

République algérienne démocratique et populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
Université Abderrahmane Mira – Bejaia



Faculté de Technologie
Département d'Architecture

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de
Master II en : Architecture
Option : « Architecture, Ville et Territoire ».



Thème :
**L'impact de l'administration sur la situation actuelle
des hôpitaux de Sétif, el Eulma et Ain azel**

Présenté par:

MEDJDOUB Nadir

MEDDOUR Souhel

MEZIANI Amar

Soutenu publiquement le : 23 février 2017

Devant le jury composé de :

BOUANDES Karima
HANANE Khadidja
CHAABANE Djamel

Promotrice
Présidente
Examinateur

MAA
MAA
MCA

Université de Bejaïa
Université de Bejaïa
Université de Bejaïa

Année Universitaire
2016- 2017

Remerciements :

*« Ma vie extérieure et intérieur dépend du travail de mes contemporains et de celui de mes ancêtres et je dois m'efforcer de leur fournir la même proportion de ce que j'ai reçu et que je reçois encore » **Albert EINSTEIN***

On tient à exprimer toute notre reconnaissance à notre promotrice Madame bouandes Karima. On la remercie de nous avoir encadrés, orienté, aidé et conseillé. On adresse nos sincères remerciements à tous les professeurs, intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé nos réflexions et ont accepté à nous rencontrer et répondre à nos questions durant nos recherches. On remercie nos très chers parents, qui ont toujours été là pour nous, « Vous avez tout sacrifié pour vos enfants n'épargnant ni santé ni efforts. Vous nous avez donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance. On est redevable d'une éducation dont on est fier ». On remercie toutes les familles tout nos amis d'avoir été là pour nous dans les moments difficile, et à qui on doit notre reconnaissance et nos attachement. À tous ces intervenants, on présente nos remerciements, nos respects et notre gratitude.

Dédicace

Ce travail n'est que le fruit d'un effort fourni au nom du savoir, son aboutissement donnera naissance à une étude qui durera dans le temps, remportant avec elle le nom de ses auteurs. Néanmoins ce travail n'a pu exister sans le savoir acquis et transmis par des générations et générations d'intellectuels.

Ce travail est dédié à tout esprit ayant contribué dans la lutte pour le savoir, les arts et la culture.

On dédie ce travail à nos parents, à nos aimables frères et sœurs et enfin à tous nos amis.

Résumé :

L'hôpital a connu plusieurs changements à travers son histoire. Ce pendant, la question du contrôle et de gestion des espaces et des flux des usagers reste toujours problématique. La présente recherche traite l'impact de l'administration hospitalière en termes de gestion et de contrôle sur l'état actuel de l'hôpital.

Pour atteindre notre objectif, la méthode d'approche s'appuie sur une combinaison entre l'approche analytique des données récoltés sur le terrain et des espaces choisis et l'enquête par l'entretien qui ont été interprétés à l'aide d'un logiciel (SPHINX).

Cette approche a été appliquée sur un corpus d'étude qui est constitué de trois hôpitaux situant à Sétif « CHU de Sétif, l'hôpital d'El Eulma et celui d'Ain Azel ». Trois services « urgences, chirurgie générale et médecine interne », ont été choisis pour être évalués. Les résultats obtenus ont montré que l'administration a une part importante dans l'état chaotique soulevé dans les hôpitaux étudiés.

Mots clé : espace, flux, gestion, contrôle, administration, rôles.

Abstract:

The hospital has undergone several changes throughout its history. On the other hand, the question of control and management of spaces and user flows remains problematic. This research addresses the hospital management's impact in terms of management and control over the current state of the hospital.

In order to achieve our objective, the method of approach is based on a combination of the analytical approach of the data collected in the field and the selected areas and the survey by the interviews and interviews which have been interpreted using Software (SPHINX).

This approach was applied to a study corpus consisting of three hospitals located in Sétif "CHU de Sétif, the hospital of El Eulma and that of Ain Azel". Three services "Emergencies, General Surgery and Internal Medicine" were selected to be evaluated. The results obtained showed that the administration had an important part in the chaotic state raised in the hospitals studied.

Keywords: space, flow, management, control, administration, roles.

Tables des matières :

I. Dédicace	
II. Remerciements	
III. Résumés	
IV. Table des matières	
VIII. Liste des figures	
XI. Liste des tableaux	
XII. Liste des annexes	
Introduction générale	01
1. Problématique.....	02
2. Hypothèse.....	02
3. Objectifs.....	02
4. Méthodologie d'approche.....	02
5. Structure de travail.....	03
Chapitre I : Mode et moyen de contrôle et de gestion dans l'hôpital	9P
Introduction.....	05
I.1. Éléments de définition	05
I.1.1. L'hôpital.....	05
I.1.2. La gestion hospitalière.....	05
I.1.2. Le contrôle.....	06
I.2. Les principaux types de gestion hospitalière.....	06
I.2.1. Gestion budgétaire.....	06
I.2.2. La gestion de l'information.....	06
I.2.3. La gestion logistique.....	07
I.2.3.1. La logistique médicale.....	07
I.2.3.2. La logistique hôtelière	07
I.2.3.3. La logistique technique.....	07
I.2.3.4. La logistique administrative.....	07
I.2.4. La gestion des flux.....	07
I.2.4.1. Flux des personnels.....	08
I.2.4.2. Flux des patients.....	08
I.2.4.2.1. Le patient valide ou en fauteuil roulant.....	08
I.2.4.2.2. Le patient allongé	08
I.2.4.3. Flux des visiteurs.....	09
I.2.5. La gestion de l'espace hospitalier.....	09
I.2.5.1. L'espace public hospitalier.....	10
I.2.5.2. Les espaces d'accueil et de circulation de l'hôpital.....	11
I.2.5.2.1. Le hall d'accueil.....	11
I.2.5.2.2. Les couloirs.....	11
I.2.5.2.3. Les espaces d'attente	11

I.3. Les modes de contrôle.....	12
I.3.1. Le contrôle par les règlements.....	12
I.3.2. Le contrôle visuel.....	12
I.3.2.1. Contrôle visuel de l'espace et de circulation.....	12
I.3.2.2. Contrôle visuel par des moyens humains.....	13
I.3.2.3. Contrôle visuel par des moyens matériels.....	13
Conclusion.....	14
Chapitre II : Hôpital et l'administration	
	12P
Introduction.....	15
II.1. Définition de l'administration hospitalière.....	15
II.2. L'évolution de l'administration hospitalière à travers le temps.....	15
II.2.1. L'Hôpital sous la gouvernance des religieux.....	15
II.2.2. Apparition de la première administration.....	16
II.2.3. L'apparition de la notion de la différenciation des circuits.....	17
II.3. Les composantes de l'administration de l'hôpital en Algérie.....	18
II.3.1. Direction de l'établissement.....	18
II.3.2. Les instances stratégiques et décisionnelles : le conseil d'administration.....	19
II.3.3. Les instances consultatives : le conseil médical.....	20
II.3.4. Sous directions de l'organisation administrative.....	21
II.3.4.1. Sous direction des finances et des moyens.....	21
II.3.4.2. Sous direction des ressources humaines.....	21
II.3.4.3. Sous direction des activités de santé.....	21
II.3.4.4. Sous direction de la maintenance.....	21
II.4. Les réformes administratives dans un hôpital en Algérie.....	23
II.4.1. Contexte de la réforme hospitalière.....	23
II.4.2. Textes réglementaires régissant l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers.....	23
II.4.2.1. Notes ministérielles.....	24
II.4.3. Echelle des réformes administratives et représentants de l'administration.....	25
II.4.3.1. A l'échelle de l'hôpital.....	25
II.4.3.1.1. Directeur.....	25
II.4.3.1.2. Médecin chef de l'hôpital.....	25
II.4.3.2. A l'échelle des services.....	26
II.4.3.2.1. Chef de service.....	26
II.4.3.2.2. Le médecin-chef de service.....	26
II.4.4. Les objectifs de la réforme hospitalière.....	26
II.4.5. Les dossiers de la réforme hospitalière.....	27
Conclusion.....	27

Chapitre III : Méthodologie d’approche et présentation du corpus d’étude	14p
Introduction.....	28
III.1.Méthodologie d’approche.....	28
III.1.1.L’approche analytique.....	28
III.1.2. Entretien.....	28
III.1.2.1. Statut de l’entretien.....	29
III.1.2.2. Les différents types d’entretien.....	30
III.1.2.2.1. Directif.....	30
III.1.2.2.2. Semi-directif.....	30
III.1.2.2.3. Libre.....	30
III.1.2.3. Le choix du type d’entretien.....	30
III.2. Présentation du corpus d’études.....	31
III.2.1. Présentation du CHU « Saâdna Abdenour » de Sétif.....	32
III.2.1.1. site et situation.....	32
III.2.1.2. Présentation des trois services.....	32
III.2.2. Hôpital Saint Arnaud à El Eulma « Saroub El Khouthir ».....	35
III.2.2.1. site et situation	35
III.2.2.2. Présentation des trois services.....	36
III.2.3. Hôpital Ain Azel.....	39
III.2.3.1. site et situation	39
III.2.3.2. Présentation des trois services.....	40
Conclusion.....	42
Chapitre IV : applications et résultats	26p
Introduction.....	43
IV.1. Résultats de l’approche analytique.....	43
IV.1.1. Moyens et modes de contrôle et de gestion au CHU	43
IV.1.1.1. A l’échelle de l’hôpital.....	43
IV.1.1.2. Au niveau du service des urgences.....	44
IV.1.1.3. Au niveau de la chirurgie générale.....	45
IV.1.1.4. Au niveau de la médecine interne.....	46
IV.1.2. Moyens et modes de contrôle et de gestions à l’hôpital d’El-Eulma	47
IV.1.2.1. A l’échelle de l’hôpital.....	47
IV.1.2.2. Au niveau des urgences.....	48
IV.1.2.3. Au niveau de la chirurgie générale.....	50
IV.1.2.4. Au niveau de la médecine interne.....	51
IV.1.3 Moyens et modes de contrôle et de gestion à l’hôpital Ain	52
azel.....	
IV.1.3.1. A l’échelle de l’hôpital.....	52
IV.1.3.2. Au niveau des urgences.....	52
IV.1.3.3. Au niveau de La chirurgie générale.....	53
IV.1.3.3. Au niveau de la médecine interne.....	54

IV.2. Résultats des entretiens.....	55
IV.2.1. Les acteurs et leurs rôles dans la gestion et le contrôle des hôpitaux étudié.....	55
IV.2.2. La gestion et le contrôle des flux dans les hôpitaux étudié.....	57
IV.2.3. Les espaces de gestion et de contrôle dans les hôpitaux étudié.....	63
IV.3. Confrontation des résultats.....	67
Conclusion.....	69
Conclusion générale.....	70
Bibliographie.....	72
Annexes.....	75

Liste des figures:

Figure 1.	Organigramme de travail, source : auteurs 2017.....	04
Figure I.1.	Le système hospitalier : un système de relations entre les patients, leurs familles et les soignants.....	08
Figure I.2.	transport d'un malade dans un hôpital trowseau. Source : Fermann, 1999.....	09
Figure I.3.	Un agent d'orientation pour le contrôle des flux.....	13
Figure I.4.	L'utilisation de camera de surveillance dans Dureta Hôpital.....	14
Figure II.1.	Plan d'un hôpital hôtels dieu, Source : (FERMAND, 1999).....	16
Figure II.2.	Vue cavalière de l'hôpital de la pitié, Source : (FERMAND, 1999).....	17
Figure II.3.	Hôpital Huriez conçu par J WALTER. Source : (FERMAND, 1999).....	18
Figure III.1.	Plan de situation du CHU dans la commune de Sétif. Source : bouandes 2012.....	32
Figure III.2.	Schéma présentant les différents espaces d'accueil et de circulation dans le service de chirurgies générales. Source : Source : bouandes 2012.....	33
Figure III.3.	Schéma présentant les différents espaces d'accueil et de circulation dans le service de Médecine interne. Source : Source : bouandes 2012.....	34
Figure III.4.	Schéma présentant les différents espaces d'accueil et de circulation dans le service des urgences. Source : Source : bouandes 2012.....	35
Figure III.1:	Plan de situation de l'hôpital d'el-Eulma, Source : auteurs 2017.....	36
Figure III.6.	Schéma présentant les différents espaces d'accueil du service de la médecine interne - côté hommes -de l'hôpital El Eulma. Source : Source : bouandes 2012.....	37
Figure III.7.	Schéma présentant les différents espaces d'accueil du service de la médecine interne - côté femmes - de l'hôpital El Eulma. Source: Source : bouandes 2012.....	37
Figure III.8.	Schéma présentant les différents espaces d'accueil du service de la chirurgie générale de l'hôpital El Eulma. Source : Source : bouandes 2012.....	38
Figure III.9.	Schéma présentant les différents espaces d'accueil des urgences médico-chirurgicales de l'hôpital El Eulma. Source : Source : bouandes 2012.....	39
Figure III.10.	Schéma présentant les différents blocs constituant l'hôpital d'Aïn Azel, 2011. Source : bouandes 2012.....	40
Figure III.11.	Schéma présentant le service de chirurgies générales (Plan type avec le service de Médecine interne).Source : Source : bouandes 2012.....	41
Figure III.12.	Schéma présentant les différents espaces d'accueil des urgences médico-chirurgicales de l'hôpital Ain azel. Source : auteurs 2017.....	42
Figure IV.2 .	Plans de masse du chu de Sétif, Source : bouandes, 2012.....	44
Figure IV.3 .	Vue générale du service des urgences, Source : auteurs, 2017.....	45
Figure IV.4 .	Hall d'accueil/espace d'attente des urgences, Source : auteurs 2017....	45
Figure IV.5.	Couloir qui distribue les espaces a l'intérieur du service. Source : auteurs, 2017.....	45
Figure IV.6.	Espace de réception des visiteurs, Source : auteurs, 2017.....	45
Figure IV.7 .	Vue sur le couloir du service de la chirurgie générale cote homme.	

LISTE DES FIGURES

	Source : auteurs, 2017.....	46
Figure IV.8.	Vue sur le hall d'entrée du service chirurgicale homme, source : auteurs, 2017.....	46
Figure IV.9 .	Vue sur le couloir du service de la chirurgie générale cote femme. Source auteurs, 2017.....	46
Figure IV.10 .	Vue sur le hall d'entre du service chirurgical cote femme. Source auteurs, 2017.....	46
FigureIV.11 .	Vue sur le hall de médecine interne côté femmes. Source : auteurs, 2017.....	47
Figure IV.12.	Utilisation des caméras de surveillance dans les espaces extérieurs. Source : auteurs 2017.....	48
Figure IV.13.	Vue sur l'entrée principale de l'hôpital. Source : auteurs 2017.....	48
Figure IV.14.	Vue sur l'axe principal de circulation à l'intérieur de l'hôpital. Source : auteurs 2017.....	48
Figure IV.15.	Espace de stationnement du service des urgences. Source: auteurs, 2017.....	49
Figure IV.16.	Entre principale du service des urgences. Source: auteurs, 2017.....	49
Figure IV.17.	Hall d'accueil des urgences. Source: auteurs, 2017.....	49
Figure IV.18.	Espace d'attente. Source : auteurs, 2017.....	49
Figure IV.19.	Couloir de service des urgences. Source : auteurs, 2017.....	49
Figure IV.20.	Vue sur espace d'attente et d'accueil dans le service de la chirurgie générale –côté hommes- . Source: Auteurs, 2017.....	50
Figure IV.21.	Couloir et espace d'attente dans le service CH.G, source: auteurs, 2017.....	50
Figure IV.22.	Vue sur le couloir d'accueil du service de la chirurgie générale –côté hommes .Source: Auteur, 2017.....	50
Figure IV.23.	Vue sur le hall d'entrée; espace d'accueil du service de la médecine interne –côté hommes-. Source: Auteurs, 2017.....	51
Figure IV.23.	Vue sur le hall d'accueil du service de la médecine interne –côté hommes-. Source: Auteurs, 2017.....	51
Figure IV.24.	Vue sur le couloir d'accueil du service de la médecine interne - côté femmes-. Source : Auteurs, 2017.....	51
Figure IV.25.	Vue sur l'entrée principale des visiteurs et des personnels. Source : auteurs, 2017.....	52
Figure IV.26.	Vue sur l'entrée du Bloc A liée à l'administration de l'hôpital d'Ain azel. Source : auteurs, 2017.....	52
Figure IV.27.	Vue sur le couloir de l'espace des urgences. Source : auteurs, 2017....	53
Figure IV.28.	Vue sur l'espace d'accueil et d'attente du bloc A. Source : auteurs, 2017.....	53
Figure IV.29.	Vue sur le couloir d'accueil du service de la chirurgie général. Source : auteurs, 2017.....	53
Figure IV.30.	Vue sur le couloir de la médecine interne -cote homme. Source : auteurs, 2017.....	54
Figure IV.31.	Vue sur le couloir d'accueil du service de la médecine interne-cote femme. Source : auteurs, 2017.....	54

Liste des tableaux:

Tableau II.1.	Installation administrative des établissements publics hospitaliers en Algérie. Source : (BOUADI Sonia, 2014).....	22
Tableau III.1.	La couverture sanitaire de la ville de Sétif. Source : la DSP de Sétif, 2016...	31
Tableau IV.1.	Les acteurs qui interviennent dans la gestion des personnel. Source : auteurs, 2017.....	55
Tableau IV.2.	Le rôle de chaque responsable dans l'hôpital. Source : auteurs, 2017.	56
Tableau IV.3.	Gestion des flux des malades en fonction de la forme de l'hôpital. Source : auteurs, 2017.....	57
Tableau IV.4.	Gestion des flux des visiteurs en fonction de la forme de l'hôpital. Source : auteurs, 2017.....	58
Tableau IV.5.	Les moyens de contrôle utilisé dans chaque service. Source : auteurs, 2017.....	59
Tableau IV.6.	Les moyens de gestion des flux de visiteurs selon les responsables des services. Source : auteurs 2017.....	60
Tableau IV.7.	Les modes de gestion et de contrôle des flux des visiteurs selon les responsables des services. Source : auteurs, 2017.....	61
Tableau IV.8.	L'estion de la logistique dans les trois hopitaux. Source : auteurs 2017..	62
Tableau IV.9.	l'organisation interne de l'hôpital en fonction de sa forme. Source : auteurs, 2017.....	63
Tableau IV.10.	Les espaces qui demande plus de gestion dans les trois hopitaux. Source : auteurs 2017.....	64
Tableau IV.11.	La gestion d'espace dans les services. Source : auteurs, 2017.....	65
Tableau IV.12.	Les espaces qui demande plus de gestion selon les responsables des hopitaux. Source : auteurs, 2017.....	66

Liste des annexes :

Annexe I. Entretien avec les directeurs des hôpitaux.

Annexe II. Entretiens avec le chef de service et le médecin chef.

Introduction générale

La santé publique est une discipline qui prend en charge toutes les dimensions, administratives, sociales, spatiales, politiques et économiques de la santé. Elle s'occupe de préserver la santé, de la protéger. Elle s'occupe de tous les aspects de la santé, tant au niveau préventif que curatif, avec la mise en place des systèmes d'urgence, de la recherche, des risques sanitaires, de l'éducation... Elle gère l'ensemble des moyens mis en place pour soigner et promouvoir la santé. Le système national de santé se définit comme « *l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire*¹ ».

En l'Algérie, l'hôpital constitue un élément clé du système de santé, mais qui est considéré comme l'une des organisations les plus complexes (CHOAY F., MERLIN P, 2000). La multiplicité des acteurs qui y interviennent, les nombreux défis auxquels il est soumis et la diversité des missions et objectifs qu'il doit atteindre, font de la gouvernance de l'hôpital une problématique assez complexe.

L'hôpital se constitue de plusieurs espaces complexes en pleine mutation. Il peut être considéré comme un lieu de professionnalisation dans lequel évoluent et coopèrent différents corps de métiers dont la mission est la prise en charge globale et de qualité du patient. Chaque catégorie professionnelle ayant reçu une formation spécifique et chacune ayant son rôle à jouer dans la division globale du travail de l'hôpital ; chaque profession occupant une place spécifique dans la chaîne des soins dispensés au patient. L'hôpital public en Algérie est dirigé par trois structures, le conseil d'administration organe délibérant dont la majorité de ces membres sont nommés par la tutelle, la direction, organe exécutif à sa tête un directeur et le conseil médical, organe consultatif composé de professionnels de la santé. Au sein de chacune de ces structures les intérêts divergent. A la tête d'un hôpital, vous avez deux pôles de gestion et de contrôle, d'un côté un administrateur spécialiste en gestion hospitalière et d'un autre, un médecin chef qui supervise et qui contribue à cette gestion. Dans la majorité des hôpitaux, le directeur général est un administrateur qui ne connaît que peu de choses à la médecine et ses besoins en matériels et en consommables. L'hôpital en Algérie souffre de plusieurs contraintes et dysfonctionnements en raison de mauvaise gestion des espaces et le contrôle des flux matériels et immatériels, la cause de ce dysfonctionnement revient à la multiplicité des espaces constituant l'Hôpital qui est très difficile à gérer et à contrôler à cause de l'augmentation du flux humains, pour cela, la situation actuelle des hôpitaux algériens semble renvoyé vers un problème de contrôle et de gestions des espaces et des flux .

¹ Loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

1. Problématique

Le contexte et la réalité du fonctionnement des hôpitaux publics reflètent des insuffisances et des dysfonctionnements caractérisant aujourd'hui l'organisation et la gestion des espaces constituant nos hôpitaux. Nous avons de ce fait, axé la problématique de notre recherche sur la question suivante :

Comment l'administration influence-t-elle sur l'hôpital en termes de gestion et de contrôle, et quels sont ses rôles au sein de l'hôpital ?

2. Hypothèse

En réponse à notre problématique : L'administration nous semble responsable sur le fonctionnement, le contrôle et la gestion de l'hôpital d'aujourd'hui en Algérie. Par conséquent, elle semble le premier responsable sur la situation chaotique en Algérie.

3. Objectifs

Ce travail de recherche vise à :

- Définir les types et les modes et les moyens de gestion et de contrôle au sein de l'hôpital.
- Déterminer l'organisme constituant l'administration au sein de l'hôpital.
- Identifier et comprendre l'impact de l'administration sur la situation actuelle des hôpitaux.
- Déterminer le rôle de l'administration sur l'organisation des différents services de l'hôpital en termes de gestion et de contrôle des espaces et les différents flux.

4. Méthodologie d'approche

Pour atteindre nos objectifs, le modèle d'analyse qui sera adopté combine entre :

1. **L'approche analytique** : basé sur la collecte des données et l'observation en situation du corpus d'étude avec la prise de photos pour avoir une idée sur la situation actuelle de ces hôpitaux, elle sera basée sur : la situation, l'organisation, les plans et les modes et les moyens de gestion et de contrôle. Ces derniers présentent nos critères d'analyse tirés de la partie théorique
2. **La méthode d'entretiens semi-directif** : faite avec les directeurs des hôpitaux et les responsables de chaque service (médecin chef, chef de service), avec un total de vingt et une personnes dans la période allant du premier décembre au vingt et huit décembre 2016, la durée de ces entretiens varie de 20 mn à 30 mn. Les données des entretiens sont traitées par une analyse de contenu utilisant le logiciel SPHINX.

Confrontation des résultats : à travers les résultats obtenus à l'aide des entretiens et de la collecte de données on va essayer d'affirmer ou bien de nier notre hypothèse.

5. Structure de travail

À partir de l'hypothèse et de la méthodologie d'approche adaptée pour répondre à notre problématique, on a pu construire une structure pour notre travail de la manière suivante.

Volet théorique

Sous forme de recherche bibliographique cette partie est composée d'une étude conceptuelle qui a été accomplie grâce à une recherche bibliographique (recherche livresque et électronique) en consultant plusieurs ouvrages, article et site internet qui va permettre d'accentuer notre recherche, ou nous avons abordé différentes notions, rôles et moyens utilisés par l'administration, les différents acteurs de l'hôpital et de l'administration.

CHAPITRE I : « Modes et moyens de gestion et de contrôle dans l'hôpital »

Ce chapitre aura pour objectif d'étudier l'organisation de l'hôpital et les modes et les moyens de gestion et de contrôle au sein de l'hôpital.

CHAPITRE II : « Hôpital et l'administration » : Ce chapitre aura pour objectif de démontrer l'administration hospitalière en Algérie (sa composition, les acteurs et leurs rôles.)

Volet pratique

Ce chapitre est relatif à la présentation du corpus d'étude constitué de trois hôpitaux, situant tous dans la wilaya de Sétif qui est successivement : le Centre Hospitalo-universitaire « CHU SAADNA Mohamed Abdenour » à Sétif, l'hôpital Saint Arnaud « Saroub El Khouthir » à la daïra d'El Eulma et l'hôpital « Yousef Yaâlaoui » à la daïra D'Ain Azel.

CHAPITRE III : « Méthodologie d'approche et présentation du corpus d'étude »

Ce chapitre sera divisé en deux sections :

- **La première section** : on va parler sur notre méthodologie d'approche adoptée pour atteindre les objectifs.
- **La deuxième section** : analyse du corpus d'étude : composé de trois hôpitaux qui se situent à Sétif qui sont : CHU de Sétif, l'hôpital d'El Eulma et l'hôpital d'Ain azel. L'analyse concernera les trois services (les urgences, la médecine interne, chirurgie générale).

CHAPITRE IV : applications et Résultats : on consacrer ce chapitre à la présentation, aux traitements et à la confortation des résultats d'analyse et d'entretien.

