de la population dans un contexte économique tournée dorénavant vers l'efficience.

Le SIH doit être conçu pour faciliter l'intégration en temps réel des informations entre l'opérationnel et le décisionnel. Le SIH peut regrouper plusieurs fonctions nécessaires à la gestion des plannings, à la gestion de la paye, la facturation, le suivi budgétaire, le relevé d'activités médicales, la communication (internet, intranet, protocoles, messagerie, forum, bon de commande, etc.). La tendance actuelle se tourne vers l'extérieur de l'hôpital : le développement de réseaux de santé, le Dossier médical personnel, la télémédecine et pourquoi pas le pilotage chirurgical d'un robot à distance.

L'objectif du SIH est de permettre le suivi du déploiement ou l'état d'avancement d'une politique et d'en évaluer la pertinence dans le cadre d'une démarche qualité. La production de tableaux de bord permet de regrouper et synthétiser les indicateurs pour les présenter de façon exploitable par l'encadrement et faciliter la prise de décision.

La mise en place d'un SIH performant demande une véritable politique d'information hospitalière menée par une direction du système d'information et de l'organisation depuis la circulaire de 1982 (DSIO). Elle doit être à long terme évolutive et réaliste, car en

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

informatique la mutation est permanente, il faut concilier opportunisme et vision à long terme. Les solutions techniques sont une chose mais le plus important est de mettre en place un réel management.

La DGOS (direction générale de l'Offre de soins) entame depuis 2012 un véritable plan stratégique afin de développer et moderniser les systèmes d'information des hôpitaux. Ce plan est appelé "stratégie hôpital numérique"³⁶

➤ Objectifs

L'ambition de l'hôpital est de répondre aux besoins de tous les citoyens, quels que soient leur âge et leurs revenus, en soignant les patients et en contribuant à leur santé. Il joue également un rôle important dans la formation des médecins et des paramédicaux et dans la recherche. Son rôle est de traiter les pathologies les plus graves et les plus coûteuses qui touchent le plus souvent des patients économiquement et médicalement défavorisés, ce que nous reconnaissons tous. L'objectif est donc d'impliquer de multiples disciplines pour traiter les maladies les plus graves et les plus coûteuses et de faire progresser la recherche médicale sur ces maladies. Il prend également en charge, de manière sélective ou obligatoire, les patients atteints de maladies moins graves qui souhaitent bénéficier des services de santé publique. En toute logique, l'hôpital doit compléter les services libéraux privés, plus souples, plus efficaces et moins chargés de problèmes sociaux, mais qui nécessitent en même temps des investissements importants.

La chirurgie cancéreuse oto-rhino-laryngologique et la pathologie de la base du crâne, particulièrement coûteuses, ne sont presque plus pratiquées dans les centres-villes. D'autre part, les opérations sous anesthésie locale (par exemple, les tumeurs cutanées sous anesthésie locale) nécessitant un bloc opératoire sans anesthésiste, appelées "coûts sans bloc opératoire", ne sont plus pratiquées dans les cliniques ou sont pratiquées moyennant une redevance au patient. Dans les cliniques, les praticiens privés sont poussés par l'administration à limiter leur activité aux actes rentables et sont contraints par des textes et des seuils d'activité pour les autres actes. Par ailleurs, les ORL privés sont réticents à

³⁶ NOUARA KAID : Le Système de Santé Algérien entre Efficacité et Equité, thèse de Doctorat d'Etat en Science Economiques, Université d'Alger, Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion,

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

pratiquer certains actes (je pense notamment aux amygdalectomies) pour lesquels les contraintes médicales et légales deviennent de plus en plus importantes afin de générer un modeste profit. Ainsi, aux deux extrêmes, certains actes, majeurs ou mineurs, ne sont plus pratiqués en ville, mais dans le secteur public ou privé à but non lucratif.

L'hôpital, de son côté, tente, pour rééquilibrer ses comptes, de faire de la pathologie dite rentable et encourage les activités qui font concurrence à l'activité libérale et aux cliniques sur leurs terrains d'excellence.

Cependant, si l'hôpital doit diminuer ses frais de fonctionnement, il doit également poursuivre ses objectifs. Il ne supportera probablement pas un projet médical trop ambitieux non coordonné avec la ville.

L'idéal, mais cela semble difficile, serait une répartition coordonnée du travail. Cela impliquerait un remboursement équilibré des procédures qui ne créerait pas d'inégalités et permettrait à chacun de remplir son rôle sans empiéter sur celui de l'autre ou l'alourdir.³⁷

5. Logique de contractualisation en Algérie

5.1. Organisation du système de santé algérien :

L'objectif du système de santé est la mise en œuvre pratique de la politique de santé, d'améliorer la santé des citoyens. Selon le rapport sur la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Algérie est classée 45^{ème} en termes de niveau de santé parmi les 191 Etats membres de l'Algérie occupe la 81^e place en termes de performance globale de l'OMS en matière de santé. Elle occupe la 81^e place pour la performance globale de son système de santé. Système de santé

Le système de santé est supervisé par le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH). La réforme hospitalière (MSPRH). Cette dernière est la mise en œuvre par le gouvernement du Plan d'action du gouvernement, adopté en mai 2009. Le plan

³⁷ ZEHNATI Ahcen, les inégalités de répartitions des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Cas de 20 spécialités médicales, Université de Béjaïa, disponible sur : <https://www.gdri.dreem.free.fr/wp-content/a2-1zahnati-ahcenecommunication.pdf>

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

d'action du gouvernement, adopté en mai 2009, comprend les éléments suivants en ce qui concerne le secteur de la santé Dans le secteur de la santé, il comprend :

- ✓ Améliorer la couverture sanitaire
- ✓ Améliorer la qualité des prestations
- ✓ Prendre en charge les transitions démographiques et épidémiologique
- ✓ Rationaliser la gestion et promouvoir la coordination avec les autres secteurs
- ✓ Organismes de sécurité sanitaire : l'Institut national de santé publique (INSP) est responsable de l'ensemble des tâches. L'INSP, qui est chargé de la surveillance épidémiologique nationale, et le LCPP, qui est chargé de la surveillance épidémiologique nationale, sont des organismes de sécurité sanitaire. Le Laboratoire de contrôle des médicaments (LCPP), qui est chargé de médicaments avant leur mise sur le marché (1993), l'Agence nationale du sang (ANS), qui a pour mission de l'Agence nationale du sang (ANS), qui est chargée d'élaborer la politique nationale du sang (1995) (1995), le Centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance, le Centre national de toxicologie, qui est chargé d'élaborer la politique nationale en matière de sang (1995). Centre national de toxicologie, qui est responsable de la surveillance des effets des médicaments. Centre national de surveillance de la sécurité des médicaments, chargé de surveiller les effets de la consommation de médicaments et de l'utilisation de dispositifs médicaux ; Centre national de toxicologie. (1998)
- ✓ Organisation logistique : Institut Pasteur d'Algérie, Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH) chargée de l'approvisionnement en médicaments des établissements de santé publique (1994).
- ✓ Institutions de formation, de documentation, de recherche et d'information : écoles nationales de santé publique Autorités de santé publique, écoles nationales de formation du personnel pédagogique et médical, écoles nationales de formation du personnel médical, institut national de formation du personnel médical Documentation sur la santé

Le personnel et l'organisation des directions de la santé, dans chacune des 48 wilayas, sont les suivants. Sous l'autorité du directeur de la santé de la wilaya, membre de l'exécutif de la wilaya. L'exécutif de wilaya.

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

Il est à noter que ce système comporte trois sous-ensembles : le secteur public, le secteur parapublic et le secteur privé. Il s'agit du secteur public, du secteur parapublic et du secteur privé. Il existe plusieurs passerelles entre ces trois sous-ensembles. Il existe plusieurs passerelles entre ces trois sous-ensembles, comme l'amendement de 1999 à la loi 85-05, qui permet à certains employés du secteur public de travailler. le travail temporaire de certains employés du secteur public dans le secteur parapublic ou privé ; et la possibilité pour le personnel du secteur privé de travailler par la suite, alors que les accords au sein du secteur public

La hiérarchie des soins est placée au premier plan dans l'organisation du système de santé algérien. C'est le système de santé. Il s'agit de distinguer les activités de soins qui relèvent du système de santé de base, c'est-à-dire des structures extrahospitalières, de celles qui relèvent du système de santé. Distinguer celles qui relèvent du système de soins de base, c'est-à-dire de la structure extrahospitalière, de celles qui relèvent de la structure hospitalière. La structure hospitalière est déterminée et différenciée en fonction du niveau de technicité des soins requis ou plutôt souhaités.

- ✓ **Les soins du 1er niveau :** Ce niveau de soins concerne les soins médicaux de base, tels que les consultations, les soins dentaires, les soins maternels et infantiles, les soins infirmiers, l'exploration, l'éducation à la santé, les activités de prévention et les soins primaires en cas d'urgence³. Pour répondre aux besoins de ce niveau de soins, des services, des polycliniques et des cliniques privées ont été créés dans les zones urbaines et les communes, ainsi que dans les zones méridionales et les zones dites isolées.
- ✓ **Les soins de 2ème niveau :** Il s'agit des soins dispensés au niveau des Dyra, des Wilaya et des hôpitaux régionaux, Hôpital de Wilaya ou Hôpital Régional. Ces structures assurent la médecine générale et les conseils médicaux de base. Elles sont divisées en médecine et en spécialités de base telles que la médecine interne, la chirurgie et la médecine de laboratoire. Biologie expérimentale et pédiatrie Ces structures peuvent Ces structures peuvent assurer la prise en charge des patients dans les hôpitaux, ou les transférer vers des EHS (hôpitaux spécialisés) ou des CHU si l'état de santé du patient l'exige. En outre, il convient de noter les points suivants. Il est important de noter que ces deux premiers niveaux sont essentiels à la mise en

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

œuvre des programmes de santé. Ils peuvent accroître l'efficacité des programmes de santé et des soins primaires. Ils permettraient aux hôpitaux du secteur de la santé de fournir des soins secondaires plus efficaces. Il permettrait aux hôpitaux du secteur privé de fournir des soins secondaires plus efficaces.

- ✓ **Les soins de 3ème niveau :** Ces soins sont dispensés dans les hôpitaux de soins de santé et dans certaines cliniques privées. Ils fournissent des soins de santé primaires et secondaires. Les hôpitaux comprennent au moins un service d'urgence, une clinique ambulatoire, une unité de stomatologie, quatre services de base (médecine, chirurgie, chirurgie orthopédique, urologie, médecine générale) et un service d'hospitalisation. Les hôpitaux comprennent au moins un service d'urgence, une clinique ambulatoire, une unité de stomatologie, quatre services de base (médecine, chirurgie, chirurgie orthopédique, urologie, ORL, oto-rhino-laryngologie et urologie). (Médecine, chirurgie, pédiatrie et obstétrique) et un plateau technique (radiologie et laboratoire). En outre, les hôpitaux du secteur de la santé Les hôpitaux du secteur de la santé sont responsables des services suivants. Programmes de prévention, programmes nationaux de santé et santé maternelle et infantile. Activités de santé maternelle et infantile, soins et suivi des maladies chroniques, traitement hospitalier Maladies chroniques, hospitalisation à domicile pour certains cas chroniques (par exemple, cancer en phase terminale, accident vasculaire cérébral). (par exemple, cancer en phase terminale, accident vasculaire cérébral), consultation par des équipes mobiles dans les zones isolées. Dans les zones isolées.
- ✓ **Les soins de 4ème niveau :** Il s'agit de savoir si les soins spécialisés et hautement spécialisés sont réservés à la Wilaya en tant qu'activité de prévention et de traitement. sont réservés à la Wilaya en tant qu'activité de prévention et de traitement les maladies cardiovasculaires et le cancer, ainsi que les traumatismes, les brûlures et la dialyse rénale. Traumatologie, brûlures, dialyse rénale, immunologie, gastro-entérologie la médecine nucléaire et la radiothérapie. En bref, ces soins sont hautement spécialisés et et nécessitent des moyens financiers et humains très importants, qui sont mis à disposition par les CHU et les EHS, et par les hôpitaux. CHUs et EHS, et dans certaines cliniques privées. Les hôpitaux universitaires ont d'autres missions autres que la santé publique, qui peuvent être résumées comme suit.

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

L'introduction de contrats publics est envisagée dans un certain nombre de pays qui réforment leurs systèmes de santé et de sécurité sociale. Les contrats publics sont souvent présentés comme un moyen de redéfinir les relations entre les acteurs clés du système de santé afin d'accroître l'efficacité de l'utilisation des ressources disponibles. Ce document présente et analyse l'expérience de l'Algérie au cours des 15 dernières années dans l'établissement de nouvelles règles pour le financement des services de santé par la sécurité sociale. L'auteur montre pourquoi et comment la contractualisation a été envisagée dans le cadre de la réforme du système de santé, analyse les phases de sa mise en œuvre et tire ensuite quelques leçons de cette expérience en cours. Dans sa mise en œuvre, la contractualisation s'est heurtée aux difficultés méthodologiques habituelles de mesure de l'efficacité des services de santé et de leurs coûts, ainsi qu'à un contexte institutionnel aggravé qui laissait peu de place aux acteurs pour s'engager dans une démarche contractuelle afin d'atteindre les objectifs de la négociation.³⁸

5.2. Historique et Evolution du système de santé algérien

Le système de santé algérien est un système qui existe depuis longtemps, il est d'ailleurs un héritage de la période coloniale française. Héritage de la période coloniale française. Il a en effet connu un développement et des progrès remarquables de l'indépendance à nos jours, à travers les différentes politiques et stratégies adoptées par les pouvoirs publics algériens. Politiques et stratégies adoptées par les pouvoirs publics algériens. L'évolution du système de santé algérien L'évolution du système de santé algérien se caractérise par quatre phases.

Période de 1962 à 1973 :

Après l'indépendance, l'Algérie a hérité d'un système de santé qui un système de soins inadapté aux besoins de la population, caractérisé par L'insuffisance des infrastructures. Ces infrastructures étaient concentrées au nord et dans les grandes villes. Dans les grandes villes,

³⁸ DAHAK, Abdenour, KARA, Rabah. Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales. Tizi-Ouzou: Edition El-Amel, 2015.

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

les besoins de la minorité sont seulement satisfaits, alors que la majorité n'a pratiquement pas accès aux soins. L'accès aux soins de santé.

Les conditions sanitaires de l'époque étaient médiocres, les maladies entraînant la malnutrition et le manque d'hygiène et de prévention¹. Le manque d'hygiène et de prévention¹. Les indicateurs de santé de l'époque étaient dus à :

- ✓ Une espérance de vie à la naissance ne dépassant pas les 50 ans
- ✓ Des taux de mortalité infantile élevés, supérieurs à 180 pour 1 000 naissances vivantes dans les zones urbaines (1 enfant sur 5 meurt avant son premier anniversaire). (1 sur 5 meurt avant son premier anniversaire), principalement en raison de maladies diarrhéiques, d'infections respiratoires aiguës, exacerbées par d'autres facteurs. Maladies diarrhéiques, infections respiratoires aiguës, exacerbées par d'autres maladies infectieuses. Et d'autres infections, exacerbées par la malnutrition chronique. Malnutrition chronique.
- ✓ Des maladies transmissibles (tuberculose, paludisme...) d'une importante cause de décès et d'handicaps et des maladies mentales

La période 1974 à 1986 :

L'État a déclaré l'introduction de la gratuité des soins médicaux à partir de janvier 1974. (Décret 73.65 du 28 décembre 1973) dans tous les services publics. Désormais. La gratuité pour toute la population, sans exception, est confirmée par le SKE48, lancé deux ans plus tard. L'État est chargé d'assurer la protection, la préservation et la promotion de la santé de tous. L'État est responsable de la protection, de la préservation et de l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population. En ce qui concerne l'état de santé de la population En ce qui concerne l'état de santé de la population, cette période a connu une nette amélioration, ce qui est. :

- ✓ L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance (63 ans en 1985 contre 50 ans en 1962)
- ✓ La diminution du taux de mortalité générale (7 ‰ en 1988 contre 15,9‰ en 1966)
- ✓ La diminution du taux de mortalité infantile (79 ‰ en 1985 contre 180‰ en 1962)

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

En revanche, sur le plan épidémiologique, on constate une nette diminution de certaines maladies transmissibles grâce au Programme national de santé (lutte contre la tuberculose, le paludisme, etc.). On constate une nette diminution de certaines maladies transmissibles grâce au programme national de santé (tuberculose, lutte contre la malnutrition, etc.). (Par exemple, la malnutrition, le programme d'extension de la vaccination).

La période 1986-2002 :

Cette politique, qui s'est poursuivie jusqu'en 1986, s'est arrêtée brutalement à la fin des années 1980, la baisse des recettes pétrolières et l'endettement excessif de l'Algérie, ainsi qu'une demande accrue de soins de santé, du fait de leur gratuité. Programmes de santé

Entre 1986 et 1987, le programme de santé a connu une nette régression et le secteur hospitalier public a connu de grandes difficultés (gestion des hôpitaux et entretien des équipements). En 1994, le Fonds monétaire international (FMI) impose à l'Algérie un programme d'ajustement structurel (PAS). Ce programme d'ajustement structurel (PAS) a pour objectif de réduire les importations de médicaments et les dépenses de santé. Ainsi que les dépenses de santé.

La période de 2002-2011 :

Cette période a été caractérisée par une amélioration significative des ressources du secteur de la santé grâce à l'augmentation des dotations budgétaires résultant de la rente pétrolière. Cette période a été caractérisée par une amélioration significative des ressources du secteur de la santé grâce à l'augmentation des dotations budgétaires résultant des recettes pétrolières, et ce malgré la crise financière mondiale. Malgré la crise financière mondiale.

5.3. Le financement du système de santé algérien

En Algérie, le financement des soins de santé reste une préoccupation majeure des pouvoirs publics et de la population. En Algérie, le financement des soins de santé reste une préoccupation majeure des pouvoirs publics et de la population. Il doit être basé sur la solidarité nationale pour atteindre les objectifs de santé publique. Depuis janvier 1974, la gratuité des soins dans les structures sanitaires publiques a été instaurée afin de garantir l'accès aux soins pour tous. La gratuité des soins dans les structures publiques et le système

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

de santé ont été financés principalement par deux bailleurs de fonds. par deux bailleurs de fonds : le budget de l'État et la sécurité sociale.

Les modes de financements de la santé ont été énumérés dans la charte de la santé et la loi n° 85-05 du 16 février 1985.

5.4. Evolution des sources de financement de la santé en Algérie

Depuis l'indépendance, l'Etat algérien a accordé une grande importance au secteur de la santé et à son financement. et à son financement. La participation de l'Etat au budget du secteur de la santé est de La participation de l'État au budget du secteur de la santé comprend non seulement le niveau du budget de fonctionnement, mais aussi le financement de l'ensemble du budget d'équipement ou d'investissement. Participation sur la base des spécifications du budget d'équipement ou d'investissement. Budgétisation des programmes de prévention.

Cette évolution participative est entrée dans une nouvelle phase avec l'introduction de la gratuité des soins en 1974. La gratuité des soins de santé a été introduite en 1974. En effet, la contribution de l'État au financement du système de santé était de plus de 76,51 % en 1974, mais cette contribution a diminué au fil des ans, surtout à moyen terme. plus de 76,51% en 1974, mais cette contribution a diminué au fil des années, surtout à moyen terme. Ceci est dû à l'impact négatif de la situation de crise et de la chute brutale des prix du pétrole. En effet, la situation de crise et la chute brutale des prix du pétrole ont eu un impact négatif sur les recettes et les budgets de l'État, où le taux de contribution a baissé. En effet, la situation de crise et la chute brutale des prix du pétrole ont eu un impact négatif sur les recettes et le budget de l'Etat, où le taux de contribution est passé de 48,04% en 1983 à seulement 36,60% en 1986. La diminution. La baisse des cotisations de l'État a été compensée par les cotisations de la sécurité sociale Les organismes de sécurité sociale dans le système d'assurance maladie.

Depuis les années 2000, la contribution de l'État au financement des dépenses de santé a augmenté avec l'amélioration des recettes de l'État. La contribution de l'État au financement des dépenses de santé est passée de 42,56 % à 81,53 % en 2009. L'État est à nouveau le principal bailleur de fonds du secteur de la santé, passant de 42,56 % en 1999 à 81,53 % en 2009. Le secteur de la santé.

➤ Niveaux de la contractualisation

Outre les actes unilatéraux (lois, décrets, etc.), les pouvoirs publics ont souvent recours à la contractualisation pour mener à bien leurs missions. En France, la contractualisation publique s'est longtemps organisée autour de la distinction entre contrats administratifs et contrats de droit privé (dont l'une des parties est une personne publique). Cependant, cette dichotomie est devenue problématique dans les années 1980 et 1990 avec l'évolution de la gouvernance publique. L'État a fondé sa légitimité sur sa capacité à permettre la co-construction par les parties prenantes plutôt que sur sa capacité à définir les politiques publiques. De nouvelles formes de contractualisation sont alors apparues, telles que les contrats managériaux (diffusion de la gestion privée dans le secteur public) et les contrats interinstitutionnels (contrats entre différents niveaux de décision publique). Compte tenu de son rôle central dans la coordination de la politique territoriale française, cette note se concentre sur cette contractualisation interinstitutionnelle. Le "contrat d'activité publique", base des contrats interinstitutionnels, se caractérise par une grande diversité. Cela se reflète dans le fait qu'ils sont désignés par des noms différents, tels que chartes, conventions, programmes et plans. Toutefois, ces conventions présentent trois caractéristiques principales (ibid.). Il s'agit d'organiser les objectifs politiques et les termes de la négociation concernant les moyens techniques et financiers, de proposer un calendrier opérationnel à moyen et long terme pour atteindre ces objectifs et de définir la clé de répartition de la charge financière supportée par chacune des parties contractantes...³⁹

➤ Contenu / objectifs (interne et externe)

Alain Hériault, Directeur des Hôpitaux Universitaires de Bordeaux, et la Fédération d'Imagerie Diagnostique Peregrine (coordinateur médical : Prof Diard) ont signé la première convention interne d'objectifs et de moyens lors d'une cérémonie solennelle de signature au sein du Groupe Hospitalier Peregrine.

