

Université Abderrahmane Mira de Béjaïa

Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion

Département des Sciences Economiques

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master

En ECONOMIE DU DEVELOPPEMENT ET GOUVERNANCE

Thème

*Essai d'analyse de la participation
des usagers à la gouvernance
hospitalière : Cas de l'EPH
D'Amizour*

Présenté par :

M^{elle} AZZOUG Sabrina

M^{elle} BENHAMA Lydia

Encadré par:

M^r CHALANE Smail

Membres de jury :

Président : M^r NAIT CHABANE Abdellatif, maître assistant, Université de Béjaïa.

Examineur : M^r FOU DI Brahim, maître assistant, Université de Béjaïa.

Rapporteur : M^r CHALANE Smail, maître assistant, Université de Béjaïa.

Promotion 2016-2017

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à ma grand-mère, à mes très chers parents, à mes trois frères et leurs petites familles, à ma belle-famille et à mon très cher mari.

AZZOUG Sabrina.

Je dédie ce modeste travail à mes très chers parents, à mes frères, à ma petite sœur, à ma grande sœur et sa petite famille, à mes deux oncles, leurs femmes et enfants, à ma belle-famille et mon très cher mari.

BENHAMA Lydia.

Remerciements

Nous tenons à remercier le Bon DIEU de nous avoir donné le courage et la volonté d'aller au bout de notre cursus.

Nous tenons à remercier M. CHALANE, notre encadreur, pour ses orientations, ses encouragements et sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Nous tenons aussi à remercier M. BOUZIDI, le chargé du bureau de la communication de l'EPH d'Amizour, pour sa disponibilité et pour ses orientations

Un vif remerciement pour les associations de malades de la wilaya de Béjaia.

Nous remercions nos familles pour leur encouragement, leur soutien moral et financier, leur présence à nos côtés durant tous notre cursus d'étude.

AZZOUG Sabrina & BENHAMA Lydia.

Liste des abréviations:

APW:	Assemblée Populaire de la Wilaya
ARS:	Agence Régionale de Sante
CA:	Conseil d'Administration
CAC:	Centre Anti Cancer.
CM:	Conseil Médicale
CRA:	Croissant Rouge Algérien
CHU:	Centre Hospitalo-Universitaire
DSP:	Direction de la Santé et de la Population.
EPH:	Etablissement Public Hospitalier
EPS:	Etablissement Publique de Sante
EPSP:	Etablissement Public de Santé à Proximité
HPST:	Hôpital, Patient, Sante, Territoire
NMP:	Nouveau Management Public
NPM:	New public management
NHS:	National Health Services
OPA:	Offre Publique d'Achat
OPE:	Offre Publique d'Echange
OPS:	Organisation de Production de Soins
OCDE:	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS:	Organisation Mondial de Sante
PNUD:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PP:	Parties Prenantes
SHT:	Stakeholder Theory
UMC:	Urgences Médico-chirurgicales

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....	01
CHAPITRE I :	
MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE	
I. SOURCE ET CONTEXTE DU MANAGEMENT PUBLIC.....	04
II. GENERALITES SUR LA GOUVERNANCE.....	11
III. DU NOUVEAU MANAGEMENT A LA NOUVELLE GOUVERNANCE PUBLIQUE.....	21
CHAPITRE II :	
LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?	
I. LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE.....	28
II. LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE EN ALGERIE.....	38
III. LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : UNE APPROCHE COMPARATIVE.....	44
CHAPITRE III:	
ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR	
I. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL.....	50
II. LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	61
III. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	62
CONCLUSION GENERALE.....	74
BIBLIOGRAPHIE.....	-
LISTE DES TABLEAUX.....	-
ANNEXE.....	-
TABLE DES MATIERES.....	-

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

Le Nouveau Management Public (NMP), dans l'objectif de moderniser les institutions et l'administration publique, essaye d'importer des mécanismes de gestion du privé vers le public. Pour ce qui de l'hôpital, l'une des dimensions les plus importante de la modernisation dans le cadre du NMP a consisté à mettre en œuvre une nouvelle forme de gouvernance hospitalière, qui vise notamment à responsabiliser le personnel soignant et non-soignant, d'élargir l'autonomie de l'établissement et d'instaurer des contrats entre les différents acteurs de la santé.

L'hôpital public, qui se caractérise par le principe de l'intérêt général, est une administration permettant d'offrir des services de soins à la population tout en assurant la continuité de la prise en charge médico-sanitaire. Il est un lieu où plusieurs acteurs interagissent avec des niveaux différents de pouvoir.

En Algérie, l'hôpital public est placé sous la tutelle du Ministère de la Santé ; il est géré par un directeur et un Conseil d'Administration (CA). Le directeur est nommé par le Ministère chargé de la santé et a pour rôle principal de diriger son établissement en tenant compte des stratégies et des politiques tracées par l'Etat. Le CA est une instance décisionnelle composée de représentants des différents acteurs en relation avec l'hôpital. Ces membres du CA sont reconnus par la tutelle comme représentants légitimes des multiples parties prenantes de l'hôpital. Comme membre du CA en Algérie, on peut citer : le représentant des collectivités territoriales (communes), le représentant du personnel médical, odontologique et pharmaceutique, le représentant des usagers, le représentant de la Sécurité Sociale, etc.

Rappelons que le CA a pour mission explicite de veiller au bon fonctionnement de l'établissement, d'ailleurs « *on dit souvent que le conseil d'administration est le gouvernail [...] De ce fait, il doit être à même de développer une intelligence collective. Il doit devenir une valeur ajoutée en accompagnant la direction et en la conseillant. Il doit en même temps, afin de diminuer les zones d'incertitude et d'augmenter l'efficacité du conseil, contrôler de façon appropriée toute politique écrite* ». ¹ Cette citation pose comme principe qu'une bonne gouvernance ne peut se manifester sans que le CA ne jouisse d'un niveau raisonnable d'autonomie, il est également vrai qu'une institution ne peut revendiquer une plus grande autonomie sans faire la démonstration d'une haute qualité de sa gouvernance ; en somme, pas de bonne gouvernance sans autonomie, mais pas d'autonomie sans bonne gouvernance.

¹ Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux (AQESSS) : « *La gouvernance d'un établissement de santé et des services sociaux* », septembre 2006, p. 23.

INTRODUCTION GENERALE

La gestion de l'hôpital obéit à des règles de gestion spécifiques, liées aux caractéristiques de son personnel et à son fonctionnement assez complexe qui implique la mobilisation de plusieurs acteurs. Ces derniers sont directement concernés par la performance de l'organisation et la promotion de la qualité des soins, et ils sont tous au centre de ce qu'on appelle la gouvernance hospitalière.

Les usagers de l'hôpital sont justement l'une de ces parties prenantes dont la représentation au sein des instances décisionnelles est la plus problématique. Ainsi, l'admission récente de l'utilisateur des services sanitaires au CA de l'hôpital lui a ouvert de nouvelles possibilités d'expression et d'intervention dans le processus décisionnel de l'institution hospitalière.

L'objectif principal du présent travail sera d'analyser le rôle effectif de l'utilisateur dans la gouvernance hospitalière en Algérie. En fait, notre problématique s'intéresse plus particulièrement à la participation (effective) du représentant des usagers au sein du CA de l'hôpital. Plus concrètement, on tentera de répondre à la question suivante : *Quelle est la place réelle de l'utilisateur en tant que partie prenante à la gouvernance hospitalière en Algérie ?*

De cette problématique générale découle une série de questions secondaires, à savoir :

- Dans quelle mesure les associations siégeant actuellement au CA de l'hôpital sont-elles représentatives des usagers et de leurs intérêts ?
- Quelle est la réalité de la participation de ces représentants des usagers au CA de l'hôpital ? Comment font-ils pour défendre les intérêts et faire valoir les doléances des usagers qu'ils représentent ?
- Comment améliorer la représentativité des associations siégeant actuellement au sein des CA de nos hôpitaux ?
- Comment consolider la représentation des usagers aux seins des instances décisionnelles de l'hôpital, et plus particulièrement au CA ?

Dans nos investigations, nous nous baserons sur deux (2) hypothèses principales:

- Hypothèse 01 : Les usagers de l'hôpital ne sont pas suffisamment représentés dans le CA, ce qui fait d'eux une partie prenante assez marginale dans la gouvernance hospitalière en Algérie.
- Hypothèse 02 : Les associations siégeant actuellement au CA de l'hôpital ne sont pas suffisamment représentatives ; elles restent, en conséquence, relativement incapables de porter les doléances et de défendre les intérêts des usagers en tant que partie prenante à la gouvernance hospitalière.

INTRODUCTION GENERALE

Du point de vu méthodologique, notre travail s'est échelonné sur deux (2) étapes :

- Premièrement, une **recherche bibliographique** et une **revue de la littérature théorique et empirique** : livres, articles de revues, Thèses et mémoires, rapports, lois et règlements, etc.
- Deuxièmement, une **étude de cas au sein de l'EPH d'Amizour**, où nous avons essayé d'appréhender très concrètement la réalité de la représentation des usagers dans les instances décisionnelles de l'hôpital.

Notre travail s'articule autour de trois (3) chapitres :

- **Le premier chapitre** nous conduira à éclairer d'une manière générale les particularités du service public, avec ses implications pratiques en matière de management et de gouvernance de l'organisation publique.
- **Le second chapitre** s'attachera spécifiquement à la gouvernance hospitalière, où nous essayerons d'abord de présenter un aperçu historique de l'évolution du concept, avant d'aborder les différentes théories et modèles de la gouvernance hospitalière. Nous ferons par la suite une présentation critique du rôle, des attributions et de la composition du CA de l'hôpital en Algérie, avant d'entamer une petite comparaison avec un certain nombre de pays développés et avec nos voisins maghrébins.
- **Le troisième et dernier chapitre** est dédié à notre étude empirique, où nous proposerons une étude de cas dans un Établissement Public Hospitalier de moyenne importance (EPH d'Amizour). Pour les besoins de notre étude, nous avons dû mobiliser plusieurs techniques d'investigation, avec : *i) un stage pratique* d'un mois au niveau de la direction de l'EPH d'Amizour ; *ii) une série d'entretiens exploratoires* auprès des associations de santé, des représentants actuels des usagers au sein du CA de l'EPH, ainsi qu'avec plusieurs membres de ce dernier.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

L'objet principal de ce chapitre est d'analyser le service public à travers ses spécificités et ses caractéristiques, et de situer la place qu'occupe actuellement le management public dans la réforme des services publics tout en présentant ses limites. Nous avons aussi jugé nécessaire de présenter un bref aperçu historique de l'émergence du concept de « gouvernance » dans le monde des organisations. Enfin, nous exposerons une revue de la littérature sur les différents modèles et théories de la gouvernance de l'entreprise afin de faire ressortir la théorie la mieux adaptée au secteur public, en général, et à l'hôpital, en particulier.

I. SOURCES ET CONTEXTE DU MANAGEMENT PUBLIC

Cette première section est consacrée spécifiquement au management public, qui s'est progressivement substituée à la gestion traditionnelle des services publics. Elle nous servira à cerner ce qu'on appelle le management public, avec ses sources et son contexte, son lieu d'application, son rôle, ses objectifs et ses spécificités.

1. Le secteur public et ses services

La combinaison entre l'ensemble des éléments (humains, matériels et immatériels) qui constituent l'organisme administratif sert d'une finalité de produire un service public. En effet, dans tout organisme public cohabitent ainsi des fonctions de diverses natures, exercées par des acteurs placés à divers niveaux de responsabilité dont l'objectif principal est l'intérêt général.

1.1. Définitions

Le secteur public regroupe toutes les activités économiques et sociales prises en charge par les administrations, les entreprises publiques et les organismes publics de Sécurité sociale (les caisses nationales), ainsi que par les entreprises dont au moins 51% du capital social est détenu par l'Etat ou par des administrations nationales, régionales ou locales dans le but d'assurer la mission de gestion de la sphère publique.

Selon A. Bartoli (2009)¹, le secteur public rassemble la totalité des organisations qui sont gérées directement ou indirectement par les pouvoirs publics (qui sont sous le pouvoir de la tutelle, centrale ou locale). Afin de permettre une distinction des organisations publiques des autres organisations, deux critères peuvent être utilisés à savoir :

- un pouvoir de décision dominant de l'Etat sur les objectifs de l'organisation ;

¹ A. Bartoli (2009) : « *Le management dans les organisations publiques* », Ed. Dunod, Paris, p. 53.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

- et une possession dominante par l'Etat des moyens de cette organisation.

De nombreuses définitions ont éclairé le service public en mettant l'accent sur l'intérêt général qui le précise, ainsi que le contrôle des pouvoirs publics. Nous avons choisi la définition de G. JESE (1996), qui selon lui : « ...sont uniquement, exclusivement, service public, les besoins d'intérêt général que les gouvernements d'un pays donné, à un moment donné, ont décidés de satisfaire par le procédé du service public ».²

A travers cette définition, nous constatons qu'elle attribue un caractère d'appartenance du service public à l'Etat, et qu'uniquement l'Etat, en tant que force autoritaire, peut en transmettre une idée précise du service et de l'intérêt général par le biais de son pouvoir discrétionnaire.

La conception d'intérêt général désigne la finalité des actions et des institutions gérées par une personne publique ou sous son contrôle étroit et qui intéressent l'ensemble de la population (le bien public), à tous les échelons des pouvoirs publics.³

1.2. Les principes du service public

Selon Auby⁴, les principes du service public sont au nombre de trois : le **principe d'égalité**, le **principe de continuité** et le **principe de mutabilité** ou **d'adaptation constante**.

- Le principe d'égalité : En droit administratif français, le principe s'énonce très simplement : les usagers du service public, se trouvant dans une même situation, doivent subir le même traitement. En d'autres termes, c'est l'application du principe général d'égalité de tous devant la loi, inscrit dans la déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 ; « *le principe d'égalité devant le service public* » ou « *le principe d'égalité qui régit le fonctionnement des services publics* », avec l'égalité des usagers dans l'accès aux emplois publics, l'égalité devant les charges publiques et l'exigence de neutralité du service.
- Le principe de continuité : il exige un fonctionnement régulier des services, sans interruption autre que celles prévues par la réglementation en vigueur. Il ne va cependant pas jusqu'à la permanence, car il appartient à l'autorité responsable de la création et de la mise en œuvre de ce service, de le supprimer s'il est facultatif. Ce principe autorise l'institution, en cas de grève, à exiger un service minimum.

² G. JESE (1996) : « *Principes généraux du droit administratif* », Ed. Dalloz-Sirey, T 2, Paris. Rapporté par K. Yahlali, N. Zaknoun (2009) : « *Les spécificités du management dans le service public : cas de Sonalgaz* », Mémoire de Licence en Sciences de Gestion, Université de Tizi-Ouzou, p. 32.

³ M. Hely (2006) : « *De l'intérêt général à l'utilité sociale : transformation de l'Etat social et genèse du travailleur associatif* ». Communication pour le Colloque international « *État et régulation sociale* », CES-Matisse, Paris, 11-13 septembre.

⁴ J-F. Auby. (1997) : « *Les services publics locaux* », Edition Burger-Levrant, p. 66.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

- Le principe de mutabilité (ou d'adaptabilité) : il impose l'adaptation du service public au développement de nouvelles technologies et aux modifications des besoins du service. Ce principe comporte notamment des pouvoirs de modification ou de résiliation unilatérale des contrats administratifs. En conséquence, le service public ne doit pas demeurer immobile face aux évolutions de la société ; il doit suivre les besoins des usagers, ainsi que les évolutions techniques.

1.3. L'administration publique

L'administration publique sert à gérer les services publics de telle manière à assurer l'intérêt général. Elle est constituée d'un ensemble d'autorités, d'agents, d'organismes qui sont chargés sous l'impulsion des pouvoirs publics, de garantir les multiples interventions de l'Etat et des collectivités territoriales.

Selon F. MAKHLOUF (2006), l'administration représente tout ce qui est « paperasse ». Pour lui, « on la considère comme une bureaucratie qui étouffe la valeur des individus. En effet, cette bureaucratie codée et réglementée empêche totalement l'épanouissement des talents de ses collaborateurs, car elle les enferme dans des rôles prédéterminés ».⁵

2. Les organisations publiques

L'organisation publique est une structure destinée à satisfaire les besoins sociaux, elle constitue une personne morale de droit public chargée de la gestion d'un ou de plusieurs services publics.

2.1. Définition

Les organisations publiques sont des organisations dont **le capital est contrôlé par L'État** ou **dont l'État est le principal pourvoyeur de fonds** ou encore **dont l'État détient le pouvoir de décision**. Elles mettent en œuvre les politiques publiques dans l'intérêt général. Elles regroupent les administrations publiques centrales (État), les administrations publiques locales (collectivités territoriales : wilaya, daïra, commune) et les organismes de la Sécurité Sociale.

2.2. Les particularités des organisations publiques

Selon A. BARTOLI (2009)⁶, les spécificités des organisations publiques peuvent être constatées à travers deux échelles différentes : institutionnelle et organisationnelle.

- Le point de vue institutionnel met en valeur des spécificités d'ordre politique et juridique. De ce fait, les organisations publiques se caractérisent par :
 - Une soumission au pouvoir politique ;

⁵ F. Makhoulouf (2006) : « *L'entreprise : organisation et gestions* », Éd. Pages Bleues, Algérie, p. 112.

⁶ A. Bartoli (2009) : « *Le management dans les organisations publiques* », Ed. Dunod, Paris, p. 60-61.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

- Un système juridique particulier ;
- Une rationalité de service public (respecter les principes du service public) ;
- Un financement à partir des ressources budgétaires affectées ou prélevées.
- Le point de vue organisationnel complète le premier à travers la réalité du fonctionnement des entités concernées. Selon ce point de vue, les organisations publiques traduisent trois tendances de base :
 - Des activités plus souvent de « service » que de fabrication de produits ;
 - Une taille importante ;
 - Un environnement complexe, contraignant.

2.3. Les parties prenantes d'une organisation publique

Les parties prenantes d'une organisation publique se constituent d'un ensemble d'individus et de groupes partageant tous des objectifs spécifiques plus au moins conflictuels avec des attentes souvent contradictoire et un pouvoir d'influence plus ou moins grand. Ces parties prenantes sont situées à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisation, qui en déterminent le fonctionnement et qui dépendent d'elle, en partie au moins, pour la réalisation de leurs objectifs propres. Selon sa configuration, sa taille, son statut juridique, sa finalité, l'organisation n'intégrera pas les buts et aspirations de ses parties prenantes avec le même niveau d'importance. D'où la nécessité d'identifier l'intérêt respectif de chaque partie prenante, ainsi que le pouvoir dont elle dispose et qui est susceptible d'infléchir les choix de l'organisation.

3. Le management public des organisations

Le management public des organisations sert à finaliser, à organiser, à animer et à contrôler les organisations publiques, tout en visant à développer leur performance générale.

3.1. Le contexte d'émergence du management public

Historiquement, c'est le concept d'administration publique (*public administration*) qui est utilisé dans la première moitié du XXe siècle. Celui-ci renvoie à la séparation entre l'administration et le politique, et aux moyens de protéger les experts administratifs de la pression des élus. Le concept de management public apparaît aux Etats-Unis dans les années 1950 et renvoie à l'organisation, à l'efficience de l'administration et à la gestion par objectifs. Progressivement, les deux concepts d'administration publique et de management public se sont confondus. En effet, la problématique du paradigme administratif consiste à identifier des procédures administratives par niveau pour élaborer le modèle de l'organisation parfaite, alors

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

que le paradigme managérial tend à reconnaître les situations de décision afin d'élaborer les critères de la bonne décision.⁷

Au début des années 1980, de nombreux pays ont dû faire face à une multitude de pressions : globalisation des marchés, utilisation massive des technologies de l'information, crises budgétaires, perte de confiance de la part des citoyens dans les institutions publiques,... Dans ce contexte difficile, nous assistons à un changement de paradigme dans la gestion des affaires publiques. Le management public est donc un ensemble de solutions envisagées dans le but de mieux répondre aux attentes et exigences des citoyens, et dans le but d'encadrer, de rationaliser, voire de réduire, les coûts dans la mise en place des politiques publiques.

3.2. Définitions

D'après le Dictionnaire historique de la langue française⁸, le management « *recouvre l'ensemble des techniques de gestion et d'organisation d'une affaire, d'une entreprise* ».

Laurence Lynn⁹ définit le management public comme étant « *le processus qui consiste à s'assurer que l'allocation des ressources dont dispose un gouvernement est dirigée vers la réalisation des objectifs publics* ».

3.3. Le rôle et les objectifs du management public

3.3.1. Le rôle du management public

Un ensemble d'événements ont marqué la sphère de l'émergence du management public dans les organisations publiques. En effet, différentes structurations avaient été vécues par l'organisation publique passant de l'Etat providence au modèle bureaucratique wébérien qui a finalement été « ruiné » par l'apparition, voire l'implantation, des pratiques managériales au sein de l'organisation publique.

L'Etat providence « *désigne les formes d'intervention de l'État dans toutes les sphères de l'économie et de la société dans un souci de bien-être collectif* ». ¹⁰ Ce modèle a tellement servi le fonctionnement des organisations publiques à travers la cohésion et la stabilité sociale, l'unification de l'unité de la nation qu'il assurait et de ses valeurs et principes. Cependant, les dépenses croissantes et les recettes amoindries, la crise de légitimité et l'inefficacité engendrées

⁷ Denis Proulx, « *Management des organisations publique, théorie et application* », 2ème édition, Presses de l'Université du Québec, Canada, p. 09.

⁸ Alain Rey (dir.), « *Dictionnaire historique de la langue française* », Le Robert, ed. 2012.

⁹ Laurence Lynn, « *Public management* », in Guy Peters et John Pierre (dir.), *Handbook of public administration*, Londres, Sage, 2003.

¹⁰ T. Laurent, Y. L'Horty, « *Incitation au retour à l'emploi : une perspective dynamique* », Avril 2004, p. 88-89.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

par ce modèle ont justifié ses lacunes et ses faiblesses, ce qui la mise sous le doute de sa politique de finalité et de réalisation de ses objectifs.

En outre, le management public est né pour faire face aux crises économiques et financières engendrées par le modèle de l'Etat providence. Il a ainsi coïncidé avec « *la vague de réformes débutées dans les années 80, et sert à qualifier le sentiment de moindre performance qu'éprouvent les acteurs publics vis-à-vis de leurs homologues du secteur privé. Le managérialisme consiste à considérer que la variable expliquant le niveau de performance est la pratique du management. En d'autres termes, le managérialisme peut être défini comme l'attitude d'un individu ou d'une organisation considérant que la mise en œuvre des doctrines et dispositifs managériaux lui permettra d'atteindre ses objectifs ou de diminuer ses dysfonctionnements perçus* ». ¹¹

Le tableau ci-dessous décrit et illustre la comparaison des deux modèles types bureaucratique et managérial.