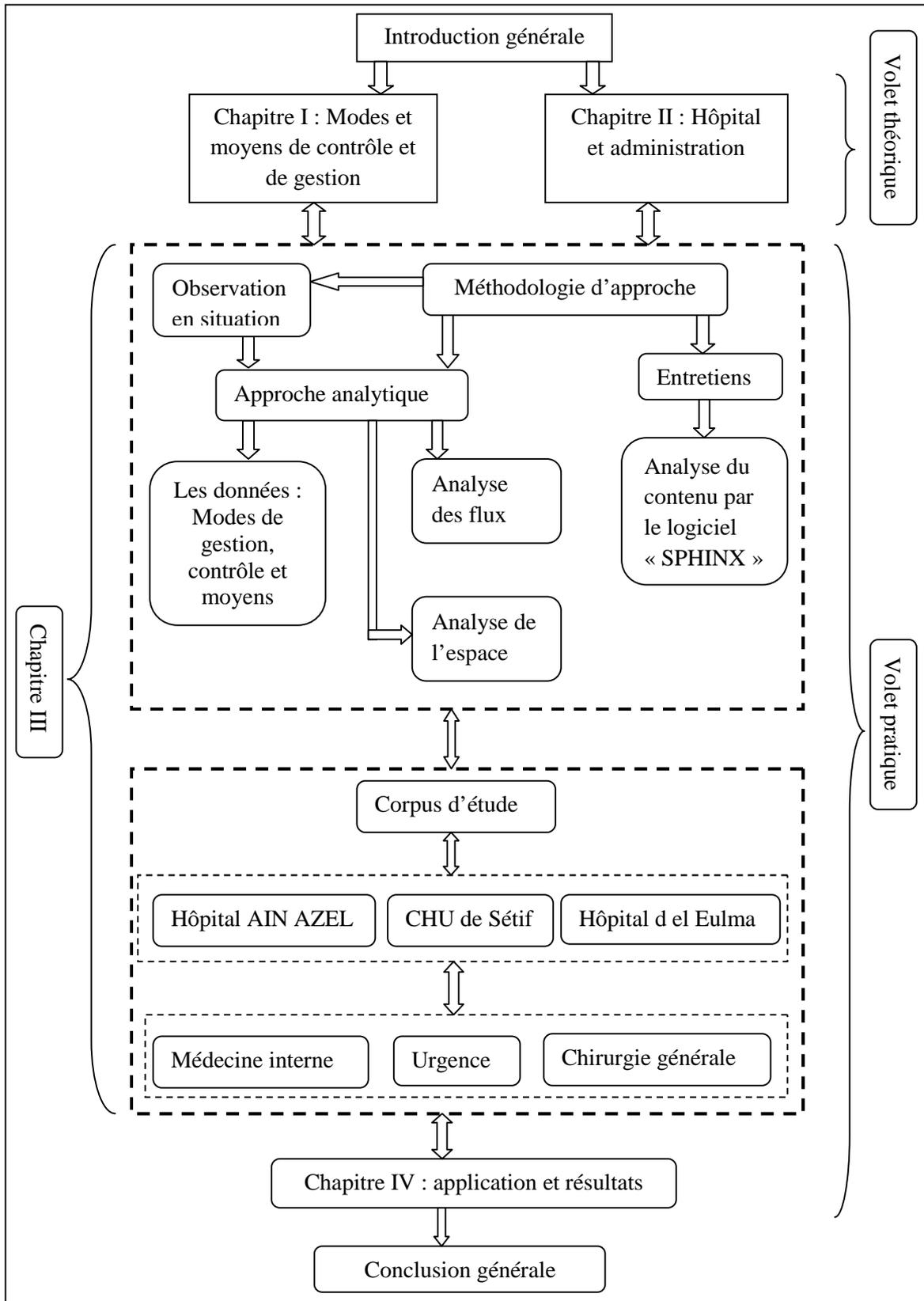


Figure 1 : organigramme de la recherche, source : (auteurs ,2017)

Chapitre I :

*Modes et moyens de contrôle et de
gestion de l'hôpital*

Introduction

Il n'y a pas d'organisation type des circulations à l'hôpital. Chaque établissement doit déterminer ses propres modes de fonctionnement. Une bonne compréhension de la dynamique des flux doit précéder toute définition de programme (Catherine FERMAND, 1999). Ce chapitre a pour but de définir les concepts clés de la présente recherche à savoir : l'hôpital, la gestion et le contrôle, ainsi que les modes et les moyens de gestion et de contrôle des espaces et les différents flux de l'hôpital.

I.1. Éléments de définition

I.1.1. L'hôpital

L'hôpital a reçu deux définitions de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.). La première est pratique : « *établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers* ». L'autre définition décrit la fonction que l'hôpital moderne devrait assumer : « *L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradient jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio-sociale.* »

L'hôpital est un équipement de superstructure puisque c'est un bâtiment à usage collectif, c'est une institution publique à vocation sanitaire. C'est donc un équipement public collectif qui peut adopter différentes typologies selon leurs dates de création. (DIEZ CHOAY, MERLIN, 2000). Il présente une organisation qui dispose d'infrastructures et de moyens humains et financiers mis en œuvre pour offrir des soins aux populations dans le respect de plusieurs règles et normes. (Sophie Chauveau, 2012)

L'hôpital d'aujourd'hui est multiforme, héritier d'un long passé, ancré dans le sol et dans les mentalités. Il s'est adapté au cours du temps, en fonction des évolutions techniques, des évolutions de la médecine et des besoins des usagers (humanisation des hôpitaux). « *L'hôpital est un établissement qui dispense des soins médicaux et chirurgicaux et peut héberger les malades si leur état le rend souhaitable.* » (DIEZ CHOAY, MERLIN, 2000).

I.1.2. La gestion hospitalière

La gestion hospitalière s'appuie sur plusieurs structures : une succession de lieux accessibles à tous, organisés de sorte à plus ou moins limiter les mouvements, et de lieux non accessibles reliés par des lignes (les couloirs) chargées d'orienter les déplacements. Ces lieux sont à la fois issus de choix architecturaux et de la relation de pouvoir existant entre les personnes exerçant au sein de la structure et les patients. Ce paysage hospitalier est ponctué de constructions à la charge symbolique et qui participent à l'impact thérapeutique des aménagements sur les patients. (Aude Nikiema, 2014)

I.1.3. Le contrôle

L'hôpital dans son ensemble doit, en permanence, évaluer ses performances (mesure des écarts entre les performances observées et celles attendues) et s'assurer que son fonctionnement est cohérent au regard des objectifs fixés (respect des conditions d'exécution, conformité des procédures, validité des informations diffusées). De manière générale, la fonction de contrôle est une fonction essentielle en termes de régulation, permettant d'avoir une meilleure maîtrise des flux et des processus au sein de l'organisation (Olivier MEIER, 2009).

Nous définissons le contrôle comme toute influence créatrice d'ordre, c'est-à-dire d'une certaine régularité, dont le comportement d'une personne est influencé par quelque chose ou quelqu'un, nous précisons aussi que le contrôle a pour résultat de réduire les degrés de liberté laissés aux personnes dans l'hôpital.

I.2. Les principaux types de gestion hospitalière

I.2.1. Gestion budgétaire

Pour les établissements de santé, les bénéfices monétaires sont souvent les premiers facteurs qui les incitent à considérer les aspects logistiques (la gestion et le contrôle des flux). En effet, les activités de logistique et la gestion des flux représentent près de la moitié du budget d'un centre hospitalier. (BLOUIN, LANDRY, BEAULIEU, 2001).

Chow et Heaver(1994), estiment que les coûts liés aux activités de la logistique représentent 46% des dépenses de l'hôpital

I.2.2. La gestion de l'information

L'information est un ensemble de données qui se présentent sous des formes permettant leur traitement, il ressort qu'au sein d'une même entité l'utilisation faite de l'information est différente d'un acteur à un autre. (Phil Bartle, 2007).

Tout système de santé, quelque soit son niveau de développement et son mode de fonctionnement, suppose l'existence d'un système d'information sanitaire. Celui-ci a pour tâche de produire les données nécessaires à la détermination des priorités pour l'affectation des ressources disponibles, à l'évaluation des programmes mis en œuvre, à la mesure de l'état de santé et des besoins de santé de la population.

Le système d'information est au cœur du fonctionnement de l'institution. Les flux d'informations sont multiples : ils concernent les fonctions de soins, logistiques, administratives et de gestion (RUIZ Angel, 2010).

I.2.3. La gestion logistique

Plusieurs types de logistique à savoir d'après (C. FERMAND, 1999) :

I.2.3.1. La logistique médicale

Le laboratoire, qu'on appelle également « plateau technique de biologie », forme une entité à part entière, qui tend de plus en plus à se développer à l'intérieur de l'hôpital. Mais il faut savoir que certains établissements peuvent également sous-traiter ce type d'activités ou le partager avec d'autres hôpitaux. Son organisation spatiale, nécessitant la mise en commun d'espaces et de matériels affectés à différentes disciplines, doit être flexible. Elle s'effectue en fonction des temps de réponse aux demandes d'information, plus ou moins urgents, nécessaires au diagnostic, à la surveillance et au traitement des patients.

-la pharmacie qui assure et contrôle l'achat, le stockage et la distribution des médicaments et du matériels à usage unique, doit comporter des liaisons aisées avec la stérilisation, puisque le pharmacien en a également la responsabilité.

-le service de la stérilisation qui est chargé de la collecte, la distribution et la stérilisation de tous les matériels stériles nécessaires. C'est une unité fonctionnelle qui doit comporter trois accès distincts : une entrée réservée au personnel et deux liaisons différenciées, l'autre pour la distribution des matériels.

I.2.3.2. La logistique hôtelière :

Le service de restauration assure les repas des malades et du personnel de l'hôpital. La plus part des établissements disposent d'une cuisine centrale, assurant les trois étapes nécessaires à la production des repas : la fabrication, le refroidissement et le stockage des produits finis, la remise à température et, enfin, la distribution.

- le service du linge : l'implantation d'une lingerie-relai assurant la liaison avec une blanchisserie extérieure à l'hôpital est une solution de plus en plus appliquée.

I.2.3.3. La logistique technique

Elle permet d'assurer la maintenance et l'approvisionnement de l'ensemble de l'établissement, ainsi que l'évacuation des différents déchets-ménagers et hospitaliers, contaminés ou radioactifs. Les déchets soigneusement traités dès leur production sont répartis dans deux conteneurs distincts, l'un enlevé par le service municipale des ordures ménagères, l'autre par un service d'enlèvement des déchets à risques.

I.2.3.4. La logistique administrative

Elle regroupe les différentes directions de l'hôpital : générale, financière, du personnel, des soins infirmiers, des services économiques, des travaux, etc.

I.2.4. La gestion des flux

L'évolution du mode de fonctionnement de l'hôpital influe de manière qualitative et quantitative sur la maîtrise des flux qui l'irrigent car l'activité des malades s'intensifie avec elle les déplacements des malades hospitalisés, des patients internes. La plus part du travail médical aux prises en charge ambulatoires, pouvant dépasser celle consacrée au

patients hospitalisés, modifie ses formes d'organisation, les malades hospitalisés reçoivent de plus en plus de visiteurs, la croissance des volumes de produits déplaces-linge, matériel à usage unique, conditionnement des repas, chaque types d'individu à sa propre gestion dans l'hôpital. Les définitions classiques présentent l'usager comme une personne qui utilise un service public. Dans ce sens, on peut dénombrer trois principales catégories d'usagers au sein de l'espace public hospitalier : le personnel, les patients et leurs familles (Pierre Granier, 2002).

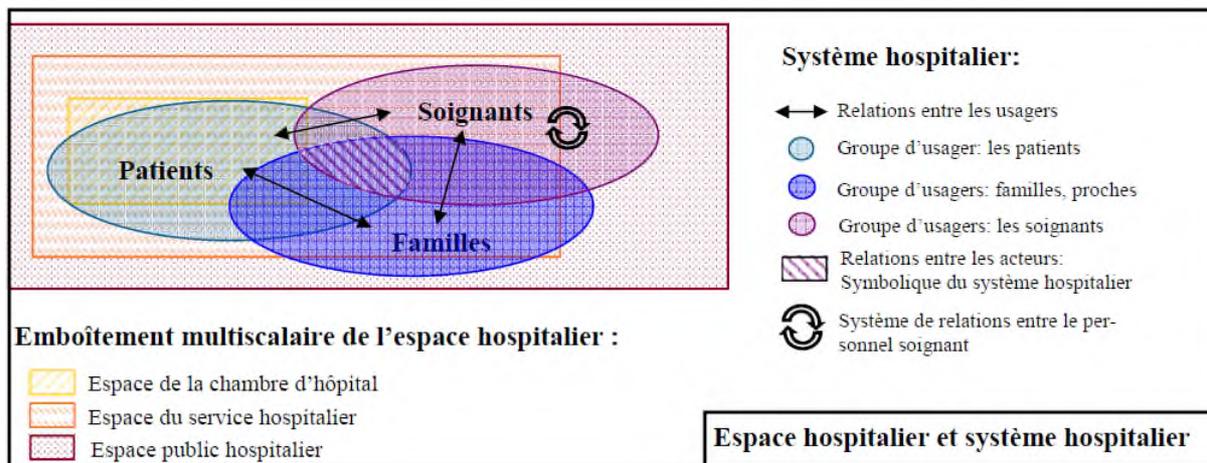


Figure I.1 : Le système hospitalier : un système de relations entre les patients, leurs familles et les soignants.
Source : (Pierre Granier, 2002)

I.2.4.1. Flux des personnels

Le personnel médical et infirmier : il se déplace constamment. La contrainte essentielle est la rapidité de passage d'un secteur à un autre, pour cela il leur faut des dégagements rapides et aussi une séparation totale avec les visiteurs. (Pierre Granier, 2002).

I.2.4.2. Flux des patients

Selon FERMAND .C (1999), Les flux des patients différent selon la façon de déplacement.

I.2.4.2.1. Le patient valide ou en fauteuil roulant

Généralement, ce genre d'individu est accompagné par des infirmiers tout le long de leurs séjours à l'hôpital. Ils accèdent a toutes les unités recevant des patients et principalement les consultations, l'imagerie, les explorations fonctionnelles et les unités d'hospitalisation. Les consultants sont de plus en plus nombreux et accèdent à de plus en plus de services.

I.2.4.2.2. Le patient allongé :

Ce patient est presque hospitalise, son déplacement se fait avec un brancard ou bien sur un lit roulant, les infirmiers sont à sa disposition tout le long de son séjour, il accède a toutes les unités des patients, principalement les unités d'hospitalisations.



Figure I.2 : Transport d'un malade dans un hôpital touseau. Source : (Fermand, 1999).

I.2.4.3. Flux des visiteurs

La plus part des visites se font le matin ou bien l'après midi, on retrouve a chaque service des espaces d'accueil et d'attente pour pouvoir oriente les flux lors des heurs de visite, si pour ca que il est nécessaire que chaque établissements hospitaliers doit avoir ce genre d'espace pur pourvoir assure une bonne gestion de ses flux.

I.2.5. La gestion de l'espace hospitalier

Le corps humain est la mesure de toutes choses : il est le "mesurant universel". C'est par exemple en pouces, en pas, en coudées que d'antan l'on mesurait les distances. L'espace n'est pas un milieu indifférent, mais il se déploie à partir du rayonnement de notre corps propre, et non un simple milieu géographique. (Alain CAMBIER, 2004)

À travers l'histoire de l'hôpital la préoccupation première des architectes et des médecins été comment géré les espaces dans les hôpitaux son qu'il ya un risque de contamination des épidémies et les risques hygiéniques. L'hôpital pavillonnaire a apporté une réponse cohérente aux conceptions médicales de leur époque. L'arrive des antibiotique au milieu de ce siècle a modifiée les données du problème, alors les hôpitaux sont ramassé en bloc pour privilégier les objectifs de densité et de proximité, aujourd'hui à cause de l'augmentation des maladies et des virus, les antibiotiques ont diminué de leur efficacité alors les risques d'infection qu'elle soit d'origine bactérienne, virale ou parasitaire sont multipliés et concentrés dans les milieux hospitaliers dont les malades sont particulièrement exposés, pour remédier à ce problème. De nouvelles conceptions des espaces hospitaliers ont été établies. En effet les architectes ont constate que le problème revient aux mouvements des flux et des équipements biomédicaux et aussi le mouvement de l'air et pris en compte, car il se déplace d'un service à l'autre. Les spécialistes disent que le problème revient au non-respect des règles et des lois, mais aussi, il touche

particulièrement l'organisation des espaces à l'intérieur des services. Alors les architectes sont sensé limiter au maximum les risques de contamination. La question du choix des matériaux et l'aménagement des services et en particulier la liaison entre eux pour simplifier le déplacement des malades et aussi prévoir des espaces réservés aux visiteurs avec des espaces d'accueil.

I.2.5.1. L'espace public hospitalier

Bien plus large que l'édifice même de l'hôpital, l'espace public hospitalier est l'espace qui l'englobe. Les limites de cet espace sont parfois difficiles à définir. Les frontières entre cet espace et la ville sont souvent symbolisées par des murs, des grillages. C'est le cas pour les hôpitaux publics de type pavillonnaire par exemple. Dans le cas d'hôpitaux excentrés avec une typologie de tour verticale (hôpital-bloc), les limites sont plus floues. On ne sait ni où commence ni où finit cet espace symbolique du soin. Quoiqu'il en soit, l'espace public hospitalier est un ensemble d'emboîtements multiscalaires selon Pierre Granier (2002).

De l'ensemble du CHU, à l'hôpital puis aux services médicaux et à la chambre d'hospitalisation, les espaces s'emboîtent et permettent de visualiser leur organisation. Nous pouvons ajouter à la définition physique de cet espace une dimension symbolique et sociale. (Pierre Granier, 2002)

D'après BRUNET Anne-Sophie (2009), c'est un lieu. Selon lui, le lieu (à la différence de l'espace, à visée essentiellement morphologique) est « *un espace investi, qualifié, nommé, produit par la pratique quotidienne qui est faite d'activités, de perceptions, de mémoires, de symboles.* »

L'hôpital est un espace de vie particulier. C'est là que l'on se retrouve pour suivre et accompagner celui qui s'y rend. A l'hôpital on vit ou on survit, on travaille, on mange, on s'organise, on se promène... Par ce fait, l'espace hospitalier peut être perçu comme un lieu de rencontres, d'échanges et de conflits. C'est un espace de relations, un espace de pratiques, une sorte de microcosme urbain. L'hôpital serait alors un lieu mais aussi une reproduction de l'espace social, c'est-à-dire de la société mais qui garde tout de même une symbolique particulière. Le caractère même de l'hôpital (accueil de toutes les souffrances) lui confère une ambiance, une image, une symbolique qui peut effrayer. (Pierre Granier, 2002)

I.2.5.2. Les espaces d'accueil et de circulation de l'hôpital

Il est nécessaire de bien gérer les espaces constituant l'hôpital pour avoir un contrôle des flux qui se déplace à l'intérieur des services.

I.2.5.2.1. Le hall d'accueil

C'est l'espace public de l'hôpital, un lieu d'accueil, et c'est le centre de gestion des flux. Il a pour fonctions essentielles de recevoir, d'orienter, d'informer le public dans un univers accueillant et sécurisant. La conception du hall doit favoriser la perception immédiate des accès aux différents services. Dans certains cas, mais pas systématiquement, il abrite les guichets d'admission et les caisses de règlement.

La fonction d'accueil s'exprime également par la présence de services –une antenne pharmacie, une halte-garderie, un oratoire, etc. et de commerces, parmi les quels le kiosque à journaux et surtout le café, lieu de rencontre et de détente, qui tient une place centrale une activité de contrôle peut aussi être assurée depuis le hall, ou est souvent placé un poste de sécurité outre la présence de banques d'accueil général. Le hall doit pouvoir être support de campagnes menées dans le cadre des politiques de santé, orienter le public vers une antenne spécifique d'information sur l'hospitalisation à domicile par exemple. L'accueil général situé dans ce hall, est relayé dans certains cas par des postes d'accueil spécifiques à chaque secteur. (Ferland, 1999)

I.2.5.2.2. Les couloirs

Il est le lieu principal du mouvement. Seuil de la chambre, circulations des flux, zone de transfert, salle d'attente ou à dynamiques multiples, le couloir doit faciliter l'orientation pour éviter que les gens y restent. (Ferland, 1999)

I.2.5.2.3. Les espaces d'attente

La dimension de la salle d'attente dépend des besoins ou du fonctionnement de l'établissement. Par exemple, dans certains cas, l'aménagement des espaces doit tenir compte de la présence des enfants : bien souvent, les endroits sont trop exigus et moins adaptés à leurs besoins. Par ailleurs, les salles d'attente qui accueillent une clientèle pédiatrique doivent aussi tenir compte du bruit généré et mettre en place des mesures permettant d'atténuer le son (espaces en retrait, matériaux qui absorbent le son, etc.). En partant du principe qu'une attente paraît toujours moins longue lorsqu'on est occupé. (Sylvain Landry, 2007)

I.3. Les modes de contrôle

Le contrôle et l'orientation du patient et des accompagnants est capitale. Tout doit être fait pour éviter l'attente inexplicite. Cette information peut être favorisée par des moyens simples : livret d'accueil, bornes interactives à écran tactile qui présenteraient le service et les modalités d'accueil, couleurs, matériaux ou par la configuration spatiale elle-même. Pour ce la on peut trouver plusieurs types de contrôle

I.3.1. Le contrôle par les règlements

Ce mode de contrôle est pratiqué par les deux types de règlements fixé pour l'hôpital, Réglementation externe qui encadre l'activité hospitalière rédigé par le ministère de la santé et un règlement intérieur de l'hôpital rédigé par le directeur de l'hôpital (BOUINO. A, 2005).

I.3.2. Le contrôle visuel

Tout établissement ouvert au public est particulièrement vulnérable face à la malveillance. Les risques d'incendie, les malveillances sur les installations techniques ou les vols de matériels sont autant de méfaits susceptibles d'être commis, comme dans tout lieu très fréquenté... Cette vulnérabilité est d'autant plus grande lorsqu'il s'agit d'un établissement de santé. (Assa ABLOY, 2008)

Les établissements sanitaires comptent un nombre important de portes organisées par services, par module ou par pôle et sont tenus de garantir une organisation des accès minutieuse, pour un nombre d'intervenants significatif. Pour ce type de contrôle on utilise de moyens :

I.3.2.1. contrôle visuel de l'espace et de circulation

L'axe de réflexion pourra être le cheminement du patient à travers l'hôpital et la question.

Du flux des usagers ; depuis l'accueil aux salles d'attente, espaces de consultation et services d'hospitalisation, en passant par les couloirs et autres lieux de passage, aux chambres. Pour répondre à ces questions, des artistes et architectes d'intérieur sont sollicités pour donner des solutions en matière de la signalétique, de l'identification des pôles et fédérations définies, de l'équipement et l'accessoire, qui sont des aspects abordés dans le cadre de l'aménagement. Depuis plus de trente ans les concepteurs s'attachent à «débloquer» l'hôpital en maintenant un équilibre entre fonctionnalité et qualité du cadre de vie à travers la mise en forme d'espaces de transition. Les chercheurs d'intégration urbaine, conjuguées aux objectifs de bonne accessibilité et de clarté des circuits, se traduisent par un soin tout particulier porté aux parties « publiques » de l'hôpital. À la manière d'un projet urbain, tout projet d'hôpital se fonde sur la maîtrise des flux et des réseaux qui irriguent. (Pierre Granier, 2002).

De l'hôpital pavillonnaire à l'hôpital-bloc, la question des accès, de l'irrigation, des liaisons, des déplacements du personnel, du transport des malades et des matières reste primordiale. Les choix morphologiques actuels répondent à cette problématique, et

l'architecte travaille son projet hospitalier comme un urbaniste étudie la conception d'un nouveau quartier. Ainsi, l'architecture hospitalière est en de nombreux points comparable à celle de la ville tant au niveau de l'organisation des réseaux internes que des liens à créer avec son environnement.

I.3.2.2. Contrôle visuel par des moyens humains

À la fois pour le personnel, les malades et les visiteurs. Elle doit favoriser un contrôle des circulations internes et externes, et favoriser l'orientation des patients et des visiteurs à l'intérieur de l'hôpital. Chaque espace doit comporter un agent pour l'orientation des flux avec des panneaux d'orientation, le nombre d'agents varie dans chaque service selon le besoin et selon le flux qui circule à l'intérieure du service, ces l'administration qui s'occupe de leur recrutement avec des horaires de travail fixe. Les personnels des services sont contrôlé par les chefs de services avec des feuilles de pointage mais maintenant avec la technologie ils ont conçue des systèmes de contrôle telle que les appareils d'empreinte pour facilite le contrôle dans chaque services. (Gérard BLEICHNER, 2004)



Figure I.3 : Un agent d'orientation pour le contrôle des flux. Source : www.afna.fr

I.3.2.3. Contrôle visuel par des moyens matériels

Les caméras sont utilisés de plus en plus pour des applications qui se multiplient. Ainsi, on les retrouve sur les lieux de travail, que se soit pour assure la sécurité des locaux ou pour surveiller la productivité des travailleurs et aussi pour avoir un certain contrôle sur les flux, ce types de contrôle on le retrouve juste dans les espace de circulation car l'utilisation de ce types de contrôle a l'intérieure des services c'est une atteinte a la vie privée des malades. (Dominique PISSOORT, 2007)



Figure I.4 : Utilisation de camera de surveillance dans Dureta Hôpital. Source : www.afpa.fr.

Conclusion

Le présent chapitre nous a permis de connaître les modes et moyens de contrôle et de gestion des hôpitaux. On peut dire que l'organisation des espaces dans les hôpitaux influence sur la gestion et le contrôle dans l'hôpital, car un espace mal organisé nécessite beaucoup plus d'efforts pour pouvoir le gérer et le contrôler de l'hôpital n'est pas un simple rassemblement d'équipements, l'hôpital est un espace où la juxtaposition des lieux de soins, qui n'est pas neutre, est destinée à orienter le comportement des utilisateurs. Ces éléments participent au bien-être des hospitalisés et concourent également à l'amélioration des activités des soignants. Ainsi, l'organisation des flux de déplacement, la disposition des bâtiments et l'inaccessibilité de certains couloirs, montrent la volonté de maîtriser les personnes entrant dans l'hôpital.

A travers le suivant chapitre, on va traiter le rôle de l'administration dans la gestion et le contrôle de l'espace et des flux.

Chapitre II :

Hôpital et administration

Introduction

Dans ce chapitre on se concentrera notre étude sur l'administration de l'hôpital, où on va procéder par une définition de l'administration puis on va s'intéresser à la première apparition de l'administration à travers l'histoire, ensuite on va discuter sur les plus grandes réformes administratives faites en Algérie.

II.1. Définition de l'administration hospitalière

Selon Larousse, l'administration représente l'ensemble des services de l'état ; ensemble des fonctionnaires chargés d'un service public. L'administration hospitalière fait référence à toute autre responsabilité (autre que la gestion des finances, du personnel et de l'approvisionnement) impliquée dans le fonctionnement quotidien de l'hôpital ou dans l'exécution des fonctions définies par la déclaration de la mission de l'hôpital (Mukesh Chawla, 1996). L'Administration publique est donc l'ensemble des structures, du personnel et des moyens que l'Etat met au service de la population en vue de la fourniture de certaines prestations (Activité et fonctionnement).