³⁹ MEBTOUL Mohamed. (2015), « Le système de soin Algérien. De l'élaboration aveugle à un marché hybride et éclaté (1962-2012) », Oran, Algérie

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

Cet événement a été porté sur les fonds baptismaux de l'Institution et constitue l'aboutissement d'un long processus qui a pu aboutir grâce à deux volontés :

- Celle de l'INSTITUTION qui a fait de la contractualisation interne un axe fort de son nouveau management
- Celle d'une FEDERATION, la FEDERATION D'IMAGERIE de PELLEGRIN, de l'équipe médicale et non médicale et du coordonnateur responsable et animateur de la structure.

Objectifs de la contractualisation interne :

Ce nouveau mode de gestion, prévu par la loi de 1991, rappelé par l'ordonnance du 24 avril 1996 et repris par l'institution dans son projet d'établissement par la circulaire 97-304 du 21 avril 1997, est régulièrement rappelé par le directeur général. Elle correspond à l'évolution des établissements de santé et à l'évolution du processus décisionnel.

Les principes de la contractualisation interne reposent sur un montage juridique à trois temps :

- La création de centres de responsabilité
- L'établissement d'une délégation de gestion définie par le directeur au bénéfice des responsables de ces centres
- La passation d'un contrat entre direction et ces responsables.

Par opposition à un management centralisé, la contractualisation interne est la traduction d'une volonté de décentralisation, de rapprocher la décision et du lieu et des acteurs, d'améliorer et d'optimiser les allocations de ressources et de moyens.

Les structures expérimentatrices :

L'expérimentation de contractualisation interne a été entreprise auprès de 3 et bientôt 4 structures volontaires :

- La Fédération d'Imagerie de Pellegrin
- La Fédération d'Hépatogastroentérologie médicale et chirurgicale du Groupe hospitalier Sud

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

- La Fédération d'Hépatogastroentérologie médicale et chirurgicale du Groupe hospitalier Saint André
- Le Département d'Anesthésie Réanimation du Pr Janvier

La mise en œuvre de l'expérimentation :

La contractualisation interne ne doit pas être vécue comme un nouvel espace de liberté mais comme un nouvel espace de responsabilité que sous-tend la délégation de gestion.

Cette déconcentration a pour but d'améliorer la qualité du service rendu en responsabilisant les équipes sur des objectifs d'activité, de qualité et sur la gestion des moyens nécessaires pour atteindre les objectifs.

La contractualisation interne correspond à un nouvel état d'esprit de participation des acteurs de terrain, de dialogue avec les équipes, de souplesse de fonctionnement, de transparence dans la gestion.

Ce premier contrat interne de la Fédération d'Imagerie de Pellegrin a pu aboutir car les pré-requis ci-dessus ont fait l'objet d'un effort permanent de la part du bureau de la Fédération et de son coordonnateur actuel.

Dans les autres Fédérations, tous ces pré-requis ne sont pas encore présents, mais les travaux préparatoires du contrat interne d'objectifs et de moyens sont proches d'être achevés et la volonté d'aboutir est réelle.⁴⁰

⁴⁰Oufriha FZ. (2002). « Système de santé et population en Algérie ». Editions ANEP, Alger

Chapitre 2 : Réforme hospitalière

Conclusion :

En conclusion, les réformes hospitalières en Algérie sont un processus en évolution qui nécessite une attention continue, il est important de reconnaître que des défis persistent en tirant des leçons, les leçons des succès et des défis rencontrés jusqu'à présent, L'Algérie peut progresser vers un système de santé plus efficace équitable et de qualité.

**Chapitre 3 : la
relation entre la
bonne gouvernance
et la réforme
hospitalière la**

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

Chapitre 3 : rôle de la gouvernance

Introduction :

La simple mise en place de réformes structurelles et organisationnelles ne garantit pas leur succès, un élément clé souvent négligé mais pourtant fondamental est le rôle de la gouvernance. Dans ce chapitre nous examinerons comment une gouvernance solide est adaptée peut favoriser ce processus de transformation.

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

1. Rôle de la gouvernance

La gouvernance peut varier selon le domaine d'application, mais en général, ils incluent les suivants :

1. **Transparence** : le processus décisionnel et les résultats doivent être clairement communiqués à toutes les parties prenantes concernées.
2. **La responsabilité** : les décideurs doivent être tenus responsables de leurs actions et de leurs conséquences.
3. **Participation** : les parties prenantes doivent être impliquées dans les processus décisionnels pertinents.
4. **Équité** : les décisions doivent être prises de manière juste et équitable pour toutes les parties prenantes concernées.
5. **Orientation vers les résultats** : les décisions doivent être prises en fonction des résultats souhaités.
6. **Prise de décision éclairée** : les décisions doivent être prises sur la base d'informations précises, pertinentes et fiables.
7. **Orientation vers la durabilité** : les décisions doivent être prises en considérant l'impact à long terme sur l'environnement, la société et l'économie.
8. **Intégrité** : les décideurs doivent agir avec honnêteté, éthique et professionnalisme.
9. **Adaptabilité** : les processus de gouvernance doivent être suffisamment souples pour s'adapter aux changements et aux situations imprévues.
10. **Cohérence** : les politiques et les pratiques de gouvernance doivent être cohérentes dans l'ensemble de l'organisation ou du système gouverné.⁴¹

Le gouvernement d'entreprise consiste à s'assurer que l'entreprise est responsable dans toutes ses transactions et qu'elle fonctionne de manière équitable et ouverte.

Cette responsabilité incombe au conseil d'administration de l'entreprise. L'un des principaux objectifs du gouvernement d'entreprise est de veiller à ce que la direction gère efficacement

⁴¹BAMM . Clinical Governance in the NHS . British Association of Medical Managers , 1998. (<http://www.bamm.co.uk/clinical.htm>).

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

les finances de l'entreprise et agisse toujours dans le meilleur intérêt des parties prenantes (actionnaires, salariés, clients, fournisseurs et créanciers).

Les entreprises disposent souvent de leur propre cadre de gouvernement d'entreprise (règles et procédures régissant la conduite de l'organisation). La plupart des entreprises doivent également se conformer aux réglementations externes et aux lois qui régissent leur industrie ou leur secteur.⁴²

2.La gouvernance : un nouvel espace de régulation collective :

Il n'existe pas de conception unique de la forme que doit prendre la régulation du système de santé. Chacun des quatre principaux acteurs impliqués dans le système de santé a sa propre idée de la logique qui devrait guider la prise de décision. Les professionnels (médecins, infirmiers, pharmaciens, dentistes) privilégient la logique professionnelle, les administrateurs (payeurs, évaluateurs, fonctionnaires) prennent des décisions fondées sur la logique technocratique et la rationalité formelle, les milieux commerciaux (laboratoires pharmaceutiques, compagnies d'assurance, groupes financiers impliqués dans l'offre de soins) affirment la primauté de la logique commerciale et, enfin, les milieux politiques (élus, représentants légitimes des électeurs, représentants de la société civile et de la société civile, etc, les milieux politiques (élus, représentants légitimes des groupes constitutifs, etc.) affirment la primauté de la logique démocratique.

Le pouvoir de chacun de ces quatre groupes d'acteurs dépend de leur capacité à convaincre tous les acteurs sociaux qu'ils parlent et agissent au nom et dans l'intérêt de la population. Cet effort se manifeste dans le langage utilisé. Ainsi, les professionnels de la santé parlent de "patients" ou, plus généralement, de "malades" ; les gestionnaires parlent d'"usagers", de "bénéficiaires" et d'"assurés" ; dans le monde commercial, de "consommateurs", de "ménages" et de "clients" ; l'État parle de "citoyens", d'"électeurs" et de "contribuables", c'est-à-dire de "la population" en général. Plus un groupe parle légitimement au nom de la population, plus la logique réglementaire qu'il promeut aura de poids dans la prise de

⁴² AKTOUF, Omar. Méthodologie des Sciences sociales et approche qualitative des Organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique[en ligne]. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec, 1987. Format PDF. Disponible sur : http://classiques.uqac.ca/contemporains/Aktouf_omar/metho_sc_soc_organisation/met

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

décision du groupe. Toutefois, il est peu probable que cet effort soit entièrement couronné de succès. En effet, dans la pratique, aucun système de santé n'est régulé par une seule des quatre logiques, et la régulation empirique de chaque système est caractérisée par une certaine quantité (pas toujours nulle) de chaque logique. D'autre part, la rationalité de chaque décision de l'acteur est basée sur le fait qu'elle appartient à une seule de ces logiques. Il faut donc accepter l'idée que le système de santé est constitué d'espaces décisionnels dominés par l'une de ces logiques. Et qu'en conséquence, il existe une frontière entre ces espaces, autour de laquelle se concentre la tension entre les logiques.

Dans les années 1990, cette forme particulière de régulation du système de santé a été brutalement remise en question par les pressions combinées de plusieurs forces majeures. Les progrès de la connaissance et de la technologie ont considérablement élargi la portée et l'efficacité des soins de santé, tandis que le vieillissement de la population et la dégradation de l'environnement ont accru et transformé les besoins en matière de soins de santé. Ces deux phénomènes ont entraîné une augmentation significative de la demande de soins de santé, alors que les pressions exercées par la mondialisation sur les finances publiques ont contraint les États à exercer un contrôle strict sur les dépenses publiques, en particulier les dépenses de santé. Le concept de gouvernance a été popularisé en réponse à la crise créée par ces forces. En effet, il n'y a pas d'autre option pour combattre cette crise que de réformer en profondeur le système de santé, et notamment son mode de régulation. Le concept de gouvernance contient un discours de transformation. Il indique que le système de santé ne peut plus être conçu et régulé comme il l'était auparavant. Ce changement se manifeste par une série de transitions qui nécessitent une refonte en profondeur de la régulation du système de santé.

Nous passons d'un système centré sur l'hôpital à un système dans lequel les hôpitaux font partie d'un réseau. Une "révolution copernicienne" s'impose. Les maladies aiguës et infectieuses sont remplacées par des maladies chroniques et fonctionnelles à long terme. Les médecins travaillant seuls et de manière autonome dans les cliniques et les hôpitaux sont remplacés par des équipes multidisciplinaires. Les consultations individuelles deviennent interdisciplinaires. L'extrême spécialisation accroît le besoin de soutien et de coordination. Les nouvelles technologies médicales permettent des soins de santé personnalisés au domicile du patient. Les systèmes de santé doivent accepter que la fourniture de services de

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

santé de qualité à tous les êtres humains ne suffira pas à elle seule à réduire les inégalités nationales en matière de santé.⁴³

L'émergence du concept de gouvernance implique un changement dans les trois niveaux de régulation : macro, mésoscopique (organisationnel) et micro (relations entre les acteurs individuels).

Au niveau macroscopique, la régulation démocratique est dominante. La régulation démocratique est mobilisée pour définir des principes organisationnels clés afin d'assurer la cohérence du système. Elle concerne des questions telles que la couverture du système d'assurance maladie, les assurés, la répartition des pouvoirs entre les niveaux de décision (degré de décentralisation), la définition des différents champs d'exercice professionnel, les formes de financement du système de santé et les liens entre la politique de santé et la politique de santé intersectorielle. Au niveau macroscopique, le concept de gouvernance correspond à l'idée d'une plus grande participation directe des citoyens à la prise de décision, d'une plus grande décentralisation pour une utilisation efficace des compétences et de la responsabilité, de l'adaptation du système de santé aux spécificités locales, de l'ouverture à de nouvelles formes de financement, d'une plus grande collaboration intersectorielle et de la responsabilité dans l'évaluation de l'impact des politiques publiques sur la santé.

Au niveau de l'organisation de la prestation des soins, ce sont principalement les principes du marché et de la technologie qui sont à l'œuvre. Ces deux logiques permettent de définir les conditions d'accès aux services, les règles de responsabilité et de gestion des différentes organisations (hôpitaux, CLSC, cliniques privées, CHSLD, etc.), la gestion des pratiques professionnelles, les systèmes d'information, les conditions de rémunération des établissements et des professionnels, le contrôle de la qualité, etc. L'espace réglementaire occupé par ces deux logiques est limité, d'une part, par les grands principes d'organisation du système de santé par des décisions au niveau macroscopique et, d'autre part, par les exigences des cliniques régies par des logiques professionnelles, le concept de gouvernance dans l'organisation des soins visant à éliminer les barrières et les rigidités du système actuel, Il renvoie à l'idée qu'il est nécessaire de fonctionner en réseau, d'introduire des mécanismes

⁴³ BRUNO, Polier., la réforme des systèmes de santé. 7^{ème} Edition mise à jour, 2015, février.

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

de marché interne, de décentraliser la prise de décision et de généraliser les systèmes d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité.

Au niveau micro, c'est-à-dire dans le système clinique, la logique professionnelle est dominante. Le système clinique est au cœur du système de santé et c'est le système qui accueille les personnes souffrantes et anxieuses, diagnostique, prévient, traite, palliatif et observe leurs problèmes de santé et les oriente dans le système de santé. L'objectif de la clinique est de fournir les services (qualité et spécificité) les mieux adaptés aux besoins particuliers de chaque patient, en utilisant les connaissances existantes (universalité) et les compétences des différents professionnels (efficacité), ce qui est réalisé par l'intégration de l'espace, du temps et des soins interprofessionnels (continuité, exhaustivité et réactivité). Les exigences de la clinique placent les professionnels dans une situation paradoxale. Les professionnels doivent utiliser leur meilleur jugement pour adapter leurs connaissances au cas spécifique de chaque patient en toute liberté, mais en même temps ils doivent s'assurer que leur jugement est basé sur des connaissances scientifiques reconnues. Ce n'est qu'à cette condition qu'ils peuvent être tenus responsables des décisions prises selon des normes et des critères généraux. Contrairement à tous les autres secteurs de services (assurances, banques, etc.), le système clinique est irréversible dans la mesure où il existe une incertitude, puisque ni le diagnostic ni l'effet du traitement ne peuvent être prédits avec certitude. La logique professionnelle peut harmoniser les deux exigences de la clinique : réaliser des évaluations "sur mesure" et rendre des comptes en fonction des normes et des connaissances en vigueur. La gouvernance clinique désigne les actions et les méthodes qui résultent des forces importantes exercées sur le système de santé et qui ont transformé l'exercice de la médecine. L'exercice de la médecine ne peut plus être pensé uniquement comme une relation personnelle entre un patient et un médecin, mais comme un phénomène collectif qui se développe au sein d'une organisation (formelle ou informelle), nécessitant des ressources et de l'expertise. L'espace clinique constitue un véritable système d'action qui doit coordonner la pratique de professionnels autonomes et hautement spécialisés. Pour concilier coordination et liberté professionnelle, la gouvernance clinique doit repenser les formes de coordination et élargir le concept d'autonomie professionnelle.⁴⁴

⁴⁴ BRAHAMIA B : économie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé, L'OCDE- Europe de l'est-Maghreb, édition bahaeddine, 2010.

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

3.La gouvernance : penser différemment l'action collective

La gouvernance peut être définie comme la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité. Ses fondements sont le système de gestion (un ensemble de règles définissant la répartition de l'autorité et de la responsabilité), le système d'information (un ensemble de données et un système d'utilisation qui garantit que le système d'action organisé est toujours intelligible et transparent pour les professionnels, les gestionnaires, les planificateurs, les patients et les populations), le système de financement (le financement du système, un ensemble d'incitations véhiculées par les méthodes d'achat, les mécanismes d'allocation de budget et les mécanismes de paiement aux acteurs). un ensemble d'incitations véhiculées par les méthodes d'approvisionnement, les mécanismes d'allocation budgétaire et les mécanismes de paiement aux acteurs). La cohérence de ces trois systèmes permet à la gouvernance de remplir les trois fonctions principales qui la caractérisent.

La fonction d'orientation, ou ce que Hatuel appelle la prospective, peut être définie comme : "un processus de production collective de connaissances sur l'avenir d'un groupe, dont le mécanisme d'apprentissage est rendu possible par une certaine forme de gouvernance". La prospective est un exercice non seulement de prévision et de prédiction, mais aussi de "développement de pratiques et de réflexions collectives sur de nouveaux sujets de gouvernement". Elle cherche à transformer, en les renouvelant, les relations entre les quatre grandes logiques de régulation (logiques professionnelle, technique, marchande et démocratique) que les différents acteurs du système de santé mobilisent pour rationaliser leurs propres décisions.

La fonction de management peut être définie comme " la conception et la mise en œuvre de l'action collective (d'une organisation ou d'un système) à partir d'une position d'autorité ",

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

dans le but de maximiser la performance du système Dans le système de santé, il est important de distinguer la gestion de l'ensemble des services administratifs et techniques, où il est possible et souhaitable de standardiser les activités, de la gestion des cliniques, où il faut laisser une place suffisante à la liberté professionnelle et à l'autorégulation par les pairs. Les fonctions normatives visent à créer un imaginaire collectif qui favorise la coopération et renforce la légitimité. Pour qu'un système fonctionne, il ne suffit pas de le diriger, de le gérer et de l'évaluer, il faut aussi (et peut-être surtout) qu'il soit vivant. Cette idée est bien illustrée par le concept d'intendance de Saltman. L'intendance peut être considérée comme une forme de gouvernance éthique, informée ou "bonne".

La complexité de la gouvernance réside dans l'articulation de ces trois fonctions principales, dont chacune reste sous forte tension : la fonction normative entre idéologie et utopie. L'idéologie tend vers l'"intégration" (pour maintenir un sentiment d'identité partagée), tandis que l'"utopie" (pour introduire des idées de nouveauté, de différence et de discontinuité) travaille dans la direction opposée, vers la rupture.⁴⁵

4.La gouvernance : rendre des comptes sur la performance

L'objectif de la gouvernance est d'améliorer en permanence les performances du système de santé et de ses organisations constitutives et de les tenir responsables de leur réussite. Par conséquent, pour parler de gouvernance, il est nécessaire d'opérationnaliser le concept de performance afin de pouvoir rendre compte de toutes les dimensions et complexités du système de santé et de ses organisations constitutives. La conception et l'opérationnalisation de la performance doivent être cohérentes avec la complexité de la conception et de la mise en œuvre de la gouvernance évoquée dans la section précédente.

Cependant, tout le monde ne comprend pas le concept de performance de la même manière. Chaque concept reflète une compréhension particulière du fonctionnement d'un système ou d'une organisation. Une organisation peut bien fonctionner selon un modèle, mais pas selon un autre. Par exemple, selon le modèle rationnel, une organisation parvient à atteindre ses

⁴⁵ DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences Economiques, de Gestion et des sciences Commerciales. Tizi-Ouzou: Edition ElAmel, 2015.

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

objectifs. En revanche, selon le modèle d'acquisition des ressources, la performance d'une organisation est indiquée par sa capacité à s'adapter à son environnement et à innover. La performance peut consister à produire avec productivité et qualité, ou à surpasser ses concurrents. La performance apparaît donc comme un concept multidimensionnel, paradoxal et contingent.

Une façon d'envisager ces trois caractéristiques est de partir de l'idée que pour qu'un système ou une organisation soit performant, il doit remplir en permanence quatre fonctions clés (atteindre des objectifs légitimes, s'adapter à l'environnement, produire de la qualité et maintenir et créer de la valeur).

La réalisation des objectifs reflète la capacité d'une organisation à accomplir sa mission. Dans le secteur de la santé, cette fonction consiste à mesurer la valeur ajoutée pour la santé des interventions considérées (systèmes de santé, institutions et programmes cliniques).

L'adaptation est la capacité d'une organisation à acquérir et à contrôler les ressources dont elle a besoin. Il s'agit de la capacité d'une organisation à acquérir des ressources financières et humaines, à innover, à se transformer, à s'adapter aux besoins des personnes, à attirer des clients et à mobiliser des communautés.

La production fait référence au processus de production de services individuels et d'interventions collectives. Elle fait référence à la quantité, à l'intensité et à la qualité des soins, des services et des activités, ainsi qu'à l'optimisation du processus de production (productivité). La production fait également référence à la coordination et à la continuité des services, aux liens entre le clinique et l'administratif, et à l'utilisation hiérarchique des soins et des niveaux de service.

Le maintien et la création de valeurs et de normes au sein d'une organisation peuvent faciliter ou limiter la réalisation des trois fonctions précédentes. Les valeurs créent du sens, de la cohésion ou des perturbations organisationnelles. Elles orientent et justifient les choix, soutiennent les projets de développement et permettent d'exprimer une série de revendications concernant les soins et la prestation de services. Trois valeurs clés guident les systèmes de santé et de services sociaux : l'équité, la liberté et l'efficacité. L'équité tend à combiner les concepts d'égalité et de solidarité et à ajouter une dimension normative pour

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

garantir que les droits fondamentaux (santé) sont équitablement répartis entre les individus, les communautés ou les entités géographiques. La liberté renvoie à trois concepts : l'autonomie d'action (être libre de choisir sans nuire à autrui), l'indépendance d'action (avoir les ressources nécessaires pour faire ses propres choix) et l'intégrité et la dignité de la personne. L'efficacité met en relation les résultats et les moyens utilisés pour les atteindre et constitue une valeur lorsqu'elle est appliquée en termes d'optimisation des ressources publiques pour maximiser les bénéfices collectifs ou la responsabilité des décisions.

En résumé, selon la perspective globale et intégrée susmentionnée, la performance d'un système ou d'une organisation est un concept multidimensionnel et les différentes parties prenantes doivent être en mesure de discuter et d'élaborer des jugements sur les qualités essentielles et spécifiques d'un système ou d'une organisation et de contribuer à sa gouvernance en fonction de leurs croyances, de leurs connaissances, de leurs responsabilités, de leurs intérêts et de leurs projets.