Tableau 1 : Comparaison des administrations de types wébérienne et NMP

	Administration wébérienne	Administration NMP
Objectifs	Respecter les règles et les procédures	Atteindre les résultats, satisfaire le client
Organisation	Centralisée (hiérarchie fonctionnelle, structure pyramidale)	Décentralisée (délégation de compétences, structuration en réseau, gouvernance)
Partage des responsabilités politiciens/administrateurs	Confus	Clair
Exécution des tâches	Division, parcellisation, spécialisation	Autonomie
Recrutement	Concours	Contrats
Promotion	Avancement à l'ancienneté, pas de favoritisme	avancement au mérite, à la responsabilité et à la performance
Contrôle	Indicateurs de suivi	indicateurs de performance
Type de budget	Axé sur les moyens	axé sur les objectifs

Source: Anne Amar, Ludovic Berthier : «*The New Public Management : Advantages and Limits*», P.07

¹¹ Marcel GUENOUN, « *Le management de la performance publique : étude de l'utilisation de l'outil de gestion dans les organisations intercommunales* », Université PAUL CEZANE, Mars 2009.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

Suite à la lecture du tableau ci-dessus, la bureaucratie wébérienne est qualifiée de modèle centralisé reposant sur le principe de la règle et de la hiérarchie, avec le principe de l'unité de commandement qui entraîne une lourdeur dans un environnement de mondialisation des échanges, de globalisation financière, d'intégration spatiale et de mutation technologique. *A contrario*, l'optique décentralisée issue du Nouveau Management Public (NMP) insuffle aux structures l'autonomie, la flexibilité et la réactivité. Le partage des responsabilités engendre également la clarté. En effet, dans une structure wébérienne, les fonctions politique et administrative, comme la prise de décisions, se montrent le plus souvent interdépendantes. Cette structure n'est pas forcément négative et problématique selon les cas, toutefois la transition vers une forme d'administration basée sur le NMP autorise une meilleure distinction des deux domaines. Les pouvoirs publics fixent les objectifs, tandis que les fonctionnaires et les agences doivent les atteindre. Le NMP permet enfin d'instaurer des effets incitatifs via la rémunération des agents et d'accentuer la responsabilité des structures.

3.3.2. Les objectifs du management public

Pour Annie BARTOLI, le « *management public a pour objectifs de :*

- *piloter l'organisation, en subissant le moins possible les turbulences environnementales ;*
- *réduire les gaspillages, issus des dysfonctionnements internes ou les défauts de qualité du fonctionnement. »*¹²

Le management public consiste à diminuer la dégradation d'énergie. Ainsi « *il permet de perfectionner et de moderniser l'action publique, souvent jugée comme contreproductive, en introduisant en son sein des pans de rationalité managériale. Il permet d'éviter de nombreux gaspillages et de réaliser des économies substantielles »*¹³.

« *Le management, tel qu'il est conçu aujourd'hui, cherche à apporter des réponses pertinentes aux défis occasionnés par l'environnement turbulent. Selon V.N Santo et P.E. Verrier : le management n'est pas la somme des outils modernes de gestion : c'est la mise en perspective stratégique de ces outils »*¹⁴

En d'autres termes, le management public agit comme réponse à la satisfaction de deux besoins:

- Réponse aux exigences des usagers externes (en termes de prestations fournies, allocation optimale des ressources, partenariat privé/public...)
- Réponse aux besoins des acteurs internes (motivation, implication et participation, ...)

¹² Annie BARTOLI, « *Management des organisations publiques* », Éd. Dunod, Paris, 2009, p. 99.

¹³ Anne Amar, Ludovic Berthier, « *Le Nouveau Management Public : Avantages et Limites* », Revue du RECEMAP, Décembre 2007. p. 7.

¹⁴ Annie BARTOLI. (2009). Op. cit., p. 99.

3.4. Les spécificités du management public

Les spécificités du management public sont issues des caractéristiques de l'organisation publique. Dès lors, manager dans une telle organisation suppose la conformité à ses spécificités et à ses contraintes.

Tout d'abord, l'organisation publique est soumise au droit public. C'est donc la loi, dont le seul principe est la réalisation de l'intérêt général, qui définit les objectifs. Ensuite, elle est incompatible avec la gestion stratégique du fait de l'absence de marges de manœuvres et de la dépendance par rapport aux décisions politiques qui font souvent recours aux autorités de tutelles. La question de la hiérarchie administrative, la prégnance des statuts et l'absence de stimulation et d'implication des différents acteurs dans l'organisation publique conduit à des dysfonctionnements incompatibles avec les défis nationaux et internationaux auxquels doit faire face l'appareil public.¹⁵

En outre, la loi de finance, autre spécificité de l'organisation publique, repose sur les règles de l'unité et l'annualité budgétaire. Un seul document est à soumettre pour proposer l'ensemble des dépenses et des recettes. Cette règle ne laisse guère de place à la réactivité pendant l'année pour faire face à des dépenses exceptionnelles. Aussi, le non-report des dépenses d'une ligne budgétaire à une autre et les modalités de paiement d'une facture s'additionnent pour alourdir la gestion des organisations publiques.

Enfin, certaines autres caractéristiques sont à prendre en considération dans le secteur public : l'ambiguïté des objectifs et la multiplicité des acteurs entraîne souvent une multiplicité des points de vue et rend impossible l'accord sur des résultats à atteindre en priorité. Les comportements, dans une organisation, correspondent à un jeu de pouvoir dans lequel différents joueurs, appelés détenteurs d'influence, cherchent à contrôler les décisions et les actions.

Face à ces spécificités, le management le mieux adapté aux services publics reste amplement à supposer par les cadres du service public. Tout changement doit être conduit par l'organisation publique même.

II. GÉNÉRALITÉS SUR LA GOUVERNANCE

Dans cette section, nous allons présenter la gouvernance d'une manière globale, avec un rétrospectif historique, suivi des différents modèles de gouvernance, ainsi que des types et indicateurs, sans négliger les multiples théories de la gouvernance.

¹⁵ Annie Bartoli, « *Management dans les organisations publiques* », Éd. Dunod, Paris, 1997, p. 115.

1. Aperçu historique et définition

La notion de gouvernance est controversée et parfois contradictoire, elle provoque des interrogations et donne lieu à diverses interprétations.

Au XIII^e siècle, ce vocable a été utilisé d'abord par les français sous l'appellation de « gouvernement » qui désigne l'art ou la manière de gouverner. Cette dernière ne permet pas d'expliquer les mécanismes de régulation au sein d'une entreprise et se focaliser singulièrement sur les institutions publiques.

Par la suite sa signification évolue en fonction du temps et de l'espace. Cependant, elle apparaît et s'efface à travers le temps plusieurs fois.¹⁶ On distingue trois vies successives pour la gouvernance : la médiévale, celle de l'ère classique et enfin la gouvernance moderne.¹⁷

- **La gouvernance médiévale** : Le mot "gouvernance" est un terme médiéval utilisé au XIII dans la langue française pour désigner la direction des baillages qui étaient des entités territoriales de la France d'avant la Révolution. Ce concept tire ses origines du verbe grec *kubernân* qui signifie « piloter un navire ou un char »¹⁸.
- **La gouvernance dans l'ère classique** : d'après J-P. Gaudin¹⁹, la gouvernance dans l'âge classique renvoie souvent à la façon dont la chose publique est gérée indépendamment de la question du pouvoir, tout en distinguant de plus en plus les notions de gouvernance et de gouvernement.
- **La gouvernance moderne** : elle renvoie à une hybridation plus ancrée à la notion de gestion qu'à celle de pouvoir. Se nourrissant de la pragmatique américaine, la conception de gouvernance va occuper une place de choix dans l'analyse méthodiques des politiques publiques, de la gestion, voire de la sociologie des organisations. Le terme rejailli dans les années 1990 pour « *se référer à un pilotage pragmatique des pouvoirs* »²⁰, tendant ainsi à reconquérir son sens politique initial.

¹⁶ R. Canet (2004) : « *Qu'est-ce que la gouvernance* », conférence prononcée dans le cadre du séminaire « *Les nouveaux modes de gouvernance et la place de la société civile* », organisé par le service aux collectivités de l'UQAM, Montréal, 16 mars.

¹⁷ J-P. Gaudin (2002), « *Pourquoi la gouvernance* », Ed. Presse des Sciences Po., p. 27.

¹⁸ Tino Raphaël Toupane, « *La gouvernance : évolution, approches théoriques et critiques du concept* », SEMINARUL GEOGRAFIC "D. CANTEMIR" NR. 29 / 2009, p. 97.

¹⁹ Jean-Pierre Gaudin, « *Pourquoi la gouvernance ?* », Presses de la FNSP, coll. La bibliothèque du citoyen, Paris, 2002, p. 28.

²⁰ Idem. p. 30.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

❖ Définition de la gouvernance :

Pour essayer de définir le concept de gouvernance, nous allons nous référer dans un premier temps à quelques définitions que certaines institutions utilisent dans leur opérationnalisation de la gouvernance. Et dans un deuxième temps à quelques ouvrages de référence.

Selon la Banque Mondiale²¹, la gouvernance est définie comme étant l'exercice du pouvoir politique, ainsi que le contrôle dans le cadre de l'administration des ressources de la société aux fins du développement économique et social.

L'institut Canadien sur la gouvernance (2002) avance une autre définition générale, à savoir que « *la gouvernance est le processus par lequel les sociétés ou les organisations prennent les décisions importantes, déterminent qui sera chargé de les mettre en œuvre et comment il en sera rendu compte* ». ²²

Selon l'institut de la gouvernance (Canada)²³, elle se définit comme l'ensemble des établissements, des procédés et des traditions qui dictent l'exercice du pouvoir, la prise de décision et la façon dont les citoyens font entendre leur voix.

Pour le PNUD²⁴, la gouvernance est considérée comme étant l'exercice d'une autorité politique, économique et administrative pour gérer les affaires de la société. C'est un concept large qui recouvre les structures organisationnelles et les activités du gouvernement central, régional et local, le parlement et les institutions, les organisations et les individus, que comprend la société civile et le secteur privé dans la mesure où ils participent activement et influencent la conception de la politique publique qui affecte tout le peuple.

La gouvernance est définie aussi comme « *l'ensemble des actions et les moyens adoptés par la société pour promouvoir l'action collective et fournir des solutions collectives afin de poursuivre des objectifs communs* ». ²⁵

Paul Hirst propose une définition plus générale, à savoir que « *la gouvernance est le moyen par lequel une activité ou un ensemble d'activités est contrôlée ou dirigée de façon à*

²¹ World Bank : « *Managing Development : the Governance Dimension* », Washington DC-USA, 1994.

²² Institut sur la gouvernance(Canada) ,2002(voir <<http://www.iog.ca>>).

²³ Isabelle JOHNSON « *la gouvernance : vers une redéfinition du concept* », Agence Canadienne du développement international, Ottawa, Mars 1997.

²⁴ UNDP « *decentralised Governance programme* », New York, USA, 1996

²⁵ Richard DODGSON, Kelley LEE & Nick DRAGER : « *Global Health governance : a conceptual review* » Discussion paper No.1, WW.who.org ,2002

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

produire des résultats compris entre une fourchette acceptable au regard d'une norme reconnue ».²⁶

2. Les modèles de la gouvernance

Suivant une coexistence simple entre le modèle libérale mené vers les actionnaires opposés, par la plupart des analystes, au modèle plus ample intégrant les parties prenantes, on peut faire une catégorisation des modes de gouvernance selon les modèles suivants²⁷ :

2.1. Le modèle boursier régulé par les marchés financiers

Ce modèle est principalement le plus classique. En effet, il tire son origine dans la théorie de l'agence. La firme est symbolisée par l'ensemble des actionnaires et des dirigeants qui la composent ; elle appartient ainsi aux actionnaires qui jouent le rôle du « principal » et les dirigeants celui de l'« agent ».

Afin de mieux travailler pour l'intérêt des actionnaires, un système de contrôle et un dispositif d'incitation des dirigeants sont mis en place (indicateurs de valeurs, stock-options, OPA : offre publique d'achat, OPE : offre publique d'échange, ...) pour les garder sous surveillance, donc c'est le marché financier qui est le terrain de jeu et le principal régulateur du système de gouvernance.

2.2. Le modèle partenarial régulé par les partenaires économiques

A la différence du modèle précédent, celui-ci représente la firme comme une union de productions à différents partenaires, où son management doit tenir compte non seulement de l'intérêt des actionnaires, mais aussi de ceux de l'ensemble des partenaires impliqués dans son fonctionnement. L'entreprise est responsable de concilier les intérêts opposés des groupes qui sont en relation directe avec elle, dirigeants, employés, fournisseurs, etc. Ce modèle est plus vaste que le premier, où le principal devient les « principaux », qui peuvent être au premier lieu les salariés de la firme via leurs représentants. Ce modèle prend également en considération d'autres parties, tel que les fournisseurs ou les consommateurs, qui peuvent être rassemblés dans un « Conseil de surveillance » chargé de contrôler et d'assurer les missions de la gouvernance de l'entreprise.

²⁶ Hirst, Paul, « *Democracy and gouvernance* » dans pierre, Jon (éd.), *Debating Gouvernance : Authority, Steering, and Democracy*, Oxford University Press, 2002.

²⁷ A. Silem, « *approche néo-institutionnelle de la gouvernance* », Séminaire, Bejaïa, 20-24 février 2012 in L. Aliouane (2012) : « *Essai d'analyse de la participation des usagers à la gouvernance hospitalière : cas de l'EPH de draa-el-mizan* », mémoire de Master II en économie de la santé, Université de Béjaïa, p.15.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

La théorie des parties prenantes, qui illustre ce modèle, a pour objectif principal l'élargissement de la représentation que les sciences de gestion se font du rôle et des responsabilités des dirigeants au-delà la fonction de maximisation du profit.

2.3. Le modèle administré régulé par les pouvoirs publics

Ce modèle s'objecte absolument aux deux modèles qui précédent, du fait qu'il repose sur une hypothèse selon laquelle « *seul l'Etat peut garantir l'intérêt général* ». C'est l'Etat qui impose les lois et les réglementations, qui décident et rend les arbitrages en matière de gouvernance.

Si ce modèle administré de gouvernance est la règle dans les économies centralisées dite « socialistes » ou « collectivistes », il reste aussi très prégnant dans les économies capitalistes.

3. Les types de la gouvernance

On distingue généralement deux principaux types de gouvernance, à savoir : la gouvernance d'entreprise concernant le secteur privé et la gouvernance politique concernant la pensée politique et administrative.

D'après Bertrand COMMELIN²⁸, la gouvernance d'entreprise est une expression anglo-saxonne « corporate governance », elle est devenue en 1980 un mode de management à la mode dans le milieu des affaires. Elle est définie comme le système dans lequel la conduite des firmes par le dirigeant est contrôlée par l'ensemble des acteurs économiques. Ce ne sont donc pas les seuls propriétaires qui devraient exercer ce contrôle, mais les créanciers, les salariés, les clients, les autorités publiques... Cette approche idéale de la gouvernance débouche sur une conception de l'entreprise citoyenne, les décisions managerielles sont supposées prendre en considération les intérêts des différents stakeholders.

Quant à la gouvernance politique, elle concerne la pensée politique et administrative. On parle alors de gouvernance mondiale (globale) et de gouvernance territoriale (locale), en fonction des différentes échelles de gouvernance abordées. La gouvernance politique renvoie aux interactions qui existent entre l'Etat et la société.

En ce qui concerne la gouvernance mondiale, c'est une notion qui met l'accent sur l'émergence de nouvelles formes de régulation. Thomas G. Weiss, directeur du Ralph Bunche Institute for International Studies, définit la gouvernance mondiale comme « *un effort collectif visant à cerner, comprendre et résoudre des problèmes d'envergure internationale dont le*

²⁸ Bertrand COMMELIN « *le gouvernement d'entreprise, La Bourse et les entreprises* », Cahiers Français N°277,2001

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

réglement dépasse les capacités individuelles de chaque État »²⁹. Elle peut être vue comme « l'ensemble des institutions, mécanismes, rapports et processus officiels et informels à l'œuvre dans et entre les États, les marchés, les peuples et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales, et à travers lequel les membres de la communauté internationale définissent leurs intérêts collectifs, fixent leurs droits et leurs obligations et règlent leurs différends ».³⁰

Pour la gouvernance territoriale (locale), elle est apparue comme un sous-produit de la gouvernance politique et administrative au niveau national, en indiquant la manière dont la politique est menée et celle dont le pouvoir est exercé à l'échelle locale. Elle prend en compte plusieurs aspects de la vie politique et administrative, tels que les institutions à la base et leur fonctionnement, les autorités locales, leurs modes d'acquisition du pouvoir (nomination ou élection), les relations entre les autorités locales et les différents acteurs locaux et nationaux » (RNDH Bénin 2000).

L'économiste Bernard PECQUEUR, par ses travaux sur le développement local, définit la gouvernance locale comme « *un processus institutionnel et organisationnel de construction d'une mise en comptabilité des différents modes de coordination entre acteurs géographiquement proche, en vue de résoudre les problèmes productifs inédits posés aux territoires* »³¹

Ce n'est qu'à la fin des années 1980 que la notion de bonne gouvernance ('good governance') apparaît dans le champ des relations internationales : celle-ci décrit alors, pour les organisations financières, les critères d'une bonne administration publique dans les pays soumis à des programmes de réajustement structurel. Pour les organismes de prêts, une 'bonne gouvernance' requiert donc des réformes institutionnelles nécessaires à la réussite des programmes économiques.

Selon la Banque Mondiale, la bonne gouvernance se caractérise par :

- la bonne gestion du secteur public (efficacité, efficience et économie) ;
- la responsabilité ;
- l'échange et la libre circulation de l'information (transparence) ;

²⁹ Graduate Center, City University of New York, Weiss, Thomas G. (éd.), *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations*.

³⁰ Weiss, Thomas G. et Ramesh Thakur, *The United Nations and Global Governance: An Idea and its Prospects*, University of Indiana Press.

³¹ B. PECQUEUR, *Le développement local*, Ed. Syros, 2e édition revue et argumentée, Paris, 2000.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

- un cadre juridique favorable au développement (justice, respect des droits de l'homme et des libertés).

Dans une optique assez proche semble-t-il de celle de la Banque mondiale, l'Overseas Development Administration du Royaume-Uni et d'Irlande du Nord³² insiste sur les quatre grandes composantes de la bonne gouvernance, à savoir :

- la légitimité (du gouvernement aux yeux des gouvernés) ;
- la responsabilité (transparence, obligation de rendre compte, liberté de la presse) ;
- la compétence (définition et mise en œuvre efficace des grandes orientations, mise en place et prestation de services publics) ;
- le respect de la légalité et la protection des droits de l'homme.

3.1. Les indicateurs de la gouvernance

Dans un nouveau rapport de recherche publié par Daniel Kaufmann, Directeur du programme gouvernance mondiale à l'Institut de la Banque mondiale, et Aart Kraay, Économiste principal dans le Groupe de recherche de la Banque, proposent un tableau de bord à l'échelle mondiale, plus exhaustif, comprenant des indicateurs de gouvernance. Ce tableau de bord couvre 209 pays pour la période de 1996 à 2004. MM. Kaufmann et Kraay ont commencé à développer et à analyser 6 composantes chiffrables de la bonne gouvernance en prenant comme point de départ la fin des années 90 :

1. Être à l'écoute et rendre compte – mesure les droits politiques, civils et les droits de l'homme ;
2. Instabilité politique et violence – mesure la probabilité de menace de violence contre les gouvernements, voire la probabilité de leur renversement, y compris le terrorisme ;
3. Efficacité des pouvoirs publics – mesure la compétence de la bureaucratie et la qualité de la prestation du service public ;
4. Fardeau réglementaire – mesure l'incidence de politiques non favorables au marché ;
5. État de droit – mesure la qualité de la mise en application des contrats, la police et les tribunaux, y compris l'indépendance du judiciaire, et l'incidence de la criminalité ;
6. Maîtrise de la corruption – mesure l'abus des pouvoirs publics à des fins lucratives, y compris la grande et la petite corruption (et le détournement des biens de l'Etat par les élites).

La construction de ces indicateurs, articulée sur une méthodologie de pointe, utilise des centaines de variables qui mesurent les différents aspects de la gouvernance. Ces variables

³² Overseas Development Administration, Taking Account of Good Government, Londres, 1993.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

proviennent de plus de trente sources de données distinctes appartenant à différentes institutions dans le monde entier. Un des premiers constats est qu'une amélioration dans un pays comme, par exemple, un écart type dans la qualité de l'état de droit (ou toute autre composante de la gouvernance, comme « être à l'écoute et rendre compte », ou encore « la maîtrise de la corruption ») peut, en moyenne, entraîner à long terme une augmentation de 300% du revenu par habitant.

4. Les théories de la gouvernance

Dans ce qui suit nous présenterons les théories les plus universellement utilisées dans le domaine de la gouvernance.

4.1. La théorie des droits de propriétés

A. Alchian et H. Demsetz (1972) sont vus comme les pères de la théorie des droits de propriétés³³. La firme est définie comme un nœud de contrats et le dirigeant a comme obligation la définition de la nature des tâches et le choix des personnes qui doivent les exécuter au sein du nœud coopératif.

La théorie des droits de propriétés postule que tout échange entre agents est un échange de droits de propriétés sur des objets. Les coûts organisationnels étant alors fonction de la nature de ces droits et en particulier du niveau d'exclusivité d'utilisation et de transférabilité.

Afin de comprendre le fonctionnement interne des organisations, E-G. Furubotn et S. Pejovich (1972)³⁴ décomposent les droits de propriété en trois grandes parties :

- L'usus : le droit d'utiliser le bien ;
- Le fructus : droit d'en percevoir les fruits ;
- L'abusus : droit de décider du sort du bien et d'en faire ce que bon nous semble.

D'après la théorie néoclassique, la décomposition du droit de propriété entre de nombreuses personnes a comme conséquence la réduction de l'efficacité de la firme. En effet, seul un manager qui est à la fois propriétaire peut avoir intérêt à diminuer le gaspillage tout en améliorant ses efforts au sein de son entreprise.

Au sein de la firme managériale, il existe une divergence entre le management de l'entreprise, assuré par le manager, et la propriété de la firme, assurée par le détenteur du capital. Dans ce cadre, le manager ne peut disposer que de « l'usus », alors que le « fructus » et

³³ A. Alchian, H. Demsetz (1972): «*production, information costs and economic organization*», *The American Economic Review*, vol62, n°5, p. 777-795.

³⁴ E-G. Furubotn, S. Pejovich (1972): «*property rights and economic theory, journal of economic literature*», p. 1137-1162.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

« l’abusus » sont possédés par le propriétaire ; ce qui peut conduire à des oppositions d’intérêts et se constater par une source d’inefficacité.

En bref, la théorie des droits de propriétés montre que la désunion entre les différentes parties qui la composent (« fructus », « usus » et « abusus »), tend à aboutir à une inefficacité des droits de propriétés. En effet, les parties en présence, qui bénéficient chacune d’une partie des droits de propriétés sur la firme, vont dès lors poursuivre des intérêts pouvant être contradictoires.