II.2. L'évolution de l'administration hospitalière à travers le temps

Au cours de l'histoire, l'hôpital a connu des mutations radicales en termes d'évolution des typologies, configurations spatiales, taille, échelle et modularité, fonctionnement interne et externe, ainsi qu'au niveau de son statut social, symbolique, culturel, politique, économique et thérapeutique. Ces mutations ont été le résultat de développement de la médecine, de la technique, des exigences foncières, sociales, économiques et surtout politiques. (C.FERMAND, 1999).

II.2.1. L'hôpital sous la gouvernance des religieux

La première institution hospitalière est apparue en Europe au moyen âge avec la diffusion du christianisme. A l'époque, les hôpitaux sont appelé l'hôtel-Dieu, maisons d'accueil des pauvres et des malades. Ils apparaissent au cœur des villes à partir du VI siècle. A l'ombre des cathédrales, leur architecture révèle la prégnance de la piété chrétienne. Leurs chapelles sont remarquables par leur ornementation et leurs dimensions, par fois presque à l'égal des salles de malades. Ces derniers sont édifiés dans des proportions similaires, architectures de nef aux voûtes ogivales. Ils rassemblent dans un vaste espace sacralisé des alignements de lits clos, comme autant de refuges sous le large manteau communautaire que constitue l'ordre religieux. (C.FERMAND, 1999).

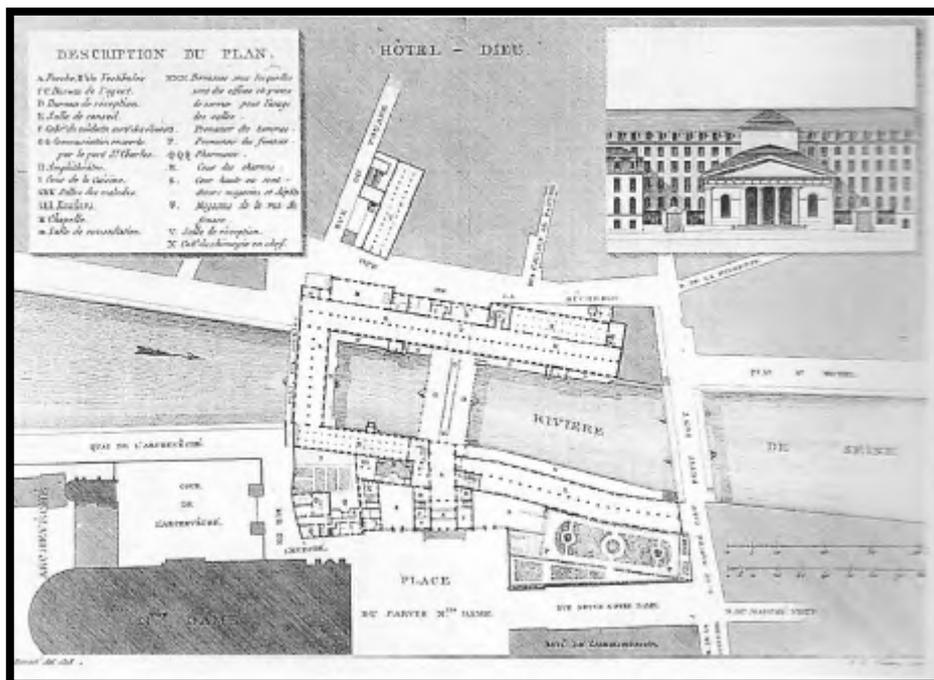


Figure II.1 : Plan d'un hôpital hôtels dieu, Source : (FERMAND, 1999)

II.2.2. Apparition de la première administration

Il faut attendre le XV siècle, la guerre de cent ans et les grandes épidémies de peste pour que les autorités s'intéressent aux structures hospitalières. Municipalité et pouvoir royaux interviennent progressivement pour pallier l'essoufflement de l'église. A partir de cette période qu'on commence à voir l'apparition des premiers grands hôpitaux. Dans cette période on retrouve l'intégration de l'administration dans les hôpitaux et notamment à partir de l'hôpital pavillonnaire. À travers ces hôpitaux, on découvre une grande volonté de structurer les espaces. Les hôpitaux sont devenue une nécessité dans une ville, alors la création d'une administration dans un hôpital est une nécessité pour permettre une bonne organisation de l'établissement. L'hôpital de la pitié de paris est l'un des premiers hôpitaux qui ont intégré une administration dans l'hôpital, on la trouve à l'entrée de l'hôpital (voir figure II. 2) avec son propre pavillon. (C.FERMAND, 1999).

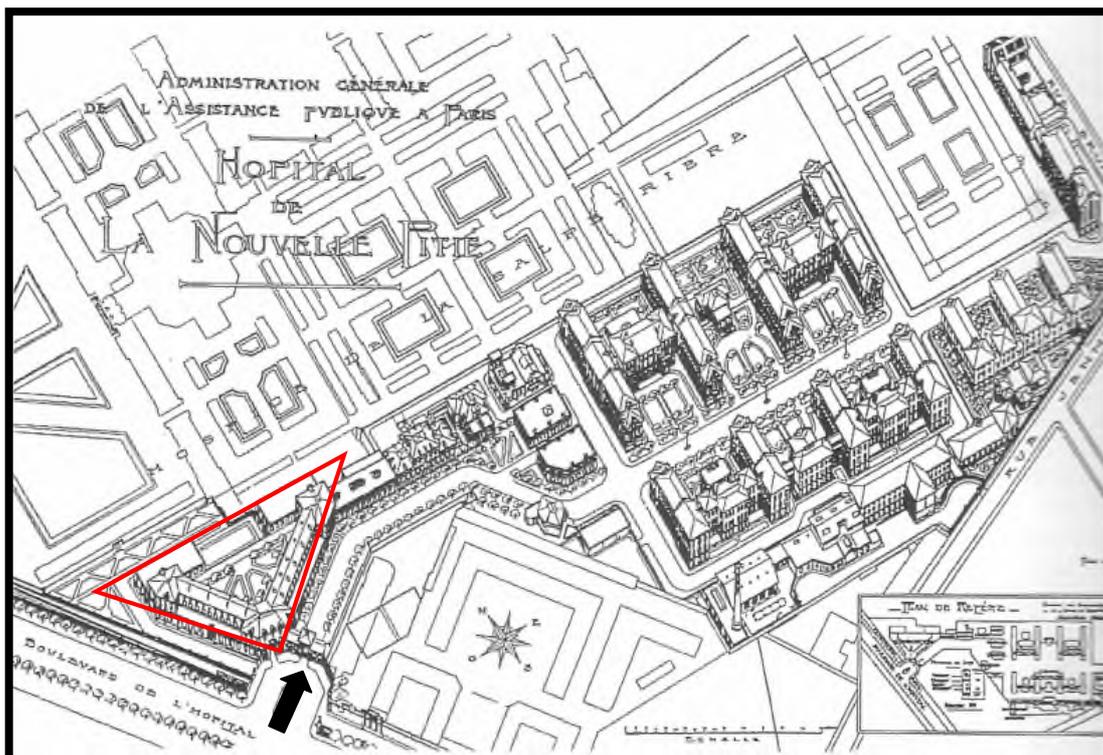


Figure II. 2 : Vue cavalière de l'hôpital de la pitié, Source : (FERMAND, 1999)

II.2.3. L'apparition de la notion de la différenciation des circuits

C'est dans l'hôpital Huriez à Lille, que la notion des différenciations des circuits est apparue pour la première fois en 1943, en séparant les flux des malades, personnels, visiteurs et matériels, ils ont étudié toutes les catégories de bâtiment, le travail de chef, de son personnel médical, des auxiliaires, des ouvriers, les déplacements des malades, les manutentions des matières, produits et denrées. Tous ces mouvements doivent être simplifiés par des dispositions d'architecture, tous les trajets doivent être indépendants, courts et rectilignes. Pour arriver à ce résultat, il est indispensable (afin de comprendre les besoins des professionnels et des malades) de procéder à un travail systématique basé sur un chronométrage sommaire des mouvements des occupants, du fonctionnement du matériel, sur des calculs comparatifs faits dans différentes sortes de bâtiments (C.FERMAND, 1999).



Figure II.3 : Hôpital Huriez conçu par J WALTER. Source : FERMAND, 1999

II.3. Les composantes de l'administration de l'hôpital en Algérie

L'établissement public hospitalier est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur. Il est doté d'un organe consultatif dénommé « conseil médical ». L'organisation des pouvoirs au sein de l'hôpital, est en pleine évolution avec la mise en application de la réglementation régissant le fonctionnement de l'organisation hospitalière. La stratégie et le contrôle sont du ressort du conseil d'administration. La gestion relève des prérogatives du directeur qui est assisté de quatre sous-directeurs qui sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé. La définition de la politique médicale, de la formation médicale continue et d'évaluation est confiée au conseil médical. (BOUADI Sonia, 2014)

II.3.1. Direction de l'établissement

Le directeur de l'établissement public hospitalier est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, et mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes. Il assure la direction, la gestion et la conduite générale de l'établissement, il exerce ses attributions conformément à la réglementation en vigueur et exerce son autorité sur l'ensemble du personnel, et représente l'autorité au sein de sa structure¹. Il prépare les travaux du conseil d'administration, et notamment le budget de l'hôpital et le projet d'établissement qu'il lui soumet.

Ce directeur est également chargé de l'exécution des décisions de ce conseil d'administration, et de mettre en œuvre la politique définie par ce dernier.

Le directeur est responsable du bon fonctionnement de l'établissement. A ce titre, il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile, il est ordonnateur de l'établissement, il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les

¹ Décret exécutif n°07-140 du 02 Joumada EL OULA 1428 correspondant au 19 Mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers, p.10.

comptes de l'établissement, il établit aussi le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur de l'établissement, et met en œuvre les délibérations du conseil d'administration. Il établit le rapport annuel d'activités qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration, le directeur passe tous contrats, marchés, conventions et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur, il exerce le pouvoir hiérarchique sur le personnel placé sous son autorité, et nomme l'ensemble du personnel de l'établissement à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu, il peut déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proches collaborateurs.

II.3.2. Les instances stratégiques et décisionnelles : le conseil d'administration

Il comprend : le représentant du wali (président), un représentant de l'administration des finances, un représentant des assurances économiques, des organismes de sécurité sociale, de l'assemblée populaire de la wilaya, de l'assemblée populaire de la commune siège de l'établissement, des personnels médicaux élu par ses pairs, un représentant aussi des personnels paramédicaux élu par ses pairs, des associations des usagers de la santé, des travailleurs élus en assemblée générale, et le président du conseil médical². Le directeur de l'établissement hospitalier assiste aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assurant le secrétariat.

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois années, renouvelables, par arrêté du wali, sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent. En cas d'interruption du mandat d'un membre du conseil d'administration, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat. Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

Ce conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Le conseil d'administration délibère notamment sur : le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement, le projet de budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissement, les projets d'organisation interne de l'établissement, le règlement intérieur de l'établissement, le projet de tableau des effectifs, les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur. Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une fois tous les six mois. Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers de ses membres. Les délibérations du conseil d'administration font l'objet de procès-verbaux signés par le président et le secrétaire de séance et consignés sur un registre spécial coté et paraphé par le président. Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

² Idem, p.11

L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration sur proposition du directeur de l'établissement.

Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'en présence de la majorité de ses membres. Si le quorum³ n'est pas atteint, le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les huit jours suivants. Ses membres peuvent alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage, des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, au wali dans les huit jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente jours après leur transmission, sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai. (MOLINIER Laurent, 2007)

II.3.3. Les instances consultatives : le conseil médical

L'établissement hospitalier est doté d'un conseil médical ayant une mission principale d'aider le conseil d'administration à la prise de décisions dans les aspects médicaux de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital. Ce conseil a un rôle consultatif, il est chargé d'étudier et d'émettre son avis médical et technique sur toute question intéressant l'établissement, notamment sur : l'organisation et les relations fonctionnelles entre les services médicaux, les programmes de santé et de population, la création ou la suppression de structures médicales, la coordination et l'établissement des liens fonctionnels entre les services, et la proposition de tableaux effectifs du personnel médical et paramédical. (MOLINIER Laurent, 2007).

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

Le conseil médical comprend : les responsables des services médicaux, un pharmacien responsable de la pharmacie, un chirurgien dentiste, et un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux. Ce conseil médical élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois années, renouvelable. Il se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux mois et en session extraordinaire à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur de l'établissement hospitalier. Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal consigné sur un registre ad hoc⁴. Ce conseil ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente.⁵

³ Quorum : Nombre de membres présents exigé dans une assemblée délibérante pour que le vote soit valable.

⁴ Ad hoc : Se dit d'une personne compétente, parfaitement qualifiée pour la tâche qu'on lui confie.

⁵ Idem, p. 12.

II.3.4. Sous directions de l'organisation administrative

Le directeur est assisté de quatre sous-directeurs qui sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, chargés respectivement : des finances et des moyens, des ressources humaines, des services de santé, de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.

II.3.4.1. Sous direction des finances et des moyens

Elle est composée d'un bureau du budget et de la comptabilité, un bureau des marchés publics, et un bureau des moyens généraux et infrastructures.⁶

II.3.4.2. Sous direction des ressources humaines

Elle est composée d'un bureau de la gestion des ressources humaines et du contentieux, et un bureau de la formation.

II.3.4.3. Sous direction des activités de santé

Elle est composée d'un bureau des entrées, un bureau de la contractualisation et du calcul des coûts, et un bureau organisation du suivi, et de l'évaluation des activités de santé.

II.3.4.4. Sous direction de la maintenance

Elle est composée d'un bureau de la maintenance des équipements médicaux, et bureau de la maintenance des équipements connexes.

Donc il n'y a pas une direction ou sous direction, qui est chargée directement responsable sur la gestion de l'espace et le contrôle des flux. Il y a juste les chefs des services parmi les responsables de l'hôpital qui prend en charge ces modes de gestion et de contrôle à l'intérieur de leurs services seulement.

⁶ Arrêté interministériel du 20/12/2009, application de l'article 22 du décret exécutif n° 07-140 du 19 Mai 2007.

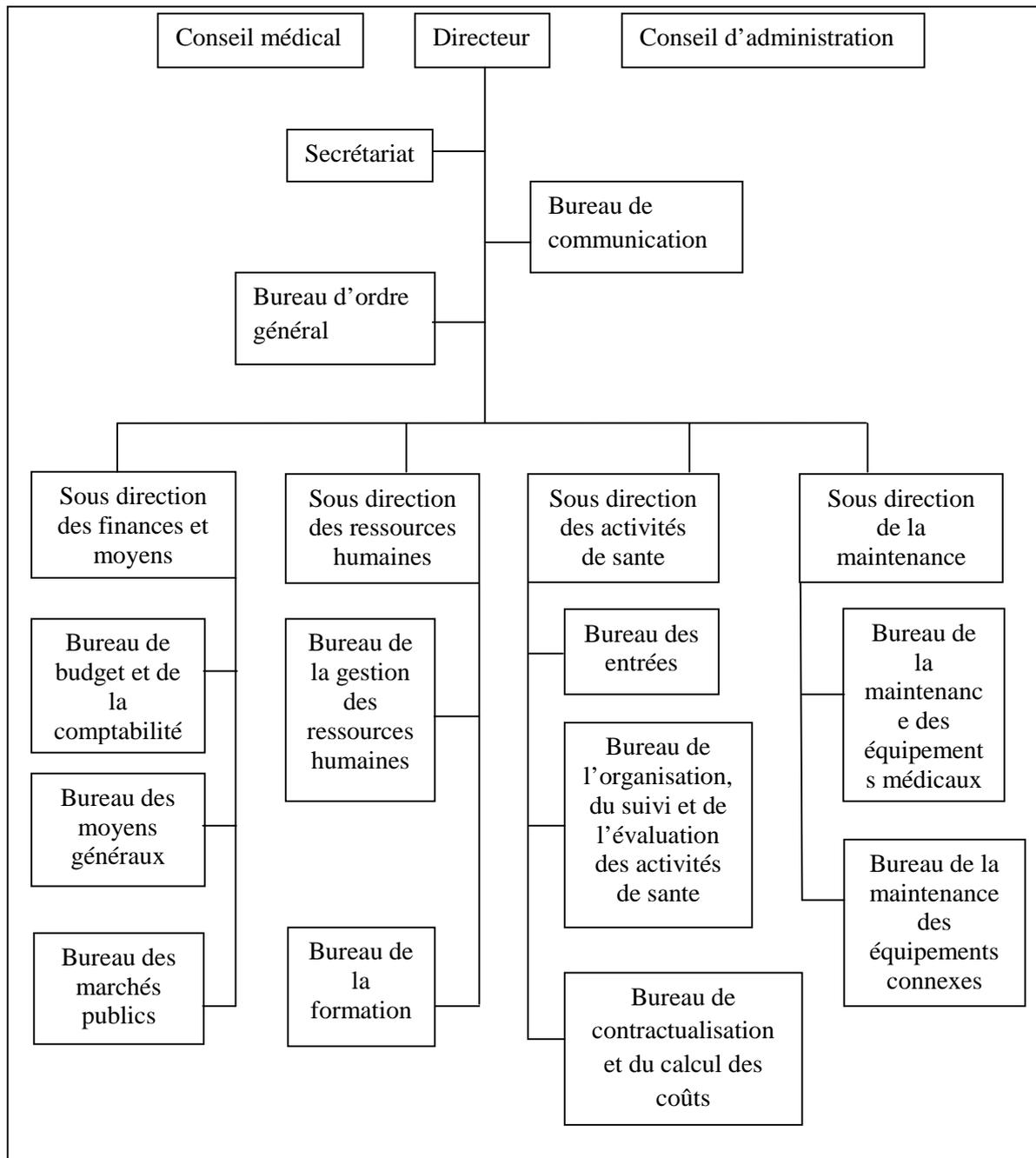


Tableau II.1: Installation administrative des établissements publics hospitaliers en Algérie.
Source : (BOUADI Sonia, 2014)

II.4. Les réformes administratives dans un hôpital en Algérie

Les contraintes et les dysfonctionnements qui caractérisent aujourd'hui, l'organisation et la gestion des structures publiques de santé, ont amené le gouvernement à inscrire la réforme hospitalière parmi ses priorités d'action. L'objectif prioritaire des réformes hospitalières, est de rechercher avec l'ensemble des acteurs concernés, les solutions les plus adéquates qui permettent une meilleure organisation de ces établissements, et l'amélioration de leur gestion afin de satisfaire les besoins en soins de la population⁷.

Ces réformes hospitalières sont instaurées à l'issue des rencontres et séminaires du conseil national de la réforme, qui permettent de construire un travail de réflexion sur les éléments autour desquels devait se construire une problématique débouchant sur des objectifs réalistes et réalisables à court et moyen terme. Les membres du conseil s'appuient sur les propositions individuelles et collectives, des professionnels de santé, des institutions, des syndicats et des associations. Ils prennent aussi en compte les données recueillies auprès des directions centrales du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

II.4.1. Contexte de la réforme hospitalière

Le secteur de la santé connaît une dynamique d'évolution, compte tenue de la transition démographique, et épidémiologique qui pèsent sur les coûts de la santé, et aussi des lourdes contraintes qui engendrent et aggravent les dysfonctionnements propres à la gestion des organisations hospitalières. Du fait de l'aggravation des déficits budgétaires, les hôpitaux sont de plus en plus sources de critiques par les experts, les professionnels de santé mais aussi par les usagers. Le ministère de la santé met l'accent sur la dégradation de la qualité des soins, que connaissent ces organisations, au regard des exigences croissantes des patients et dans le même temps, cet autorité leur demande de réduire le coût de fonctionnement, ce qui contribue à l'augmentation des déficits budgétaires.

La réorganisation, l'amélioration de la gestion et du fonctionnement des organisations hospitalières nécessitent et impliquent des actions coordonnées entre les acteurs de ces structures, afin de répondre et de relever les défis⁸. De ce fait, le traitement des différentes contraintes et dysfonctionnements constitue un préalable à la réussite de la réforme hospitalière.

II.4.2. Textes réglementaires régissant l'organisation et le fonctionnement des EPH

De nombreux textes réglementaires touchent les hôpitaux publics, en matière de direction, de gestion, mais aussi d'organisation et de fonctionnement de ces établissements publics hospitaliers. Parmi les textes, régissant leurs organisations, on trouve principalement, le décret exécutif n° 07-140 du 02 Joumada 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux publics et l'arrêté

⁷ Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière, les préalables et les actions urgentes, p.1

⁸ Idem pp.6-8

interministériel correspondant au 20 Décembre 2009, portant l'organisation interne des établissements publics hospitaliers.

Le décret exécutif n° 07-140 du 02 Joumada 1428 correspondant au 19 mai 2007 porte sur la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers⁹.

Ce présent décret, détermine la consistance physique de ces établissements, leurs principales missions et tâches. Il explique la direction de ces établissements, le rôle et les missions du directeur, composition et missions du conseil d'administration, et détermine aussi la composition et les tâches du conseil médical. Ce dit décret aborde également la nomenclature budgétaire, et met l'accent sur les titres de dépenses et les titres de recettes.

L'arrêté interministériel correspondant au 20 Décembre 2009, porte sur l'organisation interne des établissements publics hospitaliers (KADA Med O, 2010). Ce présent arrêté est en application des dispositions de l'article 22 du décret exécutif n° 07-140 du 02 Joumada 1428 correspondants au 19 mai 2007 sus visé, a pour objet de fixer l'organisation interne de ces établissements hospitaliers. Sous l'autorité du directeur auquel sont rattachés le bureau d'ordre général et le bureau de la communication, l'organisation interne de ces dits établissements comprend quatre sous-direction, notamment, la sous-direction des finances et des moyens, des ressources humaines, des services de santé et de la maintenance des équipements médicaux et connexes. Cet arrêté détermine la composition de chaque sous-direction.

II.4.2.1. Notes ministérielles

En poursuivant les efforts tendant à améliorer le fonctionnement et la gestion des établissements publics hospitaliers, la dotation de ces structures, d'outils et d'instruments de gestion et de pilotage, est nécessaire pour développer les activités et la prise en charge des actions à engager. Dans ce contexte, le ministère de la santé instaure des notes ministérielles que ces établissements doivent nécessairement appliquer afin d'améliorer et d'assurer leur bon fonctionnement.

Parmi les principales notes ministérielles relatives à l'organisation hospitalière et aux outils de gestion que cette dernière doit nécessairement utiliser et appliquer, on retrouve :

□ Note n° 01 du 16 Avril 2014, relative à la mise en place du projet d'établissement hospitalier, du tableau de bord et des indicateurs de gestion¹⁰. Ces instruments de contrôle et de gestion constituent la référence d'appréciation de toutes les mesures à lancer afin de consolider le plan d'activité et permettre aux gestionnaires de se doter de moyens de suivi et assurer une correction des activités programmées. Cela valorise les activités des gestionnaires;

⁹ Journal officiel de la République Algérienne N°33, du 03 Joumada EL Oula 1428 correspondant au 20 Mai 2007, décret exécutif n°07-140 du 02 Joumada EL OULA 1428 correspondant au 19 Mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers, pp.9-10.

¹⁰ Ministère de la santé, note ministérielle du 16 Avril 2014, relative à la mise en place du projet d'établissement, du tableau de bord et des indicateurs de gestion.

□ Note n° 06 du 08 janvier 2014, relative au contrat d'objectifs et de réalisation des activités¹¹, qui nécessite une exécution du contrat d'objectifs et de moyens auquel a souscrit l'organisation hospitalière avec une évaluation semestrielle des activités de santé des unités de cette dite organisation et l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat d'objectif et de moyens souscrit ;

□ Circulaire n° 005 du 30 juillet 2013, relative à la réhabilitation du service public de santé (KADA Med O, 2010).

Ces notes ministérielles doivent être nécessairement appliquées par les organisations hospitalières, afin de construire une véritable base de gestion permettant le suivi efficace des actions.

II.4.3. Echelle des réformes administratives et représentants de l'administration

Les reforme administrative de l'hôpital en Algérie touche plusieurs échelles.

II.4.3.1. A l'échelle de l'hôpital

II.4.3.1.1. Directeur

A. La nomination du directeur

La nomination du directeur dans un hôpital est faite par un décret présidentiel. Il met fin à ses fonctions dans les mêmes formes.¹²

B. La responsabilité du directeur de l'hôpital

Le directeur est responsable sur la gestion de L'hôpital. A ce titre ses rôles sont :

- Exercice du pouvoir hiérarchique sur les personnels placés sous son autorité ;
- Mise en œuvre les délibérations du conseil d'administration ;
- Exercice le pouvoir de nomination et de gestion sur les personnels placés sous son autorité, à l'exception des personnels pour lesquels un autre mode de nomination est prévu;
- Représentation de l'hôpital en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- Assurance de l'ordre et la sécurité au sein de l'hôpital ;
- Etablissement du compte administratif de l'hôpital ;
- Présentation et passation toutes conventions et accords, en relation avec les missions de l'hôpital, après approbation du conseil d'administration ;
- Elaboration des projets de budgets prévisionnels de l'hôpital ;
- Elaboration du le projet d'organigramme et de règlement intérieur de l'hôpital.

II.4.3.1.2. Médecin chef de l'hôpital

Le médecin-chef nommé par arrêté du ministre chargé de l'intérieur est chargé de :

- Assurer l'animation et la coordination des activités médico-hospitalières et médico-techniques de l'hôpital ;¹³

¹¹ Ministère de la santé, note ministérielle n° 06 du 08 janvier 2014, relative au contrat d'objectifs et de réalisation des activités.

¹² Journal officiel de la REPUBLIQUE ALGERIENNE N°24, 11 mai 2008.

¹³ Arrêté interministériel du 20/12/2009, application de l'article 20 du décret exécutif n° 07-140 du 19 Mai 2007.

- Suivre et évaluer les activités d'exploration, de diagnostic, de traitement, d'expertise médicale, de formation et de recherche en sciences médicales ;
- S'assurer de l'assiduité des personnels médicaux et paramédicaux, notamment dans les équipes de garde et de veiller à la continuité du service.
- Rendre compte périodiquement au directeur de l'hôpital des missions qui lui sont assignées.