La performance d'un système ou d'une organisation se manifeste par sa capacité à remplir sa mission (atteindre ses objectifs), à s'adapter à son environnement (acquérir et gérer des ressources, répondre aux attentes des personnes), à produire des services de qualité avec productivité et à maintenir et développer des valeurs communes (culture organisationnelle). Elle se manifeste également par la capacité à établir et à maintenir une tension dynamique entre les performances de ces quatre fonctions. L'évaluation de la performance ne repose donc pas seulement sur la mesure d'indicateurs de succès dans chacune des quatre fonctions de l'organisation, mais aussi sur le caractère dynamique des tensions entre les quatre pôles, c'est-à-dire sur la capacité du management à orienter l'échange et la négociation entre les quatre fonctions par les différents acteurs. Enfin, la performance organisationnelle ne peut être considérée que par rapport à la performance des composantes individuelles de l'organisation et à la performance du réseau composé par les autres organisations avec lesquelles l'organisation interagit. Ce n'est que dans la mesure où les performances d'une organisation contribuent aux performances du réseau auquel elle appartient que l'on peut dire qu'elle est réellement efficace.⁴⁶

⁴⁶ Emile Lévy. La croissance des dépenses de santé, Ed. economica, paris 1982. P7.

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

5. Rôle de l'OMS dans la gouvernance de l'action sanitaire

Lors de sa 131^e session, le Conseil exécutif a demandé au Secrétaire général de "présenter au Conseil exécutif à sa trentième session" un document identifiant et évaluant les options spécifiques concernant les éléments décrits dans le document A65/5, en particulier en ce qui concerne les questions relatives à l'environnement. des options spécifiques concernant les éléments décrits dans le document A65/5, en particulier en ce qui concerne la gouvernance interne de l'OMS, y compris les liens entre le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays les bureaux de pays en ce qui concerne le rôle de l'OMS dans la gouvernance mondiale de la santé et les méthodes de travail de l'OMS. la manière dont l'OMS travaille dans le domaine de la gouvernance d'entreprise.

Le rôle de l'OMS dans la gouvernance mondiale de la santé est une expression spécifique des fonctions de l'OMS définies comme suit Le rôle de l'OMS dans la gouvernance mondiale de la santé est une expression spécifique de la fonction de l'OMS telle qu'elle est définie dans la Constitution : "agir en tant qu'organe de direction et de coordination du secteur de la santé pour les travaux de caractère international". Il s'agit "d'agir en tant qu'organe de direction et de coordination dans le domaine de la santé pour les travaux de caractère international". Le présent rapport analyse et informe les membres du Conseil des derniers développements dans ce domaine. Évolution du large éventail d'activités et de domaines dans lesquels l'OMS joue un rôle de gouvernance. L'OMS joue un rôle actif en matière de gouvernance. Il vise également à dissiper l'idée que l'OMS joue un rôle actif en matière de gouvernance. Le rapport vise également à dissiper l'idée que la gouvernance mondiale de la santé est liée aux activités menées au siège de l'organisation. au siège de l'organisation. Il décrit le rôle joué par les trois niveaux de l'organisation dans la gouvernance de la santé et montre comment les trois niveaux travaillent ensemble. Il décrit le rôle joué par les trois niveaux de l'organisation dans la gouvernance sanitaire et montre comment les trois niveaux se partagent les responsabilités et comment ils travaillent ensemble. Alignement des positions dans l'ensemble de l'organisation Il souligne également les liens entre la gouvernance sanitaire et les autres aspects de la réforme de l'OMS. la gouvernance sanitaire avec d'autres aspects de la réforme de l'OMS (y compris ceux décrits dans le document A65). Document A65/5.

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

La gouvernance des activités de santé mondiale repose sur l'idée fondamentale que les ressources disponibles au niveau mondial pour améliorer la santé des populations seront déployées plus efficacement, plus efficacement et plus équitablement. La gouvernance de la santé implique l'utilisation Les États, les organisations intergouvernementales et les acteurs privés ont recours à des institutions, des règles et des processus formels et informels pour s'attaquer efficacement aux problèmes de santé. La gouvernance de la santé implique le recours par les États, les organisations intergouvernementales et les acteurs privés à des institutions, des règles et des processus formels et informels pour traiter les problèmes de santé de manière efficace.

La gouvernance de la santé est le résultat de négociations entre les États pour protéger ou promouvoir la santé de la population. Elle vise à protéger ou à promouvoir la santé de la population. Ces négociations étaient initialement ad hoc et visaient souvent à contenir la menace des maladies transmissibles. Plus tard, elles sont devenues plus formelles afin d'endiguer la menace des épidémies. Par le biais d'organisations et d'accords internationaux et, d'une certaine manière, par la création de l'Organisation mondiale de la santé. La création de l'Organisation mondiale de la santé elle-même. Résultats négociés. Institutions visant à réduire les menaces sanitaires transfrontalières (par exemple, le règlement sanitaire international). Règlement sanitaire international (2005), Cadre d'échange pour la préparation à une pandémie de grippe. (Échange de virus grippaux, accès aux vaccins et autres avantages), par le biais d'approches et de stratégies communes visant à répondre aux besoins mondiaux, régionaux et nationaux en matière de santé. Stratégies communes pour relever les défis mondiaux, régionaux et sous-régionaux communs (par exemple, la stratégie mondiale de l'OMS pour la prévention de la grippe pandémique). (Par exemple, le code mondial de l'OMS sur le recrutement international des travailleurs de la santé ou le code de pratique sur le recrutement international des travailleurs de la santé). Ou un plan mondial de lutte contre la résistance à l'artémisinine, comprenant des défis mondiaux, régionaux et surtout sous-régionaux. (Régionaux et surtout sous-régionaux), et par la solidarité et l'élan créés par des objectifs communs (par exemple). la solidarité et l'élan créés par des objectifs communs (par exemple, les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et les cibles et objectifs volontaires proposés dans le domaine de la santé). Les objectifs

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

volontaires proposés dans le domaine de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles. Prévention et de contrôle des maladies non transmissibles).⁴⁷

6.La gouvernance de l'action sanitaire

Le projet de 12e plan global fait de la gouvernance en matière de santé l'une des huit priorités stratégiques. Comme l'une des huit priorités stratégiques. Cette priorité est définie, entre autres, comme suit L'OMS joue un rôle de coordination et d'orientation pour améliorer la cohérence des activités sanitaires mondiales. Permettre à une série d'acteurs différents de contribuer plus efficacement à l'amélioration de la santé de de toutes les personnes.

Ce rôle a de nombreuses expressions pratiques. Le présent rapport examine le rôle de l'OMS et son rôle dans la gouvernance sanitaire sous trois angles différents. Premièrement. Premièrement, du point de vue des activités visant à positionner et à promouvoir la santé au sein d'une série de processus mondiaux, régionaux et nationaux. Premièrement, du point de vue des activités visant à positionner et à promouvoir la santé dans le cadre d'une série de processus régionaux et nationaux. Deuxièmement, il met en évidence les questions de gouvernance englobées par les autres priorités stratégiques. Ces questions sont implicites dans les autres priorités stratégiques du projet de programme de travail. Troisièmement, le programme est Troisièmement, il établit un lien entre les éléments de l'analyse de la gouvernance sanitaire, la gouvernance de l'OMS par les États membres et la réforme de la santé. Troisièmement, il relie l'analyse de la gouvernance sanitaire, la gouvernance de l'OMS par les États membres et les éléments de la réforme visant à renforcer l'efficacité du rôle de l'OMS dans la gouvernance sanitaire. Assurer la gouvernance.

La couverture sanitaire universelle est une nouvelle priorité stratégique de l'OMS¹. Deux éléments fondamentaux sont l'accès aux services (promotion, prévention, traitement réhabilitation) nécessaires pour rester en bonne santé, et la protection économique pour éviter que la mauvaise santé n'entraîne la pauvreté. Une mauvaise santé ne conduit pas à la pauvreté. La couverture universelle des soins de santé est importante du point de vue de la

⁴⁷ OUFRIHA Fatima-Zohra : Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie. OPU, Alger, 1992.

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

lutte contre la pauvreté. La couverture sanitaire universelle est importante du point de vue de la gouvernance de la santé à deux égards. Au niveau national, c'est un objectif qui intéresse tout le monde. Au niveau international, c'est un objectif qui intéresse tous les pays qui cherchent à renforcer ou à réformer leurs systèmes de santé. Et dans le cadre de l'UE, la santé est un acteur potentiel du débat. La santé est un acteur potentiel dans le débat sur la place de la santé dans l'agenda post-2015. Il s'agit d'un objectif fédérateur, qui associe le souci d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et les compétences et connaissances requises pour y parvenir. Tout en s'attaquant aux objectifs de développement, les maladies non transmissibles et les autres causes de maladies qui se transmettent d'un endroit à l'autre doivent être prises en compte. Maladies qui se transmettent d'un endroit à l'autre, telles que la grippe aviaire, le paludisme, la tuberculose et le paludisme.⁴⁸

Deux des autres priorités stratégiques mettent en lumière de nouveaux aspects du rôle de l'OMS dans la gouvernance sanitaire. La pertinence nécessaire du rôle de l'OMS dans la gouvernance sanitaire, c'est-à-dire entre la négociation de l'instrument de gouvernance sanitaire et le renforcement des capacités des pays, est particulièrement évidente dans le cas de la stratégie de l'OMS en matière de santé. et le renforcement des capacités des pays, est particulièrement évidente dans le cas du Règlement sanitaire international (RSI). C'est notamment le cas du Règlement sanitaire international (2005). Le règlement stipule que Le règlement est le principal instrument juridique nécessaire pour assurer la sécurité sanitaire collective. Cependant, il ne peut être efficace que si tous les pays ont Toutefois, il ne peut être efficace que si tous les pays ont la capacité de détecter, de signaler et de combattre toute forme de maladie ou d'épidémie. Détecter et signaler les menaces nouvelles ou émergentes d'importance internationale pour la santé publique et y répondre. Les activités visant à améliorer l'accès aux soins de santé De même, les activités visant à améliorer l'accès aux produits de santé ont fait l'objet de nombreux accords internationaux, notamment la Déclaration de Doha sur le commerce des produits de santé. Internationaux, y compris la déclaration de Doha sur l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et la santé publique, et Stratégie mondiale et plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. Ont été menés à bien. Les autres

⁴⁸ OUFRIHA fatma-Zohra, Dimitri (dir.) transition et système de santé en Algérie. Douéra Alger: CREAD, 2009.

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

processus de gouvernance en cours sont les suivants le suivi du rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur les produits, ainsi que le financement et l'évaluation de la recherche et du développement. Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la R&D. De même comme dans le cas de la réglementation, les décisions relatives à la gouvernance prennent pleinement effet lorsque les organes nécessaires ont été mis en place ou renforcés au niveau national ou régional. Les organes nécessaires à la mise en œuvre de l'accord ont été créés ou renforcés au niveau national ou régional. Ils ont été établis ou renforcés.⁴⁹

7.Le Rôle de la Gouvernance dans L'élaboration des Stratégies à Long Terme

Les stratégies à long terme de réduction des émissions de carbone ne peuvent pas être élaborées à partir des plans et stratégies de développement existants. Elles doivent s'appuyer sur des stratégies sectorielles existantes qui ont fait l'objet d'une évaluation, d'une analyse et d'un examen stratégiques au regard des objectifs de neutralité carbone, de résilience et de durabilité.

Tout d'abord, une évaluation stratégique sectorielle est réalisée en étroite collaboration avec les ministères concernés. Des scénarios de développement sont ensuite élaborés à tous les niveaux de l'administration (services, conseil d'administration et secrétariat général) et présentés à la direction politique.

Grâce à l'élaboration de scénarios, les responsables politiques auront les moyens de comprendre la trajectoire, les efforts institutionnels, juridiques, sociaux et financiers nécessaires, ainsi que l'implication des entreprises et de la société civile. Par la suite, des dialogues sectoriels avec différentes entreprises, des parlementaires, des représentants syndicaux et la société civile devraient être organisés pour s'assurer du soutien de tous les partenaires. Si la révision ou la refonte complète de la stratégie sectorielle entraîne des conséquences sociales importantes, un plan de transition sociale sera élaboré et validé avec

⁴⁹ OUFRIHA.F.Z. les réformes du système de santé en Algérie, de réforme en réforme, un système de santé à la croisés des chemins, CREAD

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

les fédérations sectorielles et les syndicats. Les différentes stratégies sectorielles sont ensuite consolidées, hiérarchisées et soumises au Conseil de gouvernement puis au Parlement dans le cadre d'une stratégie nationale à long terme. En fonction de l'ampleur du changement, des débats peuvent être nécessaires au niveau national et régional afin d'obtenir le plein soutien de toutes les composantes politiques et sociales du pays.⁵⁰

8.La gouvernance : un impératif d'élaboration et de mise en œuvre des SLT

Le processus d'élaboration et de mise en œuvre des SLT implique de nombreux acteurs étatiques et non étatiques, ainsi que la société civile. Le grand nombre de ces parties prenantes, le besoin de coordination et la capacité à mobiliser les acteurs sont des facteurs importants tant pour l'élaboration des SLT que pour leur mise en œuvre.

Par conséquent, une approche participative et territoriale est nécessaire, car toutes les parties prenantes feront partie intégrante de l'élaboration et de la mise en œuvre du SLT. Tous les secteurs et toutes les régions doivent être impliqués et conscients de la transformation globale que l'accord de Paris entraînera dans les modes de production et de consommation et dans la société dans son ensemble. L'élaboration d'un cadre participatif au niveau national permettra aux acteurs non étatiques de participer à la transformation mondiale et d'échanger avec l'État sur les réformes institutionnelles, juridiques, socio-économiques, financières et fiscales nécessaires pour permettre la prévoyance, l'innovation et l'investissement, en d'autres termes, la confiance.

Cette convergence permet de gagner du temps, d'améliorer l'efficacité, d'éviter la duplication des investissements et d'éviter les investissements non durables. L'implication du ministère des finances dans les premières étapes de la préparation des LTS est également décisive pour l'adoption d'un scénario de développement optimal (c'est-à-dire techniquement sain et économiquement viable).

⁵⁰ OCDE (2013), Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE, édition OCDE. www.oecd.org, consulté 20/09/2017 P9.

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

L'élaboration d'une stratégie nationale en matière de faibles émissions de carbone doit donc être dirigée par une autorité qui dispose non seulement d'un mandat transversal de coordination, mais aussi d'une capacité à impliquer toutes les parties prenantes, à mener le dialogue et à gérer les intérêts et les conflits. Peu d'autorités climatiques dans le monde disposent d'un tel mandat.⁵¹

8. La bonne gouvernance

La gouvernance fait référence à l'ensemble des processus, des institutions, des processus décisionnels et réglementaires et des pratiques des pouvoirs publics sur des questions d'intérêt commun. La bonne gouvernance ajoute une dimension normative ou évaluative aux processus gouvernementaux. Du point de vue des droits de l'homme, elle se réfère principalement aux processus par lesquels les autorités publiques s'acquittent de leurs devoirs publics, gèrent les ressources publiques et garantissent la réalisation des droits de l'homme.

Il n'existe pas de définition internationalement reconnue de ce qu'est la bonne gouvernance, mais elle peut inclure les thèmes suivants. Le plein respect des droits de l'homme, l'État de droit, la participation effective, les partenariats multipartites, le pluralisme politique, la transparence et la responsabilité dans les procédures et activités organisationnelles, l'efficacité du secteur public, la légitimité, l'accès à la connaissance, à l'information et à l'éducation, l'autonomisation politique, l'équité, la durabilité, la responsabilité, la solidarité, etc. les attitudes et les valeurs qui favorisent la tolérance.

En d'autres termes, la bonne gouvernance est l'ensemble des processus et des résultats politiques et institutionnels nécessaires pour atteindre les objectifs de développement. Le véritable test de la bonne gouvernance est la mesure dans laquelle les droits de l'homme, tels que les droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux, sont respectés. La question clé est de savoir si les institutions de gouvernance garantissent effectivement les

⁵¹ SOPHIE Béjean., économie du système de santé du marché a l'organisation, 49, rue héricart , Edition. Economica, 1994.

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

droits à la santé, à un logement adéquat, à une alimentation suffisante, à une éducation de qualité, à une justice équitable et à la sécurité de la personne.

La diversité des pratiques de gouvernance dans le monde reflète les différentes histoires politiques, sociales, économiques et culturelles des différents pays. Toutefois, il est généralement admis que l'objectif de la bonne gouvernance est de veiller à ce que les institutions remplissent leur mandat et que les services fournis répondent à l'évolution des besoins des individus et de la société. L'amélioration de l'éducation et le développement des nouvelles technologies ont accru la demande du public pour une administration publique plus responsable et plus transparente, en particulier pour une amélioration continue de la fourniture et de l'efficacité des services sociaux.⁵²

9. La gouvernance de l'action sanitaire et la réforme

Le programme de gouvernance interne se concentrera dans un premier temps sur les travaux des organes directeurs. Organes directeurs : l'Assemblée mondiale de la santé, le conseil d'administration et les comités régionaux. Pour le Conseil, il s'agira notamment de renforcer son rôle de mise en œuvre et de suivi, son rôle stratégique et son rôle de coordination. Pour le Conseil, il s'agira notamment de renforcer son rôle de mise en œuvre et de suivi, d'adopter une approche stratégique et de rationaliser ses méthodes de travail. Et la rationalisation des méthodes de travail. Pour l'Assemblée mondiale de la santé, il s'agira notamment d'adopter une approche plus stratégique. Pour l'Assemblée mondiale de la santé, une approche plus stratégique pourrait améliorer la hiérarchisation des résolutions. Le travail des comités régionaux sera plus étroitement lié à celui de l'Assemblée mondiale de la santé. Travaux des comités régionaux seront plus étroitement liés à la gouvernance mondiale de l'OMS, y compris aux travaux du Conseil exécutif. Les travaux du Conseil exécutif et les meilleures pratiques seront normalisés dans différents domaines. Domaines. Pour compléter ces changements, le Secrétariat améliorera son soutien aux fonctions suivantes fonctions de

⁵² - Rougement A : la santé en Europe I : les politiques de santé, Ed. Centre européen de la Culture, Actes Sud, 1999. P21

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

gouvernance, comme l'information des nouveaux membres et la production d'une documentation plus opportune. Une documentation de meilleure qualité et plus opportune

L'une des principales conséquences de l'intérêt politique croissant pour la santé et de la prise de conscience grandissante de l'importance de la santé dans la société. La santé gagne en importance en raison de l'importance qu'elle revêt pour de nombreux autres domaines de la politique sociale et économique. La politique économique exige de plus en plus des processus intergouvernementaux qui ne soient pas purement techniques. Un processus ouvert à toutes les parties prenantes pour parvenir à un accord durable. Il est ouvert aux parties prenantes de l'Union européenne. Par conséquent, le rôle de rassembleur de l'OMS est susceptible de s'accroître et nécessitera des capacités suffisantes pour soutenir, gérer et coordonner les processus intergouvernementaux. Cela nécessitera des capacités suffisantes pour soutenir, gérer et faciliter les processus de gouvernance.

De nombreux domaines où le changement peut avoir un impact positif sur la santé comprennent les règles et réglementations qui relèvent de la responsabilité de différentes organisations internationales. Parmi les nombreux domaines où le changement peut avoir un impact positif sur la santé figurent ceux où les règles et réglementations relèvent de la responsabilité de différentes organisations internationales, ce qui pose des défis supplémentaires. Les règles et les réglementations relèvent de la responsabilité de différentes organisations internationales, ce qui pose des problèmes supplémentaires. Défis en matière de gouvernance. Il s'agit là d'un défi supplémentaire pour le programme de gouvernance de la santé. La gouvernance d'autres organismes aux niveaux mondiaux, régional et national. Compte tenu du large éventail d'institutions Compte tenu du large éventail d'institutions impliquées, les ressources limitées doivent être utilisées de manière stratégique pour maximiser leur efficacité. Pour maximiser leur efficacité.⁵³

⁵³ Yannick MOREAU, dépenses de santé : un regard international, ministère des affaires sociales et de l'intégration –paris 1992.

Chapitre 3 : la relation entre la bonne gouvernance et la réforme hospitalière

Conclusion :

Pour conclure, il est clair que la gouvernance joue un rôle essentiel dans la réussite de la réforme hospitalière. Donc en accordant une attention adéquate à la gouvernance, les réformes hospitalières peuvent être mise en œuvre de manières plus efficace et durable

**Chapitre 04 : stage
pratique au CHU de
Bejaia**

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

Introduction :

Les deux premiers chapitres ont fourni un cadre théorique pour deux variables : la gouvernance et la réussite des réformes hospitalières. Le but de ces chapitres est de définir divers concepts de base de ces deux termes, ainsi que leurs significations et mesures de ces deux variables, afin d'essayer de répondre à la problématique de cette étude.

Dans ce chapitre nous abordons la partie empirique, et pour ce faire nous, tous d'abord nous présenterons le CHU situé à Bejaia, Nous décrivons ensuite la procédure systématique en présentant un échantillon à l'aide du logiciel SPSS. Enfin, nous discutons de nos résultats et testons nos hypothèses.