4.2. La théorie de l’agence

La théorie de l’agence complète, sinon généralise, la théorie des droits de propriété. Elle permet de répondre à deux questions importantes : qui contrôle le contrôleur dans la firme capitaliste ? Comment s’organise le contrôle de l’effort productif ? Le contrôle comporte la mise en place des mécanismes incitatifs de révélation de l’information, car les agents rationnels possèdent certaines informations nécessaires à l’évaluation de leurs efforts. Il existe des asymétries d’informations qui empêchent l’évaluation correcte des efforts de chacun. En particulier le propriétaire qui délègue une partie de ses droits de propriété à un gestionnaire-mondant ne peut être assuré que celui-ci met en œuvre les moyens les plus adaptés à dégager un profit maximum. Il existe un risque que le gestionnaire ne poursuive pas cet objectif de maximisation du profit. Cette relation particulière entre le propriétaire et l’équipe dirigeante implique l’existence de coûts d’agence.

Selon M-C. Jensen et W-H. Meckling (1976), les problèmes d’agence produisent trois types de coûts³⁵ :

- Les coûts de surveillance : ce sont les coûts supportés par le principal pour s’assurer que son agent gère conformément à ses intérêts ;
- Les coûts d’obligation : supportés par l’agent pour mettre en confiance le principal ;
- Les pertes résiduelles : ce sont les coûts inhérents à la divergence d’intérêt entre le dirigeant et les actionnaires.

Il subsiste uniquement quatre forces de contrôles, externes et internes, qui peuvent servir à délimiter le pouvoir de décision des dirigeants :

- les marchés de capitaux ;
- le système juridique/politique/réglementaire ;

³⁵ M-C. Jensen, W-H. Meckling (1976), «*theory of the firme, managerial behavior, agency costs and ownership structure*», *strategic management journal*, pp.305-360.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

- les marchés des produits et des facteurs de production ;
- le système de contrôle interne dirigé par le conseil d'administration.

Les asymétries d'informations sont le résultat des divergences d'intérêts entre les contractants qui, d'après T-F. Parra (1999)³⁶, sont de trois ordres :

- Divergence entre les actionnaires et les managers quant à l'horizon des décisions ;
- Divergences quant à la perception du risque ;
- Divergences au sujet des avantages tirés par les dirigeants de leur position.

4.3. La théorie des coûts de transactions

La fondation de la théorie des coûts de transactions est le résultat de l'élargissement du cadre théorique et de l'intégration de différents stakeholders.

O. WILLAMSON est l'initiateur de la théorie des transactions qui se distingue de la théorie de l'agence, la théorie des coûts de transaction garde la transaction comme unité d'analyse et la spécificité des actifs, supports de la transaction, comme concept central. Elle explique l'arbitrage entre dettes et capitaux propres par la spécificité des actifs à financer. Les coûts de transactions sont définis par O. WILLIAMSON (1986) comme « *les coûts engendrés (ou pouvant l'être) par les échanges contractuels de biens ou services entre firmes* »³⁷. Pour lui, les coûts de transaction sont la somme des coûts *ex ante* de négociation et de rédaction du contrat reliant deux entités, et des coûts *ex post* d'exécution, de mise en vigueur, et de modification du contrat, en cas d'apparition de conflits. Il considère aussi les coûts d'agence comme étant des coûts de transaction.

4.4. L'approche partenariale

L'évolution de l'approche actionnariale représentée par la théorie de l'agence, se focalisant sur les conflits entre les dirigeants et les actionnaires, a permis la prise en considération de l'ensemble des *stakeholders*.

La spécificité des organisations publiques, étant donné la recherche de la satisfaction d'un intérêt commun et non pas d'un intérêt financier, exige une approche qui se base sur l'absence des actionnaires et l'absence de la recherche du profit. Cette approche est donc la plus adaptée pour les organisations publiques du fait qu'elle prend en considération les exigences de celles-ci.

³⁶ T-F. Parra (1999) : « *le gouvernement d'entreprise* », Ed Maxima, Paris, pp.37-38.

³⁷ O.E. Williamson. (1986): «*economic organization, Firms, Markets and Policy control*», Wheatsheaf books.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

L'approche partenariale puise ses racines dans la représentation de la firme telle qu'une équipe de production ayant pour objectif la création de valeur, où la rente organisationnelle est le fruit d'alliances entre les différents facteurs de production. Les multiples facteurs de production symbolisent l'ensemble des *Stakeholder* de la firme qui constituent l'ensemble des agents dont l'utilité est affectée par les décisions de la firme, la traduction la plus fréquemment rencontrés de ce terme est « parties prenantes »³⁸.

Il convient donc de définir en premier lieu le concept de « partie prenante » : « *une partie prenante est un groupe qui dépend de l'entreprise pour réaliser ses buts et dont cette dernière dépend pour assurer son existence* »³⁹. Cette définition désigne par « parties prenantes » les groupes essentiels à la survie de l'entreprise. Une partie prenante peut être un individu ou un groupe d'individu qui affecte ou est affecté par la réalisation des objectifs organisationnels de l'entreprise⁴⁰.

L'objectif de la théorie des parties prenantes (PP) (Stakeholder Theory) est l'élargissement de la représentation du rôle et des responsabilités des dirigeants. La responsabilité de l'entreprise est la conciliation des intérêts, souvent opposés, des groupes qui sont directement en relations avec elle. Elle doit ajuster ses objectifs de manière à donner à chacun d'eux une part équitable de satisfactions.

La théorie des parties prenantes trouve sa légitimité dans le fait que l'entreprise doit apprendre à s'adapter dans la société où elle agit, et savoir intégrer les attentes et les conformités de l'environnement où elle se situe⁴¹.

III. DU NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC À LA NOUVELLE GOUVERNANCE PUBLIQUE

Cette section tente d'expliquer le passage du nouveau management public à la nouvelle gouvernance, tout en mettant l'accent sur le paradigme du nouveau management public, ainsi que sur les spécificités et implications de la gouvernance des organisations publiques.

³⁸ G. Charreaux, P. Desbrières : « *Gouvernance des entreprises : valeur partenariale contre-valeur actionnariale* », In G. Charreaux, P. Wirtz (2006) : « *Gouvernance des entreprises : nouvelles perspectives* », Ed ECONOMICA, Paris, p. 24.

³⁹ E. Rhenman., B. Stymne (1965):« *Corporate Management in a Changing World* », Aldus/Bonniers, Stockholm, in S. Mercier (2001), op. cit. p. 5.

⁴⁰ R.E. Freeman (1984), « *Strategic Management : A Stakeholder Approach, Pitman* », Boston, p.64, In : S.Mercier (2001), op.cit. p.6.

⁴¹ J-P. Gond, S. Mercier (2006), « *la théorie des parties prenantes : une synthèse critique de littérature* », pp. 3-4.

1. Le paradigme du New public management

1.1. Historique

Le New Public Management est né au début des années 1980 au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, et s'est déployé ensuite dans la plupart des pays de l'OCDE dont les États-Unis, le Canada, l'Allemagne, la France, les Pays-Bas ou encore la Belgique. Le NPM ne s'est pas imposé partout avec la même intensité, mais a imprégné, à des degrés différents, la culture des administrations publiques de ces pays.

L'idée principale du NPM revient à l'inefficacité relative de l'organisation du secteur public, basée sur des principes de la bureaucratie wébérienne, ce qui a rendu nécessaire d'emprunter les méthodes de gestion du secteur privé vers le secteur public. À la rigidité d'une administration bureaucratique centralisée, focalisée sur son propre développement, le NPM oppose un secteur public reposant sur les trois E « Économie, Efficacité, Efficience », capables de répondre à moindre coût aux attentes des citoyens, désormais devenus des clients (Amar et Berthier, 2007).

Le nouveau management public se caractérise par :⁴²

- une séparation de la prise de décision stratégique, relevant du pouvoir politique, de la gestion opérationnelle relevant de l'administration ;
- l'orientation des activités administratives et l'allocation des ressources en fonction des produits et services à délivrer plutôt qu'en fonction de règles ou de procédures ;
- la décentralisation et l'instauration d'agences comme instrument de régulation ;
- l'abandon du statut de fonctionnaire et l'avancement à l'ancienneté des agents pour une rémunération au mérite ;
- l'introduction des mécanismes de marché dans l'offre de biens et services d'intérêt général ;
- la logique de la transparence tant sur la qualité que sur les coûts des prestations ;
- la recherche de l'efficience dans l'emploi des fonds publics ;
- la participation des usagers dans la définition et l'évaluation des prestations publiques.

⁴² Chappoz Yves, Pupion Pierre-Charles, « Le New Public Management », Gestion et management public, 2/2012 (Volume 1/n°2), p. 1-3.

1.2. La démarche du NPM

La démarche du NPM consiste à séparer ce qui est du domaine du « bien faire les choses » de ce qui est du domaine du « faire les bonnes choses », c'est-à-dire de séparer la gestion de la politique, d'ailleurs les techniques de gestion du NPM sont censées parvenir à une « bonne gouvernance ».

Hirst avance une définition plus brève de la bonne gouvernance, à savoir que « *la bonne gouvernance consiste à mettre en place un cadre politique efficace et propice à l'initiative économique privée – un régime stable, l'État de droit, une administration publique efficace adaptée aux rôles dont les gouvernements peuvent véritablement s'acquitter, une société civile forte et indépendante du pouvoir* ». ⁴³

Le scénario du NPM est donc de construire bas mais solide, en adoptant une configuration institutionnelle.

En plus d'un meilleur rapport qualité/prix des prestations énoncées et d'une meilleure adéquation de l'offre de biens publics à la demande sociale, le NPM garantit le respect de la pluralité sociale contre le traitement réducteur des problèmes et l'amélioration des conditions de travail de la fonction publique.

1.3. Les limites du NPM

Les conceptions et pratiques issues du NPM ont certainement contribué à des changements positifs au sein des administrations publiques, parmi lesquels l'ouverture à de nouveaux savoirs professionnels et à de nouveaux outils de gestion. Ainsi, le NPM « *pousse l'État à s'interroger sur son rôle et ses missions, celles qu'il doit assurer, celles qu'il peut déléguer ou confier à des agences ou des entreprises privées et celles qu'il peut organiser en partenariat avec le secteur privé* » ⁴⁴.

Cependant de nouvelles études controversent les postulats de départ du NPM, affirment l'affaiblissement de l'éthique publique et mettent en évidence les difficultés d'application des nouvelles pratiques managériales, en raison notamment de l'apparition de résistances individuelles et collectives et de l'insuffisance des moyens, marquant par-là même quelques effets indirects négatifs qui risquent de contrebalancer les effets attendus. Certains détracteurs dénoncent même un retour de la bureaucratie.

⁴³ Hirst, Paul, « *Democracy and Governance* » dans Pierre, Jon (éd.), *Debating Governance: Authority, Steering, and Democracy*, Oxford University Press, 2000.

⁴⁴ Amar, A. et Berthier, L. (2007), « *Le nouveau management public : avantages et limites* », *Revue Gestion et Management Publics*, vol. 5, p. 3.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

Par ailleurs, l'environnement ainsi que le niveau de complexité des secteurs public et privé sont incomparables. Le management public est différent et plus difficile que le management privé du fait de la non-compatibilité de certaines réponses s'inspirant du secteur privé avec les fondements et les valeurs du secteur public. En outre, il n'y a pas que l'argent qui entraîne une motivation chez les fonctionnaires ; d'autres facteurs sont tout aussi importants, notamment la reconnaissance, de bonnes conditions de travail et le fait d'être consulté sur les objectifs.

Enfin, l'évaluation, dont l'importance est primordiale dans le NMP, ne permet pas toujours de déboucher sur une amélioration des politiques menées. En effet, la mesure de la performance est compliquée dans le secteur public en raison de la diversité des objectifs et des acteurs.

2. La gouvernance des organisations publiques : Spécificités et implications

2.1. Les spécificités de la gouvernance des organisations publiques

Les organisations du service public s'inscrivent dans l'ensemble du système traditionnel de gestion des politiques publiques. De ce fait, il en découle un certains nombres de spécificités de la gouvernance des organisations publiques, à savoir : ⁴⁵

- premièrement, la mission d'une organisation de service public est définie en termes politiques et non pas en termes entrepreneuriaux, ce qui a des conséquences en matière de gestion des organisations du service public, parce que les missions sont souvent définies en dehors (à l'extérieur) de ces organisations. Il en résulte donc un problème de leadership, ou autrement dit, dans le cas des organisations du service public, il existe le danger qu'il y ait plusieurs leaders, notamment des leaders politiques et des leaders gestionnaires. Il existe donc ici un potentiel de conflit et de concurrence
- Deuxièmement, les organisations du service public poursuivent des intérêts généraux qui sont définis par la politique. Ces derniers sont identiques à l'aspect service public. La grande difficulté de gouvernance consiste à réconcilier les intérêts généraux avec les intérêts spécifiques qui sont toujours également poursuivis par ces organisations du service public. Le défi consiste ainsi à trouver des modèles de gestion qui permettent de mettre à profit les outils de gestion utilisés pour la poursuite des intérêts particuliers également à des fins d'intérêts généraux.

⁴⁵ DAFFLON, Bernard, « *Nouvelle gestion publique : chances et limites d'une réforme de l'administration* ». Genève: Centre d'étude, de technique et d'évaluation législatives (CETE)L, 199. P.50.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

- Troisièmement, la responsabilité des organisations du service public est en fin de compte devant le souverain, et non pas devant les actionnaires. Ceci signifie que le souverain doit pouvoir sauvegarder la possibilité d'influencer l'orientation (et la mission) des organisations du service public. Ceci signifie aussi que le souverain - le peuple et la politique - ne peut pas être conceptualisé comme un simple "Stakeholder", comme ceci est généralement le cas dans la conception de la gestion du secteur privé. On est actuellement à la recherche de modèles de gestion pour mettre une certaine distance entre la politique et les entreprises publiques, notamment en mettant en place des conseils d'administration combinant compétence et représentation politique.
- Quatrièmement, le financement des organisations du service public - du moins de la partie service public - relève et doit continuer à relever en majorité des impôts, et non pas des clients (taxes d'utilisation, émoluments, etc.). Il est généralement admis que les clients peuvent payer une partie des coûts du produit, voire même l'ensemble de ces coûts, mais ne contribuent pas par ce biais-là au financement des intérêts généraux. De l'autre côté, les impôts ne peuvent pas être utilisés pour financer les prestations des organisations du service public qui sont offerts en libre concurrence sur le marché (interdiction des subsides croisés). Le modèle du marché rencontre donc de sérieuses limites dans le cadre du secteur public du fait que : (1) les organisations publiques ont des limites (relevant de leurs missions) dans leurs activités commerciales, et que (2) leur financement ne dépend pas directement de leur performance sur le marché.
- Cinquièmement, les citoyens-clients des organisations du service public ne sont pas homogènes. En effet, du fait que les organisations du service public répondent à des missions politiquement définies et satisfont un intérêt général, leur "clientèle" est nécessairement hétérogène, du moins plus hétérogène que la clientèle du secteur privé. De plus, les organisations du service public sont obligées, de par leur mission de service public, de servir leur clientèle. Ceci a des implications non seulement sur le financement, mais également sur le marketing, qui dans le secteur public devient nécessairement spécifique.

2.2. Implications sur la transformation des organisations publiques

Quand il s'agit de conceptualiser la transformation des organisations publiques en organisations publiques plus efficaces et plus efficientes, il faut nécessairement tenir compte de toutes leurs spécificités déjà mentionnées plus haut.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

Pour A. Bartoli⁴⁶, la participation des acteurs à tous les niveaux, comme pour tout processus de changement, doit s'entendre selon deux dimensions complémentaires :

- d'une part, par l'implication des catégories d'agents les plus directement concernés dans la conception et la mise en œuvre du changement lui-même.
- D'autre part, par l'information des autres catégories de personnel, voire par la communication et la formation sur les enjeux et les conséquences des processus transformés.

Les organisations publiques opèrent dans un contexte politique, impliquant donc la présence de plusieurs acteurs lors de leur transformation, d'où la nécessité de développer une vision globale de cette transformation. En effet, on ne peut pas se limiter à l'organisation proprement dite pour conceptualiser sa transformation. Il faut toujours avoir également en vue la transformation de l'ensemble du système de gestion des affaires publiques, en particulier le rapport entre politique et organisation publique. Il faut aussi qu'il y ait de la communication, de la formation et un partage de l'information entre les différents acteurs pour un changement plus efficace et efficient.

2.3. De l'administré à l'utilisateur

Les vocables d'« administré » et d'« utilisateur » renvoient à des conceptions totalement distinctes de la relation administration-société.

Le terme d'« administré » évoque l'imposition unilatérale d'une domination et suppose un modèle administratif à base d'autorité, d'éloignement et de contrainte : pris en charge, « géré » par l'administration, cible de son action, destinataire de ses normes, quadrillé par ses appareils, l'administré est un objet passif, malléable et docile.

Le terme d'« utilisateur » au contraire évoque une relation bilatérale d'échange et implique un modèle administratif à base de réciprocité, de proximité et de liberté : face aux équipements que l'administration met à sa disposition, devant les services qu'elle offre, l'utilisateur garde une faculté de choix, une distance critique, une marge d'autonomie.

L'image de l'administré n'est que le négatif de la domination administrative ; celle de l'utilisateur est le signifiant de la soumission de l'administration aux impératifs de sa fonction. Le changement d'une représentation à l'autre traduit donc l'évolution du rôle et de la position sociale de l'administration et la transformation du sens même de son institution.

Utilisant les services que l'administration met à sa disposition, recourant aux prestations qu'elle lui offre, l'utilisateur apparaît comme le bénéficiaire de l'action administrative. Le concept

⁴⁶ A. Bartoli (2009) : « *Le management des organisations publiques* », Ed. Dunod, Paris, p. 349.

CHAPITRE I : MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

d'usager traduit donc bien l'avènement d'une nouvelle représentation de la relation entre l'administration et les citoyens : le développement d'une administration « de service » transforme l'administré d'objet passif, apathique et soumis en sujet actif, volontaire et indocile ; l'usager n'est plus seulement l'assujéti, une surface d'inscription des disciplines administratives, mais le référent ultime de l'action administrative. Le développement continu des services publics donnera à cette représentation une importance croissante : l'administré se métamorphosant de plus en plus en usager, la relation entre l'administration et le public tend à basculer vers ce modèle plus souple et plus tolérant. Dans une certaine mesure, la suppression pure et simple du concept d'administré au profit de celui d'usager ne fait à première vue que prendre acte de cette évolution.

CONCLUSION

A travers ce chapitre, nous avons pu dégager les différentes spécificités du service public et du management public. Afin de surmonter les limites de la gestion traditionnelle et augmenter la performance des organisations publique, une culture gestionnaire s'impose. L'approche partenariale, qui prend en considération la totalité des parties prenantes, est selon nous la mieux appropriée au domaine public, à l'instar de l'hôpital qui présente de multiples spécificités qui s'ajoutent à celles des services publics en général. Dans le chapitre d'après, nous tenterons de cerner les problèmes de gouvernance inhérents à l'hôpital public, particulièrement ceux ayant trait à la représentation des usagers.

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

INTRODUCTION

L'objet de ce second chapitre est d'analyser la place qu'occupent les usagers dans la gouvernance hospitalière. Dans un premier temps, nous proposerons une analyse organisationnelle de l'hôpital, en tentant de faire ressortir les spécificités de l'hôpital et en présentant ses modèles de gouvernance. Ensuite, nous tenterons de faire un état des lieux de la gouvernance hospitalière en Algérie, en précisant le rôle et la composition du Conseil d'Administration (CA) et le rôle respectif des autres instances décisionnelles de l'hôpital. Enfin, nous développerons une étude comparative qui essaiera de situer la place de l'Algérie par rapport à certains pays développés et à ses voisins maghrébins en matière de gouvernance hospitalière.

I. La gouvernance hospitalière

La gouvernance hospitalière obéit à des règles spécifiques, liées aux caractéristiques de son personnel et à son fonctionnement impliquant différents acteurs. Ainsi, dans cette section, nous proposerons d'abord une analyse organisationnelle de l'hôpital, avant de donner un aperçu des contours et des spécificités de la gouvernance hospitalière. Enfin, nous essayerons de faire ressortir le modèle de gouvernance le mieux approprié à l'hôpital public.

1. Analyse organisationnelle de l'hôpital

L'analyse organisationnelle de l'hôpital se rapporte à l'appréciation des éléments qui composent toute organisation, à savoir une structure, des acteurs, une stratégie et une culture.

1.1. Définition de l'hôpital

L'hôpital est une organisation de production de soins (OPS). Il fournit des prestations de diagnostic et de traitement, plus au moins spécialisés et exigeant un plateau technique plus au moins sophistiqué.¹

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), l'hôpital est défini comme étant un « établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers »². Il a pour mission de fournir des soins spécialisés sans discrimination entre statuts socioéconomique ou statut de morbidité.

¹ A. BELGHITI ALAOUI et al. : « Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital », RABAT, Royaume du Maroc, 9/10/2005. p. 16.

² Encyclopaedia Universalis : «L'hôpital». Disponible in : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital/3-1-organisation-hospitaliere-contemporaine/>

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

L'hôpital public est souvent présenté comme le miroir de notre société, de ses détresses comme de ses joies, de ses limites comme de ses progrès. Plus encore, les valeurs qui soutiennent l'hôpital public sont le reflet des valeurs qui fondent notre société : des valeurs humanistes traduisant en termes de santé physique et morale le respect de la dignité de chacun, la non-discrimination et l'égalité de traitement due à chaque citoyen.³

1.2. Organisation de l'hôpital

Dans sa typologie des configurations, Mintzberg propose cinq modèles organisationnels en les différenciant selon le type de structure, le contexte, le système de décision, les circuits de communication, etc. (Mintzberg, 1990)⁴.

Si les analyses du secteur hospitalier rapprochent souvent l'organisation de l'hôpital au modèle organisationnel que Mintzberg appelle « bureaucratie professionnelle » (Pontier, 1998, p. 977)⁵ ou « configuration professionnelle » (Nizet et Pichault, 1995, p. 229)⁶, l'hôpital peut encore refléter les traits d'une configuration bureaucratique, missionnaire ou encore adhocratique.

1.2.1. La configuration professionnelle

Dans la Théorie des organisations, une configuration professionnelle est une organisation dont l'activité requiert des professionnels hautement qualifiés. C'est ce que Mintzberg appelle la standardisation des compétences ou des qualifications : la coordination résulte du fait que chaque opérateur possède des compétences répertoriées et connaît les compétences attendues des autres intervenants. Cela suppose évidemment que les opérateurs aient fait l'objet d'une formation et d'une socialisation initiale, le plus souvent hors de l'organisation considérée. C'est le cas du bloc opératoire où les différents intervenants (chirurgien, anesthésiste, infirmière), ont acquis les compétences respectives nécessaires à l'intervention et en savent suffisamment pour interagir sans avoir besoin de longues délibérations.

³ Panel Pierre, « *L'hôpital public. Ses contradictions, ses mutations* », Études, 10/2007 (Tome 407), p. 319-330.
URL : <http://www.cairn.info/revue-etudes-2007-10-page-319.htm>

⁴ H. MINTZBERG : « *Le management : voyage au centre des organisations* », Editions d'Organisation, 1990, In D. DURIEUX : « *La décentralisation des hôpitaux : un enjeu pour la gestion des ressources humaines* », Revue Hospitals.be, N° 246, mars 2001.