II.4.3.2. A l'échelle des services

II.4.3.2.1. Chef de service

Le chef de service hospitalier est un cadre technico-administratif hautement qualifié dont le rôle est d'animer l'équipe d'un service hospitalier. Sa mission dans le service comprend les fonctions suivantes: (KADA Med O, 2010)

- une fonction d'accueil et de communication ;
- une fonction de prestations de soins ;
- une fonction de relation avec les autorités sanitaires locales, régionales et centrales ;
- une fonction de gestion des ressources humaines et matérielles mises à sa disposition ;
- une fonction de promotion de la santé ;
- une fonction de formation, d'encadrement et de recherche ;
- une fonction de promotion de la qualité...

Il est en permanence guidé par le souci de :

- garantir aux utilisateurs du service qu'il dirige des prestations efficaces, sécurisées et humanisées en tenant compte des progrès de la science, des coûts les plus rationnels et des moyens mis à sa disposition.
- diriger, d'une façon générale, le service avec sérieux, efficacité et un sens aigu des responsabilités inhérentes au bon fonctionnement du service public.

II.4.3.2.2. Le médecin-chef de service

Désigné par le conseil médical. Le médecin chef est responsable de la coordination et de l'organisation du service, de la fonction ou du programme de soins qui leur est confié.¹⁴

II.4.4. Les objectifs de la réforme hospitalière

Les objectifs de la réforme hospitalière consistent en l'amélioration de l'organisation des établissements hospitaliers, la modernisation de la gestion et du management de ces organisations. Il s'agit aussi pour ces réformes, de recentrer et d'adapter l'offre de soins aux besoins de santé de la population en s'appuyant sur des outils de management efficaces et sur un système d'information performant¹⁵.

¹⁴ Journal officiel de la REPUBLIQUE ALGERIENNE N°33, du 03 Joumada EL Oula 1428 correspondant au 20 Mai 2007

¹⁵ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière « Statistiques sanitaire », Alger, 2009.

II.4.5. Les dossiers de la réforme hospitalière

Selon KADA Med O(2010) Les réformes hospitalières traitent trois modes de gestion :

Le dossier « **ressources humaines** » traite deux aspects fondamentaux que sont la promotion et la valorisation du personnel, à travers la révision de leurs statuts, de leurs modalités d'exercice, de leurs rémunérations, de leur avancement dans la carrière, et de leur formation, d'une part, et le redéploiement de ces personnels d'autre part. La formation est une véritable urgence pour toutes les catégories d'acteurs, à savoir, le personnel médical, paramédical, administratif et technique.

S'agissant du dossier « **ressources matérielles** », l'accent est mis fortement sur l'intégration des moyens matériels à l'organisation des soins impliquant un parallélisme entre les moyens et le niveau d'activité. Les aspects liés à la maintenance, aux normes techniques, de sécurité et de qualité, à l'implantation des plateaux techniques et à la formation complètent ce dossier. Sur le plan de la disponibilité des moyens, eu égard au vieillissement du matériel, un renouvellement s'impose.

Le dossier « **financement** » concerne l'élargissement des ressources, les modalités de financement des hôpitaux et la nécessité de revoir la réglementation sur le plan de la gestion financière en introduisant une souplesse comptable. L'accent est mis sur les conditions d'octroi des allocations budgétaires et sur la facturation en ayant pour premier souci un accès aux soins équitable pour tous les malades. L'introduction de la comptabilité analytique, l'évaluation des activités et de la gestion, les supports d'information et de gestion, constituent indéniablement les premiers jalons des changements attendus.

Les reforme administrative de l'hôpital en Algérie touche presque tous les modes de gestion sauf se qui concerne la gestion de l'espace et le contrôle des flux, car il y a aucun texte réglementaire ou des notes ministérielles qui traite ce mode de gestion.

Conclusion

Le présent chapitre nous a permis d'avoir une idée sur l'organisme de l'administration ainsi que leur principaux rôle dans l'hôpital en terme de gestion et de contrôle ce qui nous ramène à dire que la mauvaise gestion des espaces et le contrôle des flux au sein de l'hôpital revient à la mauvaise communication entre l'administration et les autres services que l'hôpital constitue car les personnels qui s'exercent dans l'administration sont des gestionnaires et des administrateurs ils connaissent pue de chose sur la médecine et le besoin dont les services ont besoin.

Le suivant chapitre concernera le choix de la méthodologie d'approche à suivre et la présentation du corpus d'étude.

Chapitre **III** :

*Méthodologie d'approche et
présentation du corpus d'étude*

Introduction

Ce chapitre traite la présentation de la méthodologie d'approche adoptée, et le corpus d'étude choisi un passionné méthodologique épistémologique, qui sera expliqué et présenté en parallèle.

III.1. Méthodologie d'approche

Selon Jean Louis LAUBET Del Bayle (2000), la méthode est définie « *Comme l'ensemble des opérations intellectuelles permettant d'analyser, de comprendre et d'expliquer la réalité étudiée.* ». Quant à GRAWITZ, Madeleine(2001) « *La méthode est un ensemble des opérations intellectuelles permettant par lesquelles une discipline d'atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre et les vérifie*». Pour vérifier nos hypothèses, nous partirons d'une approche pratique qui combine entre les méthodes suivantes :

III.1.1. L'approche analytique

Selon RWIGAMBA, B(2002). Cette méthode est définie comme « *une analyse systématique des toutes les informations ainsi que les données récoltées* ». Cette méthode nous a permis d'analyser des nombreuses données qui ont été recueillies grâce aux entretiens avec certains responsables. Pour ces cas d'études on a opté pour une approche analytique, qui consiste tout d'abord à une collecte de donnée écrite que l'administration nous a mis à notre disposition. Ces documents concernent les espaces que chaque service dispose dont le nombre de lits et les personnels qui s'exercent dans chaque service et tous les moyens de gestion et de contrôle sur les espaces et les flux que l'administration utilise dans les trois hôpitaux. Après avoir fait la collecte des données. On commence une autre étape qui est l'observation, elle débutera par un contrôle visuel des visiteurs qui entre dans les sévices, aussi voir comment les responsables gèrent et contrôlent ce flux de personnes, et aussi savoir comment les espaces sont gérés et contrôlés, cette étape elle se fera par des prise de photo à l'aide un appareil photo et des notes d'observation.

III.1.2. Entretien

L'entretien revêt des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine. L'entretien engage deux personnes en vis-à-vis et à ce titre ne peut être considéré comme un simple questionnaire où on est dans une relation anonyme. Des rapports sociaux se jouent dans un entretien. De fait, dans un premier temps, il est important de ne pas perdre de vue que chaque description, chaque représentation etc., exprimée par un individu enquêté doit être rapportée aux points de vue dont elles dépendent, donc à la position de l'individu. Derrière chaque agent, se cache une position à laquelle sont liés des intérêts, des enjeux etc. que l'individu lui-même ne conscientise pas forcément mais que le chercheur ne doit pas perdre de vue. Ce premier aspect permet déjà de ne pas prendre la parole de l'enquêté en dehors de son « contexte » social, et donc de faire une première objectivation de ce qui est dit. Dans un deuxième temps, il faut envisager les entretiens dans le cadre de

sa problématique et de ses hypothèses. Les entretiens ne sont pas construits sans relations avec les hypothèses et les contacts qui sont pris avec certaines personnes ne sont pas pris sans réflexion sur leur utilité et leur rapport avec l'objet. Les entretiens ont pour fonction de recueillir des données et mettre au jour certains indicateurs qui permettront de vérifier ou non les hypothèses. Mais aussi de faire naître des hypothèses. (Nicolas Lefèvre, 2010)

L'entretien présente plusieurs avantages selon les objectifs qu'on se fixe, il permet :

- L'analyse du sens que les acteurs donnent à leur pratique et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles etc.
- L'analyse d'un problème précis : ses données, ses enjeux, les différentes parties en présence, les systèmes de relations etc.
- La reconstitution d'un processus d'action, d'expériences ou d'événement du passé.

III.1.2.1. Statut de l'entretien

On remarque principalement trois statuts de l'entretien : Exploratoire / Principal / Contrôle.

- **Exploratoire** : on cherche à dégager des thèmes, des points d'accroche en entretien et des points d'approche sur l'objet. On tâte un peu le terrain, on apprend à se repérer dans le milieu enquêté, on prend des marques et des repères. Ces entretiens servent aussi à lancer des ballons d'essai, c'est à dire voir les questions les plus pertinentes, les thèmes récurrents chez l'enquêté et ce qui l'intéresse le plus, ce sur quoi ils parlent le plus (permet de s'interroger sur pourquoi il en parle autant, pourquoi c'est récurrent, qu'est-ce que cela cache). On récolte aussi un certain nombre de données liées au terrain réutilisable par la suite. Enfin cela permet de prendre des contacts et d'agrandir son réseau de relation pour la poursuite de l'enquête.

Ces entretiens sont donc souvent utilisés en parallèle des premières lectures pour mettre au jour la problématique et définir de manière plus précise l'objet à l'étude.

- **Principal** : le questionnement ici est plus affiné, les thèmes d'entretien utilisés parlent davantage aux enquêtés parce qu'ils renvoient à leur expérience. Ce type d'entretien en général est plus long, plus dense car plus réfléchis et plus mûris. Ces entretiens servent à éprouver les hypothèses et donner la preuve de ce que l'on avance. On cherche au maximum à creuser les informations qui sont données, et à tirer profit au maximum de ce que dit l'interlocuteur. C'est le matériel principal d'analyse. Ce type d'entretiens sert aussi à approfondir sa problématique ou à la remodeler.

- **Contrôle** : En fin d'enquête, ce sont des entretiens de vérification « systématique » des hypothèses, et des premières analyses effectuées du terrain et des différents interviewés.

III.1.2.2. Les différents types d'entretien

Là aussi trois type d'entretiens : Directif / Semi-directif / Libre.

III.1.2.2.1. entretien Directif

Questionnaire oral. Avantage : très sécurisant pour le chercheur. Il arrive un guide d'entretien tout prêt, chaque question est posée dans un ordre préétablie, et le chercheur se cantonne à lire ses questions et à cocher les cases (un peu comme les sondages dans la rue). Un avantage sur le questionnaire envoyé c'est que l'enquêteur peut repréciser ses questions ou les reformuler suivant les individus. Limites : très peu de marge de manœuvre pour l'enquêté. On laisse peu de place à l'initiative de parole, à l'expression, puisque l'enquêté va juste se contenter de répondre à la question, sans aller plus loin.

III.1.2.2.2. Semi-directif

En ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni entièrement fermé. En général, le chercheur dispose d'un certain nombre de thèmes ou de questions guides, relativement ouvertes, sur lesquels il souhaite que l'interviewé réponde. Mais il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre dans lequel il les a notés et sous leur formulation exacte. Il y a davantage de liberté pour le chercheur mais aussi pour l'enquêté. Autant que possible, le chercheur laisse venir l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur essaie simplement de recentrer l'entretien sur les thèmes qui l'intéresse quand l'entretien s'en écarte, et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même.

III.1.2.2.3. Libre

Pas de cadre prédéfini, se passe sur le mode de la conversation « naturelle ». Souvent utilisé pour les récits de vie. Lorsque l'on veut retracer des trajectoires de vie pour comprendre une position, ou une situation. On essaye alors de ne pas limiter l'entretien à quelques dimensions de la vie de l'individu mais essayer de comprendre comment sa trajectoire, au travers différents aspects de sa vie (familial, scolaire, professionnel etc.) l'ont amené vers telle ou telle position. Ce genre d'entretien est souvent plus long mais aussi plus difficile pour le chercheur. Il demande une plus grande expérience, puisqu'il faut savoir faire parler la personne sur son vécu, et savoir rebondir sans cesse sur ce que raconte l'individu pour ne pas créer trop de vide et casser le rythme de l'entretien. Ce genre d'entretien est très riche lorsqu'il est correctement mené et exploité (Nicolas Lefèvre, 2010)

III.1.2.3. Le choix du type d'entretien

Nous avons opté pour l'entretien semi directive car les questions sont ni complètement ferme ni ouverts. Le personnel sera libre de répondre aux questions.

Les entretiens se feront avec les responsables des trois services sites, qui sont les directeurs des hôpitaux, les chefs de services et les médecins chefs. Ces entretiens ont été faits dans une durée de un mois, chaque entretien pend enivrant 20 à 30 minute pour chaque responsable. Le type d'entretien utilisé c'est un entretien qualitatif semi structuré

individuel qui consiste on posant des questions ouvertes dont les responsables peuvent être libres de répondre, ces entretiens vont être traités par un logiciel (SPHINX) qui a pour but de nous fournir des statistiques par pourcentage sur les réponses que les responsables nous ont fournies. Enfin on termine par une confrontation de tous ces données pour connaître les vrais responsables de l'état actuelle des hôpitaux algériens.

III.2. Présentation du corpus d'études

La wilaya de Sétif dispose d'un centre hospitalo-universitaire d'une capacité de 1058 lits. Six établissements hospitaliers qui sont : l'hôpital d'el Eulma d'une capacité de 180 lits, Ain Oulmmene d'une capacité de 238 lit, Ain Al kbirad 'une capacité de 158 lits, et bougaa d'une capacité de 271 lits, et Ain azel avec une capacité de 168 lits. On trouve aussi quatre établissements hospitaliers spatialisé qui sont : la rééducation Ras el ma d'une capacité de 113 lits, la psychiatrie de Ain abessa avec une capacité de 240 lits, mère et enfant el Eulma d'une capacité de 180 lits et enfin un centre anti-cancer d'une capacité de 164 lits. (BOUANDES, 2012)

CHU	Sétif		Lits 1058
EPH 05	El Eulma		Lits 180
	Ain Oulmène		Lits 238
	Ain El Kebira		Lits 158
	Bougaa		Lits 271
	Beni Ourtilane		Lits 60
EH	Ain Azel		Lits 168
EHS 04	Rééducation Ras EL Ma		Lits 113
	Psychiatrique Ain Abessa		Lits 240
	Mère et enfant El Eulma		Lits 180
	Centre Anti-Cancer		lits 164
Total			Lits 2730
EPSP	Polycliniques	Salles de soins	Maternités
09	69	231	29
Centre de Transfusion Sanguine		INSFPM : capacité de 490 étudiants	

Tableau III.1. : La couverture sanitaire de la ville de Sétif. Source : (la DSP de Sétif, 2016).

Ce travail c'est une suite du mémoire de mademoiselle Bouandes pour l'obtention de son magister du fait qu'il traite le même corpus d'études. Qu'il s'agit des trois hôpitaux : le Centre Hospitalo-universitaire « CHU SAADNA Mohamed Abdenour » à Sétif qui se date De 1939, l'hôpital Saint Arnaud « Saroub El Khouthir » situé à la daïra d'El Eulma qui se Date de 1953 et enfin, l'hôpital « Youcef Yaâlaoui » situé à la daïra d'Ain Azel réalisé en 2007. (Bouandes, 2012).

III.2.1. Présentation du CHU « Saâdna Abdenour » de Sétif

Cette partie correspond à la présentation générale de l'hôpital puis on va cibler les trois services choisies qui sont les urgences, médecine interne, la chirurgie générale.

III.2.1.1. site et situation

Le CHU de Sétif se situe au centre-ville de la willaya de Sétif à cote du centre historique de la ville, ça capacité est de 1058 lits, l'hôpital est en forme pavillonnaire alors la gestion et le contrôle des espaces qui le constitue est obligatoire pour assure le bon fonctionnement de cette hôpital,



Figure III.1 : Plan de situation du CHU dans la commune de Sétif. Source : (bouandes 2012).

III.2.1.2. Présentation des trois services

La Chirurgie générale

Ce service est constitué de deux parties : coté homme et coté femme qui sont reliev avec une galerie publique. Chaque coté se constitue de 08 chambres, 02 sanitaires, 02 salles de soins, une salle de petite chirurgie, une salle de pansement, une salle de colloque, une cuisine, bureau chef de service, bureau médecin chef, 02 bureau médecin, un bureau

office, un bureau archive, un dépôt, avec une typologie linière. Ce service se structure suivant un long couloir de circulation ou s'effectuent toutes sortes de visite et consultations.

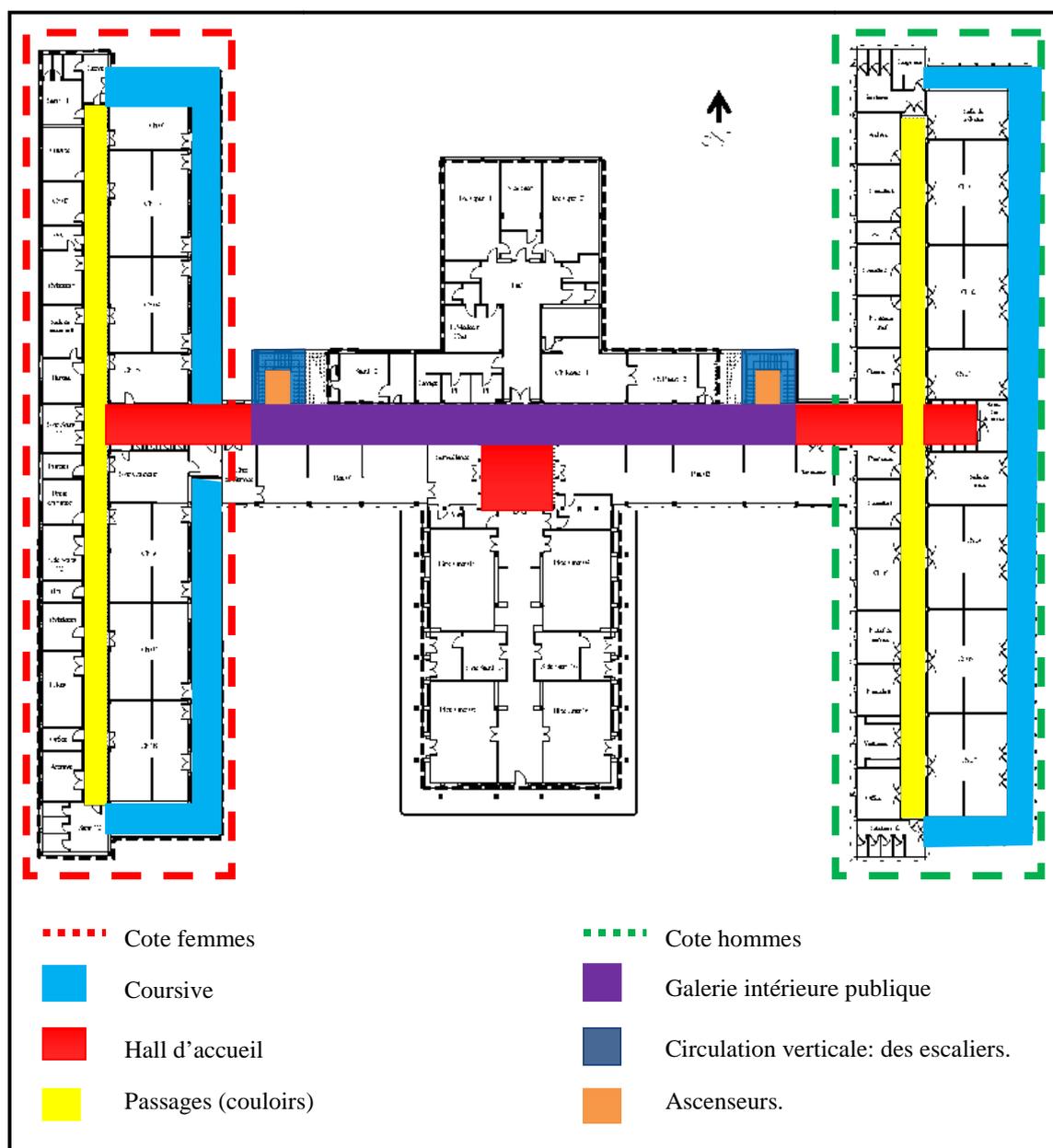


Figure III.2: Schéma présentant les différents espaces d'accueil et de circulation dans le service de chirurgies générales. (Source : bouandes 2012).

Médecine interne

Ce service est constitué de deux parties : homme et femme, on trouve dans chaque côté 07 chambres, 02 sanitaires, un vestiaire, une salle de soins, une salle de colloque, une cuisine, un bureau office, un archive, un dépôt, pharmacie, bureau chef de service, bureau médecin chef, bureau assistant, bureau résidant. Chaque côté dispose d'un long couloir qui

distribuée vers les chambres et les salles de soins, les deux cotés sont séparés avec un hall d'accueil pour contrôler les flux de visiteurs.

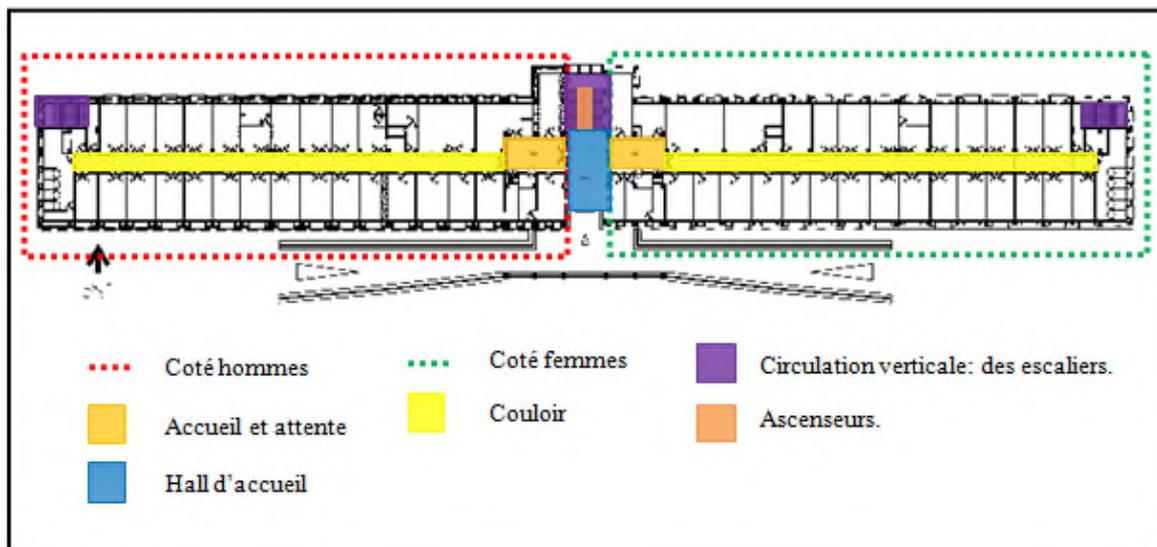


Figure III.3: Schéma présentant les différents espaces d'accueil et de circulation dans le service de Médecine interne. Source : (bouandes 2012).

Les urgences

Ce service est le plus fréquenté en terme de flux, alors pour pouvoir gérer ce flux ils ont créé à l'entrée un grand hall d'accueil pour pouvoir le contrôler, ce grand hall est utilisé comme un espace de desserte vers les espaces que ce service est constitué, aussi ils ont créé un espace de transition réservé au personnel. Ce service dispose de deux unités :

- Unité des urgences médicales se compose d'une réception, 02 salles de soins, une salle de déchoquage, une salle de consultations externes, une salle de consultations externes, une salle d'observation médicale, bureau chef service, bureau médecin chef, bureau médecin, pharmacie de service, vestiaires, et trois dépôts.

- Unité des urgences chirurgicales se compose d'une salle de scanner, salle de ex radio, 04 salles de radiologie et échographie, salle de plâtre, salle de loge police, salle de dépassements, salle de surveillance générale, salle de soins, loge gardien, salle de plâtre, salle de consultation neurochirurgie, salle de consultation de chirurgie GLE et urologie, salle de consultation orthopédique et vasculaire, salle de surveillant médical, bureau chef de service, 02 salles de la S.A.U.V de déchoquage, salle de médicaments, 02 salles d'observation hommes. Une salle de soins et médicaments hommes, une salle d'observation femmes, salle de plâtre, poste d'observation, salle de stérilisation, salle de réveil, 02 salles d'opération, 02 SAS et SAS propre, salle d'anesthésie, lave main, salle de stérilisation-côté propre, dépôt matériel propre.

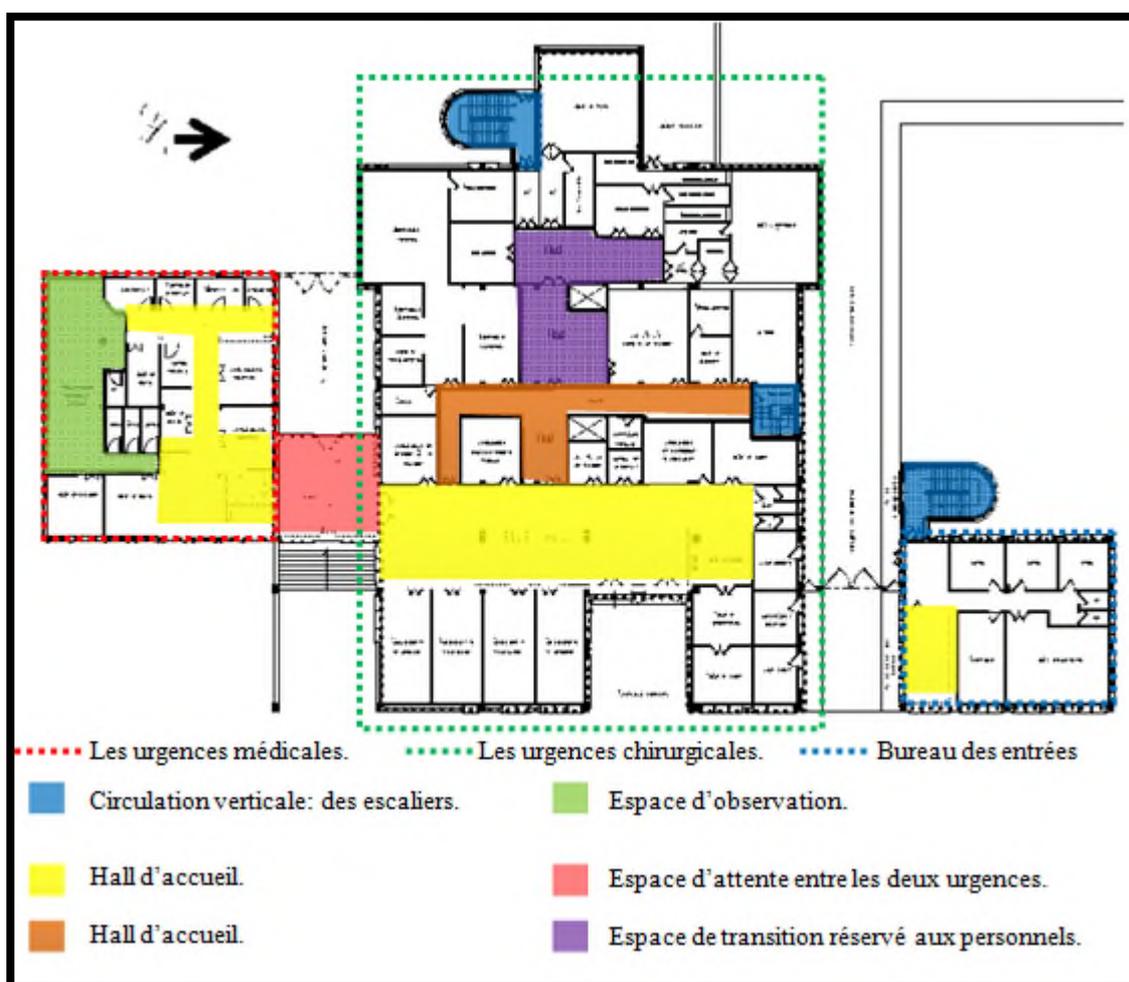


Figure III.4: Schéma présentant les différents espaces d'accueil et de circulation dans le service des urgences. Source : (bouandes 2012).