Présentation de l'organisme d'accueil

I : présentation du CHU de Bejaia :

Introduction

Ce chapitre est consacré à la présentation de l'organisme d'accueil. Nous donnons un aperçu général sur le CHU de Bejaia, en particulier ses structures et ses missions et assises services et en principalement le service des urgences

1-Présentation de CHU de Bejaia :

1.1-Historique de CHU :

Le centre-hospitalo- universitaire est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, il est créé par décret exécutif n 09-319 du 06-10-2009, sur proposition du ministre de la santé conjointe du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche supérieur et de la recherche scientifique ; on complétant la liste des centres hospitalo-universitaire annexée au décret exécutif n 97-467 du 2 chaabane 1418 correspondant au 23 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

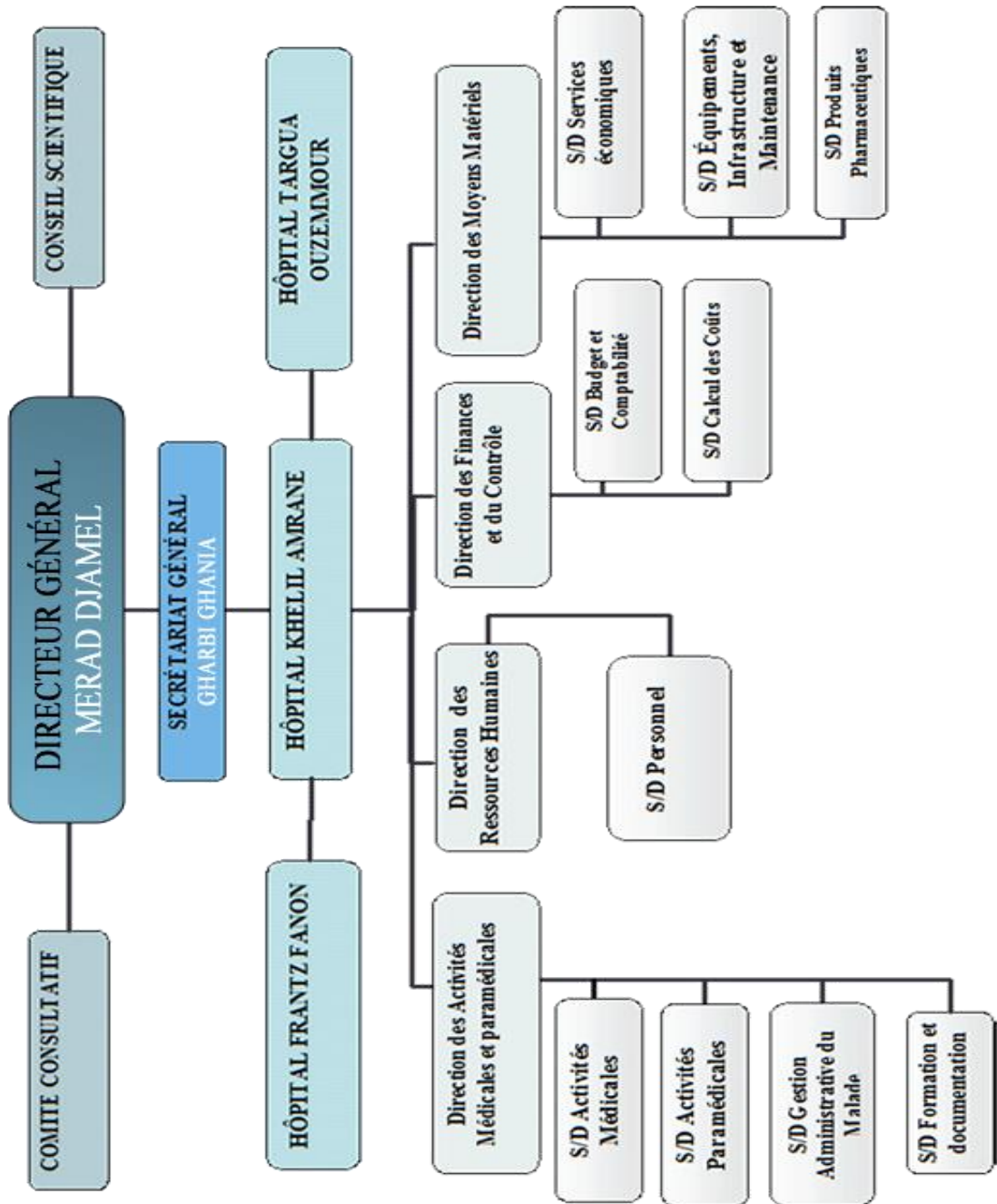
Le centre hospitalo-universitaire de Bejaia est composé de trois unités hospitalières à savoir ; hôpital KHELLIL AMRANE, hôpital Frantz Fanon et l'hôpital AIT Mokhtar de Targa Ouzemour.

A. hôpital KHELLIL AMRANE : un hôpital de type 240 lits monobloc, siège de la direction générale du CHU, mis en service en 1990. Il est composé de

- Un service de d'anesthésiè reanimation
- . - Un service de chirurgie générale.
- Un service de médecine interne
- . - Un service de pédiatre
- . - Un service de cardiologie
- . - Un service de neurochirurgie.
- Un service d'orthopédie
- Un service des U.M.C (Pédiatriques et Adultes).
- Un plateau technique (laboratoire central, bloc opératoire, image médicale, exploration endoscopique pharmacie).⁵⁴

⁵⁴ Document interne

Figure n°1 : Organigramme de CHU DE Bejaia⁵⁵ :



source : site web : www.chubejaia.dz

⁵⁵ Site www.CHUbejaia.dz

B. hôpital ait MOKHTAR-hôpital mère-enfant : il est de type maternité urbaine de 64 lits, organisée actuellement en 80 lits, il est composé de :

- Un service de gynécologie.
- Un service de maternité.
- Une unité de néonatalogie.
- Un centre de dépistage du cancer du col.
- Une PMI.
- Un plateau technique (laboratoire, bloc opération, échographie, colposcopie et pharmacie).

C- Hôpital FRANTZ FANON: De type pavillonnaire de l'ère coloniale, composé de

- Un service d'ORL.
- Un service de Maxillo-faciale.
- Un service Néphrologie.
- Un service d'Hémodialyse.
- Un service Psychiatrie.
- Un service d'Ophtalmologie.
- Un service de Pneumo-phtisiologie.
- Un service de Maladies infectieuses.
- Un service d'Hématologie.
- Un service de médecine légale.
- Un service de médecine du travail.
- Un laboratoire d'Anatomie-Cyto-Pathologie.
- Un plateau technique (laboratoire, bloc opératoire, radiologie, exploration médicale et pharmacie).⁵⁶

⁵⁶ Document interne

II- missions et différents structures de CHU DE Bejaia:

Dans le cadre des missions prévus ci-dessus le centre hospito-universitaire est chargé notamment des tâches suivantes :

2-1. Missions de CHU de Bejaia :

-En matière de sante :

D'assurer l'activité de diagnostic, de soins, hospitalisation et des urgences médicales-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la sante de population ;

D'appliquer les programmes nationaux et locaux de santé ;

De participer à l'élaboration des normes d'équipements scientifique et pédagogique des structures de santé.

-En matière de formation :

D'assurer en liaison l'établissement d'enseignements supérieur de formation supérieur en science médicales, la formation graduée et poste graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y affient.

-En matière de recherche:

D'effectuer, dans le cadre réglementaire en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé.

D'organiser des séminaires colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en science de santé.⁵⁷

2-2. Les différentes structures du CHU de Bejaia :

Le CHU de Bejaia comprend une direction générale, un secrétariat général et quatre directions, chaque direction comprend un ensemble de sous-direction et de bureau .

⁵⁷ Document interne

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

2-2-1. La direction générale :

Est chargé d'assurer la gestion de l'hôpital, elle représente l'hôpital dans les actes de la vie civile, elle est le représentant exclusif de l'hôpital auprès des instances civiles, judiciaires et administratives.

2-2-2. Le secrétariat général :

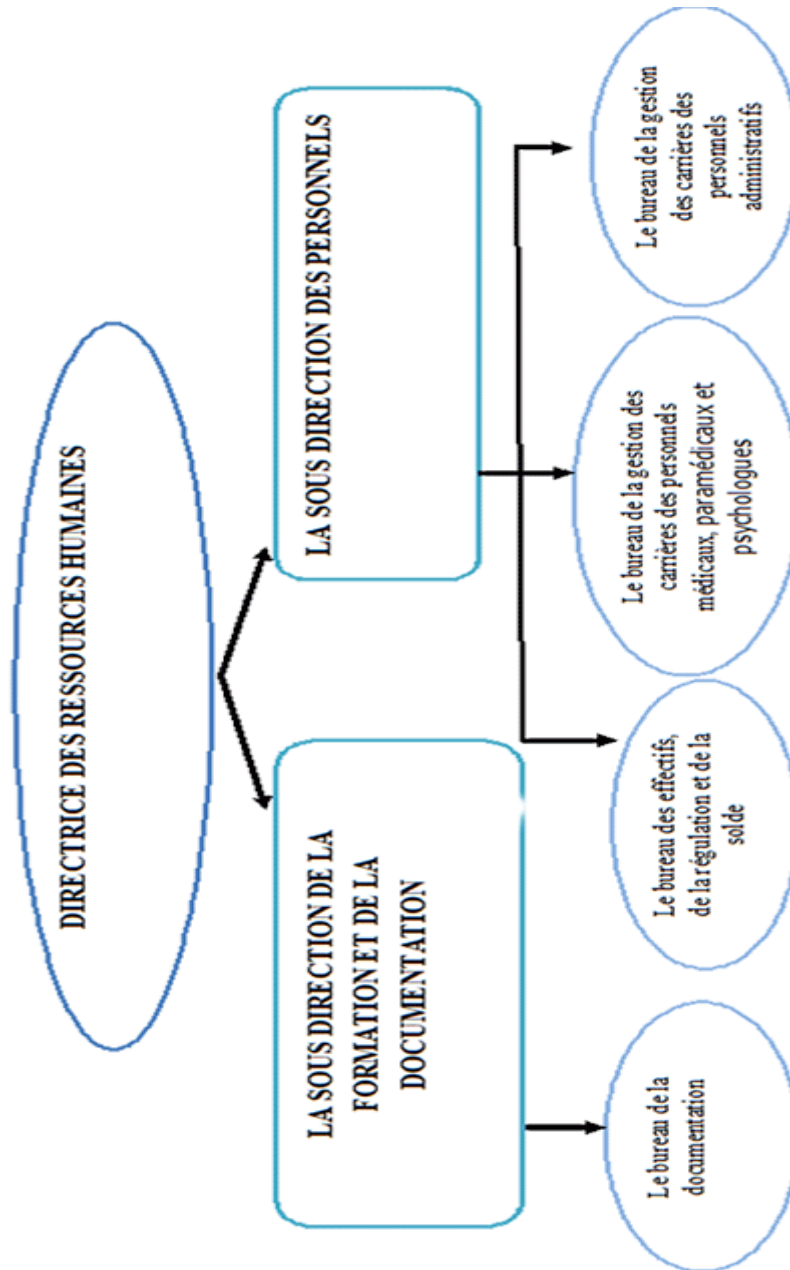
Est chargé de gérer les différentes sous directions et les différents bureaux. C'est lui qui recueille et transmet les informations à la direction générale, aujourd'hui au niveau de CHU de Bejaia ; c'est le secrétariat général qui est chargé des missions de la direction générale, et ce de manière momentanée suit l'absence d'un directeur.

2-2-3. La direction des ressources humaines :

La direction des ressources humaines comporte deux sous directions :

1. La sous-direction des personnels.
2. La sous direction de formation et de la documentation.

Figure n° 2 : Organigramme de la direction des ressources humaines⁵⁸



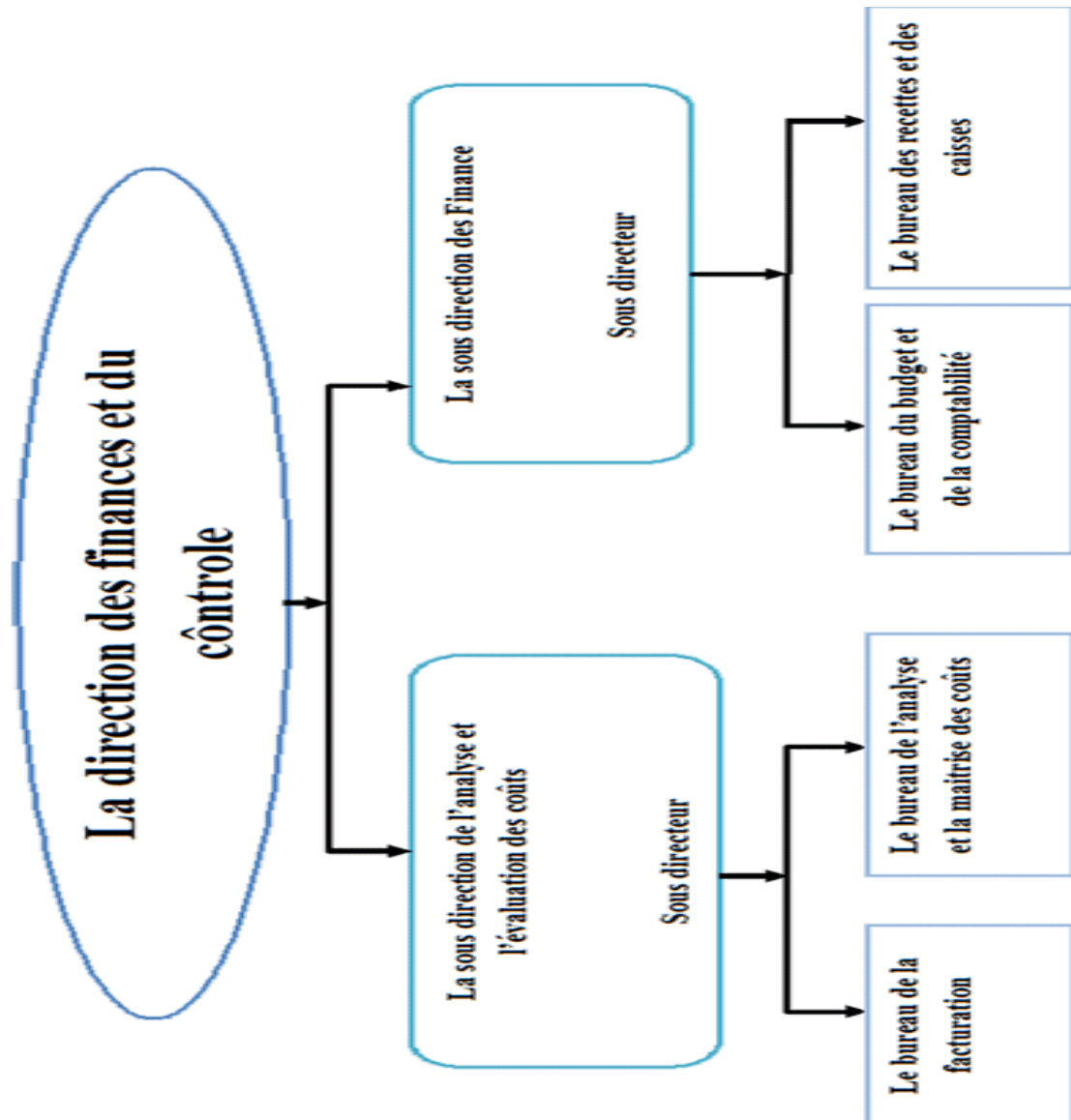
Source : site web : www.chubejaia.dz

⁵⁸ www.CHUbejaia.dz

2-2-4 La direction des finances et de contrôles

1. La sous-direction des finances.
2. La sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts.

Figure n° 3 : Organigramme de la direction des finances et du contrôle⁵⁹:



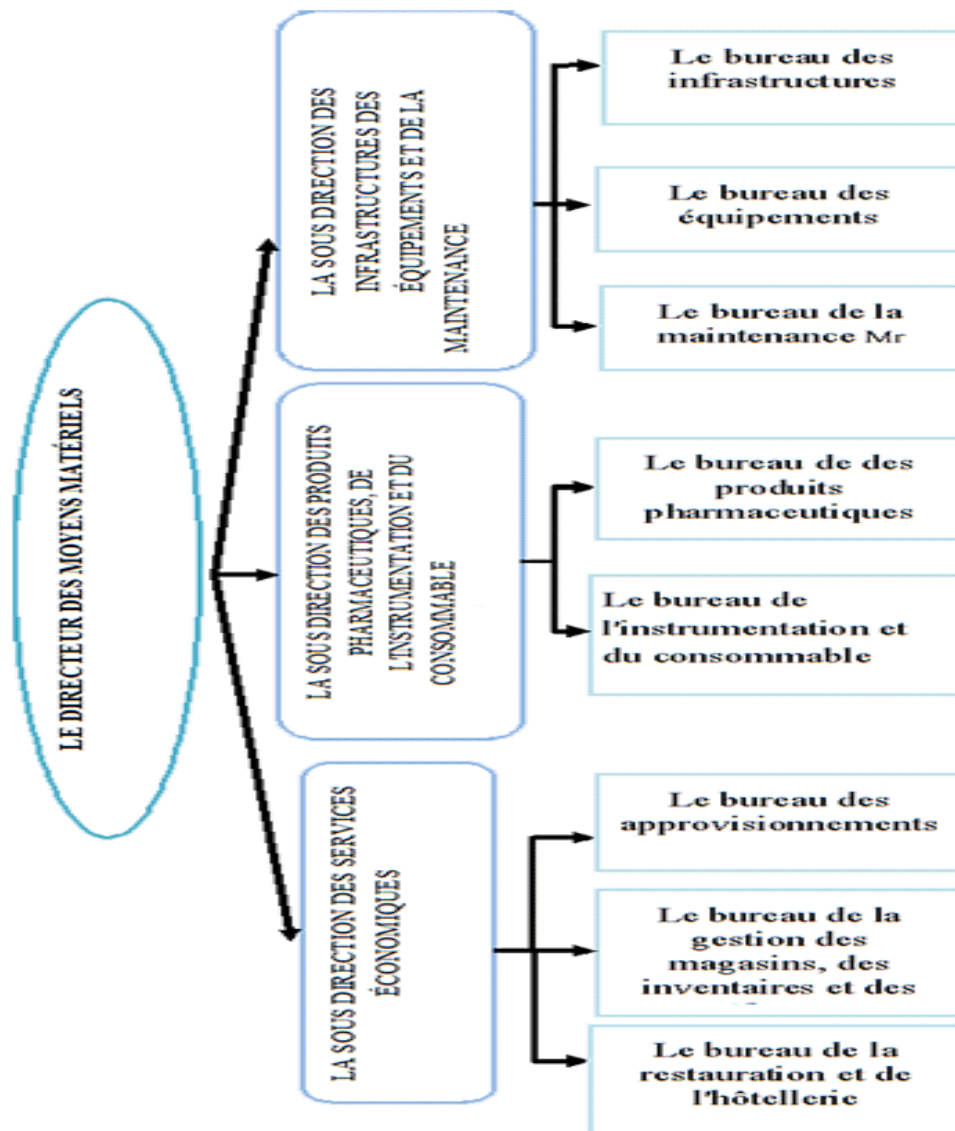
Source : site web : www.chubejaia.dz

⁵⁹ www.CHUbejaia.dz

2-2-5 La direction des moyens et matériels :

C'est une des directions les plus importantes, vu l'importance de son champ d'intervention, c'est elle qui s'occupe de recueillir tous les besoins du CHU en matière d'équipements matériels et fournitures.

Figure n°4 : Organigramme de la direction des moyens matériels ⁶⁰:



Source : site web : www.chubejaia.dz

⁶⁰ www.CHUbejaia.dz

3-Les objectifs de CHU :

- Soins à haut niveau.
- Formation médicale et soins infirmiers.
- Recherches en science de la santé.
- Développer les systèmes d'information de la communication et audio-visuel.
- Soutenir les opérations répondant aux critères d'efficacité.
- Assurer les mises aux normes de sécurité.⁶¹

4- présentation de service des urgences :

- Médecin chef de service.
- Capacité litière : 15 lits.
- Personnel médical :
 - médecin généraliste : 20.
 - Médecin spécialiste : 02.
- Personnel paramédical : 28 entre IDE et ATS une psychologue.
- Nombre d'unité : 02.
- Date de création : 1989.²

5- Activité principal :

Gestion des urgences vitales médicales et chirurgicales.

6- le contenu :

- Tri.
- Mise en observation
- Déchoquage.
- Soins.
- Plâtres

⁶¹ Document interne

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

7- consultation :

Perspective de service :

- Séparation du tri et de l'observation urgences médicales et chirurgicales.
- Débuter l'activité opératoire d'urgence dans un bloc d'urgence appartenant au service UMC.
- Thrombolyse avec in schématique.
- Formation contenue des médecines.
- CES médecines d'urgence.⁶²

⁶² Document interne

Présentation des résultats :

1 Approche systématique :

Afin d'obtenir les résultats les plus appropriés possibles concernant la relation entre la Bonne gouvernance et les réformes hospitalières , nous avons défini l'approche méthodologique de cette étude. Nous décrirons d'abord la méthode d'enquête, puis la détermination de l'échantillon, la construction et la structure du questionnaire et enfin les méthodes de traitement statistique des données.

1.1. Méthodologie de recherche :

Variable de recherche :

Après avoir examiné la littérature et les études précédentes, les variables de l'étude ont été identifiées comme suit :

Variable indépendant :

La gouvernance

Variable dépendant :

Les réformes hospitalières

1.2. Méthode d'étude :

Dans notre étude, nous nous sommes appuyés sur la technique de recherche scientifique la plus couramment utilisée, à savoir l'approche d'analyse descriptive, qui repose sur la description des caractéristiques et des changements de l'échantillon d'étude, pour sonder les corrélations entre les variables. Ou cette approche que nous utilisons pour collecter et analyser

des données spécifiques aux employés à l'aide de SPSS version 21.

1.3. Communauté et échantillon de recherche :

La communauté étudiée se compose de 60 employés Dans le CHU de Bejaia , en vue de connaître et de déterminer le rôle de la bonne gouvernance dans la réussite de la réforme hospitalière .