⁵ M. PONTIER : « *Les démarches d'appréciation du personnel dans le secteur hospitalier* », in Actes du 9^e congrès de l'AGRH, tome 2, 19-20 novembre 1998, pp. 975-985. In D. DURIEUX (2001), *op. cit.*.

⁶ J. NIZET et F. PICHAULT : « *Comprendre les organisations. Mintzberg à l'épreuve des faits* », Ed. Gaëtan Morin, 1995. In D. DURIEUX (2001), *op. cit.*.

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

1.2.2. La configuration bureaucratique

Dans la théorie des organisations, une configuration bureaucratique est une organisation qui met la standardisation des procédés au cœur de son système de fonctionnement, où le travail est réalisé dans le respect de règles et de procédures définies par les gestionnaires⁷.

Les caractéristiques principales de cette configuration sont : des tâches fortement spécialisées, des tâches opérationnelles routinières, des procédures très formalisées, du pouvoir décisionnel relativement centralisé, l'usage de systèmes de planification et de structures administratives élaborées. Il peut s'agir ainsi de formulaires à remplir lors de l'inscription d'un patient, du timing des repas et des soins, de la gestion des lits et de leur occupation, ...

1.2.3. La configuration missionnaire

Dans ce type d'organisation, l'idéologie joue un rôle très important. Elle mobilise les membres de l'entreprise et standardise leur comportement. Les unités sont décentralisées, mais soumises à de puissants contrôles par les normes et la culture. Les acteurs sont libres d'organiser leur travail au plan local, mais ils doivent intégrer les normes et les valeurs de l'organisation⁸. Au sein de l'hôpital, le travail des professionnels est orienté vers des objectifs et valeurs fixées et établies par l'organisation. Il s'agit généralement du bien-être du patient, objectif également poursuivi par les professionnels et les dirigeants de l'institution.

1.2.4. La configuration adhocratique

Elle regroupe des experts spécialisés dans des métiers distincts qui collaborent par ajustement mutuel. Le travail s'effectue au sein d'équipes pluridisciplinaires dans lesquelles se mêlent des spécialistes de support logistique, des opérateurs et des managers. Cette structure conçue pour la réalisation de projets innovateurs, est appelée aussi "adhocratie", du latin "ad hoc" qui signifie "adapté à", "conçu pour". Le travail est donc organisé pour répondre de façon spécifique et collective aux besoins du patient, c'est le cas de certains services de santé, comme par exemple les urgences où le travail d'équipe est souvent nécessaire à la survie du patient.

2. La gouvernance de l'hôpital public

A la fin des années 1990, l'Angleterre entreprend une réforme des services de santé axée sur deux critères principaux : l'efficacité et l'excellence. Au cœur de cette réforme se trouve le concept de gouvernance clinique.

2.1. Définition

⁷ D. DURIEUX (2001), *op. cit.*

⁸ G. Bénédicte: " *l'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social : influence de l'organisation et de l'encadrement* », DESS Certificat d'Aptitude et d'Administration des Entreprises, Institut d'Administration des Entreprises, Université Montpellier II, 21/09/2000.

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

La gouvernance clinique est définie comme étant « *un ensemble de moyens par lesquelles les organisations et les professionnels assurent la qualité et la sécurité des soins. Ce mode de gouvernance tend à responsabiliser l'ensemble des acteurs en les incitant à s'engager dans la création, le maintien et la surveillance des standards qui correspondent aux meilleures pratiques cliniques* ». ⁹ Cette notion s'appuie sur le fait que l'ensemble des acteurs de l'hôpital, que ce soit les administrateurs, les soignants ou les usagers, sont concernés par la performance de l'organisation et la promotion de la qualité des soins, et qu'ils sont tous placés au centre de la gouvernance hospitalière.

2.2. Les composantes de la gouvernance hospitalière

La gouvernance clinique à six composantes, à savoir : ¹⁰

- Formation et développement professionnel : les changements et le développement des innovations et des technologies cliniques dans le domaine sanitaire, rendent la formation initiale insuffisante pour la pratique des professions de l'ensemble des intervenants du domaine de santé. De cette façon, la formation continue est nécessaire pour les professionnels du domaine
- Transparence : développer la transparence des soins et les pratiques sanitaires est important pour garantir les services rendus. La transparence est une composante essentielle pour une bonne gouvernance, elle doit respecter le secret des données sur les patients.
- Recherche et développement scientifique : la recherche et le développement scientifique avantagent la qualité des soins, c'est ainsi à travers les résultats obtenus des recherches scientifiques qu'on développe la qualité et qu'on accroît l'efficacité clinique. Donc, il est indispensable de promouvoir la recherche et le développement scientifique dans l'hôpital.
- Gestion des risques : elle réunit l'ensemble des pratiques qui sont mises en place pour assurer un environnement de travail sûr pour les praticiens, ainsi qu'un lieu sûr pour les soins dans l'objectif de protéger les patients. La sécurité sanitaire et la sécurité

⁹ Brault I., Roy D.A., Denis I.: « Introduction à la gouvernance clinique : historique et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé », *Pratiques et Organisations des Soins*, vol.39, n°3, 2008, pp. 167-173.

¹⁰ I. Brault, D.A. Roy : « Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et enjeux d'implantations », *Infolettre*, vol. 3, n°1, juin 2006, p2. Voir aussi Hôpital du valais : « la gouvernance clinique » In : www.rsv-gnw.ch

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

du travail à l'hôpital sont ainsi favorisées par la gouvernance, en contribuant à développer les meilleures pratiques sécuritaires dans ce domaine.

- Efficacité clinique : c'est une dimension qui permet de déterminer le degré d'efficacité des pratiques cliniques.
- Vérification clinique : c'est une méthode d'évaluation des pratiques qui mesure les écarts entre la pratique réelle observée et celle recommandée à travers les critères d'évaluation, les professionnels mettant en place des actions d'amélioration de la qualité des soins.

3. La théorie des parties prenantes et les spécificités de la gouvernance hospitalière

Les spécificités de l'hôpital, en tant qu'organisation fournissant un service public, exigent de mettre en place une gouvernance hospitalière spécifique, qui prend en compte toutes les parties prenantes de l'hôpital.

3.1. La théorie des parties prenantes et la gouvernance de l'hôpital

La théorie des parties prenantes s'est développée dans les années quatre-vingt en réponse à la suprématie des intérêts actionnaires préconisée par Jensen et Meckling (1976).¹¹ Elle repose sur différents postulats, notamment la valeur partenariale essentielle à l'ensemble des parties dont aucun intérêt ne peut dominer les autres. De ce fait, Samuel Mercier (2006) nous explique que « *au-delà de la maximisation du profit, il convient d'inclure dans la gouvernance de l'entreprise les intérêts et les droits des non actionnaires* »¹²

Quant à Patrick Mordelet (2006)¹³, il défend l'hypothèse d'une applicabilité exclusive du modèle *Stakeholder* à l'analyse de la gouvernance de l'hôpital. Le modèle *stakeholder*, en prenant en compte toutes les parties prenantes, semble également pouvoir s'articuler autour des problématiques hospitalières de mise en cohérence des activités des différents corps professionnels présents dans l'organisation.

En définitive, la théorie des parties prenantes est fondée sur le principe d'implication de tous les acteurs qui peuvent affecter la réalisation des objectifs de l'organisation, la gestion et la gouvernance de celle-ci. Son applicabilité dans le domaine de la santé s'est avérée très féconde.

¹¹ M. JENSEN, W. MECKLING : « *Theory of the firm : Managerial behaviour, Agency costs and Ownership Structure* », Journal of Financial Economics, vol. 3, 1976, pp. 305-360. In M. MBOUNA (2010), *op. cit.*, p. 115.

¹² Mercier S. (2006) « *La théorie des parties prenantes : une synthèse de la littérature* », in Bonnaïfous-Boucher M., Pesqueux Y. *Op. cit.* In M. MBOUNA (2010), *op. cit.*, p. 115.

¹³ P. MORDELET : « *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé* », Éditions ENSP, Rennes, 2006. In M. MBOUNA (2010), *op. cit.*, p. 115.

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

3.2. Les parties prenantes à la gouvernance hospitalière

Les principales parties prenantes à la gouvernance de l'hôpital sont les usagers, les personnels médicaux et non médicaux, ainsi que les financeurs publics ou autres (Etat et collectivités locales, compagnies d'assurance). Une analyse plus globale conduit à inclure d'autres acteurs, comme les entreprises privées qui ont tout intérêt à ce que le capital santé de leurs salariés soit préservé et concourent au financement de la sécurité sociale. L'analyse des différents objectifs des parties prenantes montre des conflits d'intérêts importants.

Les usagers ont intérêt à recevoir les meilleurs soins dans les meilleurs délais sachant qu'ils contribuent également au financement, soit de façon directe, soit de façon indirecte (comme contribuables ou assurés), qu'il peut y avoir des décalages temporels importants entre les contributions financières et le moment où ils bénéficient des soins et, enfin, qu'ils peuvent choisir entre prestataires de soins publics ou privés.

En ce qui concerne les personnels médicaux, au-delà des rémunérations, et des conditions de travail, les objectifs peuvent également se traduire en termes de préservation et d'accroissement des compétences et du capital humain.

Les objectifs des financeurs sont également particuliers. Ceux des assureurs varient en fonction de leur forme juridique (mutuelles ou assurances économiques). Quant aux financeurs publics, leur objectifs, notamment d'équilibre financier, sont fortement contraints par les préoccupations électorales nationales ou locales des élus politiques.

Une catégorie non évoquée est celle des dirigeants qui, dans la perspective de la gouvernance d'une entreprise, sont censés constituer une variable centrale pour expliquer la performance de la firme. Transposée dans un cadre partenarial et appliquée à l'hôpital, cette problématique implique que l'origine d'une moindre performance hospitalière est à rechercher dans les conflits d'intérêts entre les dirigeants et les différentes parties prenantes et, en élargissant, dans une capacité insuffisante des dirigeants à arbitrer entre les conflits d'intérêts des différentes parties prenantes, voire à profiter de ces conflits pour satisfaire leurs propres objectifs (rémunération, carrière, enracinement,...).

Le système de gouvernance hospitalière est alors à examiner dans sa capacité à réduire les coûts d'agence nés de ces conflits d'intérêts.

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

3.3. Les spécificités de la gouvernance hospitalière

Les spécificités de la gouvernance hospitalière peuvent se résumer comme suit :

3.3.1. Les spécificités structurelles de la gouvernance hospitalière

L'hôpital assure des missions de service public, qui ont un caractère « *d'intérêt général que l'administration entend assumer* »¹⁴. La spécificité de l'hôpital est présente plus précisément dans la mission de soin qu'il remplit, ainsi que dans le fait que c'est un organisme public où la tutelle exerce son pouvoir de propriété. L'application de la gouvernance dans le milieu hospitalier demeure difficile, du fait de l'absence des actionnaires dans l'hôpital, ainsi que de son aspect non lucratif.

Les spécificités structurelles sont de nature à rendre difficile l'application des méthodes managériales à l'hôpital ; le bien produit n'est pas mesurable et l'anticipation de la demande est quasi-impossible. En outre, le personnel obéit aux prérogatives de la fonction publique et il inclut deux types de personnels : administratifs et soignants, dont les intérêts sont le plus souvent divergents ; l'administration tente d'optimiser son organisation aux moindres coûts et le soignant recherche le résultat thérapeutique à n'importe quel prix.

3.3.2. Les spécificités organisationnelles de la gouvernance hospitalière

L'hôpital est considéré comme étant une organisation composite, dans laquelle plusieurs mondes coexistent (monde de l'inspiration, monde industriel, monde domestique, monde civique), assurant différentes fonctions, comme l'innovation médicale, la recherche de la performance scientifique, la prise en charge des patients, l'accès de tous aux bienfaits de la médecine, etc. L'organisation hospitalière est à la fois un défi et une difficulté pour le management. Elle représente un défi par la complexité de l'organisation, qui tient à « *la multiplicité des acteurs, des techniques et des attentes souvent contradictoires du public et des autorités de tutelle* »¹⁵. Elle constitue ainsi une difficulté pour le manager, du fait de la complexité de l'institution. En effet, l'hôpital est à la fois une entreprise, une entreprise publique et un établissement public de soins :¹⁶

- L'hôpital-entreprise : la coexistence d'une multitude d'instances décisionnelles (le directeur et le CA) et d'instances consultatives (Comité Médical,...) exige

¹⁴ Steudler F. (2004), « *Le management hospitalier de demain : approche sociologique* », in C. Amourous, « *que faire de l'hôpital ?* », Ed. L'Harmattan, pp. 259-275. In M. MBOUNA, (2010), Op.cit.

¹⁵ J. Kervasdoué (2004), « *L'hôpital* », Coll. Que-sais-je ?, Ed. PUF, p. 63. In M. MBOUNA, (2010), Op.cit.

¹⁶ G. Schier et O. Meier (2008) : « *Les spécificités de la gouvernance hospitalière : synthèses et perspectives* », *Revue Française de Gouvernance d'Entreprise*, n° 3, semestre 1, pp. 77-90.

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

l'application de la gouvernance de l'entreprise qui se base sur des règles de bonne gouvernance et de bonne gestion.

- L'hôpital-entreprise publique : l'hôpital fonctionne selon le principe d'intérêt général où les décisions, prises en son sein, sont contrôlées par la tutelle, et ses principes de gouvernance sont soumis aux contraintes de la gestion publique.
- L'hôpital-établissement public de santé : L'hôpital est soumis à une cogestion entre le Comité Médical et les instances décisionnelles (le CA, le directeur) du fait du bien qu'il produit (offrir des soins). De ce fait, il répond à des règles de gouvernance différentes.

3.3.3. Les spécificités pratiques de la gouvernance hospitalière

Les spécificités pratiques de la gouvernance hospitalière apparaissent en pratique avec l'essai de conciliation des intérêts de différents acteurs de l'hôpital, à savoir : le président du CA et ses membres, le directeur, le conseil médical, le personnel et les usagers.¹⁷

La prise en compte de ces différents acteurs crée des problématiques de fonctionnement et de gouvernance spécifiques, différents du cadre de la gouvernance de l'entreprise.

- Le CA doit soumettre ses délibérations à la tutelle puisqu'il est soumis aux prérogatives de l'Etat ;
- Le directeur se trouve dans une position délicate entre la tutelle et le pouvoir médical du fait qu'il exécute les délibérations du CA sous le contrôle de la tutelle, et qu'il est plus concerné par l'exécution de la politique de l'Etat que par la stratégie définie par le CA ;
- Les comités spéciaux : ce sont les commissions présentes à l'hôpital ; elles détiennent le pouvoir technique. Ce pouvoir est qualifié d'absolu parce que ces acteurs représentent l'activité de l'hôpital en tant que professions médicales et paramédicales. Certains auteurs considèrent que les médecins sont les vrais ordonnateurs de la dépense de l'hôpital du fait de leur liberté de prescription.

¹⁷ C. Auvin et K. Le Joy (2003): « *La gouvernance de l'entreprise à l'hôpital* », *Gestions Hospitalières*, Cahier 181, Novembre, pp. 709-712.

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

L'existence de différents acteurs crée, comme l'explique André-Pierre Contandriopoulos¹⁸, la coexistence de quatre logiques de régulations, dont l'articulation est une clé de performance hospitalière :

- Une **logique professionnelle** diffusée par les professionnels, qui entraîne plus d'autonomie pour les médecins dans l'utilisation des ressources mises par la société à leur disposition afin de soigner les malades. Dans ce type de gouvernance, le médecin garantit donc l'intérêt du patient et cela au nom de la relation de confiance qui existe entre le médecin et son patient. Il dispose de la liberté d'utilisation des ressources disponibles.
- Une **logique technocratique** diffusée par les gestionnaires, qui conduit à plus d'économies et moins de solidarité pour serrer les budgets. Ce type de gouvernance envisage l'usager comme étant un administré géré par l'autorité publique, dont l'intérêt est garanti par la recherche de l'intérêt général. Dans ce type de gouvernance, les gestionnaires vont utiliser les ressources disponibles pour garantir l'intérêt général et le patient est géré dans ce cas-là par l'autorité publique.
- La logique économique diffusée par le monde marchand, qui va favoriser la libre concurrence et soumettre le secteur sanitaire à la logique du marché libéral. Ce type de gouvernance favorise la prise en compte du consommateur de soins qui devra être responsabilisé notamment dans l'objectif de maîtriser des dépenses.
- La logique démocratique diffusée par le monde politique. Dans ce type de gouvernance, il y a une forte centralisation des décisions. La modernisation du service public conduit ce type de gouvernance à prendre en compte le citoyen en tant qu'acteur émergent, dont la voix s'exprime notamment à partir des dispositifs de la démocratie sanitaire.

3.4. Quel est le modèle de gouvernance le mieux adapté pour l'hôpital public ?

Nous présenterons dans ce qui suit les différents modèles de la gouvernance hospitalière, tout en essayant de dégager le modèle le plus approprié à l'hôpital public.

3.4.1. Le modèle administré de la gouvernance régulé par les pouvoirs publics

Ce modèle repose sur une hypothèse selon laquelle seule la puissance publique, représentée par l'Etat ou l'une de ses expressions, est garante de l'intérêt général, alors que les

¹⁸ A.P. Contandriopoulos (1999), « *La régulation d'un système de soins sans murs* », in Claveranné J-P., Lardy C. : « *La santé de demain : vers un système de soins sans murs* », Economica, pp. 87-102. In M. MBOUNA (2010), *Op.cit.*

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

individus et organisations privées ne peuvent représenter que des intérêts particuliers. Tout remonte donc à l'Etat, aux réglementations qu'il édicte, aux arbitrages qu'il rend. Si ce « modèle administré » de la gouvernance est la règle dans les économies centralisées dites « socialistes » ou « collectivistes », il reste très prégnant dans les économies occidentales.

Dans l'hôpital public, le directeur reste strictement attaché aux décisions qui viennent des grandes instances, et reste dépendant des pouvoirs publics dans la gestion de son établissement. D'ailleurs, même les décisions prises par le CA doivent avoir l'approbation du représentant des pouvoirs publics au niveau territoriale afin de les exécuter.

3.4.2. Le modèle boursier de la gouvernance régulé par les marchés financiers

Ce modèle est le plus classique, bien décrit par la théorie de l'agence. La firme appartient à ses actionnaires qui se trouvent dans la position de « principal » par rapport à l'« agent » constitué par les dirigeants. Ces derniers sont, par-là, sous surveillance afin que leurs comportements s'exercent au profit des actionnaires.

Dans l'hôpital public, ce modèle prend en considération uniquement deux aspects des relations présentes dans l'hôpital public, à savoir : la relation entre le directeur et la tutelle et la relation entre le directeur et le personnel médical. Ces deux relations présentent des asymétries d'information, qui engendrent des aléas moraux. Cependant, la théorie de l'agence semble inadaptée aux spécificités de l'hôpital. Ainsi, l'hôpital public regroupe un ensemble d'acteurs, détenteurs chacun d'un pouvoir spécifique ; l'analyse de la gouvernance hospitalière s'étend donc au-delà de ces deux relations d'agence.

3.4.3. Le modèle partenarial de la gouvernance régulé par les partenaires économiques

Ce modèle diffère du modèle boursier dans la mesure où il postule que le management de la firme ne doit pas seulement tenir compte de ses actionnaires, mais plus largement des différents partenaires impliqués dans son fonctionnement, en premier lieu des salariés, via leurs représentants. On a pu styliser ce modèle en recourant à la théorie de l'agence, version élargie à plusieurs « principaux » ; ces derniers pouvant être regroupés dans un « conseil de surveillance » chargé de contrôler les dirigeants et d'assurer les missions de la gouvernance.

Le modèle partenarial semble trouver sa place dans l'hôpital public, du fait qu'il est représentatif des multiples acteurs et de leurs intérêts dans l'hôpital. Le modèle partenarial est donc le meilleur modèle de la gouvernance hospitalière.

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

II. LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE EN ALGÉRIE

A travers cette section, nous allons tout d'abord évoquer le rôle et la composition du CA et des autres instances décisionnelles de l'hôpital. Ensuite, nous allons donner un aperçu historique de l'évolution du rôle des usagers dans la gouvernance hospitalière, avant de recenser les missions remplies par les représentants des usagers. Enfin, nous tenterons de donner un aperçu historique et un état des lieux du mouvement associatif en Algérie.

1. Composition et rôles des acteurs de la gouvernance hospitalière

D'après le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007¹⁹, l'établissement public hospitalier (EPH) est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du Wali. Il est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur. Il est doté d'un organe consultatif dénommé « conseil médical ».

1.1. Le conseil d'administration

Le conseil d'administration de l'EPH est composé de 11 membres, à savoir :

- Le représentant du wali (comme président du conseil) ;
- Un représentant de l'administration des finances ;
- Un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- Un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya ;
- Un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège de l'établissement ;
- Un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ;
- Un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ;
- Un représentant des associations d'usagers ;
- Un représentant des travailleurs élu en assemblée générale ;
- Le président du conseil médical.

Le directeur de l'EPH assiste aux délibérations du CA avec voix consultative et en assure le secrétariat.

1.1.1. Les fonctions du conseil d'administration

Les fonctions que nous allons recenser ci-après concernent celles du conseil d'administration de l'EPH algérien. Selon le décret exécutif n°07-140, le conseil d'administration délibère sur :

- le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement ;

¹⁹ Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 pour la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

- 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 ;
- les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments, des équipements médicaux et des équipements connexes ;
- les contrats relatifs aux prestations de soins conclus avec les partenaires de l'établissement, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;
- le projet de tableau des effectifs ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location ;
- l'acceptation ou le refus des dons et legs.

1.2. Le directeur

Le directeur de l'établissement public hospitalier est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé. Il 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 comptes de l'établissement ;
- il établit le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur de l'établissement ;
- il 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 ;
- il passe tout contrats, marchés, conventions et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur les personnels placés sous son autorité;

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

- il nomme l'ensemble des personnels 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.

Le directeur est assisté de quatre (4) sous directeurs chargés respectivement : des finances et des moyens ; des ressources humaines ; des services de santé ; de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes.

1.3. Le conseil médical

Le conseil médical 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 projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;
- les programmes de santé et de population ;
- les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;
- la création ou la suppression de structures médicales.

Le conseil médical propose toutes mesures de nature améliorer l'organisation et le fonctionnement, notamment des services de soins et de prévention.

Le conseil médical peut être saisi par le directeur de l'établissement public hospitalier et le directeur de l'établissement public de santé de proximité, 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 ;
- un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux ;
- un représentant des personnels hospitalo-universitaires, le cas échéant.

Le conseil médical élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois (3) années, renouvelable.

Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux (2) mois. Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur de l'établissement public hospitalier.

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal consigné sur un registre *ad hoc*.

Le conseil médical ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente ; si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours qui suivent et ses membres peuvent délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Le conseil médical élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

2. Les usagers et les associations représentantes

Les usagers sont une partie prenante importante au sein du CA de l'hôpital. En effet, ils peuvent intervenir et prendre part aux décisions à travers leurs représentants. Ces représentants appartiennent au mouvement associatif activant dans le domaine de la santé.