III.2.2. Hôpital Saint Arnaud à El Eulma « Saroub El Khouthir »

III.2.2.1. site et situation

L'hôpital a été construit durant la période coloniale, inauguré en 1958 avec une capacité initiale de 100 lits extensible à 400 lits. Après l'indépendance, et avec la croissance de la demande en soins de la population, la capacité de l'hôpital a été élargie pour atteindre actuellement 184 lits sur une surface de 25750m². Il est limité par la rue du croissant rouge du côté ouest et sud et par le chemin de fer est le nord par la rue de Saïd Ayad. L'hôpital a deux accès un pour le publique et le personnel et l'autre pour les urgences.

L'hôpital d'El Eulma présente une forme triangulaire configurée suivant une typologie pavillonnaire, il est composé d'un axe principal qui donne vers d'autres antennes de circulation secondaires.

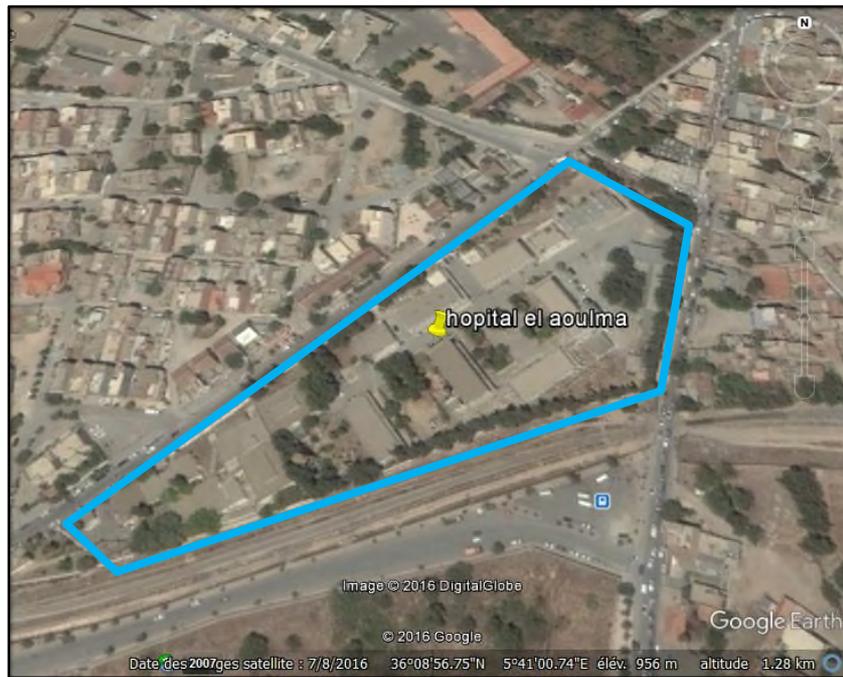


Figure III.5: Plan de situation de l'hôpital d'el-Eulma, Source : (auteurs 2017).

III.2.2.2. Présentation des trois services

La médecine interne

L'hôpital est en forme pavillonnaire, chaque pavillon abrite un service, le service de la médecine interne est divisé en deux cotés (hommes, femmes), chaque côté dispose d'un espace d'attente pour assure le contrôle des visiteurs, un espace technique pour assure la gestion de la logistique, on a aussi u couloir réservé aux flux des personnel.

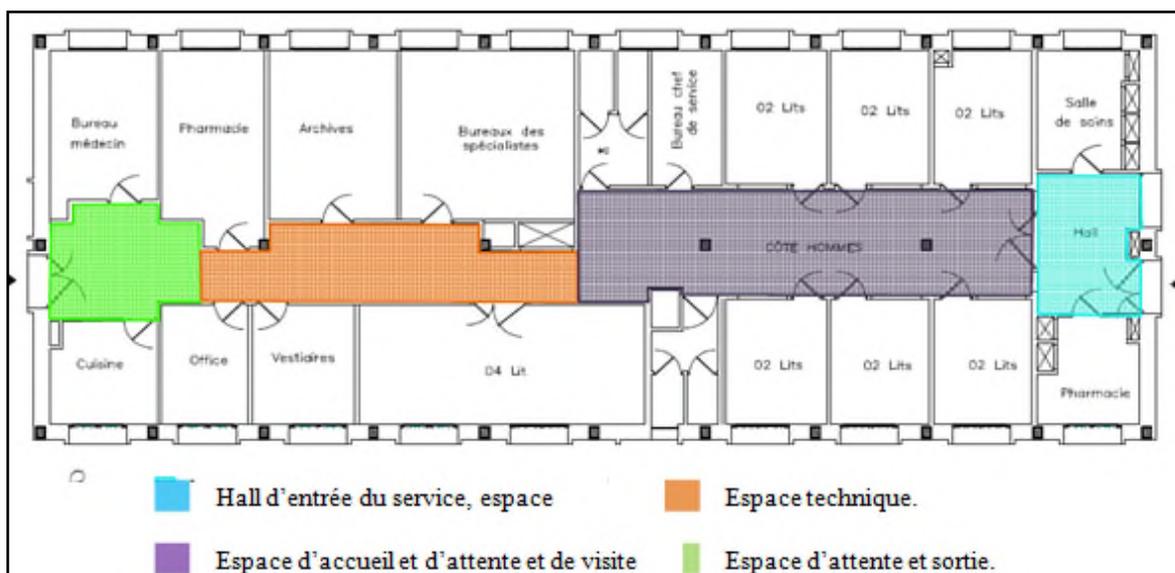


Figure III.6: Schéma présentant les différents espaces d'accueil du service de la médecine interne - côté hommes -de l'hôpital El Eulma. Source : (bouandes 2012).

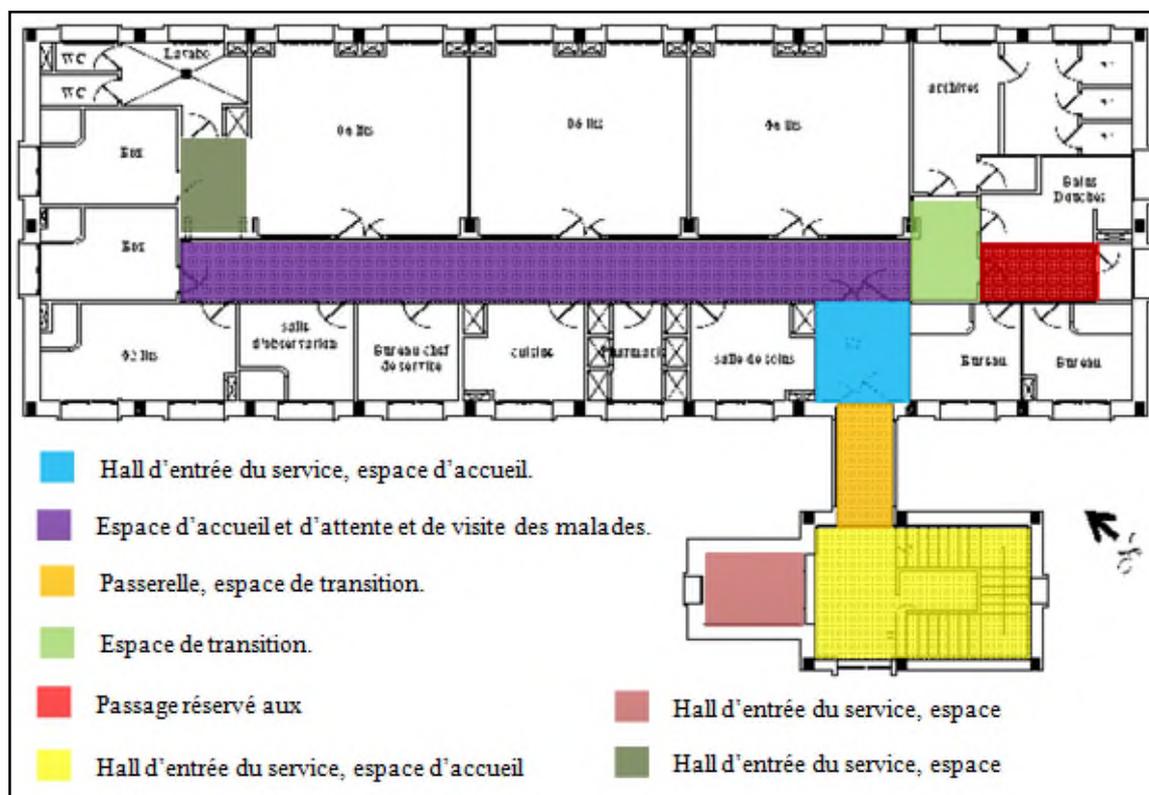


Figure III.7 : Schéma présentant les différents espaces d'accueil du service de la médecine interne - côté femmes - de l'hôpital El Eulma. Source : (Bouandes 2012).

La chirurgie générale

L'espace est composé de deux coté, coté hommes et cote femmes, avec le même plans dans les deux coté, a l'intérieur on trouve u long couloir qui est utilisé comme espace de transition et au même temps comme espace d'attente, on trouve aussi un espace d'accueil pour les visiteur, la gestion de ce services est très difficile et cela revient à l'étroitesse du couloir.

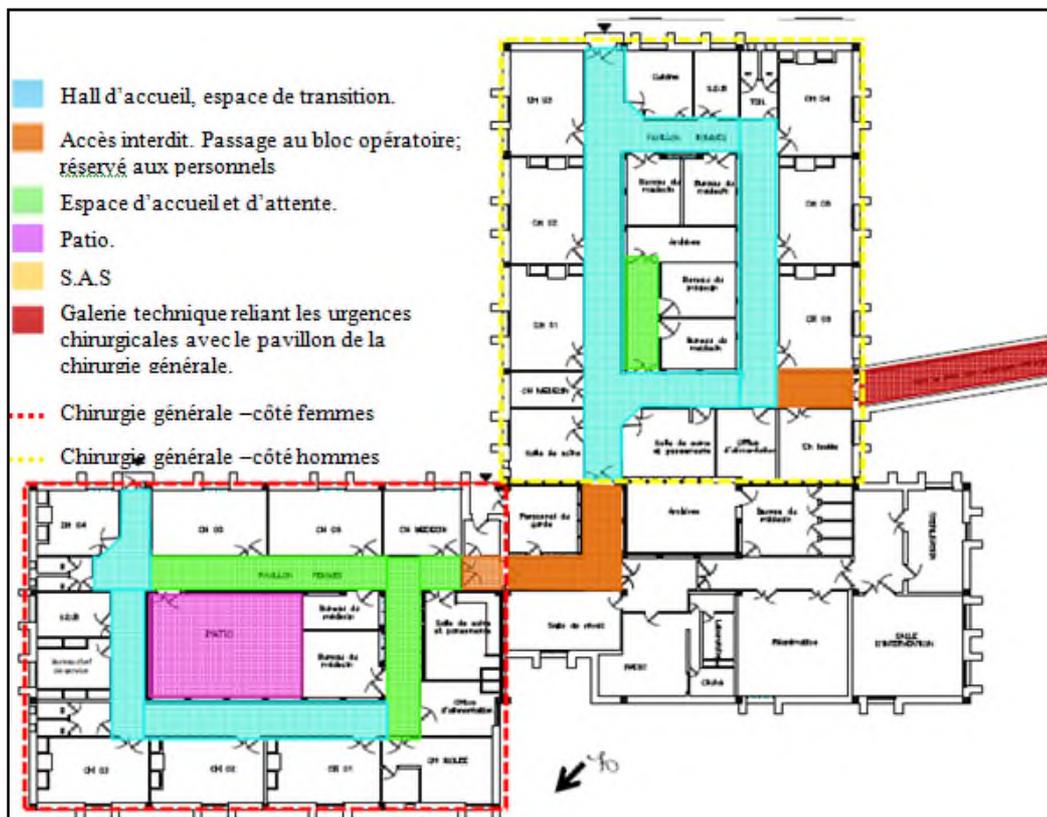


Figure III.8 : Schéma présentant les différents espaces d'accueil du service de la chirurgie générale de l'hôpital El Eulma. Source : (bouandes, 2012).

Les urgences

Ce service a été mis à l'écart des autres services avec une entrée spécial, ce service est composé d'un grand espace d'accueil et d'attente, à l'intérieur un long couloir qui distribue vers les chambre, des accès réservé au personnel sont utilisé pour contrôle le flux du personnel.

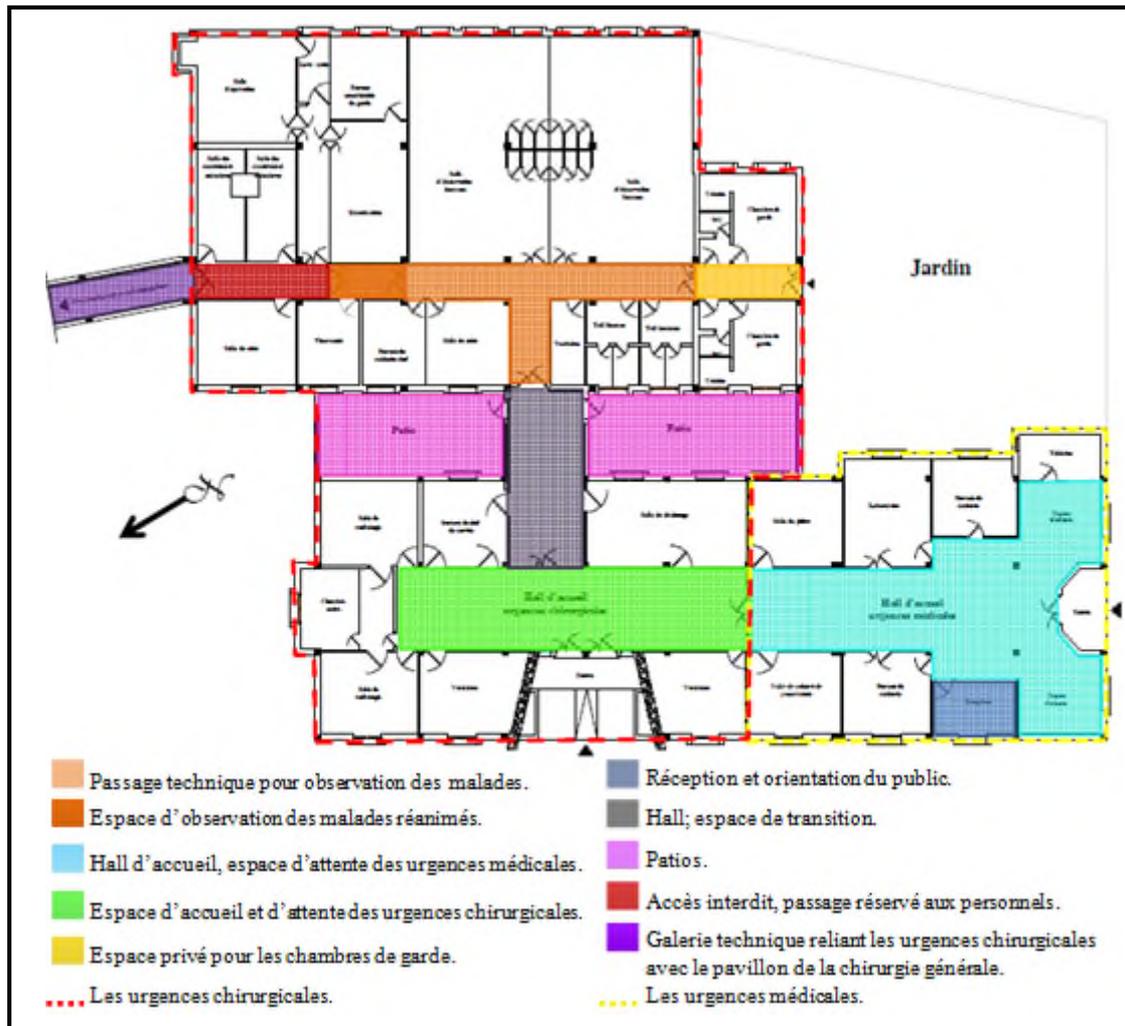


Figure III.9: Schéma présentant les différents espaces d'accueil des urgences médico-chirurgicales de l'hôpital El Eulma. Source : (bouandes, 2012).

III.2.3. Hôpital Ain Azel

III.2.3.1. site et situation

L'hôpital d'Ain azel se situe à la place d'un ancien forêt, il se situe à la sortie sud de la ville, accessible principalement grâce à la route nationale RN 78. Avec une surface de 41325.814 m², l'hôpital dispose à l'origine de 120 lits, actuellement 168 lits. L'hôpital à une typologie horizontale, sa configuration en blocs reliés par des galeries techniques. Trois blocs composant l'hôpital d'Ain Azel, dont chaque bloc possède ses propres accès et entrées. L'entrée principale des blocs et des urgences se trouve au niveau du bloc A, tandis qu'au niveau du bloc B se fait l'entrées des visiteurs et personnels. Au niveau du bloc C, on trouve plusieurs accès correspondants à plusieurs destinations ; consultations externes, la morgue, la cuisine centrale,...etc. cette multiplicité des accès lui permette un bon contrôle des flux et une bonne gestion des espaces.

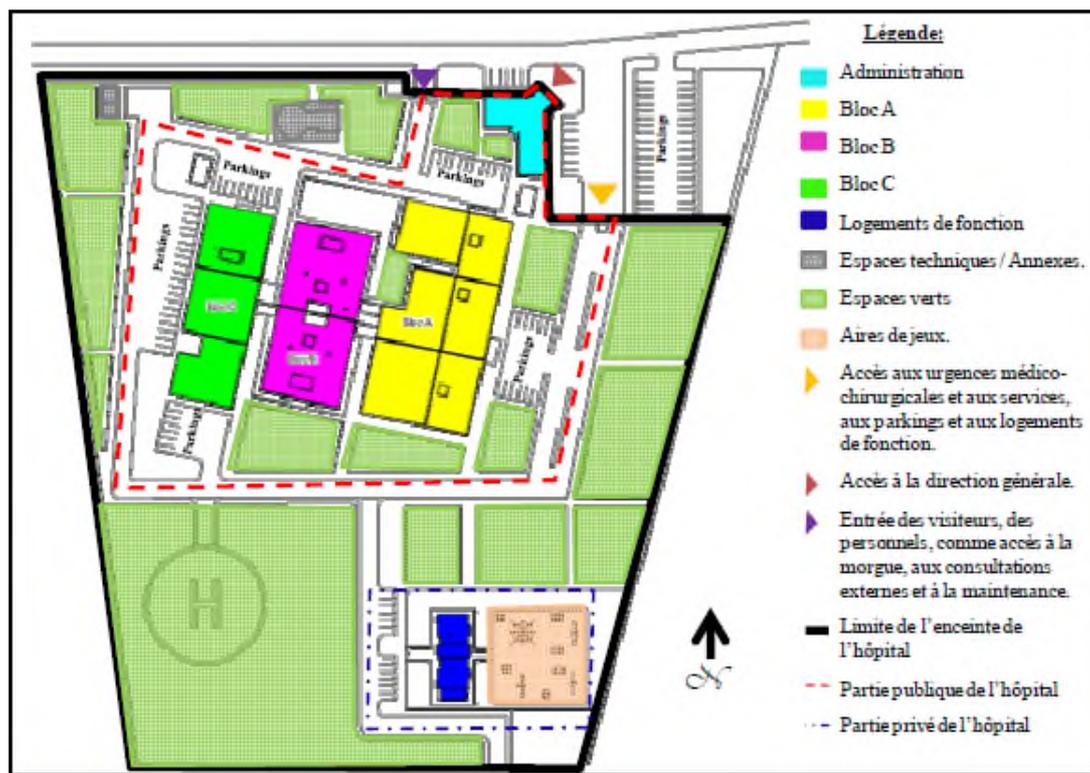


Figure III.10: Schéma présentant les différents blocs constituant l'hôpital d'Aïn Azel, 2011.
Source : (bouandes 2012).

III.2.3.2. Présentation des trois services

La médecine interne et la chirurgie générale

Dans le bloc B, au premier étage on trouve **le service de la chirurgie générale** avec ces deux cotés hommes et femmes qui est composé de 12 chambres de deux lits donc 24 lits, bureau de chef de service, bureau de secrétariat, bureau de médecin chef, bureau paramédical, bureau orl, cuisine, et chaque chambre dispose d'un sanitaire pour chaque coté. Le dernier étage présente le même plan du premier étage « plan type » où se trouve **le service de la médecine interne** (hommes et femmes) qui est composé de 12 chambres de deux lits donc 24 lits, bureau de chef de service, bureau de secrétariat, bureau de médecin chef, bureau paramédical, bureau orl, deux salles de soin, cuisine, et chaque chambre dispose d'un sanitaire.

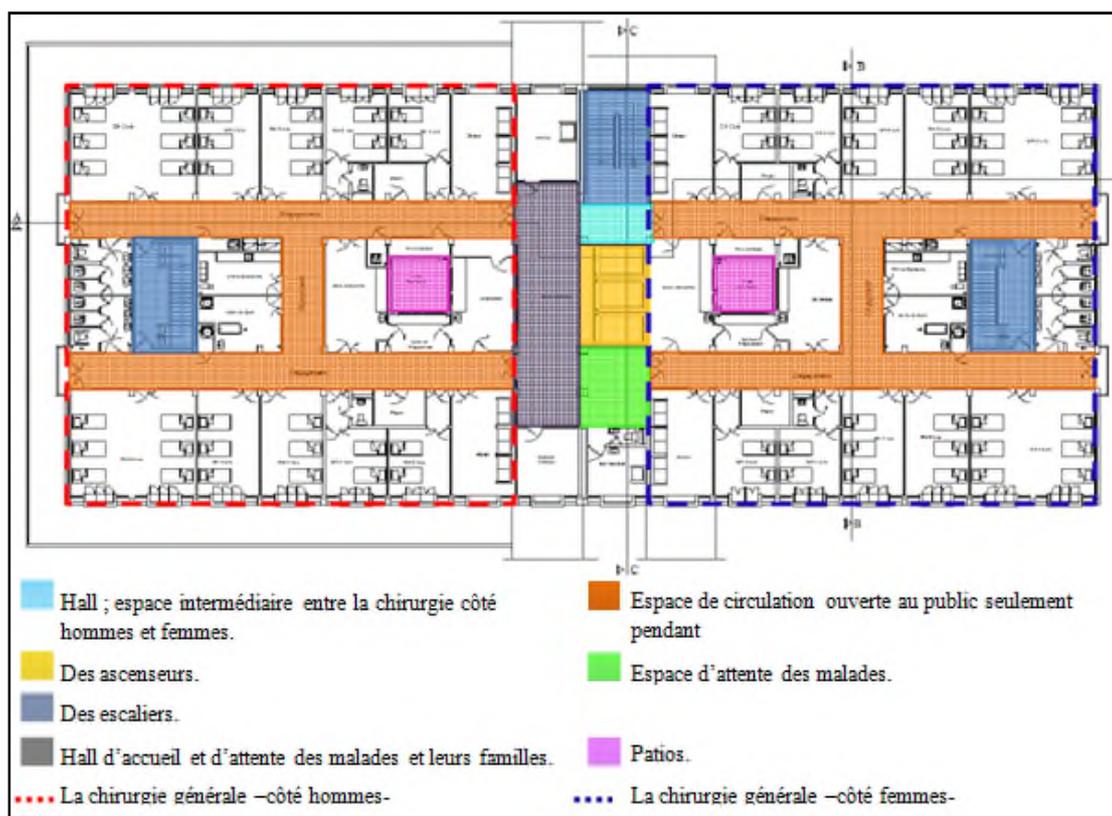


Figure III.11 : Schéma présentant le service de chirurgies générales (Plan type avec le service de Médecine interne).Source : (bouandes 2012).

Les urgences

Le service des urgences se trouve dans le bloc A, à côté d'un grand hall d'accueil et d'attente, ce service est composé de quatre chambres, deux salles de soin, deux boxes de consultation, deux salles d'observation, une salle de déchoquage et deux bureaux, avec un couloir de distribution vers tous les espaces, le bureau du chef de service est utilisé aussi comme espaces de stockage



Figure III. 12: Schéma présentant les différents espaces d'accueil des urgences médico-chirurgicales de l'hôpital Ain azel. Source : (Bouandes 2012).

Conclusion

On a opté pour l'approche analytique car notre recherche elle consiste sur l'analyse des corpus d'étude pour faire sortir les modes et moyens de contrôle utilisé dans ces trois hôpitaux, notre choix des services a été fait car on juge que ce sont les endroit jugé les plus fréquenté dans les hôpitaux.

Dans le chapitre qui va suivre va nous donner les résultats de notre recherche, grâce à l'analyse qui va être faite pour affirmer ou bien nié notre hypothèse.

Chapitre IV :

Applications et résultats

Introduction

Le corpus d'étude présenté dans le chapitre précédent, présente un ensemble diversifié et hétérogène des services. En effet, pour pouvoir présenter l'état de gestion et de contrôle on a choisi d'étudier à une grande échelle «le plan de masse» et à l'échelle des espaces intérieurs, uniquement trois services communs qui sont «les urgences médico-chirurgicales, le service de la chirurgie générale et celui de la médecine interne». Premièrement on va présenter les résultats d'observation en situation, en suite les résultats des entretiens à l'aide de logiciel « sphinx», et a la fin on va faire une confrontation de tous les résultats.