Notre recherche s'est appuyée sur un échantillon aléatoire dans le CHU de Bejaia touche le corps administratif

60 questionnaires ont été distribués pour recueillir les données de l'étude, 19 formulaires

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

n'ont pas reçu de réponse complète et 14 n'ont pas été obtenus, ce qui porte le nombre total de

questionnaires récupérés à 27

Tableau 2 : Statistiques sur les questionnaires distribués, perdus ou rejetés au sein du CHU Bejaia :

	Nombre	Pourcentage
Questionnaires distribué	60	100%
Questionnaires refusé	19	31,66%
Questionnaires perdus	14	23,33%
Questionnaires étudiées	27	45%

Source : établir par nous même.

2. Outils de collecte de données et méthodes de traitement statistique

Pour analyser la formulation du questionnaire, Nous avons utilisé des outils pour collecter et traiter les enquêtes auprès des membres de l'échantillon.

2.1. Outils de collecte de données de la recherche :

2.1.1. Le questionnaire :

Ensemble de questions organisées sur un sujet précis, qui sont placées dans un formulaire qui

est envoyé aux personnes concernées en vue d'obtenir des réponses aux questions qui y sont

contenues.

Formulaire de recherche Un formulaire qui comprend un ensemble de questions qui sont posées aux individus afin d'obtenir des informations sur un sujet, un problème ou une situation, c'est : « la technique directe des enquêtes scientifiques utilisée auprès des individus,

qui permet de les interroger directement ou indirectement et d'obtenir des résultats quantitatifs

afin de trouver des relations statistiques et de faire de nombreuses comparaisons ».120

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

2.1.2. Structure du questionnaire :

Le questionnaire de recherche est structuré autour de deux axes. La première est considérée comme la variable indépendante et porte sur la gouvernance , et la seconde porte sur la variable dépendante, la réforme hospitalière .

Les différentes parties du questionnaire et ses destinataires :

Le questionnaire conçu se compose de trois parties :

Partie01 : La première partie contient : Les facteurs personnels des employés de l'entreprise, comprennent : l'âge, sexe, le poste occupé, et l'ancienneté.

Partie02 : Cette partie contient un ensemble de questions liées à la gouvernance hospitalière composé de trois questions .

partie03 : Cette partie contient un ensemble de questions liées à la réforme hospitalière et la relation de cette dernière avec la gouvernance hospitalière , composé de quatorze questions qui reflètent la variable dépendante.

2.1.4. L'observation :

L'observation est un outil de collecte de données et d'informations, car elle permet d'obtenir beaucoup d'informations, elle dirige les sens pour observer et surveiller un comportement ou un phénomène particulier et pour enregistrer ce comportement et ses caractéristiques.

2.2. Outils utilisés pour analyser le questionnaire :

Le traitement des données obtenues grâce à l'étude sur le terrain, s'est fait à l'aide de l'ordinateur, via un logiciel ou un package d'analyse des données statistiques des sciences sociale version 26 , et pour le dessin des graphes en a utilisé l'EXCEL, Grâce Au SPSS, toutes sortes de tableaux statistiques et de mesures adaptés à cette étude ont été examinés, qui sont représentés dans ce qui suit :

La corrélation entre les variables: utilisé pour mesurer la force de la relation entre deux variables quantitatives.

Répétitions : Pour connaître le choix de chaque alternative aux questions du Questionnaire.

Écart type : Il est possible de connaître l'étendue de la dispersion entre les cercles mathématiques.

Pourcentages : Pour connaître le pourcentage de sélection de chaque solution de rechange du questionnaire.

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

Arithmétique moyenne : Obtenir les réponses moyennes des membres de l'échantillon aux questions du questionnaire, c'est-à-dire calculer la valeur donnée par les membres de la communauté d'étude pour chaque phrase ou ensemble de phrases.

Graphique circulaire : pour illustrer les valeurs obtenues.

L'indicatif (Alpha de Cronbach) : en utilise pour mesurer la fiabilité du questionnaire.

Test T sur échantillon unique : Son but est de mesurer la validité des hypothèses de l'étude, afin de déterminer dans quelle mesure il existe une indication statistique dans les réponses des institutions au sujet du questionnaire.

La régression linéaire simple : pour évaluer la relation de dépendance entre deux variables métriques.

L'analyse de variance à un facteur (ANOVA) : en utilisant pour mesurer la dispersion.

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

Cette partie décrit l'analyse de tous les résultats des questionnaires auxquels ont répondu les membres de l'échantillon à l'aide d'outils statistiques qui facilitent cette analyse, tels que la moyenne arithmétique, l'écart type, le pourcentage, l'alpha de Cronbach et les résultats du test t. SPSSv26").

Coefficient de Fiabilité : Alpha Cronbach pour mesurer la cohérence de la relation entre les paragraphes, car le coefficient de fiabilité prend une valeur confinée entre (0) et (1). Pour les besoins de l'étude, comme cela est connu dans le domaine de sciences humaines et sociales, le coefficient de fiabilité est acceptable à partir de 0,60.

Tableau N°3 statistiques de fiabilités

Chapitres	Expressions	Coefficient de fiabilité α cronbach	Coefficients de crédibilité $=\sqrt{\alpha}$
La gouvernance	3	0,711	0,843
La durabilité des réformes hospitalières	14	0,885	0,941
Total	1 – 17	0,890	0,943

Source : Etabli par nous mêmes à l'aide de SPSS ver.26

On note dans le tableau n° (3) que les coefficients de fiabilités d'Alpha Cronbach pour l'ensembles des variables étaient compris entre (0,193 et 0,944), et que leur totalité était supérieure à 0,60 à l'exception de la variable (l'intégration des canaux technologiques (Internet, téléphonie mobile) dans les services bancaires), qui était inférieure à 0,60, ce qui indique que ses expressions n'est pas corrélée et manque de crédibilité.

Le même dicton s'applique au coefficient de fiabilité total, qui s'élevait à 0,92 qui es supérieur a 0.60 ce qui indique la bonne corrélation entre les expressions de ses variables . Sur la base de ce qui précède, nous avons confirmé la fiabilité du questionnaire, ce qui nous rend pleinement confiants dans sa validité pour analyser les résultats, répondre aux questions de recherche et tester des hypothèses.

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

Partie 1 :

1. Les données générales des employés :

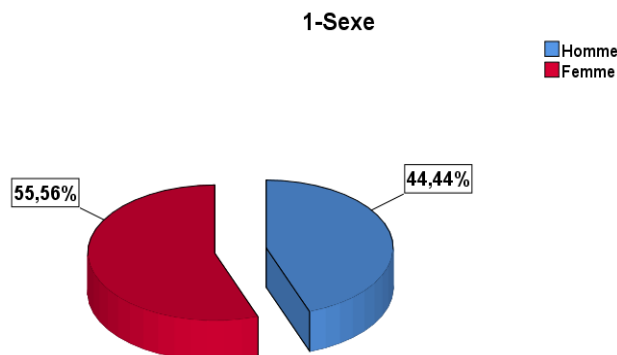
1.1. Répartition de l'échantillon de recherche selon Le sexe :

Tableau N°4 Répartition selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Homme	12	44,4
Femme	15	55,6
Total	27	100,0

Source : Etabli par nous mêmes à l'aide de SPSS ver.26

Figure N°5 : Répartition selon le sexe



Source : D'après les résultats du tableau N°3

Nous remarquons à partir du tableau n° (4) et de la figure n° (5) que la majorité des répondants sont des femmes, où leur pourcentage a atteint 55,6% de l'échantillon total de l'étude, tandis que le pourcentage de hommes dans l'échantillon était de 44,4%. Cela indique que les enquêtés de cette études sont majoritairement des femmes.

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

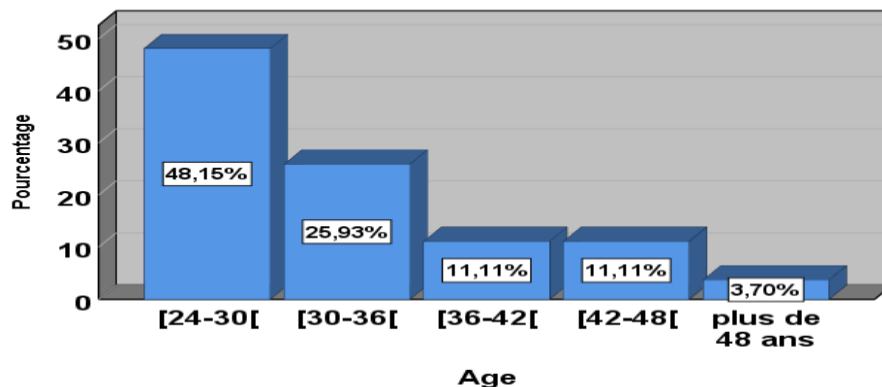
1.2. Répartition de l'échantillon de recherche selon la tranche d'âge :

Tableau N°5 Répartition selon la tranche d'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
[24-30[	13	48,1
[30-36[	7	25,9
[36-42[	3	11,1
[42-48[	3	11,1
plus de 48 ans	1	3,7
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

Figure N°6: Répartition selon la tranche d'âge



Source : D'après les résultats du tableau N°4

Nous remarquons à partir du tableau n° (5) et de la figure n° (6), que la majorité des membres de l'échantillon étaient âgés de [24-30 ans [, où leur pourcentage atteignait (48,1%), tandis que le pourcentage de ceux qui âgés de [30-36ans[atteint (25,9%). Quant aux membres de l'échantillon qui ont [36-42 ans[et [42-48ans[, leur pourcentage atteint (11,1%) de l'échantillon total pour chaque intervalle, on remarque que le pourcentage le plus faible concernait la tranche d'âge plus de 48 ans avec un pourcentage qui atteint (3,7%).

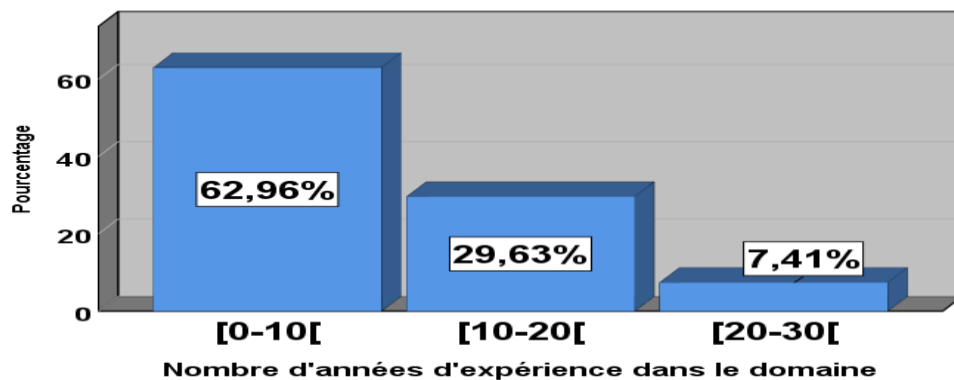
1.3. Répartition de l'échantillon de recherche selon l'ancienneté :

Tableau N°6 Répartition selon nombre d'années d'expérience dans le domaine

Expérience	Fréquence	Pourcentage
[0-10[	17	63,0
[10-20[	8	29,6
[20-30[	2	7,4
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

Figure N°7: Répartition selon nombre d'années d'expérience dans le domaine



Source : D'après les résultats du tableau N°5

Nous remarquons à partir du tableau n° (6) et de la figure n° (7), que la majorité des membres de l'échantillon leurs expérience variant de [0-10 ans [, où leur pourcentage atteignait (63,0%), tandis que le pourcentage de ceux qui ont l'expérience de [10-20ans[atteint (29,6%). Quant aux membres de l'échantillon qui ont une expérience qui variée de [20-30ans[sont représenté avec un pourcentage faible qui atteint (7,41%).

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

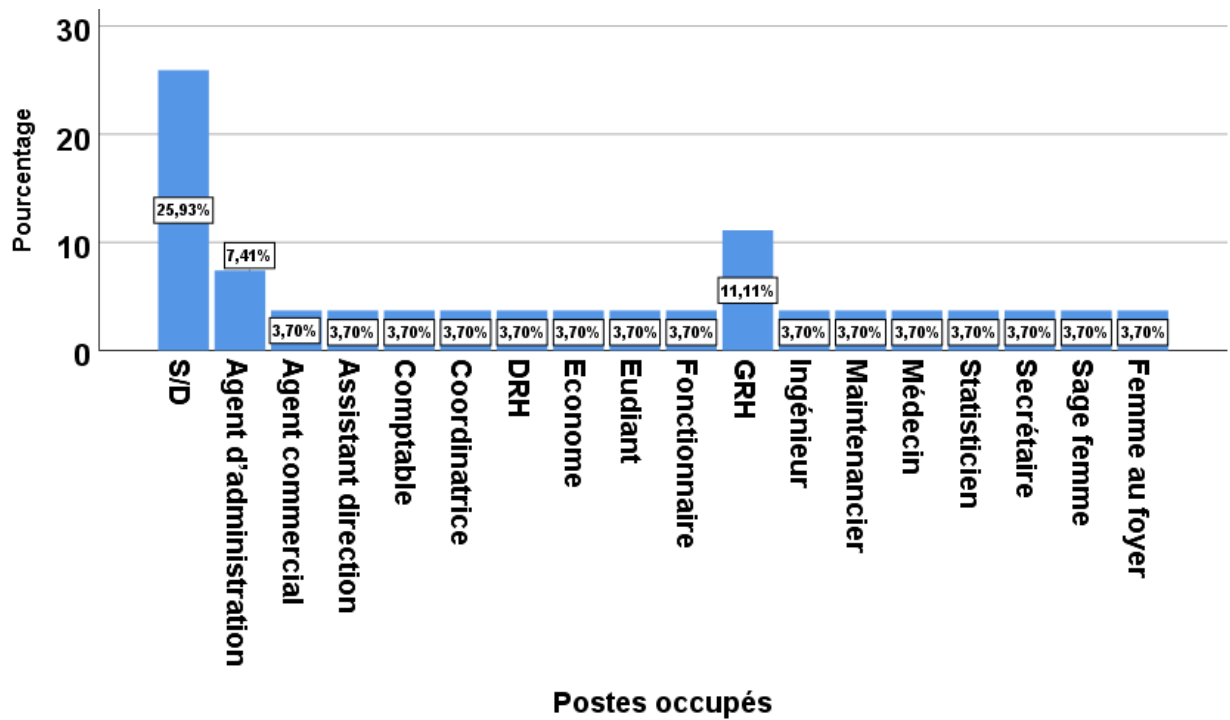
1.4. Répartition de l'échantillon de recherche selon le poste :

Tableau N°7 Répartition selon le poste occupé

Le poste	Fréquence	Pourcentage
S/D	7	25,9
Agent d'administration	2	7,4
Agent commercial	1	3,7
Assistant direction	1	3,7
Comptable	1	3,7
Coordinatrice	1	3,7
DRH	1	3,7
Econome	1	3,7
Etudiant	1	3,7
Fonctionnaire	1	3,7
GRH	3	11,1
Ingénieur	1	3,7
Maintenancier	1	3,7
Médecin	1	3,7
Statisticien	1	3,7
Secrétaire	1	3,7
Sagefemme	1	3,7
Femme au foyer	1	3,7
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

Figure N°8 :Répartition selon les postes occupés



Source : D'après les résultats du tableau N°6

D'après le tableau n° (7) et la figure n° (8), il est clair que la Catégorie professionnelle le plus répandu dans l'échantillon tiré est le niveau (S/D Sous directeur) avec un pourcentage de 25,9% de la population étudiée, en plus de cela, il y a 11,1 % de la population étudiée ayant une Catégorie professionnelle(GRH), tandis que le pourcentage de la Catégorie professionnelle (Agent d'administration) représentaient 7,4 %, et les pourcentages des autres catégories professionnelle dans l'échantillon retiré était de 3,7 % pour chacune .

Partie 2 :

2. l'analyse de la partie 2 et 3 :

2.1 L'analyse de la partie la gouvernance :

QUESTION 5 : Comment décririez-vous la gouvernance dans le contexte des établissements de santé ?

Tableau N°8 répartition des réponses sur la question n°5

Question n°5	Fréquence	Pourcentage
Très mauvaise	1	3,7
Mauvaise	9	33,3
Moyenne	4	14,8
Bonne	9	33,3
Très bonne	4	14,8
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

A travers le tableau ci-dessus, on constate que le pourcentage des répondants a cette question sont réparties presque équitable, on remarque que 33,3% voient que la gouvernance dans le contexte des établissements de santé est mauvaise par contre le même pourcentage c à d 33,3% voient que la gouvernance dans le contexte des établissements de santé est bonne , tandis que le pourcentage de répondants qui voient que la gouvernance dans le contexte des établissements de santé est moyenne représenté par un pourcentage de 14,8% et 14,8% voient que la gouvernance dans le contexte des établissements de santé est très bonne, et on note que un faible pourcentage de 3,7% des répondants voient que la gouvernance dans le contexte des établissements de santé est très mauvaise.

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

QUESTION N°6 : Comment évaluez-vous l'efficacité de la gouvernance actuellement en place dans votre établissement hospitalier

Tableau N°9 répartition des réponses sur la question n°6

Question n°6	Fréquence	Pourcentage
Pas du tout efficace	7	25,9
Peu efficace	16	59,3
Très efficace	4	14,8
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

D'après le tableau n° (9), nous constatons que le plus grand pourcentage des membres de l'échantillon voient que l'efficacité de la gouvernance actuellement en place dans leurs établissement hospitalier est peu efficace représentés avec pourcentage de 59,3%, et nous notons que 25,9% voient que l'efficacité de la gouvernance actuellement en place dans leurs établissement hospitalier Pas du tout efficace , tandis que le pourcentage d'individus qui voient que l'efficacité de la gouvernance actuellement en place dans leurs établissement hospitalier très efficace étaient de 14,8% mais d'après la majorités absolue on déduit que l'efficacité de la gouvernance actuellement en place dans les établissement hospitalier peu efficace .

QUESTION 7 : Quels sont les principaux défis auxquels vous êtes confrontés en matière de gouvernance hospitalière ?

Tableau N°10 répartition des réponses sur la question n°7

Question n°7	Fréquence	Pourcentage
Manque de ressources, Manque des ressources, Le manque de connaissance et de formation, charge de travail élevé	5	18,5
Complexité des structures	3	11,1
le secteur hospitalier a besoin d'un environnement stable pour pouvoir améliorer la qualité des soins.	6	22,2
Technologie de l'information, Pénurie de personnel qualifié, L'évolution du milieu hospitalier,	7	25,9

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

Le manque du personnel, Le manque de l'hiérarchie, Il y a beaucoup de monde et en manque de personnel	2	7,4
Les questions liées à l'administration, la gestion financière	1	3,7
Satisfaction des patients, la gestion	1	3,7
L'expérience a montré que les hôpitaux les mieux gérés en Algérie sont ceux qui ont connu une stabilité durable	2	7,4
Total	121	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

On remarque d'après le tableau n° (10) que 25,9% des enquêtés voient que les principaux défis auxquels ils ont confrontés en matière de gouvernance hospitalière c'est (Technologie de l'information, Pénurie de personnel qualifié, L'évolution du milieu hospitalier) et nous notons que 22,2% voient que les principaux défis auxquels ils ont confrontés en matière de gouvernance hospitalière c'est besoin d'un environnement stable pour pouvoir améliorer la qualité des soins , tandis que le pourcentage d'individus qui voient que les principaux défis auxquels ils ont confrontés en matière de gouvernance hospitalière c'est le manque de connaissance et de formation, charge de travail élevé étaient de 18,5 % , on note aussi 11,1% voient que les principaux défis auxquels ils ont confrontés en matière de gouvernance hospitalière c'est la complexités des structures hospitalières , et 7,4% voient que les principaux défis auxquels ils ont confrontés en matière de gouvernance hospitalière c'est l'expérience a montré que les hôpitaux les mieux gérés en Algérie sont ceux qui ont connu une stabilité durable ,les deux pourcentages faibles qui atteint 3.7% pour chaque groupe d'enquêtés l'un voient que les principaux défis auxquels ils ont confrontés en matière de gouvernance hospitalière c'est les questions liées à l'administration, la gestion financière et l'autre groupe voient que les principaux défis auxquels ils ont confrontés en matière de gouvernance hospitalière c'est Satisfaction des patients, la gestion. On déduit d'après la majorités des enquêtés que les principaux défis auxquels ils ont confrontés en matière de gouvernance hospitalière c'est(Technologie de l'information, Pénurie de personnel qualifié, L'évolution du milieu hospitalier, le secteur hospitalier a besoin d'un environnement stable pour pouvoir améliorer la qualité des soins).

2.2. L'analyse de la partie de la reforme hospitalière et sa relation avec la gouvernance hospitalière :

Question n°8 : Comment évaluez-vous l'impact des réformes sur l'efficacité et l'accessibilité des services de santé dans votre établissement ?