2.1. Définition et évolution du concept d'utilisateur

La notion d'utilisateur résulte de l'évolution d'autres notions. Premièrement, il y avait le « patient », un individu souffrant qui constitue l'objet de la médecine et du médecin qu'il consulte ; ce qui fait de lui un acteur passif. Mais le développement technologique et l'évolution des attentes du patient envers l'établissement de santé et de ses professionnels, font que cette notion devient inadaptée à la situation actuelle. Deuxièmement, la notion de « client » a été proposée pour remplacer celle de « patient » avec le développement de la technologie ; cependant elle est inadaptée au secteur de la santé ; l'individu malade n'est pas en position de choisir ni l'hôpital où il se rend, ni le médecin qu'il consultera, et la quasi gratuité des soins dans la plupart des pays rend la notion de « client » inappropriée dans le domaine de la santé. Alors la notion d'« utilisateur » est apparue comme étant la plus appropriée pour passer du statut d'« objet », dont est qualifié le patient, au statut d'un « sujet » acteur du système de soins.

L'utilisateur de l'hôpital inclut tout individu concerné par l'activité de l'hôpital. Le statut de l'utilisateur fait de lui un sujet, acteur du système de soins en position égale avec les autres acteurs de l'hôpital. C'est devenu ainsi une partie prenante organisationnelle et primaire dans le système de soins, annulant de ce fait son statut d'objet et de partie prenante secondaire qui subit l'acte médicale. La quasi-gratuité des soins, qui bénéficient d'un financement largement socialisé, oblige à admettre la notion d'« utilisateur », qui englobe tous ceux qui ont recours aux activités sanitaires, indépendamment de la structure des soins (publiques ou privées) et du prestataire de soins. Adopter cette notion implique dès lors l'admission de l'utilisateur dans les

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

instances de décisions via un représentant²⁰. En définitive, il semble ainsi légitime de retenir l'emploi du terme « usager ».²¹

2.2. Le représentant des usagers

Les représentants des usagers sont des membres d'associations de santé. Ils jouent le rôle d'intermédiaires entre la société civile et les institutions médicales et administratives par le biais de leurs interventions qui se font lors des réunions du CA afin de faire valoir les doléances des usagers. Les représentants des usagers doivent accomplir certaines tâches dans les meilleures conditions, il faut donc qu'ils disposent des qualités essentielles :

- les représentants des usagers doivent être, en premier lieu, des usagers de la santé, d'où la nécessité qu'ils soient issus d'une association sanitaire pour mieux répondre aux attentes des usagers ;
- il faut qu'ils n'aient pas de compte à rendre à l'établissement ;
- il faut qu'ils sachent imposer leurs idées aux autres, et cela ne peut se faire que si ces derniers disposent de connaissances dans les différents domaines médical, gestionnaire et juridique. En d'autre sens, il faut qu'ils participent de *façon active* dans les instances décisionnelles où ils sont impliqués ;
- Il faut qu'ils fassent des visites dans l'hôpital pour se renseigner sur les lieux, pour cibler les difficultés techniques rencontrés par les professionnels et les usagers ;
- Il est nécessaire qu'ils rencontrent les anciens représentants des usagers et le directeur, ainsi que la consultation de l'organigramme de l'hôpital et la lecture des rapports d'activité ;
- Il faut aussi qu'ils repèrent comment sont recueillis et traitées les informations qui seront à la base du travail du représentant des usagers, notamment les réclamations et les plaintes.

2.3. Le mouvement associatif

Parler du mouvement associatif revient à évoquer la problématique de définition de la société civile. En effet, pour Bonnet et Degryse²², le phénomène associatif est un fait de société.

²⁰ E. Caniard (Coord.) (2000) « *La place des usagers dans le système de santé* », Rapport et propositions du groupe de travail, Décembre, In : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>

²¹ C. Morgny : « *Démocratie sanitaire : place et rôle des usagers* », Module interprofessionnel de santé publique, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, In : <http://ressources.ensp.fr>

²² BONNET Francis et Oliver DEGRYSE, « *Le Management associatif* », Ed. De Boeck & Larcier, Bruxelles/Paris, 1997, p. 5.

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

Une association est, avant tout, une organisation dont l'objectif primordial est humanitaire, son but n'est donc pas la réalisation de bénéfices. Plusieurs personnes décident de se mettre ensemble et la crée pour faire face à des problèmes à résoudre, à des dysfonctionnements dans un domaine donné. Selon le guide de dirigeant d'association²³, « *l'association, c'est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices* ».

Depuis la décennie qui vient de s'écouler, le mouvement associatif a connu un essor considérable en Algérie. Il est expliqué par deux facteurs essentiels. Il y a d'abord les ouvertures apportées par la loi n° 90-31 du 4 février 1990 relative aux associations, qui sont, incontestablement, à l'origine de ce formidable essor. Il y a ensuite, à la faveur des réformes institutionnelles engagée durant la même période, la volonté de l'Etat de restreindre son champ d'intervention aux seules activités de souveraineté et à se « délester » de nombreuses autres activités, y compris certaines présentant un intérêt général.²⁴

Il y a aussi les lois relatives à la création des associations qui remontent à l'époque coloniale ; la loi de 1901 donnait le droit aux algériens, en tant que sujets français, de créer des associations, mais sur le terrain, elle n'a pas été appliquée. Au lendemain de l'indépendance, le régime du parti unique rendit le champ de création des associations très limité. L'ordonnance 71-79 du 3 décembre 1971 retreint encore plus l'espace associatif en imposant un double agrément.²⁵

De la promulgation de la loi 90-31, qui a permis une explosion du tissu associatif, à ce jour, on peut schématiquement distinguer trois étapes dans la vie associative algérienne :²⁶

- **La phase d'enthousiasme, de 1990 et 1993 :** elle est caractérisée par un foisonnement d'associations, avec plus de 50 000 associations locales ou nationales qui se sont constituées en moins de 3 ans. Parmi elles, de nombreuses associations étaient des émanations directes des parties politiques ou ont été satellisées dès leur constitution.

²³ Banque et assurance, « *Guide du dirigeant d'association : créer, animer, développer votre association* », Édition 2015-2016. p. 1. Disponible in : www.credit-agricole.fr

²⁴ Centre National d'études et d'analyses pour la Population et le Développement (CENEAP), « *Aspects du mouvement associatif* », N° 53, janvier 2003. Disponible in : www.ceneap.com.dz

²⁵ L'agrément donné par le Wali dans le cas des organisations à vocation locale ou par le ministère de l'Intérieur pour celles à vocation nationale, devait être précédé de l'avis favorable du ministère concerné par l'objet principal de l'association.

²⁶Fondation National pour la promotion de la santé et le Développement de la Recherche (FNDR), « *L'avenir du mouvement associatif en Algérie* ». Disponible in : www.forem.dz

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

- **La phase de méfiance, de 1993 à 1999 :** Méfiance aussi bien des associations vis-à-vis des institutions politique, que de celles-ci vis-à-vis des associations. C'est une période caractérisée aussi par des tentatives d'instrumentalisation des associations par les sphères politiques. Cette phase a vu notamment des associations faire effraction dans le champ politique, soit par encouragement des sphères politique qui voulaient combler le vide constitué par les partis retranchés dans une attitude d'opposition, soit par opposition aux décideurs politique et un engagement ouvert avec les partis d'opposition.
- **La phase de maturité, de 1999 à nos jours :** Les associations prennent conscience des enjeux nationaux et internationaux et commencent réellement à travailler suivant des objectifs définis par les besoins exprimés par la société.

III. LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE : UNE APPROCHE COMPARATIVE

A travers cette section, nous essayerons de faire une étude comparative, où nous tenterons de relativiser la situation de l'Algérie par rapport à certains pays développés et à ses voisins maghrébins en matière de gouvernance des hôpitaux et d'implication des usagers dans cette dernière.

1. La gouvernance hospitalière dans les pays développés

La gouvernance à l'hôpital a été transposée pour la première fois dans les pays occidentaux, à leur tête le Royaume-Uni et plus tard d'autres pays ont suivis tels que le Québec et la France. Dans ce qui suit, nous allons décrire à grands traits les systèmes de gouvernance de l'hôpital dans chacun de ces pays.

1.1. Le cas de la France

Depuis 1991²⁷, de nombreuses lois intéressant le système de santé ont été promulguées. Plusieurs d'entre elles ont porté sur le financement de la sécurité sociale, d'autres ont concerné l'organisation de la politique de santé, la gouvernance hospitalière, ou bien encore les droits des malades. La dernière réforme a été introduite par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST). La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) reprend donc quatre titres, consacrés respectivement à la

²⁷ Catherine Calvez : « *Les réformes de santé en France* », Dossier documentaire, 2016, p. 1. Disponible in : http://documentation.ehesp.fr/produits_documentaires/bibliographies-et-dossiers-documentaires/

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

modernisation des établissements de santé, à l'accès aux soins, aux mesures de santé publique et à la prévention, et, enfin, à l'organisation territoriale du système de santé.

La loi HPST prévoit la création des agences régionales de santé (ARS) et la refonte de la gouvernance hospitalière (renforcement du rôle du directeur, remplacement du conseil exécutif par un directoire et du conseil d'administration par un conseil de surveillance...). Elle prévoit en outre la suppression de la notion de service public hospitalier et la mise en place des communautés hospitalières de territoire.

1.2. Le cas du Royaume-Uni

La gouvernance hospitalière au Royaume-Uni est introduite par la réforme de 1997. Elle est axée sur l'efficacité et l'excellence. Plus concrètement, elle est orientée vers l'amélioration de la qualité et des pratiques de soins. Selon le gouvernement britannique « *la gouvernance clinique est définie comme un cadre par lequel les organisations du National Health Services (NHS) sont tenues responsables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services, de la sauvegarde de hautes normes de qualité, et ce en créant un environnement propice au développement de l'excellence clinique* »²⁸. Cependant, elle reste une perspective conceptuelle, la transition opérationnelle est difficile puisqu'elle implique de nombreuses composantes.

1.3. Le cas du Québec

Depuis la mise en place du système de santé et des services sociaux en 1971 au Québec, la direction du système de santé prend la forme d'une gouvernance partagée entre trois paliers: central, régional et local. Au cours des dernières années, les législations adoptées, avec la « Loi 25 »²⁹ et la « Loi 83 »³⁰, ont actualisé ce mode de gouvernance à trois paliers, où le ministère de la santé et des services sociaux confère un rôle d'agence au niveau régional et attribue une responsabilité populationnelle à un groupement d'établissement au niveau local. Chacun de ces établissements est doté d'un conseil d'administration qui assume des responsabilités juridiques et administratives³¹.

En 2003, la nécessité d'une amélioration continue de la qualité des soins s'est manifestée dans un article du conseil médical, intitulé « *Imputabilité et gouvernance clinique* », qui

²⁸ I. Brault, DA. Roy, I. Denis (2008) : « *Introduction à la gouvernance clinique : historique et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé* », Pratiques et Organisations des Soins, vol. 39, n° 3, pp. 167-173.

²⁹ Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux, sanctionnée le 18 décembre 2003.

³⁰ Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, sanctionnée en janvier 2006.

³¹ Rapport du groupe de travail sur la gouvernance des établissements de santé et des services sociaux au Québec, « *Pour s'assurer d'une gouvernance en sante* », Février 2008, p. 9. Disponible in : www.igopp.org

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

recommande le développement et l'amélioration des pratiques de soins de façon prioritaire. Conséquemment, il y a eu la création d'une direction de la qualité au ministère de la santé et des services sociaux au niveau régional et local, la création par législation de commissions régionales et locales aux plaintes et à la qualité des services. Le but est d'implanter les principes de la gouvernance clinique.³²

2. La gouvernance hospitalière dans les pays maghrébins

2.1. Le cas du Maroc

Au Maroc, les hôpitaux publics sont organisés selon une typologie qui repose sur trois critères : l'offre de soins, le mode de gestion et le niveau de recours.

Depuis l'indépendance, le système de santé marocain a connu 3 grandes périodes de développement :

- Une première période consacrée à la mise en place des infrastructures de base, la rationalisation des ressources et la lutte contre les épidémies ;
- Une deuxième période relative au développement de l'offre et des programmes sanitaires ;
- Une troisième période caractérisée par l'ouverture du débat sur la réforme du système de santé et la quête du changement.

Le Maroc a opté pour un modèle de système de santé où l'Etat s'occupait de la production des soins et services, du financement des soins, du management des établissements et de la régulation du secteur. Mais au fil des années et afin que le système de santé puisse répondre aux problèmes traditionnels (disparité entre milieux sociaux et entre régions, complémentarité public/privé...) et aux problèmes émergents (transition démographique et épidémiologique, financement des soins, gestion peu efficace, développement technologique...), dans un contexte en pleine mutation (politique, économique et sociale), la réforme a trouvé, de plus en plus, sa pertinence et sa légitimité.

Cette réforme du système de santé permettra de contrôler une demande de soins en pleine transition, de maîtriser les coûts et les processus de gestion, d'améliorer la performance des établissements sanitaires, ainsi que l'accessibilité en assurant plus d'équité et par conséquent participer au développement humain.

³² Brault I., Roy D.A. : « Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et enjeux d'implantations », Infolettre, vol. 3, n°1, juin 2006, p.6. Voir aussi : I. Brault, J-L. Denis, « la gouvernance clinique : concilier l'administration et les professions pour améliorer les soins aux patients », IVe congrès mondiale SIDIIIEF, Marrakech, Maroc, 27 juin 2009.

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

L'organisation du son système de soins de santé repose en grande partie sur deux secteurs, le secteur public représenté essentiellement par le Ministère de la santé et les Services de Santé des Forces Armées Royales, et le secteur privé (à but lucratif et à but non lucratif). Ce système est donc caractérisé par la multiplicité des intervenants, aussi bien dans la production de soins que dans l'origine et la gestion du financement.

2.2. Le cas de la Tunisie

En Tunisie, l'établissement public de santé (EPS) est une entité autonome dotée d'une personnalité civile, régie par la législation commerciale, administrée par un conseil d'administration, dirigée par un directeur général et soumise à la tutelle de l'Etat. Les attributions du conseil d'administration et du directeur général sont fixées par décret.

A travers la réforme de 1991 et la nomination d'un directeur général par décret pour diriger l'EPS, la tutelle vise la réhabilitation du statut de gestionnaire en le dotant d'une autorité morale et d'un pouvoir, nécessaires pour atteindre les objectifs de rationalisation et d'efficacité escomptés. Cependant, comme le note Gaha³³ à regarder le texte de loi relatif et ses multiples dispositions, les intentions de la tutelle s'émeussent rapidement et les velléités de changement se dissipent.

Concernant la composition du CA, les médecins occupent dix sièges, sans compter le représentant du ministère de tutelle, généralement un médecin. Ainsi, le CA est à deux tiers acquis aux médecins. Le paradoxe se situe aussi au niveau de la situation du directeur général qui est un membre non délibératif, assistant aux réunions du CA avec voix consultative. Ainsi, en reprenant les mots de Gaha³⁴, le directeur général n'est-il pas, dans un tel espace organisationnel, qu'un « *simple figurant* », un « *acteur sans réel pouvoir de décision* » ?

2.3. Appréciation de la situation de l'Algérie par rapport aux pays voisins

En Algérie, la gouvernance des organisations publiques de soins diffère de la gouvernance pratiquée dans les organisations de soins privées. En effet, la gouvernance de l'hôpital public cherche à satisfaire les objectifs du principal financeur, à savoir l'État. Ces objectifs politiques peuvent donc ne pas converger avec les objectifs de profit.

³³ Chiha GAHA : « *Pour une analyse constructiviste du contrôle organisationnel, l'exemple de l'hôpital* », Thèse en Sciences Economiques, Université de Tunis, 1997, pp. 287-291. Cité par : Wadji Ben Rejeb, « *Gouvernance et performance dans les établissements de soins en Tunisie* », Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Tunis - DEA Management 2003. P. 84.

³⁴ Chiha GAHA : « *Pour une analyse constructiviste du contrôle organisationnel, l'exemple de l'hôpital* », Thèse en Sciences Economiques, Université de Tunis, 1997, pp. 287-291. Cité par : Wadji Ben Rejeb (2003), op.cit.

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

Depuis l'indépendance, l'Etat algérien a incorporé la santé à ses fonctions, comme domaine qui mérite une protection et un contrôle spécifique. Jusqu'à nos jours, l'hôpital est toujours rattaché à l'Etat, les dirigeants des hôpitaux sont nommés par le ministère chargé de la santé, le financement demeure centralisé (budget globale), les décisions relatives à la gestion de l'hôpital sont dépendantes de différents ministères : ministère chargé de la santé, ministère chargé des affaires sociales et ministère des finances.

La gouvernance hospitalière en Algérie s'articule autour de trois rangs : la tutelle (ministère de la santé), le CA et la direction. Une bonne gouvernance hospitalière sera atteinte si une meilleure répartition des rôles entre ces différents échelons est conçue. Cependant, en Algérie, la tutelle maintient un poids important et déterminant dans la gouvernance hospitalière. En effet, toutes les décisions prises au niveau de l'hôpital doivent tout d'abord être approuvées par celle-ci. Autrement dit, il y a toujours une dépendance de l'hôpital vis-à-vis de la tutelle du fait que cette dernière ne donne pas de marge de manœuvre aux directeurs d'hôpitaux pour leur permettre de devenir autonomes en agissant seuls et de prendre des décisions sans se référer à elle.

Comme le CA est le meilleur représentant des différentes parties prenantes à la gouvernance hospitalière, nous avons présenté plus haut sa composition et ses attributions dans le cas algérien et nous avons constaté que la sécurité sociale et les usagers sont sous représentés au sein du conseil d'administration, alors que la première est le principal financeur des soins et les usagers sont les principaux consommateurs de services hospitaliers. Un seul représentant des organismes de sécurité sociale et un seul pour les associations des usagers, ne suffisent malheureusement pas pour permettre à ces deux parties prenantes fondamentales de défendre pleinement leurs intérêts. On peut donc dire qu'il y a une certaine marginalisation d'un certain nombre de parties prenantes, telle que les usagers ou les organismes de sécurité sociale.

Cette composition asymétrique du CA a des effets sur la gouvernance hospitalière du fait de la marginalisation de certains groupes d'intérêts. En ce qui concerne les délibérations, certes le CA de l'hôpital délibère sur plusieurs points déjà cités plus haut, mais l'aval de la tutelle reste toujours de mise ; on est encore loin d'une réelle autonomie administrative. Ainsi, la quasi-totalité des décisions du CA doivent être avalisées par la tutelle. Le champ des délibérations du CA est assez restreint, ce qui n'est pas, en aucun cas, favorable à la participation des usagers dans la gouvernance de l'hôpital.

Enfin, indiquons que la gouvernance hospitalière en Algérie obéit à la logique du modèle administré régulé par les pouvoirs publics, où seule la puissance publique, représentée par l'Etat

CHAPITRE II : LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?

ou l'une de ses expressions (ministère de la santé), est garante de l'intérêt général, alors que les individus et les organisations privées ne peuvent représenter que des intérêts particuliers. Dans ce modèle, tout remonte à l'Etat, aux réglementations qu'il édicte, aux arbitrages qu'il rend. Et cela peut être considéré comme une limite à ce modèle, du fait qu'il marginalise certaines parties prenantes fondamentales à la gouvernance de l'hôpital, particulièrement les usagers et la sécurité sociale.

CONCLUSION

Pour conclure ce chapitre, on peut avancer que l'approche partenariale nous parait être la plus adaptée aux spécificités de l'organisation hospitalière. Elle assure ainsi une meilleure représentativité de toutes les parties prenantes, notamment les usagers qui doivent être un acteur primordial au sein du CA de l'hôpital. Dans les pays développés, le représentant des usagers est un membre actif, assurant une représentativité effective des intérêts des usagers de l'hôpital public. Dans les pays maghrébins, notamment en Algérie, le représentant des usagers est un acteur en pleine mutation et pas encore affirmé ; malgré la reconnaissance formelle dont il bénéficie aujourd'hui, force est de constater que la représentation des usagers et de leurs intérêts n'est pas suffisamment effective, en plus des problèmes de représentativité des associations de santé qui siègent actuellement dans les CA, dont la nomination est laissée à la discrétion du directeur. Relevons aussi l'ignorance des représentants des usagers de leurs droits et devoirs, en plus du manque de dynamisme du mouvement associatif dans le domaine sanitaire. Nous tenterons de vérifier chacun de ces points dans notre étude de cas, dont les résultats sont exposés dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

INTRODUCTION

A l'issu de notre partie théorique, nous avons déduit les éléments de recherche à suivre dans notre étude empirique. Notre choix s'est porté sur les entretiens pour collecter les informations. Nous nous sommes entretenues avec les représentants des usagers dans un EPH, le directeur et certains membres du conseil d'administration, pour répondre principalement à la question suivante : *Quel rôle joue le représentant des usagers dans le système de gouvernance hospitalière ? Quel est son poids réel dans le processus décisionnel ?*

Après une présentation de l'établissement d'accueil (EPH d'Amizour), suivi d'un exposé de notre démarche méthodologique, nous procéderons à une analyse systématique des entretiens effectués.

I. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

Dans cette section, nous allons présenter l'établissement public hospitalier d'Amizour, en abordant successivement ses capacités d'accueil, ses ressources humaines et le bilan de ses différentes activités, avant de conclure par un diagnostic global de l'établissement.

1. Présentation de l'EPH Amizour

L'Établissement Public Hospitalier d'Amizour, baptisé « **Hôpital BENMERAD EL MEKKI** », a ouvert ses portes au cours de l'année 1992 dans le but de renforcer le secteur sanitaire d'Amizour.

Il a pris la dénomination d'Établissement Public Hospitalier (EPH) suite à la promulgation de la nouvelle carte sanitaire en application du décret exécutif 07-140 de 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des EPH et des EPSP.

Implanté à 24 km au Sud du chef-lieu de la wilaya de Bejaia, sa capacité d'accueil est de 224 lits techniques. La population couverte s'élève à environ 160.000 habitants relevant de huit communes (Amizour, Barbacha, El Kseur, Smaoun, Beni Djellil, Feraoun, Kendira et Fenaia), ainsi que la population relevant des communes et des wilayas limitrophes (Sétif, ...).

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

2. Capacité de l'établissement

L'hôpital est composé d'un plateau technique qui comprend :

- Le Pavillon des urgences médico-chirurgicales qui se compose de deux unités :
 - Unité d'accueil, tri, et mise en observation, avec 07 lits pour la partie réservée aux adultes et 03 lits pour la partie réservée aux enfants.
 - Réanimation médicale : unité d'hospitalisation avec 05 lits
- Le Bloc Opérateur (04 salles opératoires), dont 01 pour les urgences et une salle de réanimation chirurgicale disposant de 05 lits.
- Un service d'imagerie médicale, avec deux salles de radiologies conventionnelle et d'une salle de scanner.
- Un service de laboratoire d'analyse médicale
- Un service pharmacie.
- Une Banque de sang
- Un Bureau des entrées

L'établissement comprend aussi des services d'hospitalisation réparti sur six services :

- | | |
|-------------------------|-----------|
| - Pédiatrie | : 22 lits |
| - Maternité-Gynécologie | : 30 lits |
| - Médecine Interne | : 56 lits |
| - Chirurgie Générale | : 60 lits |
| - Oncologie | : 36 lits |
| - Réanimation médicale | : 05 lits |

Soit **un total de 209 lits**. L'hôpital dispose aussi d'un service d'épidémiologie et d'un service de médecine du travail.