IV.1. Résultats de l'approche analytique

A travers notre visite sur les trois hôpitaux on a fait un constat de ces lieux, alors on a décrits comment les espaces et les flux sont géré et contrôle dans ces hôpitaux tout d'abord a travers une vue général de l'hôpital puis on va détailler les trois services.

IV.1.1. moyens et modes de contrôle et de gestion au CHU de Sétif

IV.1.1. 1. A l'échelle de l'hôpital

Le CHU de Sétif est un hôpital pavillonnaire, il est forme de plusieurs pavillon doté d'un seule axe principale qui distribue vers tous les pavillons, c'est pour ça on a remarqué une grande difficulté de contrôle de tous les espace fautes de moyen. On a remarqué aussi qu'il y a une hiérarchisation des voies de circulation suivant les flux de circulation « piétonne ou véhiculée» Comme il existe des axes réservés seulement au personnel Médical et ceux de la maintenance où les visiteurs. Ces axes se trouvent généralement derrière les bâtiments d'hospitalisation. L'implantation des blocs d'hospitalisations en unités distinctes, peut aider le piéton comme le véhiculé à se repérer au sein du CHU, par contre, le véhiculé peut rencontrer un problème majeur de stationnement à cause du manque des parkings.

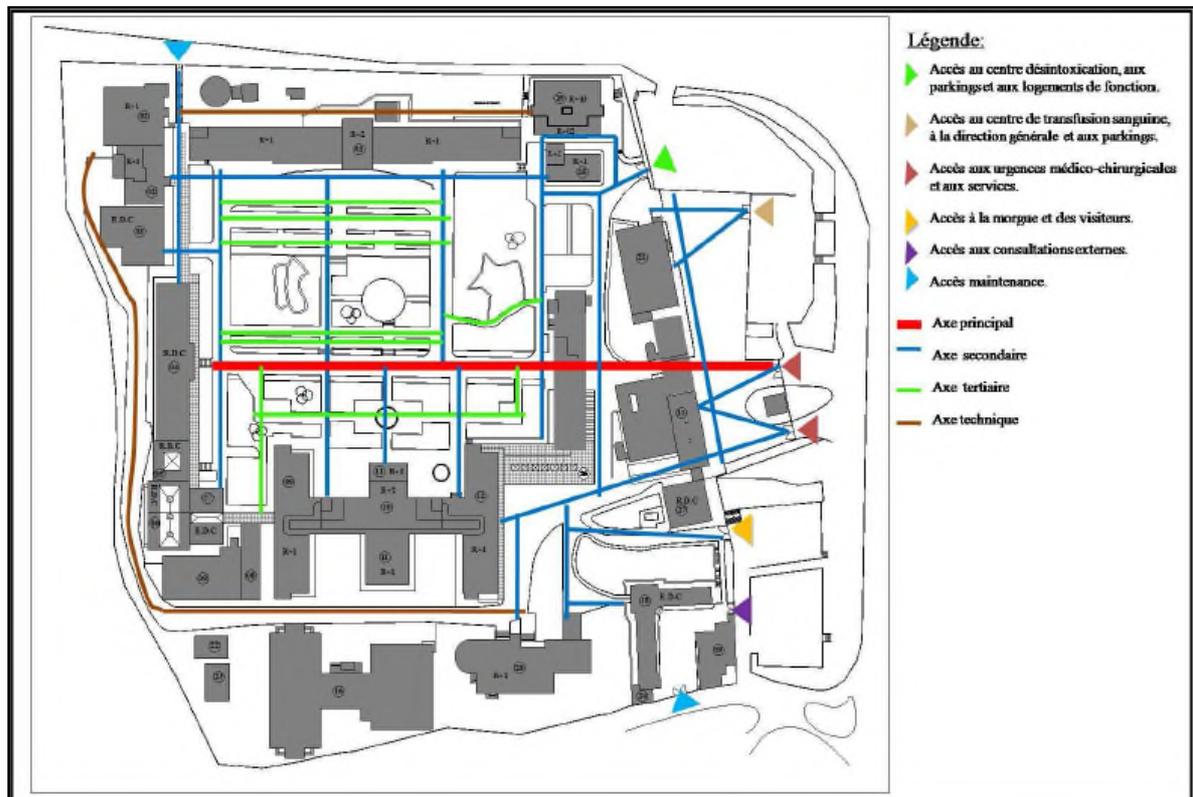


Figure IV.1 : Plans de masse du chu de Sétif, Source : (bouandes, 2012).

IV.1.1. 2. Au niveau du Service des urgences

Ce service dispose d'un grand hall d'accueil pour gérer les flux des visiteurs, avec des agents d'orientation pour assurer le contrôle de ces flux, cet espace contient des caméras de surveillances pour assurer la sécurité des malades, des fois quand y a une augmentation des flux on remarque une difficulté de circulation du personnels cela revient à l'existence d'un seul couloir de distribution,



Figure IV.2 : Vue générale du service des urgences, Source : (auteurs, 2017).



Figure IV.3 : Hall d'accueil/espace d'attente des urgences, Source : (auteurs 2017).



Figure IV.5 : Couloir qui distribue vers les espaces à l'intérieur du service. Source : (auteurs, 2017).



Figure IV.4: Espace de réception des visiteurs, Source : (auteurs, 2017).

IV.1.1.3. Au niveau de la chirurgie générale

On remarque dans les couloirs de se services sont très long alors il est difficile de géré et contrôle le flux de personne qui se déplace dan ce service. Quant aux espaces d'accueil, le flux de visiteurs qui rentre à l'intérieur il leur difficile de les contrôle par les agents, on remarque aussi que le bureau du chef de service est doté d'une vitre pour assure le contrôle des personnels. On a retrouvé aussi une place qui est utilisée comme espace d'attente avant l'heure de visite ou encore en cas de l'attente des résultats des opérations. Par contre chacun des services de la chirurgie est muni d'un hall d'accueil et d'orientation généralement présenté comme étant un espace de transition vers les couloirs de desserte amenant aux chambres des malades.



Figure IV.7 : Vue sur le hall d'entrée du service chirurgicale homme, source : (auteurs, 2017).



Figure IV.6 : Vue sur le couloir du service de la chirurgie générale cote homme. Source : (auteurs, 2017).



Figure IV.9 : Vue sur le hall d'entre du service chirurgical cote femme. Source : (auteurs, 2017).



Figure IV.8 : Vue sur le couloir du service de la chirurgie générale cote femme. Source : (auteurs, 2017).

IV.1.1.4. Au niveau de la médecine interne

Ce pavillon est doté d'un hall d'accueil et d'attente toujours ouvert au public notamment pendant les heures de consultations ou de visites. Les couloirs sont très long pour pouvoir maitrise le flux de personne on retrouve des porte qui devise le couloir pour les maitrise lors des heures de visites, pour le contrôle des malades on remarque la présence des infirmiers qui assure cette tâche, sous le contrôle du chef de service.



Figure IV.10 : Vue sur le hall de médecine interne côté femmes. Source : (auteurs, 2017).

IV.1.2. Modes et moyens de gestion et de contrôles à l'hôpital d'el-Eulma

IV.1.2.1. A l'échelle de l'hôpital

L'hôpital est construit en forme pavillonnaire, chaque service représente un pavillon, les espace de circulation sont menés de caméras de surveillance pour assurer la sécurité de l'hôpital. L'hôpital a connu des travaux de rénovation et réaménagement perpétuels pour améliorer l'espace en fonction de l'évolution des techniques de la médecine et suivant la croissance du nombre de la population; mais ça n'empêche pas de soulever et signaler quelques problèmes en ce qui concerne la composition qui est d'un classicisme très rationnel, qui ne laisse aucun contact entre les pavillons et le monde extérieur, ce qui rend la gestion et le contrôle entre les pavillons difficile. Du point de vue disposition des services et des pavillons les uns par rapport aux autres, on remarque clairement l'isolement des urgences par rapport aux autres pavillons sauf avec la chirurgie générale qui est reliée aux urgences chirurgicales par un passage technique couvert. En effet, pour que les gens à l'intérieur de l'hôpital atteignent les urgences, il fallait soit traverser le service de la chirurgie générale et par la suite le passage technique pour arriver aux urgences chirurgicales et cela pose un vrai problème dans le contrôle des flux des visiteurs. La circulation à l'intérieur de l'hôpital est organisée principalement suivant un axe central qui représente la colonne vertébrale de toute circulation; soit des personnels, des visiteurs, des malades ou circulation technique. Malheureusement, cet axe ne structure que le noyau initial, il ne dessert pas les parties « pavillons » d'extension construites après l'indépendance à l'image des urgences médico-chirurgicales, l'unité de transfusion sanguine ainsi que les annexes.



Figure IV.13 : Vue sur l'entrée principale de l'hôpital. Source : (auteurs 2017).



Figure IV.12 : Utilisation des caméras de surveillance dans les espaces extérieurs. Source : (auteurs 2017).



Figure IV.11 : Vue sur l'axe principal de circulation à l'intérieur de l'hôpital. Source : (auteurs 2017).

IV.1.2.2. Au niveau du service des urgences

Les urgences sont situées au côté Sud de l'hôpital avec un accès indépendant, on a remarqué que les espaces de stationnement sont insuffisants pour accueillir les flux des visiteurs, à l'intérieur on trouve un grand hall d'accueil et de d'attente, en terme d'accessibilité on a remarqué une confusion entre l'accès réservé aux ambulances et l'accès piétons. Aussi on a trouvé les couloirs de desserte sont trop petit ce qui crée une confusion entre les personnel et les visiteurs. La disposition du bureau du chef de service est très éloigné cela lui donne une difficulté de contrôle son personnels.



Figure IV.14: Entree principale du service des urgences. Source: (auteurs, 2017).



Figure IV.15: Espace de stationnement du service des urgences. Source: (auteurs, 2017).



Figure IV.16: Espace d'attente.
Source : (auteurs, 2017).



Figure IV.17: Hall d'accueil des urgences. Source: (auteurs, 2017).



Figure IV.18: Couloir de service des urgences. Source : (auteurs, 2017).

IV.1.2.3. Au niveau de la chirurgie générale

Ce service a subi plusieurs changements à cause de la surcharge, on remarque que les accès ne sont pas contrôlés et que les espaces d'attente sont pas spacieux pour accueillir les flux des visiteurs et cela engendre une certaine anarchie à l'intérieur de ce service. A cause des changements qui ont été faits à l'intérieur car ils ont supprimé la plus part des partitions ils ont transformé en bureau et cela a rendu la gestion spatiale à l'intérieur difficile. Aussi avec le manque de panneau et d'agent d'orientation rend le contrôle de flux très difficile.



Figure IV.20: Couloir et espace d'attente dans le service CH.G, source: (auteurs, 2017).



Figure IV.21: Vue sur espace d'attente et d'accueil dans le service de la chirurgie générale –côté hommes-. Source: (Auteurs, 2017).



Figure IV.19 : Vue sur le couloir d'accueil du service de la chirurgie générale –côté hommes-. Source: (Auteur, 2017).

IV.1.2.4. Au niveau de la médecine interne

Ce service manque d'espace de stockage et d'accès de gestion logistique, aussi le couloir de distribution est utilisé comme un espace d'attente et cela crée un encombrement entre les personnels et les visiteurs, ce couloir engendre un mauvais contrôle des flux de malades.



Figure IV.22: Vue sur le hall d'entrée; espace d'accueil du service de la médecine interne –côté hommes-. Source: (Auteurs, 2017).



Figure IV.23: Vue sur le hall d'accueil du service de la médecine interne –côté hommes-. Source: (Auteurs, 2017).



Figure IV.24 : Vue sur le couloir d'accueil du service de la médecine interne - côté femmes-. Source : (Auteurs, 2017).

IV.1.3 Modes et moyens de contrôle et de gestion de l'hôpital Ain Azel

IV.1.3.1. A l'échelle de l'hôpital

L'hôpital est Facilement accessible grâce à une rue de desserte dont l'ensemble des entrées et accès de l'hôpital donne sur celle-ci. Cette rue de desserte est efficace pour les gens véhiculés, mais ce n'est pas toujours le cas pour les piétonnes, car c'est une source d'agression des gens vu la situation éloignée de l'hôpital par rapport à la ville. Avec sa typologie horizontale, sa configuration en blocs reliés par des galeries techniques, l'hôpital d'Ain Azel se sis au centre du terrain entouré par la végétation et les forêts, ainsi par les espaces techniques, le pavillon administratif et le secteur privé. Trois blocs composant l'hôpital d'Ain Azel, dont chaque bloc possède ses propres accès et entrées. L'entrée principale des blocs et des urgences se trouve au niveau du bloc A, tandis qu'au niveau du bloc B se fait l'entrées des visiteurs et personnels. Au niveau du bloc C, on trouve plusieurs accès correspondants à plusieurs destinations ; consultations externes, la morgue, la cuisine centrale,...etc. cette multiplicité d'accès rend le contrôle des flux des visiteurs très difficile.



Figure IV.26 : Vue sur l'entrée du Bloc A liée à l'administration de l'hôpital d'Ain azel.
Source : (auteurs, 2017).



Figure IV.25 : Vue sur l'entrée principale des visiteurs et des personnels. Source : (auteurs, 2017).

IV.1.3.2. Au niveau du service des urgences

Ce service il est constitué d'un couloir qui distribue vers les chambres et les salles de soins à l'entrée de ce service Ya le bureau du chef de service qui sert d'espace de stockage, le couloir est vraiment petit qui rend difficile le contrôle des flux, on remarque une insuffisance des agents de contrôle alors les visiteurs rentre et sort cela crée un encombrement un l'intérieur.



Figure IV.28 : Vue sur l'espace d'accueil et d'attente du bloc A. Source : (auteurs, 2017).



Figure IV.27 : Vue sur le couloir de l'espace des urgences. Source : (auteurs, 2017).

IV.1.3.2. Au niveau de la chirurgie générale

Pour accéder à ce service on doit passer par un grand d'accueil lui sert d'espace de transition pour quelque service, cette espace est équipé d'un espace d'attente, on trouve des caméras de surveillance pour le contrôle et agents oriente les visiteurs. A l'intérieur de service on trouve un grand espace d'accueil et attente qui distribue vers les deux blocs cote homme et cote femme, en face de cette espace on trouve les deux bureaux du chef de service et du médecin chefs qui facilite le contrôle des flux de visiteurs et des personnels. L'intérieur des deux blocs et forme d'un couloir qui distribués vers les salles et les chambre cette organisation lui confère une bonne gestion des flux



Figure IV.29 : Vue sur le couloir d'accueil du service de la chirurgie général. Source : (auteurs, 2017).

IV.1.3.3. Au niveau de la médecine interne

La circulation à l'intérieur du service se fait suivant un système double couloir de distribution. Entre les deux couloirs se trouvent les espaces de travail (salle de soins, de consultation, ainsi que les bureaux et espaces technique ; pharmacie, lingerie, archives) cela facilite le contrôle des flux matériels et immatériels, la gestion d'espace et la même que celle du service de la chirurgie général, elle lui confère une bonne gestion d'espace



Figure IV.30 : Vue sur le couloir de la médecine interne -cote homme. Source : (auteurs, 2017).



Figure IV.31 : Vue sur le couloir d'accueil du service de la médecine interne-cote femme. Source : (auteurs, 2017).

Synthèses

A travers notre observation de ces trois hôpitaux et les trois services dont ils constituent, on a amené à dire que la différence de l'organisation spatiale de ces hôpitaux influence sur la gestion et le contrôle des flux, on a constaté aussi que l'administration n'intervient pas dans le contrôle est la gestion des espaces et des flux à l'intérieur des services car ces services sont géré et contrôlé par les chefs de services et les médecins chefs.

IV.2. Résultats des entretiens

Ces entretiens auront pour but de déterminé les acteurs principaux de la gestion et du contrôle dans les trois hôpitaux, pour cela on a fait des entretiens au pré de ces responsables. A l'aide du logiciel on a traite ces donnes pour arrive à un résultat qui est le suivants :

IV.2.1. Les acteurs et leurs rôles dans la gestion et le contrôle dans les hôpitaux étudié

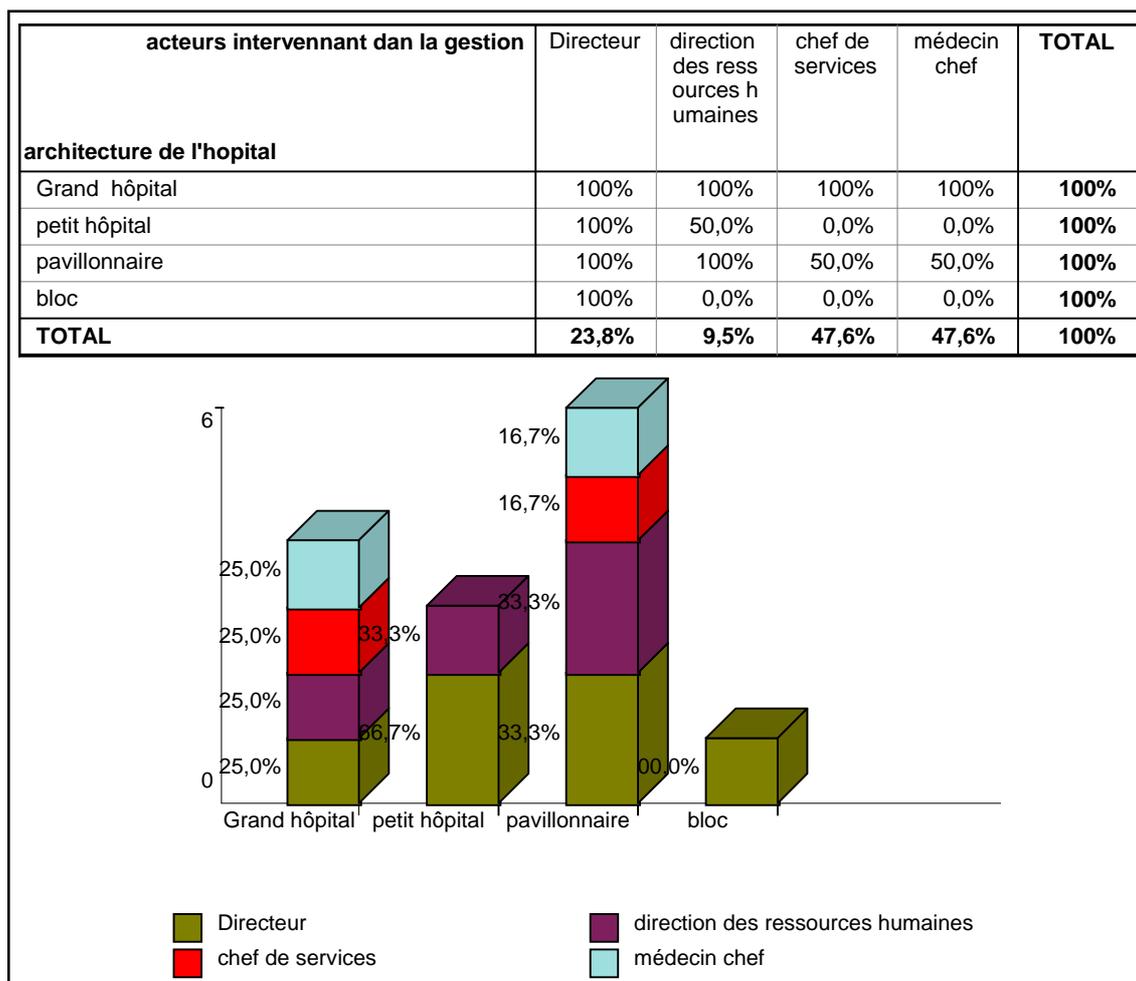


Tableau IV.1 : Les acteurs qui inteviennent dans la g estion des personnel. Source : (auteurs, 2017).

Dans ce tableau (IV.1), dans l'hôpital pavillonnaire qui est le chu de Sétif et l'hôpital d'El Eulma plusieurs acteurs interviennent dans la gestion des flux de personnel, a l'échelle de l'hôpital ya le directeur et la direction des ressources humains. A l'échelle du service ya le chef de service et le médecin chef. Tant dit que l'hôpital de Ain azel est un petit hôpital en forme de bloc c'es le directeur et les ressource humaine qui s'en charge de cette tache.

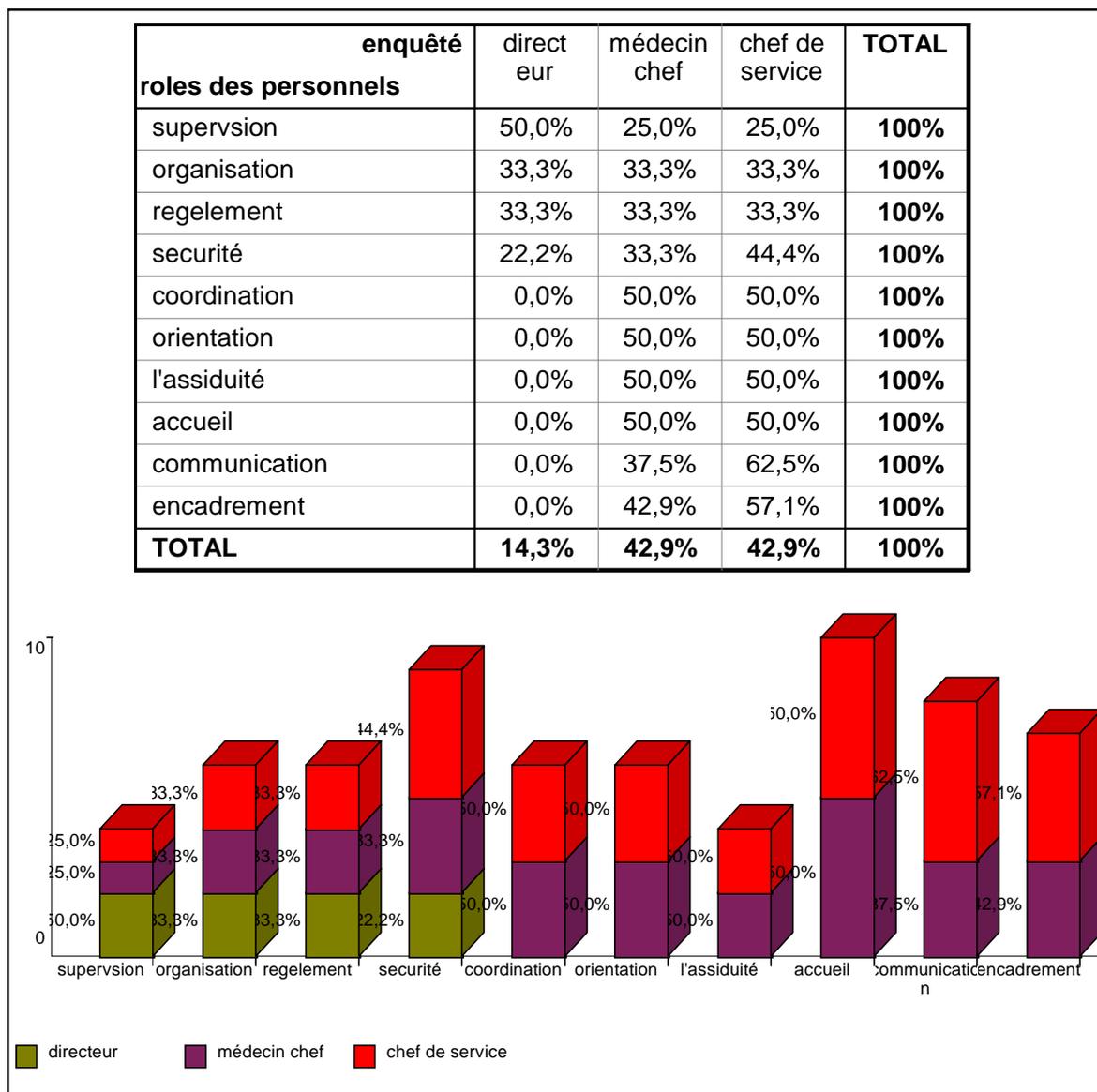


Tableau IV. 2 : Le rôle de chaque responsable dans l'hôpital. Source : (auteurs, 2017).

Ce tableau (IV.2) nous a donnée les rôles de chaque responsables dans l'hôpital, on conclu que la plus part des taches en terme de gestion et des contrôle des espaces et des flux reviens au chef de service et au médecin chef, le directeur il s'occupe juste de la supervision et la rédaction du règlement intérieur de l'hôpital.

IV.2.2. La gestion et le contrôle des flux dans les hôpitaux étudié

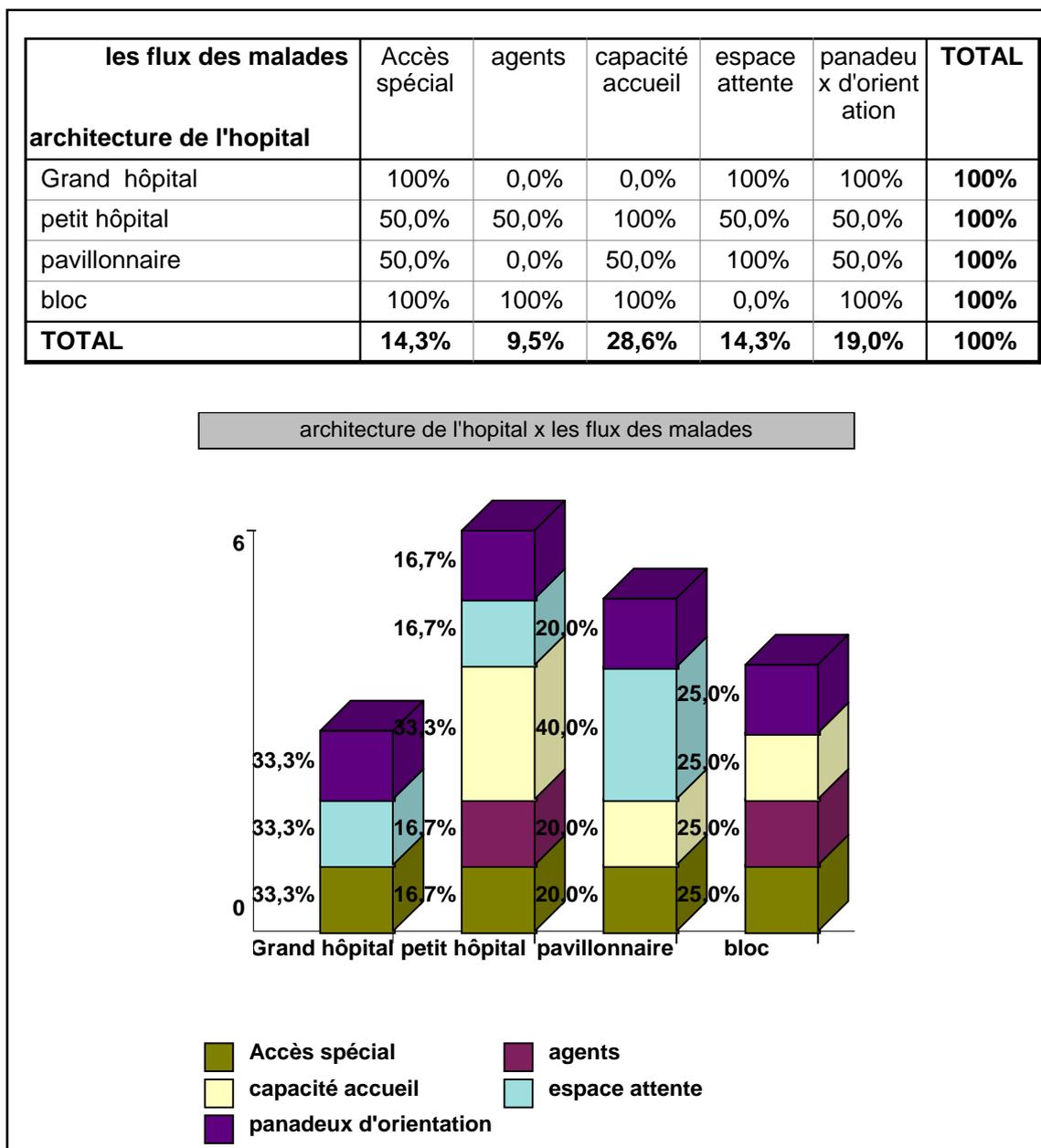


Tableau IV.3 : Gestion des flux des malades en fonction de la forme de l'hopital. Source : (auteurs, 2017).