Tableau N°11 répartition des réponses sur la question n°8

Question n°8	Fréquence	Pourcentage
Positif	12	44,4
Négatif	15	55,6
Total	27	100,0

Justifications de la question n° 8

Explications	Fréquence	Pourcentage
Pas de réponse	16	59,3
Efficacité on l'utilise les tics, amélioration de la qualité des soins	3	11,1
La réforme prétendait, notamment, améliorer l'accès aux soins des habitants	5	18,5
complication des procédures, manque de responsabilité et de professionnalisme	1	3,7
Les réformes hospitalières ne sont pas encore appliquées	2	7,4
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

On remarque d'après le tableau n°(11) que la majorité des enquêtés voient qu'il y a un impact négatif des réformes sur l'efficacité et l'accessibilité des services de santé dans leurs établissements avec un pourcentage de 55,6% ,et le reste de pourcentage qui attient 44,4% voient le contraire qu'il y a un impact positif des réformes sur l'efficacité et l'accessibilité des services de santé dans leurs établissements ce que signifié qu'il ya des établissements qui ont adoptés les réformes ce qui a permet de facilités l'accessibilité des services de santé dans ses établissements par contre y a des établissement qui sont majoritaires les réformes hospitaliers ont rien aboutis et dans le tableau ci-dessous on remarque que 18.5% des répondants voient que les réformes la réforme prétendait, notamment, améliorer l'accès aux soins des habitants et 11 % voient que l'efficacité des services de santé dans leurs établissement dépend de TIC et l' amélioration de la qualité des soins ,par contre en remarque que d'autre enquêtés ont justifiés l'inefficacité et l'inaccessibilité des services de santé dans leurs établissement suite aux complication des procédures, manque de responsabilité et de professionnalisme avec un pourcentage de 3,7% et 7,4% ils ont justifiés que cette inefficacités et inaccessibilité suite que les réformes hospitalières ne sont pas encore appliquées

Question n°9 : Quels sont les principaux obstacles auxquels vous êtes confrontés lors de la mise en œuvre des réformes hospitalières

Tableau N°12 répartition des réponses sur la question n°9

Question n°9	Fréquence	Pourcentage
Pas de réponse	2	7,4
Résistance au changement, Manque de formation et de compétences, charge de travail élevé,	10	37,0
Manque de connaissance et l'absence de l'expérience dans le domaine	7	25,9
Les dysfonctionnements des services de santé et leurs risques et la male gestion	4	14,8

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

Possibilité de l'échec des réformes et leur impact négatif sur les hôpitaux et manque de transparence	4	14,8
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

D'après le tableau n° (12), nous constatons que 37% voient que les principaux obstacles auxquels ils ont confrontés lors de la mise en œuvre des réformes hospitalières sont (Résistance au changement, Manque de formation et de compétences, charge de travail élevé), et nous notons que 25,9% voient que les principaux obstacles auxquels ils ont confrontés lors de la mise en œuvre des réformes hospitalières c'est le manque de connaissance et l'absence de l'expérience dans le domaine, tandis que 14,8% voient que les principaux obstacles auxquels ils ont confrontés lors de la mise en œuvre des réformes hospitalières c'est les dysfonctionnements des services de santé et leurs risques et la male gestion, on note aussi 14,8% voient que les principaux obstacles auxquels ils ont confrontés lors de la mise en œuvre des réformes hospitalières c'est la possibilité de l'échec des réformes et leur impact négatif sur les hôpitaux et manque de transparence, et le reste de pourcentage ils ont pas répondu a cette question.

Question n°10 : Dans quelle mesure pensez-vous que la participation des parties prenantes est importante dans le processus de réforme hospitalière

Tableau N°13 répartition des réponses sur la question n°10

Réponses n°10	Fréquence	Pourcentage
Pas de réponse	7	25,9
Aider à s'adapter aux changements	4	14,8
L'enrichissement de la réforme, favoriser le climat de confiance, réformes basées sur le partage	8	29,6
Atteindre la transparence, expertise et connaissances	8	29,6
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

A travers le tableau ci-dessus, nous constatons que 29,6% voient que la participation des parties prenantes est importante dans le processus de réforme hospitalière en mesure de l'enrichissement de la réforme, et nous notons aussi que 29,6% voient que la participation des parties prenantes est importante dans le processus de réforme hospitalière en mesure d'atteindre la transparence, expertise et connaissances , tandis que 25,9% des enquêtés ils ont pas répondu a cette question ,et le reste des enquêtés voient que la participation des parties prenantes est importante dans le processus de réforme hospitalière en mesure d'aider à s'adapter aux changements avec un pourcentage de 14,8%.

Question n°11 : Quel est le rôle de la gouvernance dans la réussite de la réforme hospitalière ?

Tableau N°14 répartition des réponses sur la question n°11

Question n°11	Fréquence	Pourcentage
Un rôle mineur	4	14,8
Un rôle important	8	29,6
Un rôle essentiel	15	55,6
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

Le tableau n°(14) montre que le rôle de la gouvernance dans la réussite de la réforme hospitalière la majorité des enquêtés voient que la gouvernance elle a un rôle essentiel dans la réussite de la réforme hospitalière, et nous notons aussi que 29,6% voient que la gouvernance elle a un rôle important dans la réussite de la réforme hospitalière ,tandis que le reste des enquêtés voient que la gouvernance elle a un rôle mineur dans la réussite de la réforme hospitalière avec un pourcentage de 14,8%.

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

Question n°12 : Quelle est la responsabilité principale de la gouvernance dans la réforme hospitalière ?

Tableau N°15 répartition des réponses sur la question n°12

Question n°12	Fréquence	Pourcentage
La prise de décisions financières	5	18,5
La définition des politiques et des objectifs	16	59,3
L'administration quotidienne des hôpitaux	4	14,8
La supervision des opérations médicales	2	7,4
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

Le tableau n°(15) montre que la responsabilité principale de la gouvernance dans la réforme hospitalière ,que la majorité des enquêtés voient que la responsabilité principale de la gouvernance dans la réforme hospitalière c'est la définition des politiques et des objectifs avec un pourcentage de59,3% , et nous notons aussi que 18,5% voient que la responsabilité principale de la gouvernance c'est la prise de décisions financières, tandis que 14,8% voient la responsabilités principale de la gouvernance c'est l'administration quotidienne des hôpitaux le reste des enquêtés voient que la responsabilité principale de la gouvernance c'est la supervision des opérations médicales avec un pourcentage de 7,4%,alors on déduit d'après les enquêtés que la responsabilité principale de la gouvernance dans la réforme hospitalière c'est la définition des politiques et des objectifs.

Question n°13 : Comment la gouvernance peut-elle favoriser la réussite de la réforme hospitalière ?

Tableau N°16 répartition des réponses sur la question n°13

Question n°13	Fréquence	Pourcentage
En limitant son implication dans les décisions	2	7,4
En déléguant tous les pouvoirs aux professionnels de santé	10	37,0

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

En veillant à une allocation efficace des ressources	15	55,6
Total	27	100,0

Source : Etabli nos même à l'aide de SPSS ver.26

Le tableau ci-dessous indique que la majorités des enquêtés voient que la gouvernance peut favoriser la réussite de la réforme hospitalière si en veillant à une allocation efficace des ressources avec un pourcentage de 55,6%, nous notons aussi 37,0% des enquêtés voient que la gouvernance peut favoriser la réussite de la réforme hospitalière si en déléguant tous les pouvoirs aux professionnels de santé, tandis que le reste des enquêtés voient que la gouvernance peut favoriser la réussite de la réforme hospitalière si en limitant son implication dans les décisions.

Question n°14 : Quels sont les décisions clés d'une bonne gouvernance hospitalière pour la réforme ?

Tableau N°17 répartition des réponses sur la question n°14

Question n°14	Fréquence	Pourcentage
Manque de transparence et de responsabilité	3	11,1
Manque d'expertise médicale	3	11,1
Transparence et responsabilité	19	70,4
Autoritarisme et centralisation du pouvoir	2	7,4
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

Le tableau ci-dessous indique que la majorités des enquêtés voient les décisions clés d'une bonne gouvernance hospitalière pour la réforme c'est la transparence et responsabilité en veillant à une allocation efficace des ressources avec un pourcentage de 70,4%, nous notons aussi 11,1% des enquêtés voient que les décisions clés d'une bonne gouvernance hospitalière pour la réforme c'est le manque de transparence et de responsabilité et même pourcentage voient c'est le manque d'expertise médicale, tandis que le reste des enquêtés voient que les décisions clés d'une bonne gouvernance hospitalière pour la réforme c'est l'autoritarisme et centralisation du pouvoir .

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

Question n°15 : Quelle est l'importance de l'engagement des parties prenantes dans la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme?

Tableau N°18 répartition des réponses sur la question n°15

Question n°15	Fréquence	Pourcentage
Pas du tout important	2	7,4
Peu important	5	18,5
Modérément important	2	7,4
Très important	18	66,7
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

Le tableau n°(18) montre l'importance de l'engagement des parties prenantes dans la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme ,on remarque que la majorité des enquêtés voient que l'engagement des parties prenantes dans la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme c'est très important avec un pourcentage de 66,7% , et nous notons aussi que 18,5% voient que l'engagement des parties prenantes dans la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme peu important , tandis que 7,4% voient que l'engagement des parties prenantes dans la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme pas du tout important ,le reste de pourcentage voient que l'engagement des parties prenantes dans la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme est modérément important ,alors on déduit d'après les enquêtés que l'engagement des parties prenantes dans la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme est très important.

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

Question n°16 : Comment la gouvernance peut-elle favoriser la participation des parties prenantes dans la réforme hospitalière?

Tableau N°19 répartition des réponses sur la question n°16

Question n°16	Fréquence	Pourcentage
En excluant les parties prenantes de toutes les décisions	1	3,7
En limitant l'accès à l'information et aux décisions	3	11,1
En encourageant la transparence et la consultation	20	74,1
En imposant des décisions unilatérales aux parties prenantes	3	11,1
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

D'après le tableau n° (19), nous constatons que le plus grand pourcentage des membres de l'échantillon voient que la gouvernance peut favoriser la participation des parties prenantes dans la réforme hospitalière en encourageant la transparence et la consultation avec un pourcentage de 74,1%, et nous notons aussi que 11,1% voient que la gouvernance peut favoriser la participation des parties prenantes dans la réforme hospitalière en limitant l'accès à l'information et aux décisions, le même pourcentage des enquêtés voient que la gouvernance peut favoriser la participation des parties prenantes dans la réforme hospitalière en imposant des décisions unilatérales aux parties prenantes, tandis que le reste de pourcentage des enquêtés voient que la gouvernance peut favoriser la participation des parties prenantes dans la réforme hospitalière en excluant les parties prenantes de toutes les décisions avec un pourcentage de 3,7%.

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

Question n°17 : Quel est le rôle des compétences en gestion et en leadership au sein de la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme?

Tableau N°20 répartition des réponses sur la question n°17

Question n°17	Fréquence	Pourcentage
Une certaine importance	5	18,5
Une importance significative	9	33,3
Une importance cruciale	13	48,1
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

Le tableau ci-dessus indique que la majorité des enquêtés voient que le rôle des compétences en gestion et en leadership au sein de la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme est une importance cruciale avec un pourcentage de 48,1%, nous notons aussi 33,3% des enquêtés voient que le rôle des compétences en gestion et en leadership au sein de la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme il a une importance significative, tandis que le reste des enquêtés voient que le rôle des compétences en gestion et en leadership au sein de la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme il a une certaine importance.

Question n°18 : Comment la gouvernance peut-elle favoriser le développement des compétences en gestion et en leadership au sein de l'hôpital?

Tableau N°21 répartition des réponses sur la question n°18

Question n°18	Fréquence	Pourcentage
En décourageant la formation continue et le développement professionnel	1	3,7
En limitant l'accès à des programmes de formation et de mentorat	3	11,1
En encourageant la formation continue et en soutenant le développement professionnel	23	85,2

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

Total	27	100,0
--------------	-----------	--------------

Source : Etabli nos même à l'aide de SPSS ver.26

A travers les résultats le tableau ci-dessus, nous constatons que 85,2% voient que la gouvernance peut favoriser le développement des compétences en gestion et en leadership au sein de l'hôpital si en encourageant la formation continue et en soutenant le développement professionnel, et nous notons aussi que 11,1% voient que la gouvernance peut favoriser le développement des compétences en gestion et en leadership au sein de l'hôpital si en limitant l'accès à des programmes de formation et de mentorat, et le reste des enquêtés voient que la gouvernance peut favoriser le développement des compétences en gestion et en leadership au sein de l'hôpital si en décourageant la formation continue et le développement professionnel avec un pourcentage de 3,7%.

Question n°19 : Dans votre pratique quotidienne, êtes-vous confrontés à des contrats ou des accords contractuels?

Tableau N°22 répartition des réponses sur la question n°19

Question n°19	Fréquence	Pourcentage
Oui	23	85,2
Non	4	14,8
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

Le tableau ci-dessus indique que la majorité des enquêtés dans leurs pratiques quotidienne ont confrontés à des contrats ou des accords contractuels avec un pourcentage de 85,2%, nous notons aussi 14,8% des enquêtés dans leurs pratiques quotidienne ils ont pas confrontés à des contrats ou des accords contractuels.

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

Question n°20 : Selon vous, quels sont les avantages de la contractualisation dans le domaine de la santé?

Tableau N°23 répartition des réponses sur la question n°20

Question n°20	Fréquence	Pourcentage
Pas de réponse	6	22,2
Amélioration des soins, Amélioration de la prise en charge des patients, augmenter les revenus,	9	33,3
Renforcer la transparence et la responsabilité	9	33,3
Une protection pour les employés et pour les patients	3	11,1
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

A travers le tableau ci-dessus, nous constatons que 33,3% voient que les avantages de la contractualisation dans le domaine de la santé c'est (Amélioration des soins, Amélioration de la prise en charge des patients, augmenter les revenus), et nous notons le même pourcentage de 33,3% des enquêtés voient que les avantages de la contractualisation dans le domaine de la santé est de renforcer la transparence et la responsabilité, tandis que 11,1% voient que les avantages de la contractualisation dans le domaine de la santé c'est une protection pour les employés et pour les patients, et le reste de pourcentage ils ont pas répondu a cette questions .

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

Question n°21 : La gouvernance a-t-elle un impact sur la durabilité des réformes hospitalières?

Tableau N°24 répartition des réponses sur la question n°21

Question n°21	Fréquence	Pourcentage
Oui, une bonne gouvernance favorise la durabilité	25	92,6
Non, la gouvernance n'est pas liée à la durabilité	1	3,7
On ne sait pas	1	3,7
Total	27	100,0

Source : Etabli nous même à l'aide de SPSS ver.26

On remarque dans le tableau n°(24) que la majorité des enquêtés voient que la gouvernance elle a un impact sur la durabilité des réformes hospitalières avec un pourcentage de 92,6%, nous notons aussi un pourcentage de 3,7 % des enquêtés voient que la gouvernance n'est pas liée à la durabilité, tandis que le reste de pourcentage de 3,7% des enquêtés ils savent pas la réponse.

3 . Test hypothèses

LE PRINCIPE

Accepter l'hypothèse nulle H_0 : si le seuil de signification est supérieur à (0,05)

Rejeter l'hypothèse nulle H_0 : si le seuil de signification est inférieur à (0,05).

H_0 :il y'a pas un impact positif significatif du gouvernance sur durabilité des réformes hospitalières.

H_1 : il y'a un impact positif significatif de la gouvernance sur durabilité des réformes hospitalières.

Tableau N°25 Test hypothèses H_1

Model	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F calculé	valeur probable(Sig)
Régression	19,166	1	3,677	9,55 2	0,005
Résidus	9,625	25	0,385		
Total	13,302	26			
Variable	Coefficient	Ecart standard	(t) calculé	valeur probable (Sig)	
Constante	1,654	0,261	6,347	0,000	
La gouvernance	,363	0,117	3,091	0,005	
Variable dépendante: Durabilité		Coefficient de corrélation: R = 0,526		Coefficient de détermination R² = 0,276	

Source :Etabli par nous même à l'aide de SPSS ver.22

D'après les résultats du tableau n° (25), il devient clair que la valeur F calculée s'élevait à (9,552) avec une valeur de probabilité de sig de (0,005) qui est inférieure au niveau de signification ($\alpha = 0,05$) Cela prouve la validité du modèle pour tester l'hypothèse, qui ont ensuite été testés à l'aide de la méthode de régression linéaire simple afin de déterminer l'effet de la variable indépendante (La gouvernance) sur la variable dépendante (la durabilité de la réforme hospitalière). Il ressort également du tableau ci-dessus que le coefficient de corrélation entre les deux variables est estimé à 0,526 Cela indique qu'il existe une corrélation positive entre eux.

On note également que le coefficient de détermination est égal à 0,276 cela signifie que 27.6% des changements dans La gouvernance Il fait référence aux changements des réformes hospitalières et le reste du pourcentage c'est dû à d'autres facteurs.

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

A travers le même tableau, on constate qu'il existe une relation statistiquement significative au niveau de significativité ($\alpha = 0,05$) entre la variable indépendante (La gouvernance) et la variable dépendante (la durabilité de la réforme hospitalière) dont la valeur de T calculé est égale à 6,347 avec une valeur probable (Sig) qui est égale à 0,000 qui est inférieure au seuil de signification de 0,05, par conséquent, nous rejetons l'hypothèse nulle qui dit qu'il n'y a pas d'effet positif, et en conséquence nous acceptons l'hypothèse alternative qui dit qu'il y a un effet significatif au niveau de signification de 0,05 entre la gouvernance et la réussite des réformes hospitalières

H0 : la gouvernance joue un rôle moyen et secondaire dans la réussite de la réforme hospitalière au sein du CHU Bejaia

H1 : la gouvernance joue un rôle efficace et essentiel dans la réussite de la réforme hospitalière au sein du CHU Bejaia

4. Discuter les résultats :

Dans cette partie, nous discutons des résultats du questionnaire et de la validité de nos hypothèses.

4.1. Discussions des résultats de questionnaire :

4.1.1. Les résultats de la première partie (donnée générale des employées)

➤ Selon les résultats du tableau04, la majorité des salariés de l'entreprise sont des femmes. Ceci est lié à la nature du travail dans l'établissement enquêtés, qui est toutes lié aux services, dont ca ne nécessite pas de la force physique, ne comporte pas des prises de risques journalier et pas d'inconvénient des heures de travaux.. De plus, ce travail leurs convient le mieux , et les femmes ne peuvent faire que du travail de bureau, elles ne peuvent donc pas travailler dur.

➤ Nous lions les résultats de tableau05, les groupes de jeunes sont capables d'atteindre les objectifs de leurs organisations, de sorte que les jeunes ont la capacité d'acquérir de nouvelles compétences et de développer des capacités intellectuelles et physiques de manière à favoriser l'efficacité et le succès des employés et de l'organisation.

➤ D'après les résultats de tableau **, il s'avère que le CHU a de multiples expériences, Note que le pourcentage le plus élevé est représenté par la proportion d'employés ayant entre 5 et 10 ans d'ancienneté, peut être lié à une bonne rétention des employés. Cela peut indiquer que l'établissement parvient à retenir et à maintenir ses employés expérimentés, ce qui peut avoir un effet positif sur la stabilité et la continuité des activités de l'établissement, et peuvent apporter des connaissances et des compétences particulières à l'établissement. Leur connaissance approfondie des processus, des systèmes et de la culture organisationnelle peut les aider à mieux s'acquitter de leurs fonctions.

4.1.2. Les résultats de la deuxième partie (la gouvernance hospitalière) :

Cette partie contient questions où les résultats de chaque dimension seront discutés selon sa séquence:

• La description de la gouvernance hospitalière :

D'après les résultats du tableau (numéro 07) on remarque que les individus de l'échantillon ne sont pas vraiment d'accord avec sur toutes les expressions liées à la description de la gouvernance hospitalière au sein de leur établissement, où on peut conclure :

-Lorsque les personnes de l'échantillon ne s'accordent pas sur la description , cela indique un environnement de travail moyennement favorable, une satisfaction de certain et non satisfaction de certain d'autres et un dévouement moins élevés, une culture de travail assez positive . Ces informations sont des indicateurs positifs de la gouvernance hospitalière et peuvent contribuer à l'amélioration de la gestion des établissements de santé .

•L'évaluation :

D'après les résultats du tableau (numéro 09) on remarque que les individus de l'échantillon sont d'accord avec sur que le manque d'efficacité de la gouvernance hospitalière où on peut conclure:

Chapitre 4 : stage pratique au CHU de bejaia

- Si les personnes de l'échantillon étaient d'accord sur le fait que la gouvernance hospitalière au sein de leur établissement est peu efficace, cela était associé à des niveaux d'engagement et de satisfaction peu élevés, Ces résultats suggèrent que la structure complexe du CHU peut entraîner des problèmes de communication, de coordination et de prise de décision, ce qui peut entraver l'efficacité de la gouvernance.

•les défis de la gouvernance hospitalière

D'après les résultats du tableau (numéro 10) on peut conclure :

-Si les personnes de notre échantillon s'accordent sur que les principaux défis auxquels ils sont confrontés en matière de gouvernance hospitalière sont : le manque de connaissance et de formation, Technologie de l'information, Pénurie de personnel qualifié, la gestion financière, cela indique que le secteur hospitalier doit s'intéresser plus a la formation de son personnel , mieux gérer ses ressources et aussi s'adapter avec le développement technologique pour pouvoir améliorer la qualité des soins

4.1.3. Les résultats de la troisième partie la réforme hospitalière et sa relation avec la gouvernance hospitalière :

A travers les résultats des tableaux nous constatons que Dans l'ensemble (quatorze questions posées), les individus de l'échantillon, sont d'accord sur que la résistance au changement, le manque de formation et de compétences ainsi que la charge de travail élevé sont parmi les principaux obstacles qui empêchent la mise en œuvre de ces réformes, comme sur qu'une bonne gouvernance (formation continue tout en soutenant le développement professionnel)et une participation des parties prenantes (encouragement de transparence)sont essentielles pour franchir ces obstacles et meilleure mise en œuvre des réformes.

Ces résultats soulignent le rôle important et significatif d'une gouvernance efficace dans la création d'un environnement propice à la mise en œuvre réussie de la réforme, en garantissant l'amélioration des soins de santé.

4.2. Discuter de la validité des hypothèses :

Les deux hypothèses principales sont les suivantes :

H0 : la gouvernance joue un rôle moyen et secondaire dans la réussite de la réforme hospitalière au sein du CHU Bejaia

H1 : la gouvernance joue un rôle efficace et essentiel dans la réussite de la réforme hospitalière au sein du CHU Bejaia

Il ressort clairement des résultats que le coefficient de corrélation $R=0,526$ implique une relation forte entre les variables de recherches , et d'après l'analyse de variance ANOVA on a conclu qu' il y a un impact moral entre la gouvernance et la réforme hospitalière et selon les résultat de régression, la valeur p était inférieure à 0,05, et donc nous acceptons l'hypothèse H1 et rejetons l'hypothèse H0, c'est-à-dire la gouvernance joue un rôle efficace et essentiel dans la réussite de la réforme hospitalière .