En ce qui concerne les ressources humaines, le personnel n'évolue pas dans les mêmes proportions que la demande de soins et des exigences de la population, ni en compétence, ni en effectif. En effet, l'EPH Amizour souffre du sous-effectif en termes de personnel médicale, paramédical, technique.

- ✓ Insuffisance de certaines spécialités : Gynécologie, cardiologie, médecine interne, ...
- ✓ Manque des paramédicaux spécialisés, notamment les manipulateurs en imagerie médicale, les laborantins, les assistants médicaux, ...

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

- ✓ Manque d'agents de prévention et de sécurité, des ouvriers professionnels en maintenance (électricien, plombier, maçon, chauffagiste), de conducteurs automobile et d'agents de service.

3. Bilan des activités

Nous présenterons, dans cet élément, le bilan des activités de l'EPH d'Amizour durant la période de 2010 à 2014, à travers des données internes à l'établissement.

3.1. Le nombre de malades par service

Le tableau ci-dessous représente le nombre de malades par service de 2010 à 2014.

Tableau 2 : Évolution du nombre de malades par service.

<i>Année</i> <i>Service</i>	2010	2011	2012	2013	2014
Médecine interne	1095	1197	1195	1387	1454
Chirurgie générale	1731	1474	1184	1393	1372
Pédiatrie	1294	1323	1304	1167	1131
Maternité	1964	2243	1508	2087	1300
Oncologie	2897	3123	3064	3579	4512
Réanimation Médicale	0	0	0	12	91
Total	8981	9360	8255	9625	9860

Source : Établie par nos soins à l'aide des documents internes de l'EPH.

À travers le tableau ci-dessus, nous remarquons une augmentation croissante des malades admis en médecine interne et en oncologie.

3.2. Le nombre de journées d'hospitalisation par service

Le tableau suivant représente le nombre de journée d'hospitalisation par service de 2010 à 2014.

Tableau 3 : Évolution du nombre de journée d'hospitalisation par service

<i>Année</i> <i>Service</i>	2010	2011	2012	2013	2014
Médecine interne	7582	9231	9442	10710	12224
Chirurgie générale	7810	9468	7321	8316	7590
Pédiatrie	4001	4823	4299	4873	3990
Maternité	3512	4523	2293	3274	2299

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

Oncologie	2897	3123	3064	3579	4512
Réanimation Médicale	0	0	0	100	775
Total	25802	31168	26419	30852	31390

Source : Établie par nos soins à l'aide des documents interne de l'EPH.

Pour compléter les statistiques du tableau ci-dessus, précisions que :

- L'activité du service maternité est réduite aux accouchements normaux en l'absence de gynécologues.
- Les césariennes en extrême urgence sont prises en charge par les chirurgiens généralistes.
- L'ouverture du service de réanimation médicale date de juillet 2013.

3.3. Le taux d'occupation des lits par service

Le tableau ci-dessous représente le taux d'occupation des lits par service de 2010 à 2014.

Tableau 4 : Taux d'occupation des lits par service

<i>Année</i> <i>Service</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
Médecine interne	47,21%	57,48%	58,63%	66,69%	76,11%
Chirurgie générale	44,58%	54,04%	41,67%	47,47%	43,32%
Pédiatrie	49,83%	60,06%	53,39%	60,68%	49,69%
Maternité	41,83%	53,88%	27,24%	39%	27,39%
Oncologie	66,14%	71,30%	69,76%	81,71%	103,01%
Réanimation Médicale	0	0	0	32,79%	42,47%
Total	47,44%	57,31%	48,45%	54,89%	55,84%

Source : Établie par nos soins des documents interne de l'EPH.

D'après le tableau ci-dessus, nous constatons une diminution du taux d'occupation des lits du service de chirurgie et une certaine réduction de la durée d'attente pour les interventions chirurgicales. Cette évolution est tributaire de l'ouverture d'une 4^{ème} salle opératoire, après aménagement de l'actuelle salle de déchoquage.

Par ailleurs, on observe une réduction du taux d'occupation des lits en maternité à cause de l'absence de gynécologue. Enfin, on observe une augmentation progressive du taux d'occupation des lits en médecine interne et en oncologie, à cause de l'augmentation des cas

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

pris en charge et du fait que de l'EPH d'Amizour dispose actuellement de l'unique Centre de Chimiothérapie de toute la Wilaya.

3.4. La durée moyenne de séjour des malades

Le tableau ci-dessous représente la durée moyenne de séjour des malades de 2010 à 2014.

Tableau 5 : Évolution de la durée moyenne de séjour des malades.

<i>Année</i> <i>Service</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
Médecine interne	7	8	8	8	8
Chirurgie générale	5	6	6	6	6
Pédiatrie	3	4	3	4	4
Maternité	2	2	2	2	2
Oncologie	1	1	1	1	1
Réanimation Médicale	0	0	0	8	9
Total	3	3	3	3	3

Source : Établie par nos soins des documents interne de l'EPH.

D'après le tableau ci-dessus, nous constatons que :

- La durée moyenne de séjour est stable dans les services d'hospitalisation, l'objectif étant de la réduire au maximum pour diminuer l'incidence des infections associés aux soins.
- L'allongement de la durée moyenne de séjour est dû en partie à la lenteur des explorations échographique et radiologique.

3.5. Le nombre de décès et le taux de mortalité par service

Le tableau ci-dessous représente le nombre de décès et le taux de mortalité par service de 2010 à 2014.

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

Tableau 6 : Évolution du nombre de décès et du taux de mortalité par service

<i>Année</i> <i>Service</i>	<i>Nombre de décès</i>					<i>Taux de mortalité (en %)</i>				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Médecine interne	58	96	98	97	122	5,3	8,02	8,20	6,99	8,39
Chirurgie générale	49	29	44	35	16	2,83	1,97	3,72	2,51	1,17
Pédiatrie	29	24	23	14	24	2,24	1,81	1,76	1,20	2,12
Maternité	0	1	0	0	0	0	0,04	0	0	0
Oncologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Réanimation Médicale	0	0	0	6	32	0	0	0	50,00	35,16
Total	136	150	165	152	194	1,51	1,6	2,00	1,58	1,97

Source : Établie par nos soins à l'aide des documents internes de l'EPH.

D'après le tableau ci-dessus, nous constatons que le service de médecine interne enregistre le nombre de décès et les taux de mortalité les plus élevés. Signalons que la mortalité dépend essentiellement de la pathologie prise en charge et de l'âge du malade.

3.6. Les activités de radiologie (nombre d'examens effectués)

Le tableau ci-dessous représente les activités de radiologie (nombre d'examens effectués) de 2010 à 2014.

Tableau 7 : Évolution de l'activité de radiologie (nombre d'examens effectués)

<i>Année</i> <i>Activités</i>	2010	2011	2012	2013	2014
Radiologie conventionnel	21622	21376	23423	22309	23728
Echographie	2177	4228	2449	2290	2183
Scanner	0	0	0	0	683

Source : Établie par nos soins des documents interne de l'EPH.

Signalons qu'un scanner a été mis en service en 2014. Dans un premier temps, suite à une convention établie avec le CHU de Béjaïa, deux médecins radiologues du CHU ont été désignés à raison d'une journée par semaine. Actuellement, l'établissement dispose d'un radiologue à plein temps.

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

3.7. Les activités du laboratoire

Le tableau suivant représente les activités du laboratoire de 2010 à 2014.

Tableau 8 : Évolution des activités du laboratoire

<i>Année</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
<i>Activités</i>					
Laboratoire	342876	363732	240821	202682	212219

Source : Établie par nos soins à l'aide des documents internes de l'EPH

Précisons que la vocation principale du laboratoire de l'EPH est la prise en charge des malades hospitalisés dans le cadre des Urgences Médico-Chirurgicales (UMC) et secondairement les malades externes

3.8. Les activités du bloc opératoire

Le tableau ci-dessous représente les activités du bloc opératoire de 2010 à 2014.

Tableau 9 : Évolution des activités du bloc opératoire

<i>Année</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
Interventions chirurgicales					
Chirurgie Générale	1856	1899	1664	2075	1991
Urologie	60	50	44	32	27
Orthopédie	0	0	0	21	17
Césarienne	287	404	113	54	52
Total	2203	2353	1821	2182	2087

Source : Établie par nos soins des documents interne de l'EPH.

D'après le tableau ci-dessus, nous constatons :

- La réduction du nombre de césariennes pratiquées à cause de l'absence de gynécologues. Le service de chirurgie générale de l'EPH ne prend en charge que les césariennes d'extrême urgence, après indication médicale avérée ;

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

- Signalons que pour l'orthopédie, durant les années 2013 et 2014, il y avait un manque de matériel spécifique pour prendre en charge les malades. L'acquisition partielle des équipements n'a pu être effectuée qu'à partir de 2015.

3.9. L'activité de maternité

Le tableau suivant présente les activités de maternité de 2010 à 2014.

Tableau 10 : Évolution des activités de maternité

<i>Année</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
<i>Activités</i>					
Accouchement	1625	1638	1201	1028	1059
Césarienne	229	293	102	54	50

Source : Établie par nos soins à l'aide des documents internes de l'EPH.

D'après le tableau ci-dessus, nous constatons une tendance à la baisse de l'activité du service de maternité à partir de 2011, que ce soit pour les accouchements ou les césariennes. Cette évolution est due au départ des deux gynécologues du service, qui n'ont pas pu être remplacés depuis.

3.10. L'activité des Urgences Médico-chirurgicales

Le tableau suivant représente l'activité des Urgences Médico-chirurgicales de 2010 à 2014.

Tableau 11 : Évolution des Urgences Médico-chirurgicales

<i>Année</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
<i>Activités</i>					
Malades reçus	50046	45770	45798	45809	49583
Malades mis en observation	6105	6205	6019	6767	7567
Malades hospitalisés après observation	2070	3101	2823	2780	2576

Source : Établie par nos soins à l'aide des documents internes de l'EPH.

Signalons qu'on a procédé récemment à la réorganisation du service des urgences en mettant en place une structure de tri, accompagné d'un renforcement en personnel médical et paramédical.

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

3.11. La banque de sang

Le tableau suivant représente l'évolution de l'activité de la banque de sang de 2010 à 2014.

Tableau 12 : Évolution de l'activité de la banque de sang de 2010 à 2014

<i>Année</i>					
Dons	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
Nombre de dons bénévoles	1077	1153	718	1105	940
Nombre de dons mobiles	498	395	495	392	469
Total	1575	1548	1213	1497	1409

Source : Établie par nos soins à l'aide des documents internes de l'EPH.

Signalons que pour promouvoir le don de sang, il y a lieu de multiplier les campagnes de collecte mobiles et fixes afin de réduire la contrepartie exigée actuellement aux parents des malades.

3.12. Le nombre de décès par groupe de maladie

Le tableau suivant représente l'évolution du nombre de décès par groupe de maladie de 2010 à 2014.

Tableaux 13 : Évolution du nombre de décès par groupe de maladie de 2010 à 2014

<i>Causes de décès</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>Total</i>
Maladies infectieuses	13	3	8	2	10	36
Tumeurs	21	34	24	45	46	170
Maladies des organes hématopoïétique	6	9	3	4	6	28
Maladies endocriniennes	20	11	11	13	22	77
Troubles mentaux	0	0	0	2	2	4
Maladies du système nerveux	0	4	5	6	4	19
Maladies de l'appareil circulatoire	48	62	75	68	71	324
Maladies de l'appareil respiratoires	12	17	36	33	23	121

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

Maladies de l'appareil digestif	15	6	14	21	17	73
Maladies de l'appareil génital urinaire	4	6	11	4	6	31
Grossesse-accouchement	0	0	0	0	1	1
Affections de la période périnatale	23	19	17	9	16	84
Malformations congénitales	8	12	3	3	6	32
Symptômes et signes anormaux	0	5	10	2	11	28
Accident de la voie publique	7	7	1	1	8	24
Chutes	1	1	3	2	4	11
Intoxication accidentelle par substances nocives	1	1	2	0	2	6
Brûlures	1	0	1	1	2	5
Autres maladies	0	3	0	0	0	3
Total	180	200	224	216	257	1077

Source : Établie par nos soins à l'aide des documents interne de l'EPH.

D'après le tableau ci-dessus, nous constatons que les maladies cardio-vasculaires, avec 30.08% de la mortalité observée, représentent la 1^{ère} cause de décès au niveau de l'EPH AMIZOUR, suivies des tumeurs, des maladies respiratoires, des affections de la période prénatale, des maladies de l'appareil digestifs, ...

4. Diagnostic global de l'établissement

Le projet d'établissement nécessite une évaluation approfondie avec une approche objective pour mettre en place des axes statistiques et des recommandations en prenant en compte la situation épidémiologique de la population et l'offre de soins.

4.1. La situation épidémiologique de la population

L'évolution et le changement rapide du mode de vie de la population dans ses différentes composantes a eu des effets néfastes considérables, qui étaient à l'origine de l'apparition de maladies chroniques telles que le diabète et les pathologies cardiovasculaires et cancéreuses, qui constituent aujourd'hui l'une des causes les plus importantes d'incapacités et de décès prématurés.

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

La transition épidémiologique se caractérise par une situation de superposition de maladies liées à la pauvreté et le manque d'hygiène, et celle dues au développement accéléré des sources de nuisance, le stress, l'urbanisme anarchique, le mode de vie et l'alimentation.

Les statistiques de l'EPH d'Amizour qu'on a présenté plus haut confirment bien une recrudescence des décès liée aux pathologies cardiovasculaire, respiratoire et oncologiques. Elles sont également un motif principal de consultation médicale aux urgences, suivies des accidents de la circulation et des accidents domestiques.

Leur prise en charge est un objectif du projet médical, qui doit mettre en place une organisation efficiente et fonctionnelle en tenant compte des ressources financières disponibles, des moyens matériels et une ressource humaine qualifiée suffisante.

4.2. La situation de l'offre de soins

L'offre de soins est déterminée en général par la totalité des moyens structurels et humains mis à la disposition de la population en intégrant les coûts des prestations.

L'hôpital est une organisation complexe par l'existence d'un éventail large de personnel tous corps confondus qui contribue à son fonctionnement. Dans ce type d'organisation, il est difficile de trouver des repères, des outils à travers lesquels l'efficacité de celle-ci devient mesurable. Estimer la situation de l'offre de soins, reconnaître les insuffisances, identifier les besoins en moyens pour une meilleure prise en charge des malades, ainsi que les pathologies à prendre en charge par les spécialistes et le plateau technique existants, est une étape nécessaire qui permettra de développer un projet d'établissement cohérent.

La stratégie du développement du secteur de la santé est axée sur l'accès équitable des citoyens et sur l'amélioration de la qualité des soins dispensés. À l'avenir, les besoins de la population auront changé, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. L'analyse portera sur deux volets qui sont :

- ✓ L'amélioration de la couverture sanitaire, aussi bien en infrastructures et équipements qu'en personnels.
- ✓ L'amélioration de la qualité des soins dispensés, par le renforcement des équipements, l'introduction de nouvelles techniques d'exploration et le renforcement de la formation du personnel soignant.

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

II. LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Notre problématique étant axée sur la place de l'utilisateur dans la gouvernance de l'hôpital, l'approche qualitative s'est imposée comme une évidence dans la mesure où il est difficile – voire non pertinent – de mettre en œuvre des méthodes quantitatives vue la nature du thème. Rappelons qu'une approche qualitative consiste à recueillir des éléments qualitatifs, qui sont le plus souvent non directement chiffrables par les individus interrogés ou étudiés.

1. Le choix de la méthode et le recueil des données

Ce qui justifie notre recours à une démarche qualitative est donc la nature de notre thème de recherche portant sur la gouvernance hospitalière, qui reste un sujet peu connu et relativement inexploré. Parmi l'arsenal des méthodes qualitatives, nous avons opté pour l'analyse thématique qui consiste « à repérer des expressions verbales et textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets »¹, couvrant ainsi un intérêt majeur puisque l'objectif de l'analyse thématique est de cerner le sens donné aux thèmes que nous avons préalablement identifiés par les personnes interrogées.

Les méthodes qualitatives servent plus à comprendre qu'à mesurer les phénomènes, ce qui correspond bien à la visée de notre recherche qui est de type exploratoire. C'est pour cette raison que nous avons retenu la méthode de l'analyse thématique.

2. Le choix de l'étude de cas

Notre étude de cas est centrée sur l'EPH d'AMIZOUR, où nous avons interrogé un certain nombre d'acteurs de la gouvernance de l'hôpital :

- Le directeur de l'EPH ;
- Les deux représentants des usagers siégeant actuellement en tant que membre dans le Conseil d'Administration (CA) de l'hôpital (l'association des donneurs de sang et le croissant rouge) ;
- Les autres membres du CA de l'EPH.

En ce qui concerne les associations questionnées, nous nous sommes focalisé sur 5 associations activant dans le domaine sanitaire au niveau de la Wilaya de Béjaïa :

- L'association de bienfaisance « TUDERT » d'Aides aux malades cancéreux ;
- L'association de bienfaisance « KAFIL EL YATIM » de Béjaïa ;
- L'association des diabétiques « ASSIREM » de Béjaïa ;

¹ Alex Muchielli (1996), dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences sociales. Paris, Arman Colin.

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

- L'association Solidarité Don de Sang Wilaya de Béjaïa ;
- Le Croissant-Rouge Algérien - Comité Wilaya Béjaïa.

3. Le déroulement de l'enquête qualitative

Quand nous avons déterminé les interlocuteurs à interroger, nous nous sommes déplacées vers le siège des associations en question et nous avons procédé à des **entretiens semi-directifs**, où nous avons utilisé un guide d'entretien pour aborder une série de thèmes préalablement définis.

Le guide d'entretien destiné aux présidents d'associations comporte un ensemble de questions décomposées en différents axes pour faciliter le déroulement de l'entretien. Pour procéder aux entretiens, nous avons d'abord pris rendez-vous avec les présidents des associations, ensuite nous nous sommes déplacées vers leurs sièges. L'ordre du traitement des thèmes abordés avec les interlocuteurs n'a pas été imposé ; en fait, nous nous sommes appuyés sur les enchaînements des répondants pour choisir l'ordre correspondant. Les entretiens effectués ont duré entre une demi-heure à quarante-cinq minutes chacun.

III. ANALYSE DES ENTRETIENS

Cette étape a pour objectif de rendre les réponses exploitables et opérationnelles. Cidessous, nous avons analysé le contenu des entretiens effectués. Comme nous l'avons préalablement cité, le questionnaire d'entretiens a été décomposé en multiples axes, chacun traite d'un sujet différent et dispose d'un objectif bien précis.

1. Présentation des associations enquêtées

Les associations que nous avons questionnées ont été, dans un premier temps, interrogées sur l'association en elle-même, sa date de création, son domaine d'activité et son dynamisme sur le terrain (apprécié par son bilan d'activités). En tout, cinq (5) associations ont été interrogées.

1.1. L'Association de bienfaisance « TUDERT » d'aides aux malades cancéreux

L'association de bienfaisance « TUDERT » d'aide aux malades cancéreux a vu le jour à Amizour le 28 juin 2015 par des cadres issus des secteurs de la santé, de la solidarité, ainsi que de la société civile au sens large. L'association dispose de 15 membres de bureau et totalise 96 adhérents. Son objectif principal est d'accompagner les cancéreux dans leur processus de prise en charge multidisciplinaire (soins, transport, matériel médical, radios et analyses, ...).

Grace aux efforts des membres de bureau et la contribution des bienfaiteurs, l'association s'est dotée de deux ambulances médicalisées avec 3 chauffeurs permanents et 3 autres à titre

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

de bénévoles. L'association assure également des prises en charge des malades, des visites au profit des malades hospitalisés au niveau des différents services de l'EPH d'Amizour, ainsi que la participation à différentes activités avec toutes les associations ayant le même caractère à l'échelle de toute la Wilaya.

L'association est très active dans son domaine d'activité, d'ailleurs la plupart de ses objectifs sont atteints, tels que l'accompagnement et la prise en charge des cancéreux, l'achat d'un matériel consommable et non consommable pour les malades, l'accompagnement du projet du CAC d'Amizour, le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein,...

1.2. L'association de bienfaisance « KAFIL EL YATIM » de Béjaïa

L'association de bienfaisance « KAFIL EL YATIM » de Béjaïa a été créée le 12 janvier 2014. Elle a pour rôle de prendre en charge les veuves et les orphelins en leur offrant des aides en nature (distribution de produits alimentaires, de vêtements,...), un soutien moral (notamment en signant des conventions avec des avocats pour régler les problèmes de justice, en particulier les problèmes d'héritage) et des aides en matière de soins (des conventions ont été faites avec des médecins de différentes spécialités, des laboratoires d'analyses et des dentistes afin d'assurer une couverture sanitaire pour les 59 veuves et la centaine d'orphelins pris en charge par l'association). L'association dispose de 9 membres de bureau et d'une quinzaine d'adhérents, dont la majorité d'entre eux sont des étudiants.

1.3. L'association des diabétiques « ASSIREM » de Béjaïa

L'association des diabétiques est une association humanitaires, d'entraide et d'action sociale. Elle a été créée en juin 2003 au niveau de la clinique « Beau Séjour », un établissement relevant du secteur sanitaire de Béjaïa spécialisé dans la prise en charge et le suivi de plus de 3 650 diabétiques et de plus de 1 200 hypertendus. L'association occupe actuellement des locaux qui lui ont été attribués par les services de la santé au rez-de-chaussée de cette clinique.

Le travail de longue haleine fourni par un groupe de bénévoles a réussi, au bout de plusieurs années d'existence, a placé l'association au sommet du mouvement associatif à caractère sanitaire, avec plus de 1 700 adhérents recensés, dont beaucoup viennent des autres Dairas de la Wilaya pour trouver l'aide, vu l'absence d'association au niveau de leurs localités. La proximité avec les services de diabétologie de la clinique « Beau Séjour » permet ainsi un suivi et une prise en charge plus efficaces de ces malades.

1.4. L'association Solidarité Don de Sang de la Wilaya de Béjaïa

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

Donnez son sang, c'est sauver une vie et permettre à une vie de renaître... C'est dans ce but qu'active l'association « SOLIDARITE DON DE SANG » wilaya de Béjaïa. Elle a vu le jour le 08 avril 2016 et a déjà pu collecter près de 2315 pochettes de sang.

Cette association vient palier toutes les lacunes de collecte de cette matière vitale, très réclamée dans tous les secteurs sanitaires de la wilaya de Béjaïa. Ses missions se présentent comme suit :

- Promouvoir le don bénévole de sang à travers toute la wilaya ;
- Réaliser un programme annuel de collecte de sang ;
- Réaliser un programme annuel de sensibilisation au don de sang dans les lycées, facultés, lieux publics et lieux de collecte ;
- Organiser des journées et des séminaires sur les maladies du sang ;
- Participer à la célébration des journées mondiales, maghrébines et nationales du don de sang ;
- Réaliser un programme d'échange avec d'autres associations d'aides aux malades du sang ;
- Constituer une base de données des donneurs bénévoles qui servira à aider les demandeurs de sang.