Ce tableau (IV.3), nous donne les moyens de gestion pour les flux des malades selon la formes des hôpitaux, on remarque les petit hôpitaux utilise beaucoup de moyens pour géré les flux des patients, car sa capacité d'accueil elle est petite, aussi on remarque que les hôpitaux en forme de bloc ont un certain avantage dans la maitrise des patients contrairement aux hôpitaux pavillonnaire qui leur est difficile de géré.

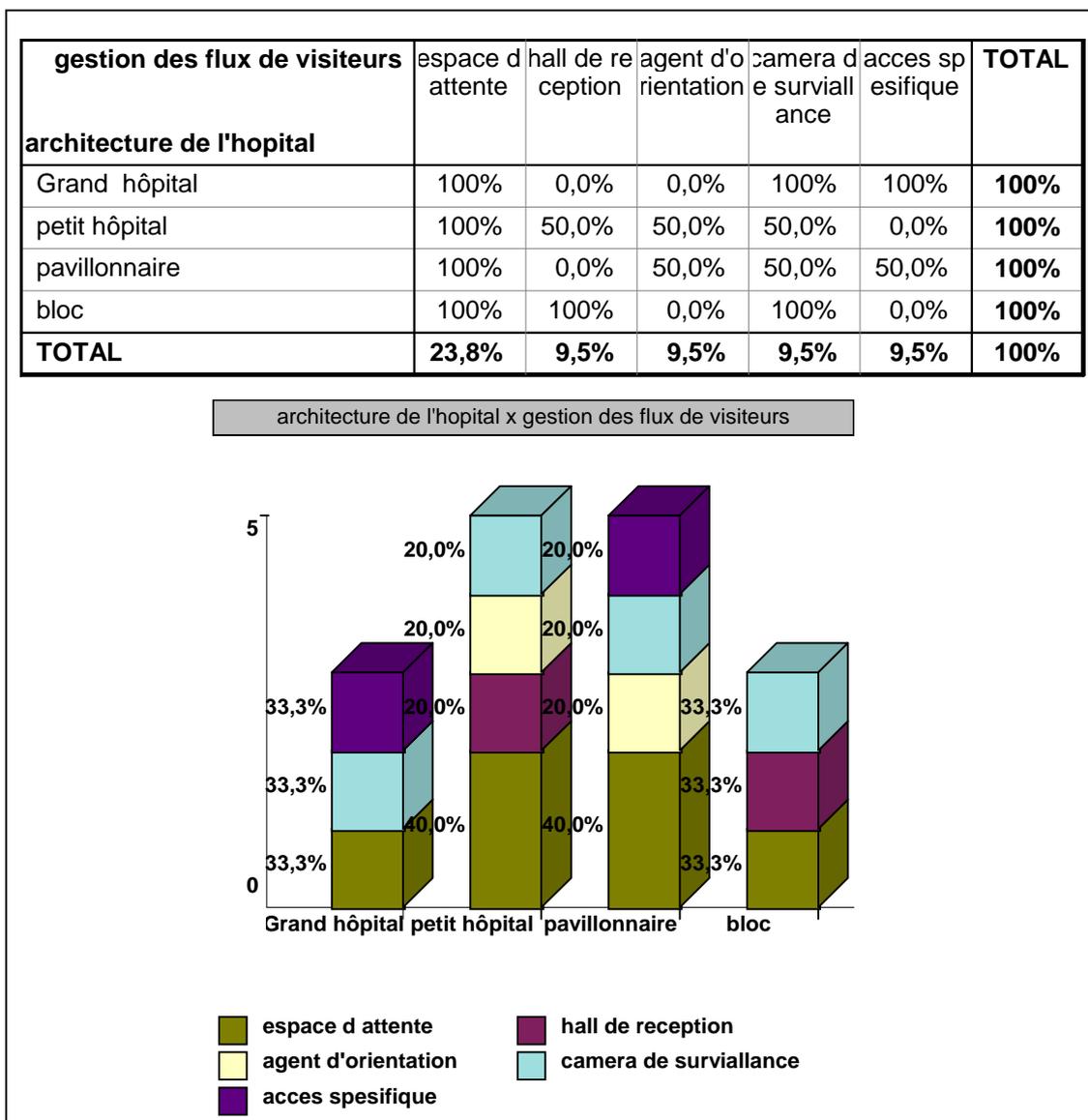


Tableau IV.4 : Gestion des flux des visiteurs en fonction de la forme de l'hôpital. Source :(auteurs, 2017).

Ce tableau (IV.4) nous montre les moyens utilisé pour géré les flux des visiteurs dans les différents types d'hôpitaux, on remarque que les grands hôpitaux ne possèdent pas beaucoup d'espaces pour la gestion des flux des visiteurs, par contre les hôpitaux en forme de bloc possèdent plusieurs espaces de gestion cela revient a la modernisation de l'hôpital.

Chapitre IV : Applications et résultats

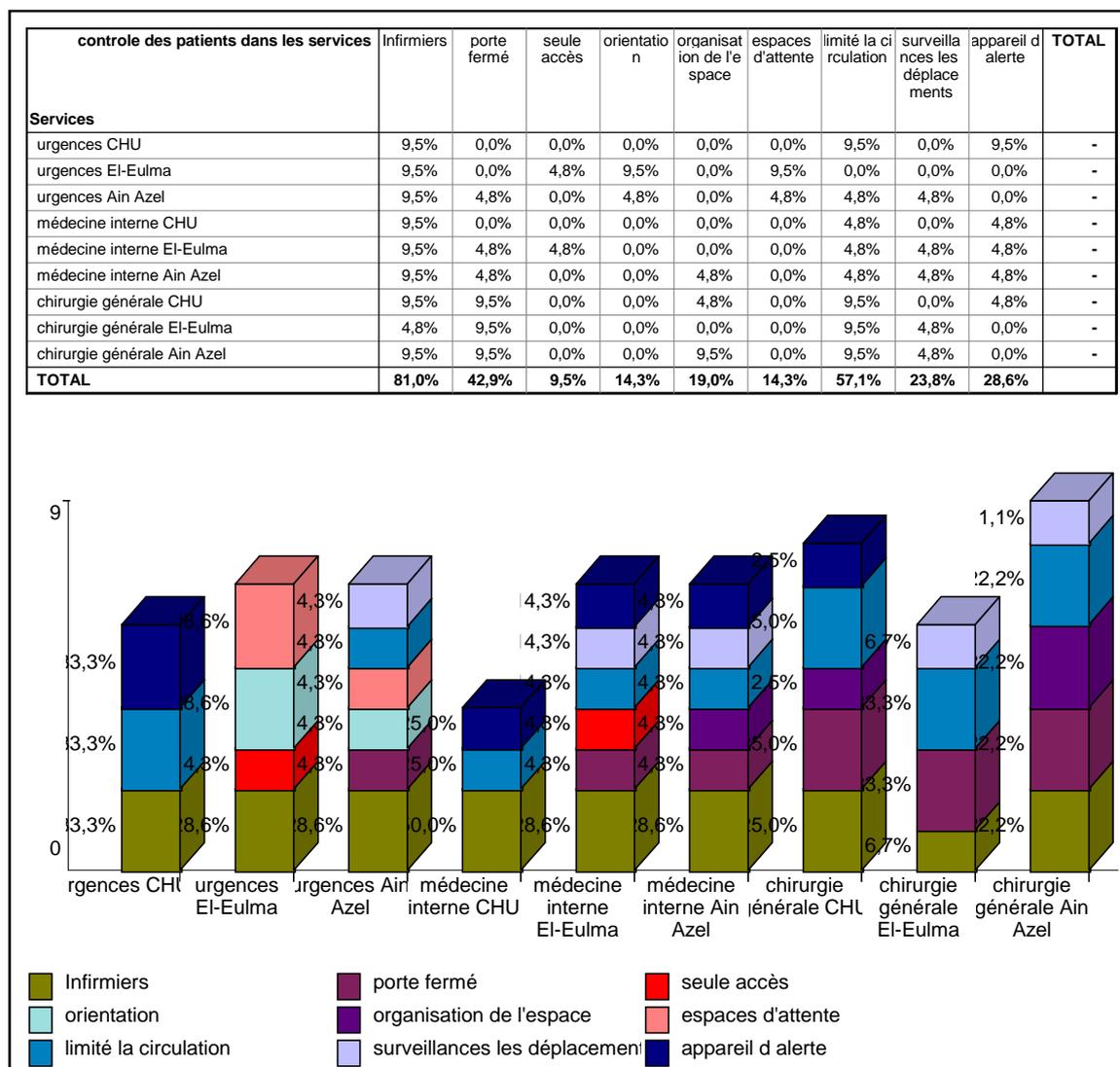


Tableau IV.5 : Les moyens de contrôle utilisé dans chaque service. Source : (auteurs, 2017).

Ce tableau (VI.5) nous montre par quel moyen les patients sont contrôlés, on remarque que plus de 80% des hôpitaux sont contrôlés par les moyens humains qui sont les infirmiers, aussi on trouve l'utilisation des appareils d'alerte dans les chambres des patients pour prévenir en cas de danger. On remarque aussi que l'hôpital de Aïn-azel possède beaucoup de moyens pour assurer un bon contrôle de ces patients.

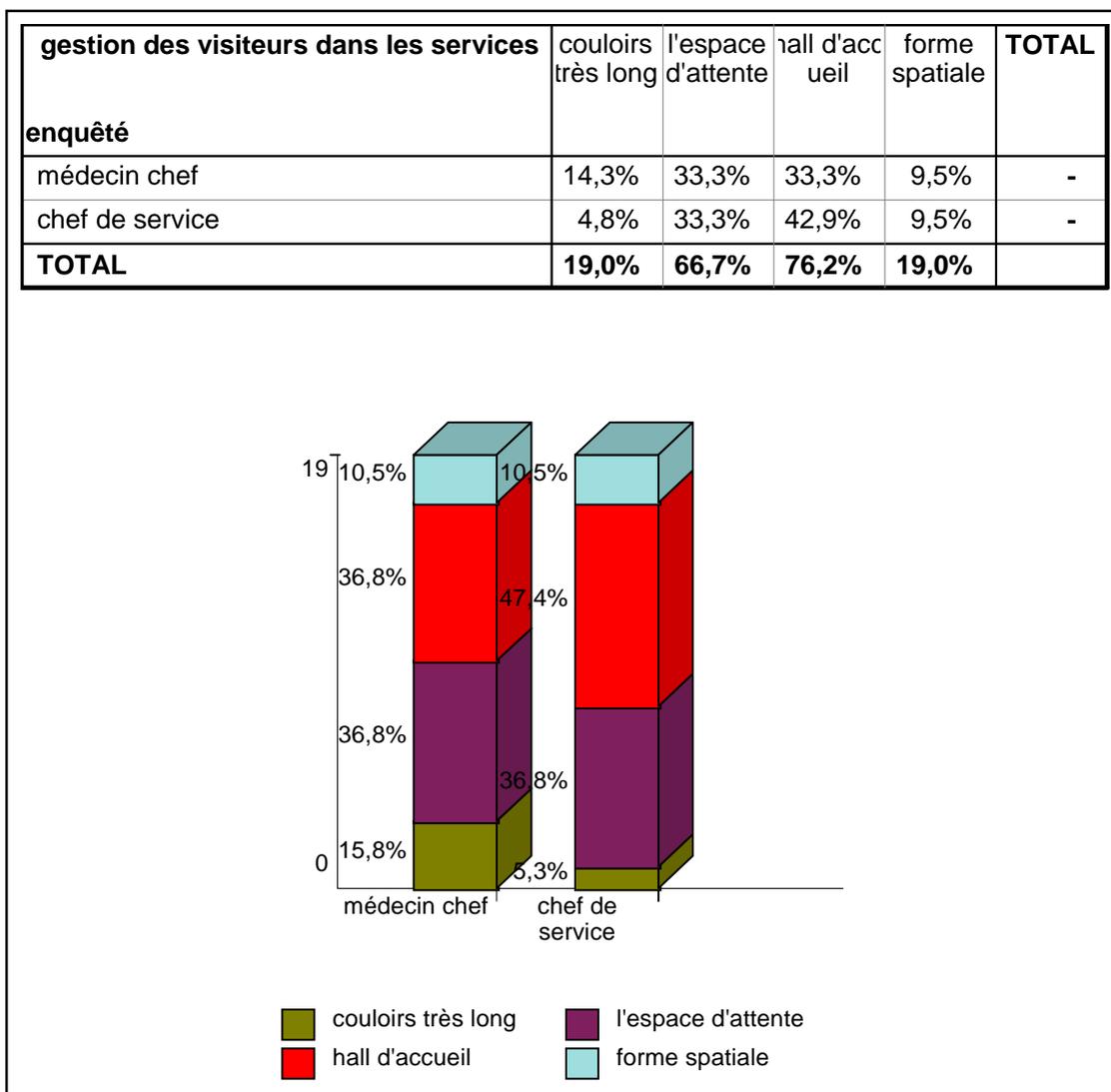


Tableau IV.6 : Les moyens de gestion des flux de visiteurs selon les responsables des services.
 Source : (auteurs ,2017).

Ce tableau(VI.6), nous montre les moyens de gestion des visiteurs dans les services, on remarque que la disposition des espaces contribue dans la gestion des visiteurs, et les moyens les plus utilisé dans ces services on a les espaces d’attente et les halls d’accueil.

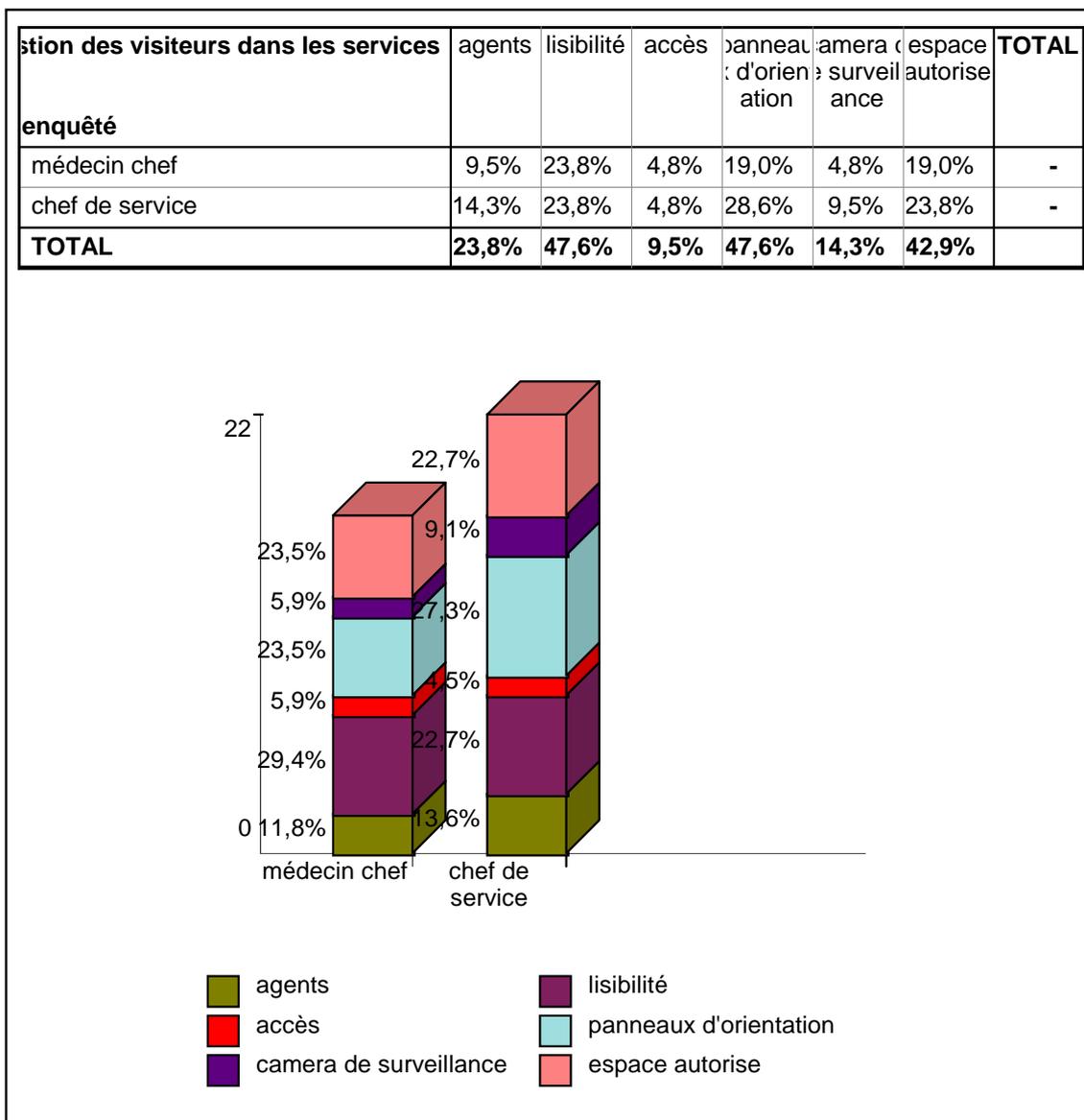


Tableau IV.7 : Les modes de gestion et de contrôle des flux des visiteurs selon les responsables des services. Source : (auteurs, 2017).

Ce tableau (IV.7.) Nous donne les modes de gestion et de contrôle utilisé dans chaque service, on remarque que l'utilisation de caméra de surveillances dans les espaces de circulation, aussi ils utilisent des panneaux d'orientations.

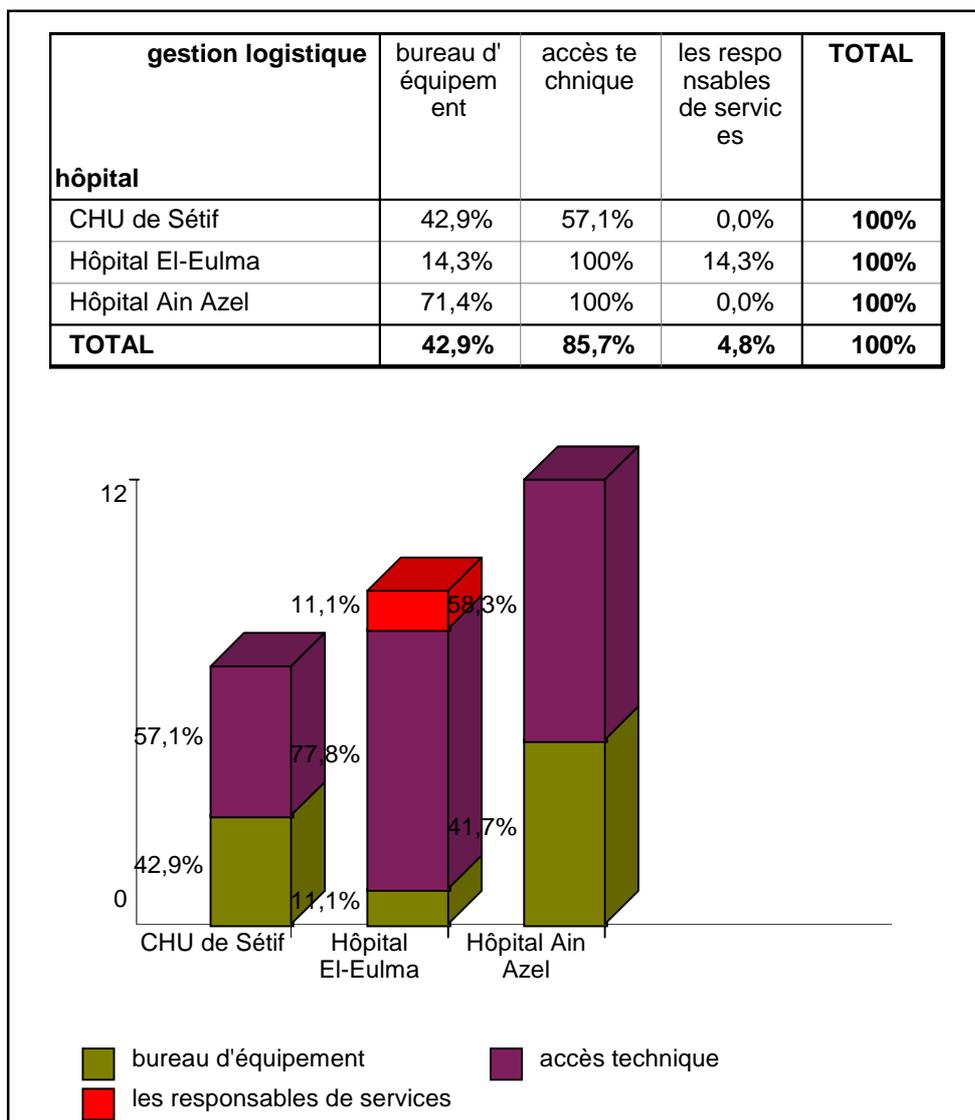


Tableau IV.8 : Gestion de la logistique dans les trois hopitaux. Source :(auteurs, 2017).

Ce tableau (IV.8) ne montre les espaces que les trois hôpitaux utilise pour la gestion logistique, on remarque que les trois hôpitaux ont des espaces spécial pour la gestion logistique, on a des bureaux d'équipement et des accès technique réservé spécialement pour la logistique. Contrairement à l'hôpital cette tâche revient aux chefs d service.

IV.2.3. Les espaces de gestion et de contrôle dans les hôpitaux étudié

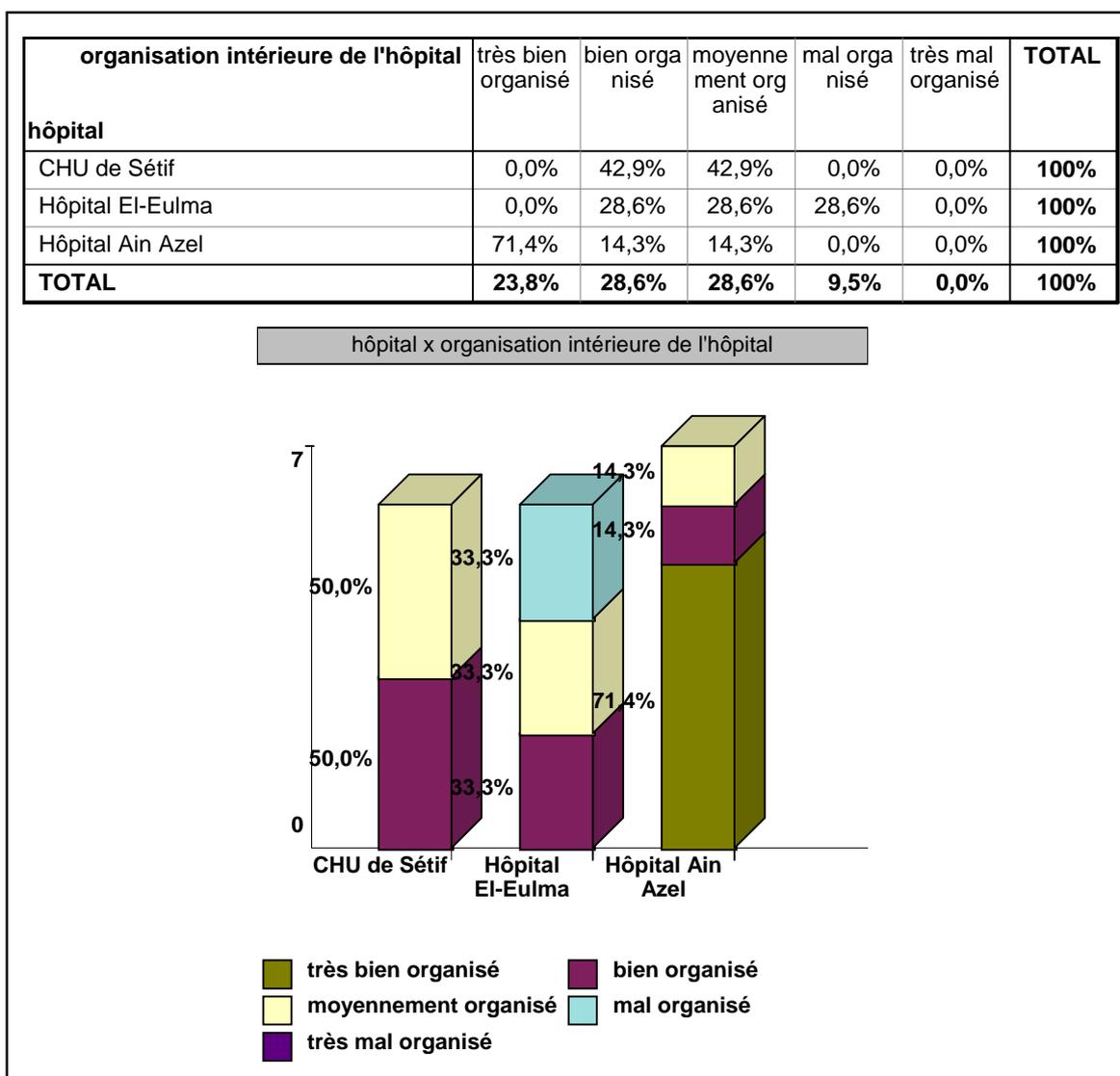


Tableau IV.9 : L'organisation interne de l'hôpital en fonction de sa forme. Source :(auteurs, 2017).