Conclusion :

Le chapitre 3 décrit les aspects pratiques de la recherche examinant la gouvernance hospitalière et son rôle dans la réussite de la réforme hospitalière .Nous avons d'abord décrit la procédure de recherche appliquée, y compris l'identification des variables, les méthodes de recherche et la manière de déterminer la recherche sur le sujet sur la base de méthodes descriptives permettant la collecte, l'analyse et l'interprétation des données et les méthodes statistiques. Nous utilisons des questionnaires, un outil important dans la recherche appliquée, pour recueillir des données. Nous avons analysé les axes d'étude, testé les hypothèses et traité les réponses et les opinions des membres de l'échantillon enquêté dans la base de logicielle SPSS pour répondre aux questions de recherche en confirmant ou en infirmant les hypothèses.

Conclusion générale

Conclusion générale

Conclusion générale :

En conclusion, le système de santé est un élément vital au sein de toute société, en influençant directement la santé et le bien-être de sa population.

L'étude a révélé qu'aujourd'hui, le système de santé algérien souffre non seulement d'une insuffisance de ressources financières, mais aussi d'une gestion déficiente inefficace des ressources disponibles.

Par ailleurs, pendant plusieurs années, plusieurs réformes ont été mises en place visant à remédier aux problèmes identifiés.

Malgré les efforts déployés jusqu'à présent, il est évident que l'offre de soins en Algérie demeure insuffisante par rapport aux besoins du pays, ce qui a été confirmé par le personnel enquêtés. Cela se manifeste à la fois par un manque d'équipements, de matériel médical, de personnel médical qualifié et une offre limitée de médicaments.

En outre, l'Algérie demeure dépendante de l'étranger pour assurer le fonctionnement adéquat de son secteur de la santé. Cependant, les objectifs fixés ne sont réalisés que partiellement, restant souvent cantonnés à des discours théoriques sans véritable concrétisation sur le terrain. Cela est dû à plusieurs facteurs y compris la mauvaise gouvernance au sein des établissements de santé d'après nos recherches et d'après le personnel administratif du CHU Bejaia.

Ce mémoire a exploré le rôle crucial de la gouvernance dans la réussite de la réforme hospitalière. Il est clair que la gouvernance efficace joue un rôle fondamental dans la transformation des systèmes de santé, en particulier dans le contexte des réformes hospitalières.

Elle est essentielle pour garantir une prise de décisions stratégiques, la transparence, la responsabilité et l'engagement des parties prenantes dans le processus de réforme.

Du moment où on aspire à une bonne gouvernance hospitalière, il est recommandé :

D'établir des structures de gouvernance claires et adaptées. Cela implique la mise en place de conseils d'administration compétents et représentatifs, composés de professionnels de la santé, d'experts en gestion et de représentants de la communauté. Ces conseils doivent être dotés d'un mandat clair et de responsabilités bien définies pour superviser les décisions stratégiques et assurer la responsabilité de la gestion hospitalière.

Promouvoir la transparence et la responsabilisation. Les informations concernant les performances hospitalières, les indicateurs de qualité, les résultats des réformes et les décisions prises doivent être accessibles au public. Cela permettra d'instaurer la confiance entre les acteurs impliqués et de favoriser la reddition de comptes.

Par ailleurs, il est primordial de renforcer la participation des professionnels de la santé et du personnel hospitalier dans le processus décisionnel. Leur expertise et leur expérience sont essentielles pour identifier les problèmes et proposer des solutions adaptées. La

Conclusion générale

création de comités consultatifs et la mise en place de mécanismes de rétroaction réguliers favorisent cette participation et contribuent à l'adoption des réformes.

Enfin, il est crucial de soutenir les réformes hospitalières par des investissements adéquats. La gouvernance ne peut être efficace que si les ressources nécessaires sont allouées de manière appropriée. Les gouvernements, les organismes de financement et les partenaires externes doivent s'engager à fournir les ressources financières, humaines et technologiques nécessaires pour mettre en œuvre et soutenir les réformes hospitalières.

Bibliographie

Bibliographie

Bibliographie :

Livres :

1. Andreck, Macif : Alternatives Economiques Poche n° 022 - janvier 2006
2. Alba Ventura, « INVITÉ RTL - Coronavirus : Mathias Wargon dénonce les "Madame Irma" des plateaux télé », rtl.fr, 17 mars 2022
3. Berle & Means, The modern corporation and private property, New York, 1932
4. Bourmaud, « La gouvernance contre la démocratie représentative ? Concept mou, idéologie dure », in Rafaâ Ben Achour, Jean Gicquel et Slobodan
5. Boutaleb, Université de Tlemcen, « La problématique de la gouvernance d'entreprise en Algérie »
6. BRUNO, Polier., la réforme des systèmes de santé. 7^{ème} Edition mise à jour, 2015, février.
7. BRAHAMIA B : économie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé, L'OCDE- Europe de l'est-Maghreb, édition bahaeddine, 2010.
8. Cadbury, la "corporate governance" désigne le système par lequel les sociétés sont dirigées et contrôlées, v. Colloque Les Echos 26 oct. 1994
9. Charreaux & P. Desbrière (1998), Gouvernance des entreprises : valeur partenariale contre valeur actionnariale, Finance Contrôle Stratégie, Vol. 1, N°2, p. 57 – 88
10. Emile Lévy. La croissance des dépenses de santé, Ed. economica, Paris 1982. P7.
11. J. Caby, J. Hirigoyen, 2005, Création de valeur et gouvernance de l'entreprise, Economica, 3^{ème} édition.

Bibliographie

12. Jean Lombard, Bernard Vandewalle, Philosophie de l'hôpital, Paris, L'Harmattan, 162 p.
13. J.-J. Caussain in « Le gouvernement d'entreprise – Le pouvoir rendu aux actionnaires », éd. Litec, mars 2005, p. 5
14. Jean-Noël Fabiani, La fabuleuse histoire de l'hôpital du Moyen Âge à nos jours, Éditions des Arènes, 2016, 226 p.
15. Milacic (éd.), La démocratie représentative dans un défi historique, Bruylant, Bruxelles 2006, pp. 78 et 83.
16. M. El harti : La gouvernance des entreprises publiques marocaines : Représentations et perspectives
17. Mathias Wargon, avec Jean-Marie Godard, Hôpital : un chef-d'œuvre en péril, Fayard, mars 2022, 180 p.
18. OUFRIHA Fatima Zohra, la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ?, revue de cahier de CREAD, n°35-36 « 3^{ème} et 4^{ème} trimestres 1993,
19. OUFRIHA.F.Z. les réformes du système de santé en Algérie, de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, CREAD
20. OCDE (2013), Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE, édition OCDE. www.oecd.org. consulté 20/09/2017 P9.
21. Ploix (2006, p 09) définit la gouvernance d'entreprise comme : « Le système par lequel les entreprises sont dirigées et contrôlées »
22. Pierre Canouï, Aline Mauranges & Anne Florentin, Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn-out aux réponses, Paris, Elsevier Masson, 1998, 211 p.
23. R. Perez, 2003, La gouvernance de l'entreprise, La découverte, Paris
24. Rougement A : la santé en Europe 1 : les politiques de santé, Ed. Centre européen de la Culture, Actes Sud, 1999. P21

Bibliographie

25. Smith, *La richesse des nations*, 1776, Ed. Garnier Flammarion 1991, II p. 366.
26. SULLIVAN N., 2012. « Enacting Spaces of Inequality Placing Global/State Governance Within a Tanzanian Hospital », *Space and Culture*, 15 : 57–67.
27. SOPHIE Béjean., *économie du système de santé du marché a l'organisation*, 49, rue héricart , Edition. Economica, 1994.
28. T. Brugvin, « La gouvernance par la société civile : une privatisation de la démocratie ? », in Alain Caillé (éd.), *Quelle démocratie voulons-nous ? Pièces pour un débat*, Découverte, Paris 2006, p. 74. P. Legendre a lui-même bien montré en quoi le dogme du management peut être compris comme la « version technologique du politique » (« Communication dogmatique », in Lucien Sfez, éd., *Dictionnaire critique de la communication*, vol. 1, PUF, Paris 1993, p. 40).
29. Tanti –Hardouin N : *économie de la santé*, Ed. Armande colin ;1994 .
30. VASSY C., 2004. « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, 2, 32 : 67-74.
31. Y. Luo (2005). « Corporate governance and accountability in multinational enterprises: Concepts and agenda » *Journal of International Business Studies*, Vol.11, p.1-18
32. Yannick MOREAU, *dépenses de santé : un regard international*, ministère des affaires sociales et de l'intégration –paris 1992.

Thèse :

Bibliographie

1. AKTOUF, Omar. Méthodologie des Sciences sociales et approche qualitative des Organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique[en ligne]. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec, 1987. Format PDF. Disponible sur : http://classiques.uqac.ca/contemporains/Aktouf_omar/metho_sc_soc_organisation/met
2. BRAHMIYA B :la dynamique du système de santé algérien, Bilan perspectives, thèse de doctoral, l'université de Montpellier I, 1991.
3. BAMB. Clinical Governance in the NHS. British Association of Medical Managers, 1998. (<http://www.bamm.co.uk/clinical.htm>).
4. Cabanne C.et alii : lexique de géographie humaine et économique, ed Dalloz, 1984.
5. DAHAK, Abdenour, KARA, Rabah. Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales. Tizi-Ouzou: Edition El-Amel, 2015.
6. DAHAK, Abdenour, KARA, Rabah. Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales. Tizi-Ouzou: Edition El-Amel, 2015.
7. DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences Economiques, de Gestion et des sciences Commerciales. Tizi-Ouzou: Edition ElAmel, 2015.
8. enéAmalberti, La conduite de systèmes à risques : le travail à l'hôpital, Paris, Presses universitaires de France, 1996, 242 p

Bibliographie

9. MEBTOUL Mohamed. (2015), « Le système de soin Algérien. De l'élaboration aveugle à un marché hybride et éclaté (1962-2012) », Oran, Algérie
10. mémoire de master en science économie. Université de Bejaia 2012 /2013 .p.25, disponible sur : www.univbejaia.dz/.../La%20problématique%20de%20la%20régulation%20de%20la (consulté le 06/12/2021)
11. MEBTOUL Mohamed. (2015), « Le système de soin Algérien. De l'élaboration aveugle à un marché hybride et éclaté (1962-2012) », Oran, Algérie
12. NOUARA KAID : Le Système de Santé Algérien entre Efficacité et Equité, thèse de Doctorat d'Etat en Science Economiques, Université d'Alger, Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion,
13. Oufriha FZ. (2002). « Système de santé et population en Algérie ». Editions ANEP, Alger
14. OUFRIHA Fatima-Zohra : Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie. OPU, Alger, 1992.
15. OUFRIHA fatma-Zohra, Dimitri (dir.) transition et système de santé en Algérie. Douéra Alger: CREAD, 2009.
16. Thèse présentée à la Faculté des Sciences éco et sociales de l'Université de Fribourg (Suisse) par F. Ledentu originaire de Matran / Fr pour l'obtention du grade de Dr Sc éco et les systèmes de gouvernance d'entreprise & présence d'actionnaires de contrôle
17. Thèse présentée à la Faculté des Sciences économiques et sociales de l'Université de Fribourg (Suisse) par Florent Ledentu originaire de Matran / FR pour l'obtention du grade de Docteur ès Sciences économiques et sociales

Bibliographie

18. ZIANI Zoulikha, Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, thèse de magister en science économiques, université AMira de Bejaia, Mai 2012
19. ZEHNATI Ahcen, les inégalités de répartitions des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Cas de 20 spécialités médicales, Université de Béjaïa, disponible sur : <https://www.gdri.dreem.free.fr/wp-content/a2-1zehrati-ahcenecommunication.pdf>

Site web :

www.CHUbejaia.dz



Annex

Le rôle de la gouvernance dans la réussite de la réforme hospitalière.

Bonjour,

Nous avons le plaisir de vous demander de répondre au sondage suivant.

Celui-ci a été réalisé dans le but d'aider à préparer un mémoire de master sur l'étude du rôle de la gouvernance dans la réussite de la réforme hospitalière.

Les informations que vous fournirez seront entièrement confidentielles et ne seront utilisées que dans le cadre mentionné.

Merci beaucoup pour votre collaboration .

* Indique une question obligatoire

1. 1-Sexe *

Une seule réponse possible.

homme

femme

| i

*

2. 2-âge *

Une seule réponse possible. [24-30[[30-36[[36-42[[42-48[plus de 48

3. 3-Nombre d'années d'expérience dans le domaine ? *

Une seule réponse possible. [0-10[[10-20[[20-30[plus de 30 ans ?

4. 4-Quel poste occupez-vous? *

5. 5-Comment décririez-vous la gouvernance dans le contexte des établissements de santé ? *

|

i

*

6. 6-Comment évaluez-vous l'efficacité de la gouvernance actuellement en place dans votre établissement hospitalier ? *

Une seule réponse possible.

- très efficace
- peu efficace
- pas du tout efficace

7. 7- quels sont les principaux défis auxquels vous êtes confrontés en matière de gouvernance hospitalière ? *

8. 8-Comment évaluez-vous l'impact des réformes sur l'efficacité et l'accessibilité des services de santé dans votre établissement ?

Une seule réponse possible.

- Positif
- négatif

*

9. Expliquez
-

10. 9-Quels sont les principaux obstacles auxquels vous êtes confrontés lors de la mise en œuvre des réformes hospitalières ? *

| i

*

-
11. 10-Dans quelle mesure pensez-vous que la participation des parties prenantes * est importante dans le processus de réforme hospitalière ?

-
12. 11-Quel est le rôle de la gouvernance dans la réussite de la réforme hospitalière ?

Une seule réponse possible.

- Aucun rôle
- Un rôle mineur
- Un rôle important
- Un rôle essentiel

13. 12-Quelle est la responsabilité principale de la gouvernance dans la réforme hospitalière ? *

Une seule réponse possible.

- La prise de décisions financières
- La définition des politiques et des objectifs
- L'administration quotidienne des hôpitaux
- La supervision des opérations médicales

14. 13-Comment la gouvernance peut-elle favoriser la réussite de la réforme hospitalière ? *

Une seule réponse possible.

- En limitant son implication dans les décisions
- En déléguant tous les pouvoirs aux professionnels de santé
- En veillant à une allocation efficace des ressources
- En ignorant les préoccupations des patients et du personnel médical

15. 14-Quels sont les décisions clés d'une bonne gouvernance hospitalière pour la réforme ? *

Une seule réponse possible.

- Manque de transparence et de responsabilité
- Manque d'expertise médicale
- Transparence et responsabilité
- Autoritarisme et centralisation du pouvoir

1 . 1 - e t l

*

- 6 5 Quelle est l'importance de l'engagement des parties prenantes dans la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme ?

Une seule réponse possible.

- Pas du tout important
- Peu important
- Modérément important
- Très important

17. 16-Comment la gouvernance peut-elle favoriser la participation des parties prenantes dans la réforme hospitalière ?

*

Une seule réponse possible.

- En excluant les parties prenantes de toutes les décisions
- En limitant l'accès à l'information et aux décisions
- En encourageant la transparence et la consultation
- En imposant des décisions unilatérales aux parties prenantes

1 . 1 - e t l *

18. 17-Quel est le rôle des compétences en gestion et en leadership au sein de la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme ? *

Une seule réponse possible.

- Aucune importance
- Une certaine importance
- Une importance significative
- Une importance cruciale

9 8 Commen la gouvernance peut-elle favoriser le développement des compétences en gestion et en leadership au sein de l'hôpital ?

Une seule réponse possible.

- En décourageant la formation continue et le développement professionnel
- En limitant l'accès à des programmes de formation et de mentorat
- En encourageant la formation continue et en soutenant le développement professionnel
- En ignorant les compétences en gestion et en leadership

*

*

20. 19-Dans votre pratique quotidienne , êtes-vous confrontés à des contrats ou des accords contractuels ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

1 . 1 - e t l

*

21. 20-Selon vous, quels sont les avantages de la contractualisation dans le domaine de la santé ?

22. 21-La gouvernance a-t-elle un impact sur la durabilité des réformes hospitalières ?

Une seule réponse possible.

- Oui, une bonne gouvernance favorise la durabilité
- Non, la gouvernance n'est pas liée à la durabilité
- Non, d'autres facteurs sont plus importants pour la durabilité
- On ne sait pas

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Fiabilité

```
DATASET ACTIVATE Jeu_de_données1.
```

```
SAVE OUTFILE='C:\Users\ASUS\Desktop\spss2023\bdsps meriem hadil  
2023.sav'
```

```
/COMPRESSED.
```

```
RELIABILITY
```

```
/VARIABLES=Q5 Q6 Q7
```

```
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
```

```
/MODEL=ALPHA.
```

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	27	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	27	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,711	3

```
RELIABILITY
```

```
/VARIABLES=Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21
```

```
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
```

```
/MODEL=ALPHA.
```

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	27	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	27	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,885	14

Annex

RELIABILITY

/VARIABLES=Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20
Q21

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	27	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	27	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,890	17

Fréquences

Remarques

Sortie obtenue		18-JUN-2023 15:18:39
Commentaires		
Entrée	Données	C:\Users\ASUS\Desktop\spss2023\ bdspss meriem hadil 2023.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Scinder un fichier	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail		27

Annex

Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques sont basées sur toutes les observations comportant des données valides.
Syntaxe	FREQUENCIES VARIABLES=sexe /ORDER=ANALYSIS.	
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,08
	Temps écoulé	00:00:00,28

[Jeu_de_données1] C:\Users\ASUS\Desktop\spss2023\bdspps meriem hadil 2023.sav

Statistiques

1-Sexe

N	Valide	27
	Manquant	0

1-Sexe

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Homme	12	44,4	44,4	44,4
	Femme	15	55,6	55,6	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Fréquences

Remarques

Sortie obtenue	18-JUN-2023 15:19:06	
Commentaires		
Entrée	Données	C:\Users\ASUS\Desktop\spss2023\bdspps meriem hadil 2023.sav

Annex

	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Scinder un fichier	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	27
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques sont basées sur toutes les observations comportant des données valides.
Syntaxe		FREQUENCIES VARIABLES=sexe /FORMAT=NOTABLE /PIECHART PERCENT /ORDER=ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur	00:00:07,02
	Temps écoulé	00:00:18,77

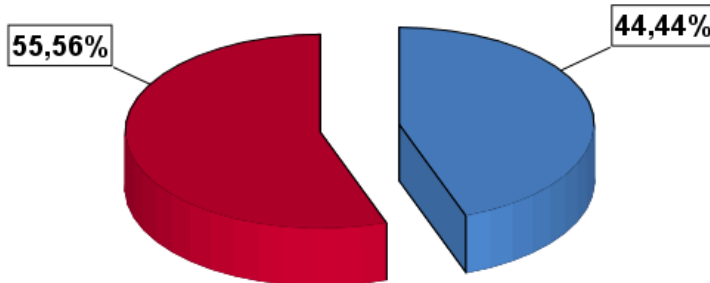
Statistiques

1-Sexe

N	Valide	27
	Manquant	0

1-Sexe

■ Homme
■ Femme



Fréquences

Remarques

Sortie obtenue		18-JUN-2023 15:21:17
Commentaires		
Entrée	Données	C:\Users\ASUS\Desktop\spss2023\ bdpss meriem hadil 2023.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Scinder un fichier	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	27
	Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques sont basées sur toutes les observations comportant des données valides.