Notons en outre, que l'association avait collaboré à la Journée mondiale contre l'oubli des victimes des accidents de la route, et au 1er Salon du secourisme, organisé par l'association Tarik Essalama de Béjaïa.

Les comités d'El Kseur et d'Amizour ont, de leur côté, organisé deux collectes de sang et une sensibilisation contre le VIH/sida.

Demeurent en projet pour 2017: le lancement de trois comités au niveau de Kherrata, Souk El Tenine et Akbou, ainsi que l'acquisition d'un véhicule de collecte, auprès d'un concessionnaire.

1.5. Le Croissant-Rouge Algérien Comité Wilaya Béjaïa

Le croissant rouge est présent dans les comités de la wilaya de Béjaïa. Il s'emploie à prévenir et alléger les souffrances humaines sans contribution de races, de religion, de conditions sociales ou d'appartenance politique ; qu'il s'agisse de ceux à qui il vient en aide ou de ceux qu'il accueille comme bénévoles, membres et sympathisants.

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

Chaque année, des milliers de volontaires répondent spontanément aux appels de solidarité lancés par le CRA. Aujourd'hui, le CRA compte 500 volontaires à travers la wilaya de Béjaia. Ces femmes et ces hommes sont animés par leur fidélité aux principes suivant :

- ✓ Humanité
- ✓ Impartialité
- ✓ Neutralité
- ✓ Indépendance
- ✓ Volontariat
- ✓ Unité
- ✓ universalité

Les rôles du volontaire sont comme suit :

- ✓ Collecte de fonds
- ✓ Activités sociale
- ✓ Aide aux personnes handicapées
- ✓ Participation aux opérations traditionnelles de solidarité nationale
- ✓ Services de secours

Les activités du croissant rouge peuvent être décomposées sur deux plans, national et international.

Sur le plan national, il fait des secours d'urgence : il seconde les services d'aide médicale d'urgence, il participe aux actions de secours avec la protection civile, il assure un encadrement psychologique, il assure la formation de secourisme. Il fait aussi des activités de santé : prévention du VIH/SIDA, sensibilisation au don de sang, protection maternelle et infantile, distribution de médicaments sur ordonnance et selon disponibilité, prêt de matériel pour handicapés selon disponibilité. Il fait également des entraides et solidarité : aide aux démunis, restauration du ramadan, soutien scolaire, visites aux malades des hôpitaux, circoncisions, colonies de vacances,...etc.

Sur le plan international, il fait d'abord une solidarité internationale en venant en aide aux pays frappés par les catastrophes naturelles et les conflits, en apportant son soutien humanitaire aux réfugiés sahraouis, que l'Algérie accueille fraternellement. Ensuite il fait une coopération internationale tout en travaillant en étroite collaboration avec le comité international de la croix rouge et la fédération internationale des sociétés de la croix rouge au sein du mouvement humanitaire internationale conformément aux sept principes fondamentaux.

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

2. Présentation du procès-verbal du dernier CA de l'EPH d'Amizour

Selon le dernier procès-verbal du conseil d'administration de l'EPH d'Amizour, portant comme ordre du jour l'approbation du budget primitif 2017, et à la demande du président du CA, une réunion ordinaire s'est tenue au siège de la Direction de la Santé et de la Population (DSP) de la Wilaya de Béjaia. Devant la présence effective, certifiée par une feuille de présence revêtue de la signature des membres présents, le président, après l'allocution de bienvenue, fait un rappel du seul point retenu comme ordre du jour dont les membres du CA peuvent délibérer. Puis, il invita le directeur de l'EPH d'Amizour à étaler une situation chiffrée des sommes allouées pour l'exercice 2017.

En prenant la parole, le Directeur a fait en premier lieu une brève lecture des montants rapportés dans l'arrêté interministériel du 25/12/2016, avec comparaison faite aux montants du budget primitif de l'exercice 2016.

En concluant, le directeur a dit que le budget présenté n'a pas connu beaucoup de changement dans les sommes allouées par rapport à celui de l'exercice 2016, mise à part quelques chapitres à l'instar du chapitre 14 (dépenses d'actions spécifiques de prévention).

En ce sens, le président du CA, qui est le Directeur de la Santé et de la Population (DSP), expliqua que la tutelle a revu sa décision de dotation pour ce chapitre pour affecter, en priorité, des sommes plus importantes aux établissements publics de santé de proximité (EPSP), vu que la mission préventive est l'une des premières missions de ces derniers.

Après ouverture des débats par le président, le représentant de l'APW s'interrogea sur la somme allouée, estimée insuffisante, au chapitre 9 (Frais de formation, de perfectionnement et de recyclage). Il souligna que dans le monde actuel et dans tous les secteurs d'activité, la formation revêt un intérêt primordial, en particulier dans le domaine de la santé pour atteindre une meilleure prise en charge du malade.

3. Résultats des entretiens

Notre guide d'entretien est décomposé en quatre axes. Pour la présentation des résultats des entretiens, nous avons fait le choix de garder le même découpage.

3.1. Analyse du bilan d'activité et des difficultés entravant leurs activités

Tout en organisant des campagnes de sensibilisation, des programmes de dépistages et d'informations, des activités culturelles,... la quasi-totalité des associations que nous avons interrogées déclarent avoir rencontrées des difficultés dans le cadre de leurs activités.

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

Le président de l'association « Solidarité Don de Sang Wilaya de Béjaïa », nous a ainsi signalé que durant le mois de Ramadan, il y a une baisse sensible du sang collecté, alors que ces dernières années le Ramadan coïncide avec la période estivale caractérisée par un pic dans la demande de sang, notamment à cause d'une recrudescence des accidents de la circulation. Selon lui, pour combler ce manque, ils seront cette année dans l'obligation d'organiser des sorties de 3 à 4 fois par semaine afin de promouvoir le don de sang.

Signalons par ailleurs que la plus grande difficulté qui entrave les activités des associations interrogées est surtout de nature financière. En effet, la totalité des associations expriment des difficultés en matière de financement. Indiquons, à titre d'exemple, l'association des diabétiques « ASSIREM » qui considère que les subventions de l'Etat ne suffisent pas pour financer toutes les actions de l'association, ce qui les obligent à avoir recours à des bienfaiteurs qui les aident soit financièrement, soit par le biais de dons en nature (imprimante, Data Show, fontaine fraîche, ...). Selon le président de l'association, *« l'association des diabétique est contrôlée sur la source de son financements et sur la façon dont cette source sera dépensée, surtout avec l'austérité que traverse le pays. Il faut préparer tout un cahier des charges pour recevoir une subvention, et l'Etat nous refuse systématiquement le financement des actions qui sont de nature non médicales, telle que les sorties organisées dans le but de permettre aux malades de tisser des relations entre eux »*.

Pour les associations « TUDERT » et « KAFIL EL YATIM », leurs présidents nous ont affirmé que les associations n'ont jamais reçu d'aides de l'Etat depuis leur création ; ce sont principalement les citoyens bénévoles qui soutiennent les activités des associations.

Pour l'association « Solidarité Don de Sang » de la wilaya de Béjaïa, son président nous a précisé : *« nous sommes soutenus dans notre action par les citoyens de Béjaïa et par quelques associations qui se sont jointes à nous, telles que l'association d'aide aux cancéreux, l'association des diabétiques d'El Kseur, l'Union nationale des journalistes et de la liberté d'expression, etc. Nous travaillons, à ce jour, sans aucune subvention de la wilaya, ni aucun sponsor »*.

3.2. Les relations entre les associations et l'hôpital

Il est évident que les associations maintiennent des relations avec l'hôpital, cependant celles-ci ne sont pas d'ordre administratif et formel. En effet, elles agissent directement avec les services concernés afin de régler les problèmes des malades qu'elles représentent. De ce fait, un membre du conseil d'administration nous a indiqué que *« toutes les associations*

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

agissent individuellement, elles essayent uniquement de défendre les intérêts de la catégorie des usagers qu'elles représentent ». Les associations ne s'impliquent quasiment pas dans la gouvernance de l'hôpital, alors qu'elles ont le droit de participer aux réunions du CA et d'émettre des avis en terme de gouvernance. Selon le chef du bureau de la communication de l'EPH d'Amizour, qui est aussi un membre du CA : « *les représentants des usagers, siégeant actuellement dans le CA, ne sont pas suffisamment impliqués et leurs interventions lors des réunions ne sont pas très concluantes. On les fait ainsi participer au Projet d'établissement, mais leur implication est très minime, notamment du fait que très souvent les points retenus en ordre du jour dépassent les niveaux d'instruction des représentants* ».

On a pu relever aussi l'absence de volonté de la plupart des associations de s'impliquer directement dans la gouvernance de l'hôpital ; certains ont même déclaré leur refus catégorique de participer au CA en tant que représentant des usagers, si l'occasion se présentée. Ce refus de s'impliquer dans la gouvernance de l'hôpital constitue évidemment un frein dans la valorisation des doléances des usagers. Ainsi, le représentant de l'association des donneurs de sang de la Wilaya de Béjaïa, qui est l'une des associations représentant les usagers qui siège actuellement au CA de l'EPH d'Amizour, nous a précisé : « *j'ai assisté une seule fois au CA, et c'était une erreur ! Depuis, je n'y assiste plus* ». D'ailleurs lors de la dernière réunion du CA effectuée le 16/03/2017, les deux représentants des usagers ont été absents (représentant de l'association des donneurs de sang de la Wilaya de Béjaïa et le représentant du Croissant Rouge).

Quant au président de l'association « TUDERT », il nous a bien expliqué les raisons derrière sa volonté de ne pas assister aux réunions du CA : « *Je préfère agir pour régler le problème du malade lui-même, que celui de l'administration. Pour moi, faire des soins à domicile est plus bénéfique pour le bien de la société que d'assister à des réunions du conseil d'administration* ». Il a rajouté aussi : « *le malade en difficulté sera recommandé, dirigé et si nécessaire accompagné et transporté vers un service spécialisé pour diagnostic et prescription d'un traitement, le malade sera pris en charge en cas de pathologies lourdes grâce au concours de médecins spécialisés. Des démarches administratives seront effectuées pour obtenir une prise en charge dans des centres de référence grâce à l'aide éventuelle de bienfaiteurs, dont des médecins et administrateurs* ». De ce fait, nous constatons que les associations font jouer surtout leur capital relationnel dans le but de valoriser les doléances de leurs adhérents et des malades qui les sollicitent, plutôt que de passer par des instances formelles comme le CA. Elles privilégient ainsi les relations informelles avec l'hôpital.

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

3.3. L'évaluation du dynamisme associatif

L'implication des populations dans les associations, notamment celles qui activent dans le domaine de la santé, dans la Wilaya de Béjaïa est insuffisante. Nous avons constaté que dans la plupart des associations, ce sont les malades eux-mêmes qui en constituent les membres, comme l'association des diabétiques, par exemple. Pour l'association « TUDERT », elle est composée essentiellement d'étudiants en médecine, du corps médical et des infirmiers, quant aux personnes étrangères au monde médical, elles sont complètement absentes sauf si elles ont un proche qui est malade, dans ce cas, elles essayent d'activer. « *Le dynamisme se manifeste lorsque le besoin est ressenti* », comme nous l'a déclaré le président de l'association « TUDERT »

En ce qui concerne l'implication effective des associations dans la gouvernance de l'hôpital, on a pu observer qu'elle est quasiment inexistante du fait que toutes les associations activant dans le domaine de la santé ne font aucune pression sur l'EPH. En effet, l'une des réponses recueillies au niveau de l'EPH est la suivante : « *les associations se présentent dans le cadre protocolaire ensuite elles repartent sans faire aucun type de "forcing" sur l'EPH, normalement elles sont des associations qui défendent les droits des malades, alors qu'en réalité elles n'activent pas vraiment* ».

3.4. La place du représentant des usagers dans la gouvernance hospitalière

A l'exception de l'association « KAFIL EL YATIM » qui ignore que l'hôpital est doté d'un CA, les autres associations négligent entièrement leurs droits et devoirs en ce qui concerne leur participation dans les instances décisionnelles de l'hôpital. Elles sont toutes au courant de l'existence du CA au niveau de l'hôpital, mais elles déclarent toutes une indifférence en matière de participation aux instances décisionnelles de ce dernier.

Cette indifférence est due, dans un premier temps, à l'ignorance des associations de la réglementation en vigueur, et aussi au manque d'informations et de communication en la matière de la part des pouvoirs publics, notamment sur la place réservée au représentant des usagers dans le CA. Dans un deuxième temps, l'indifférence des associations en matière de participation aux instances décisionnelles de l'hôpital est le résultat de leur manque d'instruction et de leur incapacité à imposer leurs idées au niveau du CA.

Le CA de l'EPH d'Amizour est constitué d'un président, d'un directeur, d'un secrétaire de séance et de 11 membres. Les deux représentants des usagers siégeant actuellement en tant que membres dans le CA de l'hôpital d'Amizour sont : le président de l'Association des Donneurs

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

de Sang et le président du Croissant Rouge. Ces deux représentants jouent le rôle de **simples observateurs** lors des réunions du CA, alors qu'en réalité un représentant des usagers doit être actif dans son domaine d'activité, tout en sachant comment porter les doléances des usagers qu'il représente auprès des dirigeants de l'hôpital. Malheureusement, les représentants des usagers touchent uniquement des tranches spécifiques d'usagers qu'ils représentent (ils se limitent juste à certaines pathologies, à des catégories précises, ce ne sont donc pas les usagers au sens large qu'ils ont la prétention de représenter), alors qu'un vrai représentant des usagers doit défendre toutes les catégories de malades afin de toucher un grand nombre d'usagers et faire valoir leurs doléances, ainsi que les aider à se faire entendre par l'administration de l'hôpital.

La reconnaissance des droits des usagers à participer à l'élaboration des politiques, à leur mise en œuvre ou encore à l'organisation de l'offre de soins dans les pays développés, ne s'est pas fondée grâce à une recette magique ; elle s'est développée au fur et à mesure notamment par des luttes associatives durant des décennies. En Algérie, le mouvement associatif et la culture de la participation des différentes parties prenantes à l'instance décisionnelle de l'hôpital est jugé élémentaire ; comme le souligne A. Belhimer², cette situation découle, entre autres, de l'appréhension des pouvoirs publics concernant le mouvement associatif, qui voit en lui un «contre-pouvoir» potentiel.

L'incomplétude des textes réglementaires sur les modalités de nomination du représentant des usagers au sein du CA, dont le choix est aujourd'hui laissé à la discrétion du directeur, engendre donc une marginalisation accrue des usagers dans les instances décisionnelles de l'hôpital public. Malgré cela, on ne peut pas condamner uniquement les pouvoirs publics, même les citoyens ont leur part de responsabilité du moment qu'ils sont indifférents et se sentent peu concernés et n'exercent pas leur citoyenneté comme il se doit. Leur indifférence constitue ce qu'on appelle la « léthargie de la société civile ». En effet, le chargé du bureau de la communication au niveau de l'hôpital d'Amizour a témoigné que ce sont les usagers eux-mêmes qui choisissent d'être marginalisés : *« on ne peut pas les marginaliser du moment que la réglementation leur a donné le pouvoir d'y participer, cependant leur participation est jugée minime du fait que la plupart du temps leur présence est statique ».*

² A. Belhimer (2007) : « le pluralisme politique, syndical et associatif », Ed. Friedrich-Ebert-Stiftung, Alger, p. 46.

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

En ce qui concerne la question de nécessité de la participation des usagers dans les instances décisionnelles, un membre du CA (le responsable du bureau de la communication au niveau de l'EPH) nous a déclaré : « *leur participation est plus que nécessaire pour l'hôpital, notamment pour le directeur, afin d'évaluer ses efforts et son efficacité dans la prise en charge des malades* ». Il est certain que les représentants servent de liens interactifs entre l'administration de l'hôpital et les malades. Partant de ce fait, le même interlocuteur a rajouté à cela : « *par surcharge de travail au niveau de l'EPH, il devient impossible d'identifier tous les besoins des usagers, donc à chaque fois qu'ils se rapprochent de nous, on devient plus performant et ça redynamise l'activité de l'hôpital, parce que c'est à partir de ces gens-là qu'on peut évoluer pour prendre de la façon la plus adéquate les besoins des malades* ».

3.5. Les propositions des interlocuteurs sur les solutions à apporter

Selon les réponses de nos interlocuteurs sur les questions du 4^{ème} et dernier axe qui vise à identifier les propositions de solutions à apporter aux anomalies identifiées dans les axes précédents, nous avons pu regrouper leurs réponses en trois catégories :

3.5.1. Des moyens à mettre en œuvre pour améliorer la participation des usagers à la gouvernance hospitalière

Pour améliorer la participation des usagers à la gouvernance de l'hôpital, il faut que les représentants des usagers soient plus proches de l'administration de l'hôpital pour s'informer des évolutions en cours. Il faut qu'ils sachent défendre les droits des usagers. En outre, il est primordial que les représentants des usagers s'impliquent davantage et plus activement dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement, afin de satisfaire au mieux les besoins des usagers en matière de prestations. Cela ne peut se concrétiser que si les représentants accèdent à une formation de base leur permettant de faire évoluer leurs connaissances. « *Il faut mettre en place une formation en initiation à la participation au CA de l'hôpital* », c'est la réponse que nous avons eu auprès d'un membre du CA de l'EPH d'Amizour.

3.5.2. Des solutions pour booster le dynamisme associatif et lutter contre la léthargie actuelle de la société civile

Pour permettre à l'hôpital de devenir plus performant, il est nécessaire de recenser tous les besoins exprimés par les usagers afin que tous les moyens d'accompagnement pour dispenser des prestations de qualité soient mis en œuvre par l'établissement. Les associations sont comme des liaisons entre l'EPH et le bassin de population qu'il est sensé servir. En effet, selon un membre du CA de l'EPH d'Amizour : « *il est plus facile pour l'hôpital de diffuser une*

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

information en passant par les membres de l'association, que d'être obligé de l'expliquer à chaque malade ». Rajoutant à cela que les usagers acceptent plus facilement les choses expliquées par leurs représentants que par le personnel de l'établissement (pour eux, c'est une source d'information plus fiables), comme en témoigne le chef du bureau de la communication : « *le malade est plus rassuré par rapport aux informations transmises par son représentant que par le personnel de l'EPH* ».

Dans le but de booster le dynamisme associatif, il faut, selon un membre du CA de l'EPH, dans un premier temps « *gagner la confiance des usagers* », mais aussi « *investir dans la communication numérique, notamment dans les médias lourds* ». En investissant dans le numérique, cela permettra une meilleure collaboration et de travailler à plusieurs, tout en favorisant la communication et en évitant la perte de temps.

3.5.3. Des propositions pour booster l'efficacité du mouvement associatif dans le domaine sanitaire

Selon le chargé du bureau de la communication de l'EPH, un groupement inter-associatif serait plus bénéfique pour les associations activant dans le domaine sanitaire, et les usagers qu'ils représentent. « *Pour avancer, il faut avancer ensemble* », c'est ce qu'il nous a confirmé. Selon lui, pour que la Société civile soit plus consciente de ce qu'elle représente et du rôle qu'elle pourrait jouer dans la société, notamment en matière de solidarité, il est souhaitable que les acteurs associatifs développent en leur sein la mutualisation des moyens, la mise en place de nouvelles alliances sur le territoire, afin non seulement de renforcer le lien avec l'ensemble des parties prenantes du monde associatif, mais également pour permettre l'expression d'une parole commune et audible ; « *il faut mutualiser les moyens et nouer de nouvelles alliances afin d'être plus efficace et de peser sur les politiques publique* ». Créer des passerelles entre associations est la condition pour agir dans les territoires et peser sur les politiques publiques. Cependant, les autorités officielles sont généralement attentives aux regroupements associatifs, dans la crainte de les voir monter comme un « contre-pouvoir ».

En ce qui concerne les présidents des associations, ils refusent de se regrouper par crainte de perdre leur indépendance ; ils ont peur de perdre leur statut de président et dépendre en dernier lieu du président de la fédération.

CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EPH D'AMIZOUR

CONCLUSION

Pour conclure ce chapitre, et après avoir situé la place de l'utilisateur dans la gouvernance hospitalière et la réalité de sa participation à travers une étude de cas dans un hôpital public de moyenne importance, nous sommes parvenues au résultat suivant : **les usagers ne sont pas suffisamment impliqués dans la gouvernance hospitalière et leurs représentants sont de simples observateurs et jouent un rôle passif dans le CA.** Le mouvement associatif, tel qu'il est actuellement, n'assume absolument pas son rôle de représentant des usagers. D'après les entretiens que nous avons effectués, c'est la quasi-totalité des associations qui ne veulent pas s'impliquer dans le CA de l'hôpital. Cette situation ne peut aboutir qu'à une exclusion de fait de l'utilisateur dans les instances décisionnelles de l'hôpital, même si la loi lui garantit par ailleurs une représentation formelle.

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

Pour analyser la participation des usagers à la gouvernance hospitalière, ainsi que son efficacité à améliorer la performance de l'hôpital, nous avons d'abord procédé à une recherche bibliographique afin de mieux cerner notre thème. Ensuite, nous avons entrepris une étude empirique, où nous avons combiné plusieurs techniques d'investigation avec notamment un stage pratique et une série d'entretiens exploratoires avec les présidents de cinq (5) associations de patients et quelques membres de l'actuel Conseil d'Administration (CA) de l'EPH d'Amizour. A l'issue de notre étude, nous avons pu rassembler des éléments d'appréciation nous permettant de juger de l'effectivité de la participation des usagers à la gouvernance de l'hôpital.

En Algérie, et selon la réglementation en vigueur, toutes les parties prenantes de l'hôpital sont représentées dans le CA. Néanmoins, l'actuel système de gouvernance de l'hôpital public n'est pas assez représentatif des multiples intérêts en jeux. En effet, la participation effective des parties prenantes reste toujours à construire. Le rôle actuel des membres du CA de l'hôpital se résume uniquement à apporter des clarifications au directeur, en cas de besoins, pour qu'il puisse établir les programmes et les plans d'actions à mettre en œuvre. Dans le moment où on aspire à une bonne gouvernance hospitalière, le CA doit peser davantage, en tant que représentant des parties prenantes de l'hôpital, et cela en ayant plus de pouvoir afin d'assurer sa tâche de « surveillant » du comportement du directeur de l'hôpital.

La marginalisation actuelle des usagers dans la gouvernance de l'hôpital public est le résultat de la passivité de leurs représentants dans le CA, qui ne pèsent presque pas dans le processus décisionnel de ce dernier. Cela est dû, d'une part, au manque de précision, par la tutelle, sur les prérogatives des représentants des usagers, ainsi que sur leur rôle au sein du CA. D'autre part, cela est dû aussi à la faible volonté des représentants actuels des usagers à s'imposer au sein du CA, dont ils marginalisent le rôle et l'importance en tant qu'instance décisionnelle. Malgré la reconnaissance par la tutelle de l'utilisateur en tant que partie prenante, force est de constater donc que l'utilisateur-patient algérien reste toujours non affirmé et non implanté dans le système de gouvernance. Ce problème de marginalisation de l'utilisateur, qui est pourtant une partie prenante fondamentale dans l'hôpital, remet en cause tout le service hospitalier dans sa globalité.