Ce tableau (VI.9) nous montre le degré d'organisation interne des trois hôpitaux, on remarque que le chu de Sétif est moyennement organisé par rapport à l'hôpital de Ain azel et que el-Eulma est mal organisé, on conclut que les hôpitaux les plus récents qui sont les mieux organisés.

espaces de gestion hôpital	entrée pr incipale	hall d'a ccueil	les couloirs	les urg ences	parkings	TOTAL
CHU de Sétif	14,3%	28,6%	14,3%	14,3%	14,3%	100%
Hôpital El-Eulma	0,0%	42,9%	14,3%	14,3%	0,0%	100%
Hôpital Ain Azel	14,3%	57,1%	42,9%	14,3%	0,0%	100%
TOTAL	9,5%	42,9%	23,8%	14,3%	4,8%	100%

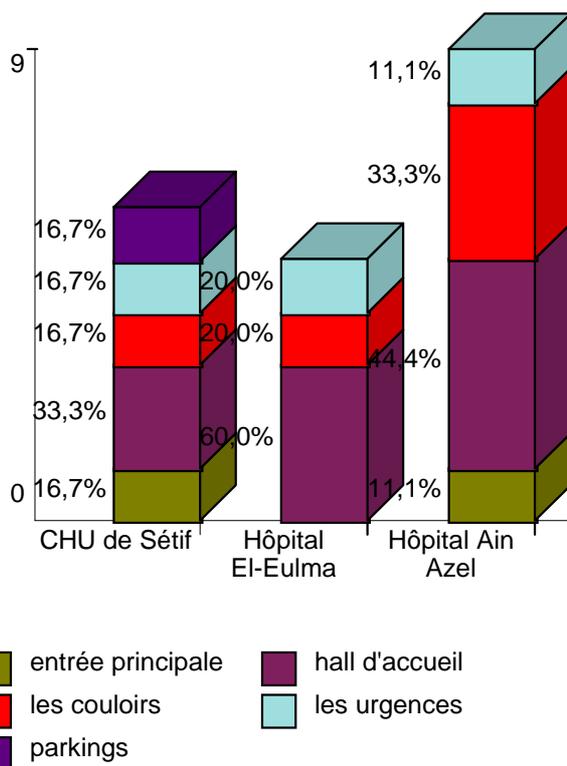


Tableau IV.10 : Les espaces qui demande plus de gestion dans les trois hopitaux. Source :(auteurs 2017).

Ce tableau (IV.10) représente les espaces de gestion qui se trouvent dans les hôpitaux on remarque que le CHU utilisé tous les espaces pour pouvoir gère les flux par contre dans les deux autres hôpitaux n'utilisé pas tous le espaces car cela revient a la grandeur de l'hôpital et au nombre de personne qui viennent.

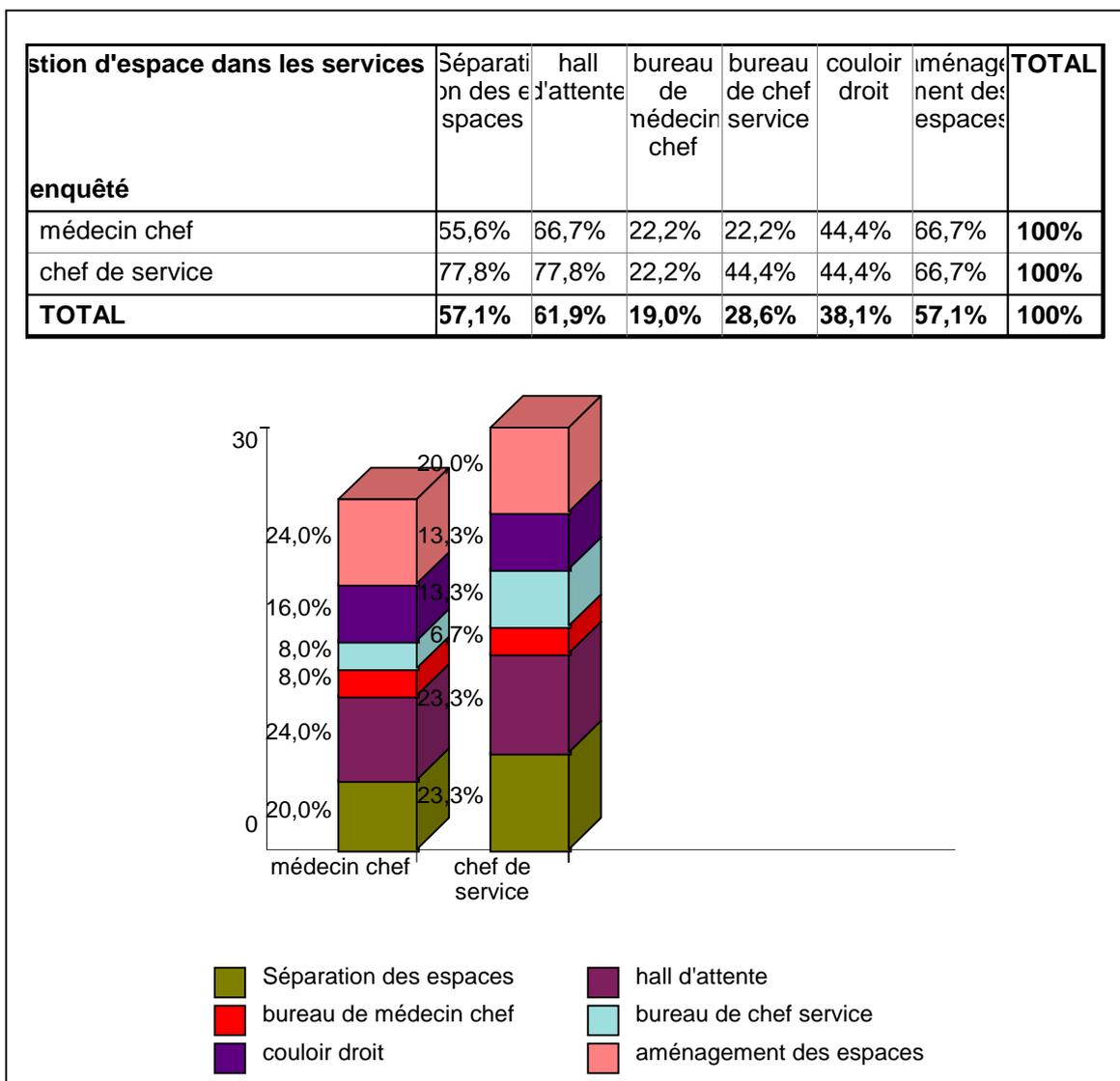


Tableau IV.11 : La gestion d'espace dans les services. Source : (auteurs, 2017).

Le tableau(VI.11) nous donne les modes de gestion que les responsables des services utilisent dans la gestion des espaces, on conclut à travers ce tableau(VI.7) que la gestion des espaces dans les services c'est l'organisation interne de ces espaces, et que cette tâche revient au chef de service et au médecin chef.

espaces de gestion enquête	entrée pr incipale	hall d'a ccueil	les couloire	les urg ences	parking	TOTAL
directeur	33,3%	100%	0,0%	100%	33,3%	100%
médecin chef	0,0%	44,4%	33,3%	0,0%	0,0%	100%
chef de service	11,1%	22,2%	22,2%	0,0%	0,0%	100%
TOTAL	9,5%	42,9%	23,8%	14,3%	4,8%	100%

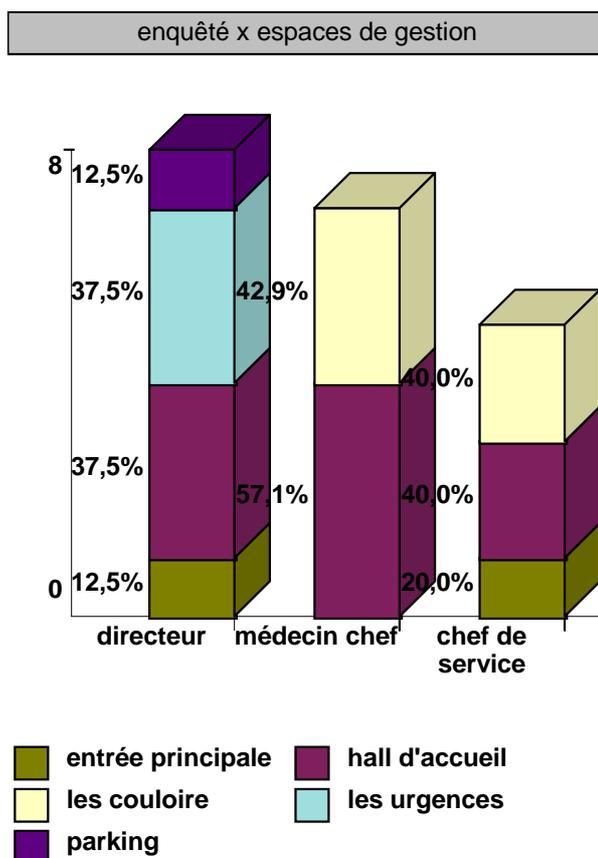


Tableau IV.2 : Les espaces qui demande plus de gestion selon les responsables des hopitaux.

Source :(auteurs, 2017).

Ce tableau (IV.12) nous donne les espaces qui nécessite plus de gestion dans les urgences, on remarque d'après les responsables que le hall est l'espaces qui demande le plus de gestion dans les services cela revient à la fréquentation de ce lieux par les flux.

IV.3. Confrontation des résultats

L'hôpital	services	Résultat de l'analyse	Résultat des entretiens
Chu de Sétif	Les urgences	<ul style="list-style-type: none"> -le chef de service qui est responsable dans la gestion et le contrôle a l'intérieur des services. -un grand hall pour gérer les flux -des agents d'orientation pour le contrôle -des caméras de surveillance dans les espaces de circulation -l'utilisation d'un seul couloir de distribution. 	<ul style="list-style-type: none"> -l'organisation interne dans les services revient aux chefs de services. -le contrôle des flux des patients se fait par les infirmiers. -des accès spécial réservés aux personnels. -hall d'accueil pour la gestion des flux des visiteurs
	Chirurgie générale	<ul style="list-style-type: none"> -le chef de service qui est responsable de la gestion et du contrôle des flux et des espaces. -un couloir très long qui cause des problèmes sur le contrôle des flux. -espace d'attente pour les visiteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> -la relation entre ce service et l'administration elle se fait par des rapports que le chef de service remet au responsable. -aucun contrôle de la part de l'administration a l'intérieur de ce service.
	Médecine interne	<ul style="list-style-type: none"> -un hall d'accueil pour les visiteurs -des portes qui délimitent le couloir pour pouvoir maîtriser le flux de visiteurs. -absence totale de l'administration a l'intérieur de ce service. 	<ul style="list-style-type: none"> -un contrôle quotidien de l'administration à travers des agents. -le chef de service s'occupe de la gestion et du contrôle à l'intérieur.

<p>L'hôpital d'El Eulma</p>	<p>Les urgences</p>	<p>-une confusion entre l'accès piéton et mécanique -la surcharge a l'intérieur du service se qui créé une mauvais gestion -absence total de l'administration dans la gestion et le contrôle a l'intérieur du service</p>	<p>- le chef de service qui est responsable dans la gestion et le contrôle des espaces et des flux a l'intérieur. - la surcharge des flux dans ce service rend le contrôle et la gestion très difficile.</p>
	<p>La chirurgie générale</p>	<p>-l'étroitesse des espaces d'attente. -l'incompétence des responsable dans la gestion et le contrôle des flux et des espace, se la engendre une anarchie a l'intérieur.</p>	<p>-ce service a subi plusieurs changements a cause de la surcharge. -manque d'espace d'attente dans ce service. Absence de l'administration dans le contrôle de ce service.</p>
	<p>Médecine interne</p>	<p>-mauvaise gestion des accès. -manque d'espace de stockage. -chaque responsable dégage la responsabilité de la gestion et du contrôle des espaces.</p>	<p>-pas de coopération entre l'administration et le chef de service -l'incompétences des responsables dans ce domaine.</p>
<p>Hôpital d'Ain azel</p>	<p>Les urgences</p>	<p>-ce service est bien organisé mais l'étroitesse de ce service rend la gestion et le contrôle difficile - manque d'espace de stockage et d'accès technique</p>	<p>-l'administration fait des contrôle quotidien dans ce service à travers des agents. - un grand hall d'accueil dans le bloc pour le contrôle des flux.</p>

	<p>Chirurgie générale</p>	<p>-une bonne orientation par des agents. -La bonne déposition des espaces a l'intérieur du service rend ce service facile a gérer et a contrôlé -le chef de service s'occupe de la gestion et du contrôle à l'intérieur du service.</p>	<p>-chaque espace a été aménagé selon son propre besoin en termes d'équipements pour facilite le contrôle de du flux de la logistique. -un chef de service qui est responsable de la gestion et du contrôle des espaces et des flux.</p>
	<p>Médecine interne</p>	<p>-la circulation se fait selon un système de double couloir pour la gestion des flux de personnels et des visiteurs. - le bon emplacement du bureau du chef de service lui facilite la gestion et le contrôle des flux des visiteurs et des personnels.</p>	<p>-Le chef de service qui est responsable dans la gestion et le contrôle des flux et des espaces dans son service. - plusieurs types sont utilisés dans la gestion et le contrôle des flux et des espaces.</p>

Conclusion :

A travers ces deux résultats sur les entretiens qu'on a faits au pré des responsables et l'observation qui a été faite sur les trois services de ces trois hôpitaux on est amené à dire :

-l'administration hospitaliers ne joue aucun rôle dans la gestion et le contrôle dans les services des hôpitaux. Cette tache revient aux chefs de services.

-la bonne organisation des espaces permet une bonne gestion des flux.

- dans l'hôpital c'est le service des urgences qui demande plus de gestion car il est en surcharge des flux.

-les responsables manque de connaissance sur la gestion et le contrôle des espaces et des flux.

Conclusion générale

Conclusion générale

Le présent travail de recherche a traité la problématique de l'impact de l'administration sur la situation actuelle de l'hôpital, notamment en termes de gestion et de contrôle de l'espace et des flux des usagers.

Afin de répondre à cette problématique, deux volets distincts ont constitué le corps de notre recherche. Le premier volet est théorique ; constitué de deux chapitres. Le premier chapitre qui avait pour objectif de définir les concepts clés de la recherche qui sont l'hôpital, contrôle, gestion, espace et flux, a permis de comprendre les différents modes et moyens de gestion et de contrôle des espaces et des flux.

Le deuxième chapitre, avait par contre l'objectif de comprendre le rôle de l'administration hospitalière sur la gestion de l'espace et le contrôle des flux. Du fait, il nous a permis de confirmer qu'il n'y a pas une direction dans l'hôpital qui s'occupe de la gestion et du contrôle des espaces et des flux, et aucun texte réglementaire ne détaille le rôle de l'administration dans la gestion et le contrôle des espaces et des flux.

A travers ce volet théorique une grille d'analyse composée de critères caractérisant les différents concepts étudiés a été tirée afin de vérifier notre hypothèse.

Par contre le volet pratique était un espace là où on a vérifié les résultats tirés du volet théorique sur le corpus d'étude choisi le CHU de Sétif, l'hôpital d'El-Eulma et l'hôpital d'Ain Azel et cela à travers une approche analytique combinée avec des entretiens destinés aux responsables des hôpitaux. Les résultats de l'approche analytique ont montrés qu'il ya un dysfonctionnement dans la gestion des espaces et des problèmes de contrôle des flux dans les hôpitaux étudiés.

Contrairement, les résultats de l'enquête par entretien traités par le logiciel SPHINX selon l'analyse de contenu ont confirmé que les chefs des services sont les seuls responsables dans les hôpitaux étudiés qui s'occupent de la gestion des espaces et le contrôle des flux.

La confrontation de l'ensemble des résultats a montré que l'absence de direction spécifique à la gestion de l'espace et au contrôle des flux des usagers au sein de l'administration des hôpitaux à Sétif, mais aussi le laisser-faire de l'administration au service des gestionnaires qui connaissent peu de choses sur la médecine et la conception des espaces hospitaliers, et au services des chefs de services qui n'ont pas de compétences pour pourvoir gérer et contrôler les espaces et les flux, sont les causes principales derrière l'état actuel de ces hôpitaux.

Cela nous a ramené à confirmé que l'administration est responsable sur le dysfonctionnement, l'absence de contrôle et de la gestion de l'hôpital.

A travers cette recherche on été face à plusieurs difficultés, surtout dans la pratique à cause de :

- L'absence de la documentation dans les administrations hospitalières qui traite les problèmes de la gestion et du contrôle des espaces au sein de l'hôpital.

- On n'a pas trouvé une bonne coopération avec les responsables de l'hôpital.

Recommandations

Pour remédier à cette situation actuelle des hôpitaux en matière de gestion et de contrôle des espaces et des flux, nous pouvons avancer plusieurs suggestions à savoir :

- ✓ Création d'une sous direction dans l'administration qui va s'occuper de la gestion et du contrôle des espaces internes dans les hôpitaux.
- ✓ Prévoir plus de moyens de contrôle dans les espaces les plus fréquentés.
- ✓ Différentiation des espaces de circulation pour permettre une bonne gestion des flux.
- ✓ Améliorer la lisibilité des espaces pour faciliter l'orientation des usagers.
- ✓ Utiliser des caméras de surveillances dans les espaces de circulation pour assurer la sécurité des usagers et un contrôle efficace sur les flux.
- ✓ Chaque service doit disposer d'un hall d'accueil et un espace d'attente pour pouvoir assurer un certain contrôle des flux dans le service.
- ✓ Prévoir des systèmes de contrôle des flux des personnels tel que les appareils d'empreinte.
- ✓ Intégrer de grandes baies vitrées dans les chambres des patients pour permettre aux infirmiers de contrôler les malades sans rentrer à l'intérieur des chambres.
- ✓ Concevoir de grands couloirs a l'intérieur des services pour empêché la surcharge des flux.
- ✓ Eviter les couloirs en chicanes pour avoir une bonne visibilité pour les flux des visiteurs et aussi pour faciliter le contrôle de ces derniers par des agents.
- ✓ Chaque service doit avoir des espaces de stockage et des accès techniques pour les flux de la logistique.
- ✓ Spécifier des espaces de circulations pour les personnels.

Bibliographie

Bibliographie

Ouvrage :

CHOAY F., MERLIN P. « *Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement* », troisième éditions. Paris : éd. PUF, 2000. p928.

FERMAND Catherine, « *Les hôpitaux et les cliniques* ». Architectures de la santé. Collection techniques de conception, édition le moniteur, Paris, 1999

GRANIER Pierre. « *Les espaces de l'hôpital : analyse multi scalaire d'une organisation hospitalière* » : le CHRU de Tours. 2002. 347p.4

GRAWITZ Madeleine, « *Méthodes de recherche en sciences sociales*», Dalloz, Paris, 2001, p. 35.

KADA Med O, « Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé », tome 1, 2010.

LAUBET Jean Louis, « *Initiation aux méthodes de recherche en sciences sociales* », Le Harmattan, Paris, 2000, p. 120.

Olivier MEIER, « *dico du manager* », paris 2009, p 180.

Thèse et mémoire :

BENCHIKHA Fatima Zohra, « *le management hospitalier : étude du cas du secteur sanitaire d'Arzew.* »2012

BLOUIN, LANDRY, BEAULIEU. « *Systèmes de réapprovisionnement des unités de soins : Description et implications organisationnelles* », Février 2001.

BOUADI Sonia « *Le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service du management hospitalier* ». Cas EPH Ain El Hammam. »2014

BOUANDES Karima «*Ambiance lumineuse, visibilité et accessibilité visuelle, paramètres contribuant à l'humanisation des espaces d'accueil des hôpitaux. Cas des hôpitaux à Sétif.* » juillet 2012.

BOUINOT C. « *Contrôle de gestion à l'hôpital. Régulation et dynamique instrumentale* », paris, 2005.

RUIZ Angel. « *Logistique hospitalière : la maîtrise des flux comme moyen d'amélioration de la qualité des services de soins de santé* », Septembre 2010.

Rapports et documents :

ABLOY Assa, « *les solutions pour l'hôpital* », France 2008

BARTLE Phil, « information de gestion et gestion de l'information », 2007

BLEICHNER Gérard, « *architecture des services d'urgences* », 2004

BRUNET Anne-sophie, « *aménagement de l'espace public hospitalier et bien-être des usagers* », 2009

CAMBIER Alain, « *comment l'art rend l'espace plus hospitalier ?* », 2004

CHAUVEAU Sophie, « *Quelle histoire de l'hôpital aux XX^e et XXI^e siècles ?* », 2012

Chow, G., Heaver, T.D., «Logistics in the Canadian Health Care Industry», Canadian Logistics Journal, vol. 1, n° 1, 1994.

PISSOORT Dominique, « *l'utilisation de cameras et la loi sur la vie privé* », 2007

LEFEVRE Nicolas, L'entretien comme méthode de recherche. 2010

MOLINIER Laurent, « Le système hospitalier Français », 2007.

MUKESH Chawla, « L'Autonomie Hospitalière : Guide Méthodologique », 1996

RWIGAMBA, B. : Cours de Méthodologie de Recherche, ULK, Kigali, 2001,
Inédit.

LANDRY Sylvain, Rapidité service et attente. Montréal, 2007

Décrets et lois :

Arrêté interministériel du 20/12/2009, application de l'article 22 du décret exécutif n° 07-140 du 19 Mai 2007.

Arrêté interministériel du 20/12/2009, application de l'article 20 du décret exécutif n° 07-140 du 19 Mai 2007

Décret exécutif n°07-140 du 02 Joumada EL OULA 1428 correspondant au 19 Mai 2007 portant créations, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers.p10.11.12

Journal officiel de la REPUBLIQUE ALGERIENNE N°24, 11 mai 2008

Journal officiel de la REPUBLIQUE ALGERIENNE N°33, du 03 Joumada EL Oula 1428 correspondant au 20 Mai 2007

Loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière « Statistiques sanitaire », Alger, 2009.

Sitographie :

www.sante.dz

www.architecture-hospitaliere.fr/

www.applis.univ-tours.fr

www.joradp.dz

Annexes

Annexe I :

Entretien avec les directeurs des hôpitaux

Ordre personnel :

1. Nom /Prénom :.....
2. Quel est votre diplôme (médecin / gestion /autre)?.....
3. Depuis quand exercez-vous ce métier ?.....
4. Avez-vous déjà exercez d'autres professions ?.....
5. Avez-vous déjà travaillé dans d'autres établissements ?.....

Ordre spatial

- 1-Est-ce que l'architecture de l'hôpital (sa morphologie, son implantation, ses espaces....) vous a aidé pour bien gérez l'hôpital ?
- 2-Est -ce que cet hôpital a subi déjà des changements (extension, réhabilitation)?
- 3- Qui a pris cette décision ?
- 4-Pour quelles raisons ?
- 5- Qui supervisé les travaux ?
- 6-Avez-vous un budget spécial pour ces interventions ?
- 7-Y-aura-t-il des interventions dans le futur ?
- 8-Pour quelles raisons ?
- 9-Comment qualifiez-vous la relation : espaces/circulation de cet hôpital ?

Ordre de gestion et de contrôle

- 1-Y-a-t-il une coopération entre les services administratifs et les services médicaux ?
Laquelle ?
- 2-Comment décrivez-vous votre relation avec les autres responsables et les employeurs de l'hôpital ?
- 3-Y-a-t-il une répartition des taches pour bien maitriser la gestion de l'hôpital ?
- 4-y-a-t-il suffisamment de personnels dans votre hôpital ?
- 5-Comment gérez-vous les flux des personnels ?
- 6-Quels sont les moyens qu'avez-vous mis en place pour gères les personnels ?
- 7-Quels sont les acteurs qui interviennent dans la gestion des personnels ?
- 8-Est-ce que le budget est suffisant pour reprendre au besoin de l'hôpital ?
- 9-Comment gérez-vous le budget ? Et comment le partagez-vous dans l'hôpital ?

10-Y-a-t-il suffisamment de matériels et d'équipements dans votre hôpital ?

11-Comment gérez-vous la logistique (matériels, équipements, maintenance, transports) ?et ces différents flux ?

12-Comment gérez-vous les flux des malades ? et les flux des visiteurs. ?

13-Quels sont les moyens qu'utilisez-vous pour gérez ces flux ?

14-Quels sont les espaces qui demandent plus de gestion ?

15-Quels sont les types de contrôle que vous avez mis en place ?

16-Quels sont les moyens de contrôle que vous utilisez dans cet hôpital (humains, matériels, spatiaux...) ?

Annexe II

Entretiens avec le chef de service et le médecin chef

Ordre personnel

1. Nom /Prénom :.....
2. Quel est votre diplôme (médecin / gestion /autre)?.....
3. Depuis quand exercez-vous ce métier ?.....
4. Avez-vous déjà exercez d'autres professions ?.....

Ordre spatial

1-Quels sont les espaces que dispose ce service ?

Ordre de gestion et de contrôle

1-Y-a-t-il une coopération entre l'administration de l'hôpital et ce service ? laquelle ?

Gestion de l'espace

1-Comment gérez-vous les espaces de ce service ?

Gestion logistique

1-Y-a-t-il suffisamment de matériels et d'équipements dans votre hôpital ?

2-Comment gérez-vous les flux de matériels ?

Gestion des flux humains

1-Comment gérez-vous les personnels ?

2-Comment gérez-vous le flux des visiteurs dans ce service ?

3-Comment gérer-vous les flux des patients ?

Les flux de l'information

1-Y a-t-il une gestion de l'information dans ce service ?

Contrôle des flux humain

1-Comment contrôlez-vous les flux des personnels ?

2-quels sont les moyens qu'avez-vous mis en place pour le contrôle de ces flux ?