Annex

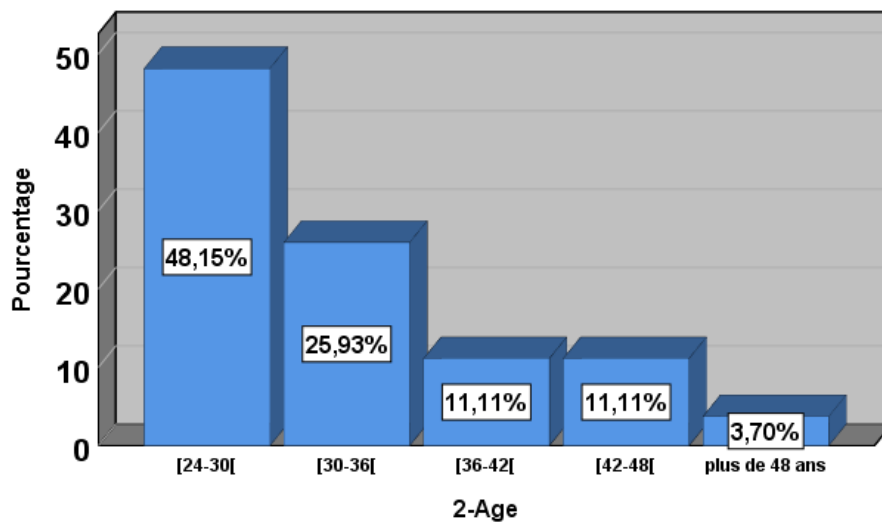
Syntaxe		FREQUENCIES VARIABLES=age /FORMAT=NOTABLE /BARCHART PERCENT /ORDER=ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur	00:00:01,09
	Temps écoulé	00:00:00,60

Statistiques

2-Age

N	Valide	27
	Manquant	0

2-Age



Fréquences

Remarques

Sortie obtenue

18-JUN-2023 15:21:36

Commentaires

Annex

Entrée	Données	C:\Users\ASUS\Desktop\spss2023\bdspss meriem hadil 2023.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Scinder un fichier	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	27
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques sont basées sur toutes les observations comportant des données valides.
Syntaxe		FREQUENCIES VARIABLES=age /ORDER=ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,06

Statistiques

2-Age

N	Valide	27
	Manquant	0

		2-Age			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	[24-30[	13	48,1	48,1	48,1
	[30-36[	7	25,9	25,9	74,1
	[36-42[	3	11,1	11,1	85,2
	[42-48[	3	11,1	11,1	96,3
	plus de 48 ans	1	3,7	3,7	100,0
Total		27	100,0	100,0	

Fréquences

Remarques		
Sortie obtenue		18-JUN-2023 15:23:21
Commentaires		
Entrée	Données	C:\Users\ASUS\Desktop\spss2023\bdspss meriem hadil 2023.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Scinder un fichier	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	27
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques sont basées sur toutes les observations comportant des données valides.
Syntaxe		FREQUENCIES VARIABLES=Expérience /BARChart PERCENT /ORDER=ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,61
	Temps écoulé	00:00:00,69

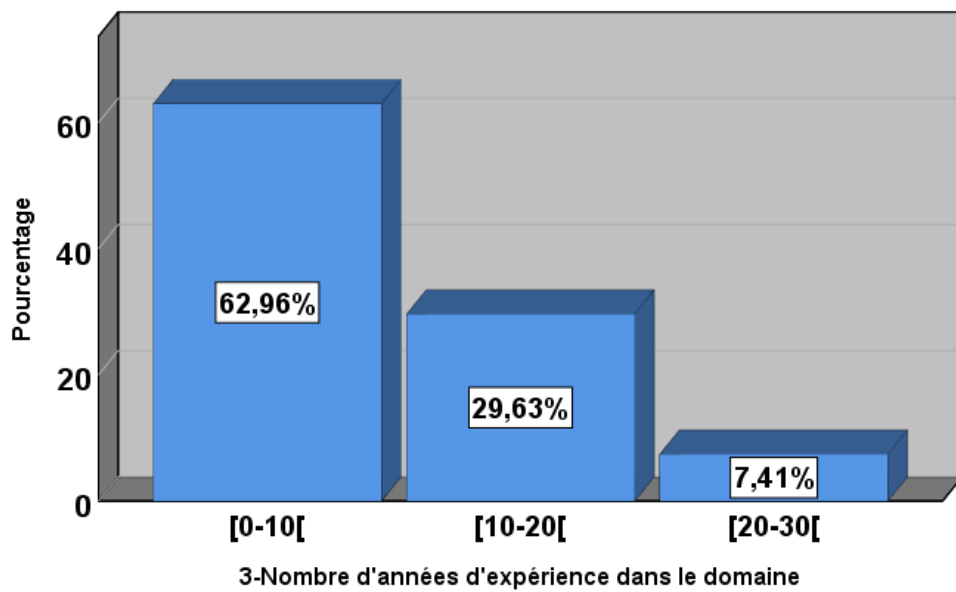
Statistiques

3-Nombre d'années d'expérience dans le domaine

N	Valide	27
	Manquant	0

3-Nombre d'années d'expérience dans le domaine

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	[0-10[	17	63,0	63,0	63,0
	[10-20[	8	29,6	29,6	92,6
	[20-30[	2	7,4	7,4	100,0
	Total	27	100,0	100,0	



Fréquences

Remarques

Sortie obtenue	18-JUN-2023 15:25:22	
Commentaires		
Entrée	Données	C:\Users\ASUS\Desktop\spss2023\ bdspss meriem hadil 2023.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>

Annex

	Pondération	<sans>
	Scinder un fichier	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	27
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques sont basées sur toutes les observations comportant des données valides.
Syntaxe		FREQUENCIES VARIABLES=Q4 /BARChart PERCENT /ORDER=ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur	00:00:01,02
	Temps écoulé	00:00:01,17

Statistiques

4-poste occupe

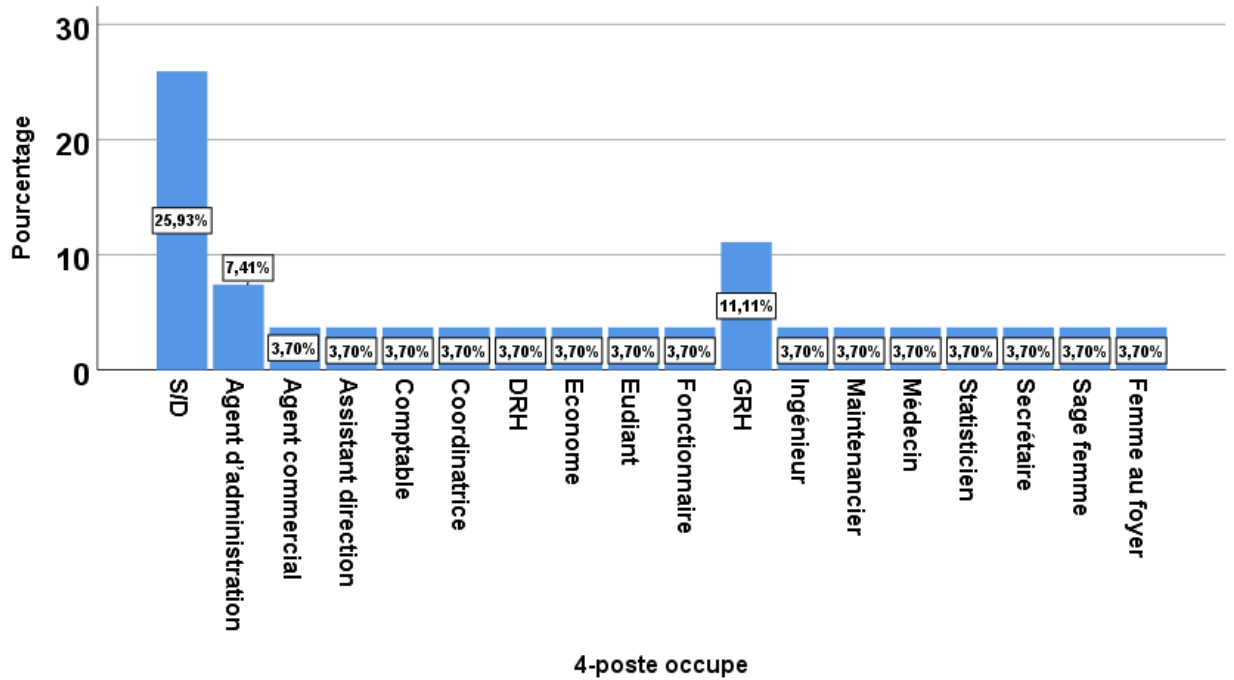
N	Valide	27
	Manquant	0

4-poste occupe

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	S/D	7	25,9	25,9	25,9
	Agent d'administration	2	7,4	7,4	33,3
	Agent commercial	1	3,7	3,7	37,0
	Assistant direction	1	3,7	3,7	40,7
	Comptable	1	3,7	3,7	44,4
	Coordinatrice	1	3,7	3,7	48,1
	DRH	1	3,7	3,7	51,9
	Econome	1	3,7	3,7	55,6
	Eudiant	1	3,7	3,7	59,3
	Fonctionnaire	1	3,7	3,7	63,0
	GRH	3	11,1	11,1	74,1
	Ingénieur	1	3,7	3,7	77,8

Annex

Maintenancier	1	3,7	3,7	81,5
Médecin	1	3,7	3,7	85,2
Statisticien	1	3,7	3,7	88,9
Secrétaire	1	3,7	3,7	92,6
Sage femme	1	3,7	3,7	96,3
Femme au foyer	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	



Fréquences

Remarques

Sortie obtenue		18-JUN-2023 15:28:54
Commentaires		
Entrée	Données	C:\Users\ASUS\Desktop\spss2023\bdspss meriem hadil 2023.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>

Annex

	Scinder un fichier	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	27
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques sont basées sur toutes les observations comportant des données valides.
Syntaxe		FREQUENCIES VARIABLES=Q5 Q6 Q7 Q8 Q8EXPL Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 /BARChart PERCENT /ORDER=ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur	00:00:14,08
	Temps écoulé	00:00:09,34

Annex

<p>5-Comment décriez-vous la gouvernance dans le contexte des établissements de santé ?</p>	<p>6- Comment évaluez-vous l'efficacité de la gouvernance actuellement en place dans votre établissement hospitalier</p>	<p>7- Quels sont les principaux défis auxquels vous êtes confrontés en matière de gouvernance hospitalière</p>	<p>8-Comment évaluez-vous l'impact des réformes sur l'efficacité et l'accessibilité des services de santé dans votre établissement ?</p>
---	--	--	--

8Explic

Annex

N	Valide	27	27	27	27
	Manquant	0	0	0	0

Table de fréquences

Annex

5-Comment décririez-vous la gouvernance dans le contexte des établissements de santé ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très mauvaise	1	3,7	3,7	3,7
	Mauvaise	9	33,3	33,3	37,0
	Moyenne	4	14,8	14,8	51,9
	Bonne	9	33,3	33,3	85,2
	Très bonne	4	14,8	14,8	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

6- Comment évaluez-vous l'efficacité de la gouvernance actuellement en place dans votre établissement hospitalier

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1. Pas du tout efficace	7	25,9	25,9	25,9
	Peu efficace	16	59,3	59,3	85,2
	Très efficace	4	14,8	14,8	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

7- Quels sont les principaux défis auxquels vous êtes confrontés en matière de gouvernance hospitalière

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Manque de ressources, Manque des ressources, Le manque de connaissance et de formation, charge de travail élevé	5	18,5	18,5	18,5
	Complexité des structures	3	11,1	11,1	29,6
	le secteur hospitalier a besoin d'un environnement stable pour pouvoir améliorer la qualité des soins.	6	22,2	22,2	51,9
	Technologie de l'information, Pénurie de personnel qualifié, L'évolution du milieu hospitalier,	7	25,9	25,9	77,8
	Le manque du personnel, Le manque de l'hierarchie, Il y a beaucoup de monde et en manque de personnel	2	7,4	7,4	85,2
	Les questions liées à l'administration, la gestion financière	1	3,7	3,7	88,9
	Satisfaction des patients, la gestion	1	3,7	3,7	92,6
	L'expérience a montré que les hôpitaux les mieux gérés en Algérie sont ceux qui ont connu une stabilité durable	2	7,4	7,4	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

8-Comment évaluez-vous l'impact des réformes sur l'efficacité et l'accessibilité des services de santé dans votre établissement ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Positif	12	44,4	44,4	44,4
	Négatif	15	55,6	55,6	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

8Explication

9- Quels sont les principaux obstacles auxquels vous êtes confrontés lors de la mise en œuvre des réformes hospitalières

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas de réponse	2	7,4	7,4	7,4
	Résistance au changement, Manque de formation et de compétences, charge de travail élevé,	10	37,0	37,0	44,4
	Manque de connaissance et l'absence de l'expérience dans le domaine	7	25,9	25,9	70,4
	Les dysfonctionnements des services de santé et leurs risques et la male gestion	4	14,8	14,8	85,2
	Possibilité de l'échec des reformes et leur impact négatif sur les hôpitaux et manque de transparence	4	14,8	14,8	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas de réponse	16	59,3	59,3	59,3
	Efficacité on l'utilise les tics, amélioration de la qualité des soins	3	11,1	11,1	70,4
	La réforme prétendait, notamment, améliorer l'accès aux soins des habitants	5	18,5	18,5	88,9
	4. complication des procédures, manque de responsabilité et de professionnalisme	1	3,7	3,7	92,6
	Les réformes hospitalières ne sont pas encore appliquées	2	7,4	7,4	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

11-Quel est le rôle de la gouvernance dans la réussite de la réforme hospitalière

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Un rôle mineur	4	14,8	14,8	14,8
	Un rôle important	8	29,6	29,6	44,4
	Un rôle essentiel	15	55,6	55,6	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

10-Dans quelle mesure pensez-vous que la participation des parties prenantes est importante dans le processus de réforme hospitalière

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas de réponse	7	25,9	25,9	25,9
	Aider à s'adapter aux changements	4	14,8	14,8	40,7
	L'enrichissement de la réforme, favoriser le climat de confiance, réformes basées sur le partage	8	29,6	29,6	70,4
	Atteindre la transparence, expertise et connaissances	8	29,6	29,6	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

12-Quelle est la responsabilité principale de la gouvernance dans la réforme hospitalière

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	La prise de décisions financières	5	18,5	18,5	18,5
	La définition des politiques et des objectifs	16	59,3	59,3	77,8
	L'administration quotidienne des hôpitaux	4	14,8	14,8	92,6

14-Quels sont les décisions clés d'une bonne gouvernance hospitalière pour la réforme

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Manque de transparence et de responsabilité	3	11,1	11,1	11,1
	Manque d'expertise médicale	3	11,1	11,1	22,2
	Transparence et responsabilité	19	70,4	70,4	92,6
	Autoritarisme et centralisation du pouvoir	2	7,4	7,4	100,0
	Total	27	100,0	100,0	
La supervision des opérations médicales		2	7,4	7,4	100,0
Total		27	100,0	100,0	

13-Comment la gouvernance peut-elle favoriser la réussite de la réforme hospitalière

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	En limitant son implication dans les décisions	2	7,4	7,4	7,4
	En déléguant tous les pouvoirs aux professionnels de santé	10	37,0	37,0	44,4
	En veillant à une allocation efficace des ressources	15	55,6	55,6	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

15-Quelle est l'importance de l'engagement des parties prenantes dans la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas du tout important	2	7,4	7,4	7,4
	Peu important	5	18,5	18,5	25,9

Annex

Modérément important	2	7,4	7,4	33,3
Très important	18	66,7	66,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

16-Comment la gouvernance peut-elle favoriser la participation des parties prenantes dans la réforme hospitalière

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	En excluant les parties prenantes de toutes les décisions	1	3,7	3,7	3,7
	En limitant l'accès à l'information et aux décisions	3	11,1	11,1	14,8
	En encourageant la transparence et la consultation	20	74,1	74,1	88,9
	En imposant des décisions unilatérales aux parties prenantes	3	11,1	11,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

17-Quel est le rôle des compétences en gestion et en leadership au sein de la gouvernance hospitalière pour la réussite de la réforme

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Une certaine importance	5	18,5	18,5	18,5
	Une importance significative	9	33,3	33,3	51,9
	Une importance cruciale	13	48,1	48,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

18-Comment la gouvernance peut-elle favoriser le développement des compétences en gestion et en leadership au sein de l'hôpital

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	En décourageant la formation continue et le développement professionnel	1	3,7	3,7	3,7
	En limitant l'accès à des programmes de formation et de mentorat	3	11,1	11,1	14,8
	En encourageant la formation continue et en soutenant le développement professionnel	23	85,2	85,2	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

19-Dans votre pratique quotidienne , êtes-vous confrontés à des contrats ou des accords contractuels

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	23	85,2	85,2	85,2
	Non	4	14,8	14,8	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

20-Selon vous, quels sont les avantages de la contractualisation dans le domaine de la santé ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pas de réponse	6	22,2	22,2	22,2
	Amélioration des soins, Amélioration de la prise en charge des patients, augmenter les revenus,	9	33,3	33,3	55,6
	Renforcer la transparence et la responsabilité	5	18,5	18,5	74,1
	Une protection pour les employés et pour les patients	3	11,1	11,1	85,2
	Renforcer la transparence et la responsabilité	4	14,8	14,8	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

21-La gouvernance a-t-elle un impact sur la durabilité des réformes hospitalières ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui, une bonne gouvernance favorise la durabilité	25	92,6	92,6	92,6
	Non, la gouvernance n'est pas liée à la durabilité	1	3,7	3,7	96,3
	On ne sait pas	1	3,7	3,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Fiabilité

Remarques

Sortie obtenue		18-JUN-2023 15:31:28
Commentaires		
Entrée	Données	C:\Users\ASUS\Desktop\spss2023\bdspps meriem hadil 2023.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Scinder un fichier	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	27
	Entrée de la matrice	
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques reposent sur l'ensemble des observations dotées de données valides pour toutes les variables dans la procédure.

Annex

Syntaxe	RELIABILITY /VARIABLES=Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
Ressources	Temps de processeur 00:00:00,02 Temps écoulé 00:00:00,16

Régression

Variables introduites/éliminées^a

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	La gouvernance ^b	.	Introduire

a. Variable dépendante : Y

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,526 ^a	,276	,248	,620

a. Prédicteurs : (Constante), La gouvernance

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	3,677	1	3,677	9,552	,005 ^b
	de Student	9,625	25	,385		
	Total	13,302	26			

a. Variable dépendante : Y

b. Prédicteurs : (Constante), La gouvernance

Annex

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	1,654	,261	6,347	,000
	La gouvernance	,363	,117	,526	,005

a. Variable dépendante : Y

Table des matières :

Introduction	
Générale	1
Chapitre 1 : Gouvernance hospitalière	
Introduction :.....	6
SECTION 1 : Généralités sur la gouvernance	6
1. La gouvernance	7
1.1. Historique.....	7
1.2. Définition	7
1.3. Modèles	8
1.4. Types.....	12
1.5. Les valeurs	19
1.6. Théories :	22
SECTION 2 : le gouvernance hospitalière : 2.L'hôpital	24
2.1. Définition de l'hôpital.....	24
2.2. Organisation de l'hôpital.....	24
2.3. Ses bénéficiaires :	29
2.4. Ses obligations :	29
2.5. Son financement :	30
2.6. Autres cas particuliers :.....	31
2.7. Spécifiés (structurelles, organisationnelles).....	31
Conclusion :	33
Chapitre 2 : Réforme hospitalière.....	
Introduction :	34
SECTION 1 : les réformes hospitalières mise en œuvre en Algérie 1.Réforme : (loi 62 jusqu'à loi 11-18) :	35
2.Le Projet de la nouvelle loi sanitaire :	36

Table des matières

3.Système de santé Algérien :.....	37
3.1. Caractéristiques et Évolution (loi)	39
3.2. La phase 1962-1973 : vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics :.....	39
3.3. La phase 1974-1988 : Période de la gratuité des soins de santé :.....	40
3.4. La phase (1989-1999) :	42
3.5. La phase 2000 à nos jours : (la période des réformes) :.....	43
SECTION 2: l'état actuel de la réforme hospitalière en Algérie 4.Réforme hospitalière : .	44
4.1. Définition Les grands axes de la réforme hospitalière Résultats	44
4.2. Les principes fondamentaux en matière de santé en Algérie :.....	45
4.3. Obligations de l'Etat en matière de santé :.....	45
4.4. Droits et obligations des patients :.....	46
4.5. Compétence en matière de loi sanitaire :	47
5.Logique de contractualisation en Algérie	53
5.1. Organisation du système de santé algérien :	53
5.2. Historique et Evolution du système de santé algérien	57
5.3. Le financement du système de santé algérien.....	59
5.4. Evolution des sources de financement de la santé en Algérie	60
Conclusion :	64
Chapitre 3 : rôle de la gouvernance	
Introduction :	65
1.Rôle de la gouvernance	66
2.La gouvernance : un nouvel espace de régulation collective :.....	67
3.La gouvernance : penser différemment l'action collective.....	71
4.La gouvernance : rendre des comptes sur la performance	72
5.Rôle de l'OMS dans la gouvernance de l'action sanitaire	75
6.La gouvernance de l'action sanitaire	77

Table des matières

7.Le Rôle de la Gouvernance dans L'élaboration des Stratégies à Long Terme	79
8.La gouvernance : un impératif d'élaboration et de mise en œuvre des SLT	80
8.La bonne gouvernance	81
9.La gouvernance de l'action sanitaire et la réforme	82
Conclusion :	84
Chapitre 4 : stage pratique au CHU Bejaia.....	86
section 1 : presentation du CHU Bejaia	86
Introduction.....	86
1.Présentation du CHU Bejaia.....	86
1.1.Historique du CHU	86
A.Hopital Khelil Amrane	86
B.Hopital ait MOKHTAR mère-enfant.....	88
C.Hopital FRANTZ FANON	88
2.Missions et differentes structures de CHU Bejaia	89
2.1.Missions de CHU Bejaia	89
2.2.Les differentes structures du CHU Bejaia	89
2.2.1. La direction générale	90
2.2.2. La secrétariat générale	90
2.2.3.La direction des ressources humaines	90
2.2.4 La direction des finances et controles	92
2.2.5 La direction ds moyens et des matériels	93
3.Les objectifs du CHU	94
4.Presentation de services des urgences	94
5.Activité principale	94
6.Le contenu	94
7.Concultation	95
section 2 : presenatation des resultats	96
1.Approche systématique	96
1.1.Methodologie de recherche	96
1.2.Methode d'etude	96

Table des matières

1.3.Communauté et échantillon de recherche	96
2.Outils de collecte de données et méthodes de traitement statistique	97
2.1.Outils de collecte de données de recherche	97
2.1.1.Questionnaire	97
2.1.2.La structure du questionnaire	98
2.1.3.L'observation	98
2.2.Outils utilisés pour analyser les questionnaires	98
Partie 1 : Les données générales des employés	101
1.1.Repartition de l'échantillon de recherche selon le sexe	101
1.2.Repartition de l'échantillon de recherche selon le niveau la tranche d'âge	102
1.3.Repartition de l'échantillon de recherche selon l'ancienneté	103
1.4.Repartition de l'échantillon de recherche selon le poste occupé	104
Partie 2 : Analyse de la partie 2 et 3 du questionnaire	106
2.1.L'analyse de la partie de la gouvernance	106
2.2.L'analyse de la partie de la réforme hospitalière et sa relation avec la gouvernance hospitalière	109
3.Teste d'hypothèse	121
4.1. Discussions des résultats de questionnaire	124
4.1.1. Les résultats de la première partie (donnée générale des employées)	124
4.1.2. Les résultats de la deuxième partie (la gouvernance hospitalière)	124
4.1.3. Les résultats de la troisième partie la réforme hospitalière et sa relation avec la gouvernance hospitalière	125
4.2. Discuter de la validité des hypothèses	125
Conclusion	126
Conclusion générale	127
Bibliographie	
Annex	