CONCLUSION GENERALE

À l'issue de notre investigation, nous avons donc pu confirmer nos deux (2) hypothèses principales, savoir :

- Les usagers de l'hôpital ne sont pas suffisamment représentés dans le CA, ce qui fait d'eux une partie prenante assez marginale dans la gouvernance hospitalière en Algérie.
- Les associations siégeant actuellement au CA de l'hôpital ne sont pas suffisamment représentatives ; elles restent, en conséquence, relativement incapables de porter les doléances et de défendre les intérêts des usagers en tant que partie prenante à la gouvernance hospitalière.

Le manque d'activisme du tissu associatif en Algérie est le résultat de la léthargie des associations et de leur relative ignorance de leurs droits et devoirs. En effet, elles sont souvent absentes dans les instances décisionnelles de l'hôpital, où elles sont pourtant admises de plein droit. Par ailleurs, elles agissent le plus souvent seules, chacune dans son domaine d'activité et se consacre entièrement à la réalisation de ses propres objectifs. Le mouvement associatif en Algérie n'est donc pas suffisamment représentatif de la société civile, et les associations de santé qui siègent actuellement au sein du CA de nos hôpitaux sont loin d'assurer une représentation efficace des usagers.

Dans le but de fonder une participation plus « effective » des usagers à la gouvernance hospitalière, un certain nombre de recommandations, que nous avons pu dégager à travers notre travail, s'imposent :

- Redéfinir la répartition des rôles entre la tutelle, le CA et la direction de l'hôpital. La tutelle doit donner une certaine autonomie au CA et au directeur, tout en les responsabilisant afin de les inciter à évaluer le fonctionnement et la performance de leur organisation, notamment par le recours à l'audit hospitalier pour régler les dysfonctionnements et les bouleversements que subit l'hôpital, en favorisant l'implication des différentes parties prenantes, l'organisation et la communication.
- Favoriser le passage d'un modèle administré, qui caractérise jusqu'à présent la gouvernance hospitalière, à un modèle partenarial où toutes les parties prenantes sont représentées effectivement et pèsent réellement dans les décisions, en favorisant notamment une communication transparente et des échanges d'information leur permettant de contribuer à la prise de décision ;
- Redéfinir la composition du conseil d'administration de l'hôpital. Celui-ci doit assurer une meilleure représentation des parties prenantes à la gouvernance

CONCLUSION GENERALE

- hospitalière. Les usagers sont aujourd'hui mal représentés dans le CA de l'hôpital ; il faut leur donner notamment plus de sièges au sein du CA, parce qu'une meilleure représentativité des usagers peut favoriser une meilleure performance de l'hôpital ;
- Editer un guide du représentant des usagers, qui précise les prérogatives et les modalités d'exercice du mandat afin de lui permettre d'accomplir au mieux ses fonctions en pleine connaissance de ses droits ;
 - Représenter et défendre les intérêts communs de tous les usagers du système de santé, ne peut se faire que si les représentants d'usagers qui siègent dans les instances hospitalières accèdent à une formation qui les aidera à jouer un rôle plus actif dans ces instances, en rendant leur présence à la fois reconnue et pertinente. Par ailleurs, les associations en question doivent se renseigner sur leurs droits et devoirs, ce qui leur permettra d'être capable de représenter au mieux les intérêts des usagers ;
 - Déterminer les modalités de nomination du représentant des usagers par la tutelle et dissiper le pouvoir discrétionnaire du directeur quant au choix de ce membre essentiel à la « bonne » gouvernance hospitalière ;
 - Développer des relations plus formelles entre les associations, notamment en favorisant des partenariats ou encore par la création d'un groupement inter-associatif, permettra aux représentants des usagers de peser davantage en tant que partie prenante dans les débats publics.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons pu faire des entretiens avec les différents membres du CA, ainsi qu'avec les associations de santé, afin de juger de la représentation effective des usagers dans la gouvernance de l'hôpital. Toutefois, notre travail reste en l'état assez perfectible, mais il constitue assurément un point de départ pour d'éventuelles recherches futures par rapport à cette thématique émergente de la gouvernance hospitalière, qui reste assez marginalisée dans les recherches universitaire en Algérie.

Enfin, nous avons cru utile de recenser quelques pistes de recherche, qui constitueront autant de perspectives qui permettront de combler les faiblesses et les insuffisances de ce modeste travail :

- Engager une enquête auprès des usagers de l'hôpital, afin de croiser les résultats des entretiens avec les associations de santé et les membres du CA, avec la perception des usagers en ce qui concerne leur représentation dans les instances décisionnelles de l'hôpital ;

CONCLUSION GENERALE

- Recourir à l'observation directe dans le but d'analyser le rôle effectif des différents membres du CA au niveau de l'hôpital, et ce en assistant directement aux réunions du CA ;
- Exploiter le registre des doléances de l'hôpital afin de mieux cerner les problèmes et les dysfonctionnements que rencontrent les usagers.

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Axe 1: Présentation de l'association en question ainsi que son bilan d'activité¹

- 1- L'année de création de l'association ? (pour évaluer son ancienneté)
- 2- Quelles sont les activités de l'association (durant les 3 dernières années) ? (pour analyser le dynamisme de l'association via ses activités)
- 3- Quelle est la relation qui existe entre l'association et l'hôpital ? (pour déterminer la nature de la relation)
- 4- Un membre de l'association a-t-il déjà participé à une réunion du CA d'un hôpital ? Si oui, quel est votre appréciation sur le poids réel du représentant des usagers dans des prises de décision lors des délibérations ? (afin de d'apprécier la perception des associations concernant leur influence dans les instances décisionnelles de l'hôpital)
- 5- Est-ce que les usagers font appel à vous pour faire valoir leurs doléances ? Si oui, comment vous procédez pour les satisfaire ? (pour déterminer si les associations sont actives dans la représentation des usagers qui cherchent à faire valoir leurs droits)

Axe 2: Évaluation du dynamisme associatif dans le domaine sanitaire

- 1- Quel jugement portez-vous sur le dynamisme de la société civile, en particulier en ce qui concerne les associations de santé ? (dans le but d'évaluer le degré d'implication des populations dans les associations, notamment celles qui activent dans le domaine de santé)
- 2- Est-ce que la marginalisation des patients-usagers dans la gouvernance hospitalière est causée par le manque de dynamisme associatif ? (la passivité de la société civile et son impact négatif sur la participation des usagers à la GH)

Axe 3: Analyse de l'effectivité de la participation des usagers dans la gouvernance hospitalière à travers ses différents acteurs

- 1- Qu'évoque pour vous l'expression « *participation des usagers à la gouvernance hospitalière* » ? (pour identifier l'appréciation des différentes parties prenantes sur la participation des usagers à la gouvernance hospitalière)
- 2- Quel est l'état actuel de la participation des usagers à la gouvernance hospitalière ? Quelle est au juste la place du « représentant des usagers » dans le CA ? (pour

¹ Seules les questions de cet axe ont été posées uniquement aux présidents des associations. Par contre, les questions des autres axes ont été posées, à la fois aux présidents des associations et aux différents membres du CA de l'EPH d'Amizour.

identifier la perception des différents acteurs sur la participation des usagers dans la gouvernance hospitalière)

- 3- Quelle appréciation faites-vous de cette participation, à la fois au niveau de la *représentation* des usagers au sein du conseil d'administration de l'hôpital et au niveau de la *représentativité* des associations siégeant au sein de ce dernier ? (perception des acteurs concernant le rôle du représentant des usagers dans le CA de l'hôpital)
- 4- Selon vous, une participation accrue des usagers est-elle de nature à améliorer la gouvernance hospitalière ? Quels sont au juste les rôles que doivent assumer les représentants des usagers au sein du CA ? (appréciation des différentes parties prenantes sur la l'intérêt de renforcer la représentation/représentativité des usagers dans la GH)
- 5- Quel jugement portez-vous sur votre représentation dans le dispositif actuel de gouvernance hospitalière (que ce soit en tant qu'association représentant les usagers ou bien en tant qu'utilisateur de l'hôpital public) ? Aujourd'hui, avez-vous l'impression de jouer un rôle actif dans la gouvernance hospitalière ? (dans l'objectif d'évaluer l'appréciation des acteurs associatifs sur la représentativité des usagers dans les instances décisionnelles de l'hôpital public)
- 6- Pensez-vous qu'une participation plus « active » des usagers dans les instances décisionnelles est de nature à améliorer les performances de l'hôpital public ? (pour déterminer le niveau d'implication des usagers à la gouvernance hospitalière)
- 7- Pourquoi à votre avis est-il nécessaire d'associer davantage les usagers au système de la gouvernance hospitalière ?
- 8- Selon vous, à quoi est due la marginalisation des usagers dans la gouvernance hospitalière ? (appréhender les facteurs qui expliquent la mise à l'écart des usagers – cause de la marginalisation – dans les instances décisionnelles)

Axe 4: Identifier les propositions des interlocuteurs sur les solutions à apporter aux anomalies identifiées dans les axes précédents

- 1- Selon vous, quels sont les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la participation des usagers à la gouvernance hospitalière ? (recueillir des propositions sur les mesures à mettre en œuvre pour améliorer la représentation/représentativité des usagers dans la gouvernance des hôpitaux publics)

- 2- Selon vous, comment peut-on booster le dynamisme associatif dans le domaine de la santé ? (trouver des solutions à la léthargie actuelle de la société civile)
- 3- Par quelle manière faut-il organiser la participation des usagers à la gouvernance hospitalière ? Quels sont très concrètement les améliorations à apporter au dispositif de gouvernance hospitalière afin d'améliorer la représentation/représentativité des usagers ? Quels sont les moyens à mobiliser et les acteurs à impliquer ? (recueillir des propositions permettant de booster l'efficacité du mouvement associatif dans le domaine sanitaire ?)

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

1. A. Bartoli (2009) : « *Le management dans les organisations publiques* », Ed. Dunod, Paris.
2. A. Belhimer (2007) : « *Le pluralisme politique, syndical et associatif* », Ed. Friedrich-Ebert-Stiftung, Alger.
3. BONNET, Francis et Oliver DEGRYSE, le Management associatif, De Boeck & Larcier, Bruxelles/Paris, 1997.
4. Farid MAKHLOUF (2006) : « *L'entreprise organisation et gestions* », Editions Pages Bleues, Algérie.
5. G. Charreaux, P. Desbrieres : « *Gouvernance des entreprises : valeur partenariale contre-valeur actionnariale* », In G. Charreaux, P. Wirtz (2006) : « *Gouvernance des entreprises : nouvelles perspectives* », Ed ECONOMICA, Paris.
6. J-F. Auby. (1997) : « *les services publics locaux* », Edition Burger-Levrault.
7. J-P. Gaudin (2002), « *pourquoi la gouvernance ?*», Presse des Sciences Po., Paris.

Dictionnaires et encyclopédies :

1. Alain Rey (dir.), Dictionnaire historique de la langue française, Le Robert, ed. 2012.
2. Alex Muchielli (1996), dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences sociales. Paris, Arman Colin.
3. Encyclopaedia Universalis :“L’hôpital”. Disponible in : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital/3-1-organisation-hospitaliere-contemporaine/>
4. Louis Côté, et Jean-François Savard (dir.), Le dictionnaire encyclopédique de l'administration publique: la référence pour comprendre l'action publique (Québec, Observatoire de l'administration publique, ENAP, 2012.

Revue, articles et communications :

1. A. Alchian, H. Demestz (1972): «*Production, information costs and economic organization*», The American Economic Review, vol62, n°5.
2. Anne Amar, Ludovic Berthier, « *Le Nouveau Management Public : Avantages et Limites* », Revue du RECEMAP, Décembre 2007.
3. B.PECQUEUR, Le développement local, Syros, 2e édition revue et argumentée, 2000.
4. Brault I., Roy DA., Denis I.:« *Introduction à la gouvernance clinique : historique et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé* », Pratiques et Organisations des Soins, vol.39, n°3, 2008.
5. C. Auvin et K. Le Joy (2003): « *La gouvernance de l'entreprise à l'hôpital* », Gestions Hospitalières, cahier 181, Novembre.
6. D. DURIEUX: la décentralisation des hôpitaux: UN enjeu pour la gestion des ressources humaines », revue hospitals,be N° 246, mars 2001.
7. G. Schier et O. Meier (2008) : « *Les spécificités de la gouvernance hospitalière : synthèses et perspectives* », Revue Française de Gouvernance d'Entreprise, n°3, semestre1.
8. Graduate Center, City University of New York, Weiss, Thomas G. (éd.), Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations
9. H.MINTZBERG: « *Le management: voyage au centre des organisations* », Editions d'Organisation, 1990, In D. DURIEUX: « *La décentralisation des hôpitaux: UN enjeu pour la gestion des ressources humaines* », revue hospitals. BE N° 246, mars 2001.
10. J. NIZET et F. PICHAULT: « *Comprendre les organisations. Mintzberg à l'épreuve des faits* », Gaëtan Morin, 1995. In D. DURIEUX (2001).
11. J-P. Gond, S. Mercier (2006), « *La théorie des parties prenantes: une synthèse critique de littérature* ».
12. Laurence Lynn, « *Public management* » in Guy Peters et John Pierre (dir.), Handbook of public administration, Londres, Sage, 2003.
13. M. Hely (2006): « *De l'intérêt général à l'utilité sociale : transformation de l'Etat social et genèse du travailleur associatif* ». Communication pour le « colloque Ointernational, Etat et régulation sociale », CES-Matisse, Paris, 11-13 septembre.
14. M.PONTIER: « *Les démarches d'appréciation du personnel dans le secteur hospitalier* », in Actes du 9e congrès de l'AGRH, tome 2, 19-20 novembre 1998, pp.975-985. In D.DURIEUX (2001).

15. O.E. Williamson. (1986): «*economic organization, Firms, Markets and Policy control*», Wheatsheaf books.
16. R. Canet (2004): «*qu'est-ce que la gouvernance* », conférence prononcé dans la cadre du séminaire «*les nouveaux modes de gouvernance et la place de la société civile* », organisé par le service aux collectivités de l'UQAM, Montréal, 16 mars.
17. Richard DODGSON, Kelley LEE & Nick DRAGER : «*Global Health gouvernance : a conceptuel review* » Discussion paper No.1, WW.who.org ,2002

Mémoire et thèses :

1. L. Aliouane (2012) : «*essai d'analyse de la participation des usagers à la gouvernance hospitalière : cas de l'EPH de draa-el-mizan* », mémoire de Master II en économie de la santé, Université de Béjaia.
2. Chiha GAHA : «*Pour une analyse constructiviste du contrôle organisationnel, l'exemple de l'hôpital* », Thèse en Sciences Economiques, Université de Tunis, 1997, pp. 287-291. Cité par : Wadji Ben Rejeb, «*Gouvernance et performance dans les établissements de soins en Tunisie* », Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Tunis - DEA Management 2003.
3. Denis Proulx, «*Management des organisations publique, théorie et application* », 2ème édition, Presses de l'Université du Québec, Canada.
4. G. Bénédicte: «*L'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social: influence de l'organisation et de l'encadrement* », DESS Certificat d'Aptitude et d'Administration des Entreprises, Institut d'Administration des Entreprises, Université Montpellier II, 21/09/2000.
5. K. Yahlali, N. Zaknoun (2009) : «*Les spécificités du management dans le service public : cas de Sonalgaz* », mémoire de licence en sciences de gestion, Université de Tizi-Ouzou.
6. Hirst, Paul, «*Democracy and gouvernance* » dans pierre, Jon (éd.), *Debating Gouvernance : Authority, Steering, and Democracy*, Oxford University Press, 2002.
7. Marcel GUENOUN, «*le management de la performance publique – étude de l'utilisation de l'outil de gestion dans les organisations intercommunales* », Université
8. MBOUNA M.N. : «*analyser la participation des usagers à la gouvernance du système de sante : une perspective de la theorie des parties prenantes* », Thèse de doctorat en sciences de gestion, l'Université Jean Moulin Lyon3, 28 juin 2010.

9. Weiss, Thomas G. ET Ramesh Thakur, *The United Nations and Global Governance: An Idea and its Prospects*, University of Indiana Press.

Rapports et documents divers :

1. A. BELGHITI ALAOUI et al. : « *Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital* », RABAT, Royaume-Uni, 9/10/2005.
2. Banque et assurance, « *Guide du dirigeant d'association : créer, animer, développer votre association* », Édition 2015-2016. p. 1. www.credit-agricole.fr
3. Bertrand COMMELIN « *Le gouvernement d'entreprise, La Bourse et les entreprises* », Cahiers Français N°277,2001.
4. Brault I., Roy D.A. : « *Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et enjeux d'implantations* », Infolettre, vol. 3, n°1, juin 2006, p.6. Voir aussi : I. Brault, J-L. Denis, « *la gouvernance clinique : concilier l'administration et les professions pour améliorer les soins aux patients* », IVe congrès mondiale SIDIEF, Marrakech, Maroc, 27 juin 2009.
5. Brault, D.A. Roy : « *Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et enjeux d'implantations* », Infolettre, vol. 3, n°1, juin 2006, p.2. Voir aussi Hôpital du valais : « la gouvernance clinique » In : www.rsv-gnw.ch
6. C. Morgny « *Démocratie sanitaire : place et rôle des usagers* », module interprofessionnel de santé publique, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, In : <http://ressources.ensp.fr>
7. Catherine Calvez : « *Les réformes de santé en France* », Dossier documentaire, 2016, p. 1. Disponible in : <http://documentation.ehesp.fr/produits-documentaires/bibliographies-et-dossiers-documentaires/>
8. Centre National d'études et d'analyses pour la Population et le Développement (CENEAP), « *Aspects du mouvement associatif* », N° 53, janvier 2003. Disponible in : www.ceneap.com.dz
9. Chappoz Yves, Pupion Pierre-Charles, « *Le New Public Management* », Gestion et management public, 2/2012 (Volume 1/n°2).
10. DAFFLON, Bernard. *Nouvelle gestion publique : chances et limites d'une réforme de l'administration*. Genève : CETEL, 199.
11. E. caniard (animé par) (2000) « *La place des usagers dans le système de santé* » rapport et propositions du groupe de travail, décembre, In : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>

12. E. Rhenman., B. Stymne (1965):« *Corporate Management in a Changing World* », Aldus/Bonniers,
13. E-G. Furubotn, S. Pejovich (1972): «*property rights and economic theory, journal of economic literature*».
14. Fondation National pour la promotion de la santé et le Développement de la Recherche (FNDR), « *L'avenir du mouvement associatif en Algérie* ». Disponible in : www.forem.dz.
15. Institut sur la gouvernance(Canada) ,2002(voir <<http://www.iog.ca>>).
16. Isabelle JOHNSON « *La gouvernance : vers une redéfinition du concept* », Agence Canadienne du développement international, Ottawa, Mars 1997.
17. Jean-Pierre Gaudin, « *Pourquoi la gouvernance ?* », Presses de la FNSP, coll. La bibliothèque du citoyen, Paris, 2002.
18. Overseas Development Administration, *Taking Account of Good Government*, Londres, 1993.
19. Panel Pierre, « *L'hôpital public. Ses contradictions, ses mutations* », Études, 10/2007 (Tome 407), p. 319-330.URL: <http://www.cairn.info/revue-etudes-2007-10-page-319.htm>
20. Rapport du groupe de travail sur la gouvernance des établissements de santé et des services sociaux au Québec, « *Pour s'assurer d'une gouvernance en sante* » p, 09, Février 2008. Disponible in,www.igopp.org.
21. T. Laurent, Y. L'Horty, « *Incitation au retour à l'emploi : une perspective dynamique* », avril 2004.
22. Tino Raphaël Toupane, « *La gouvernance : évolution, approches théoriques et critiques du concept* », SEMINARUL GEOGRAFIC "D. CANTEMIR" NR. 29 / 2009.
23. UNDP « *Decentralised Gouvernance programme* », New York, USA, 1996
24. Word Bank « *Managing Developpement-the Gouvernance Dimension* », Washington DC. USA 1994

Règlementation :

1. Décret exécutif n°07-140du 2 Joumada 1428 correspondant au 19 mai 2007 pourtant création, organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.
2. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux sanctionnée le 18 décembre

3 .Loi modifiant la Loi sur les services de santé et des services sociaux sanctionnée en janvier 2006.

Les sites internet :

1. www.cairn.info
2. www.ceneap.com.dz
3. www.credit-agricole.fr
4. www.forem.dz
5. www.igopp.org.
6. www.mémoireonline.com

TABLE DE MATIERES

	Page
DEDICACES.....	–
REMERCIEMENTS.....	–
LISTE DES ABREVIATIONS.....	–
LISTE DES TABLEAUX.....	–
SOMMAIRE.....	–
INTRODUCTION GENERALE.....	01
<u>CHAPITRE I :</u>	
MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES:	
CADRE CONCEPTUELET THEORIQUE	
Introduction.....	04
I. SOURCES ET CONTEXTES DU MANAGEMENT PUBLIC.....	04
1. Le secteur public et ses services.....	04
1.1. Définitions.....	04
1.2. Les principes du service public.....	05
1.3. L'administration publique.....	06
2. Les organisations publiques.....	06
2.1. Définition.....	06
2.2. Les particularités des organisations publiques.....	06
2.3. Les parties prenantes d'une organisation publique.....	07
3. Le management des organisations publiques.....	07
3.1. Le contexte d'émergence du management public.....	07
3.2. Définition.....	08
3.3. Le rôle et les objectifs du management public.....	08
3.3.1. Le rôle du management public.....	08
3.3.2. Les objectifs du management public.....	10
3.4. Les spécificités du management public.....	11
II. GENERALITES SUR LA GOUVERNANCE.....	11
1. Aperçu historique et définitions.....	12
2. Les modèles de la gouvernance.....	14
2.1. Le modèle boursier régulé par les marchés financiers.....	14
2.2. Le modèle partenarial régulé par les partenaires économiques.....	14
2.3. Le modèle administré régulé par les pouvoirs publics.....	15
3. Les types de la gouvernance.....	15
3.1 Les indicateurs de la gouvernance.....	17
4. Les théories de la gouvernance.....	18

4.1. La théorie des droits de propriétés.....	18
4.2. La théorie de l'agence.....	19
4.3. La théorie des coûts de transactions.....	20
4.4. L'approche partenariale.....	20
III. DU NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC A LA NOUVELLE GOUVERNANCE PUBLIQUE.....	21
1. Le paradigme du New public management.....	22
1.1. Historique.....	22
1.2. La démarche du new public management.....	23
1.3. Les limites du new public management.....	23
2. La gouvernance des organisations publiques : Spécificités et implications.....	24
2.1. Les spécificités de la gouvernance des organisations publiques.....	24
2.2. Implications sur la transformation des organisations publiques.....	25
2.3. De l'administrer à l'utilisateur.....	26
Conclusion :.....	27
<u>CHAPITRE II :</u>	
LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : QUELLE PLACE POUR LES USAGERS ?	
Introduction :.....	28
I. LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE.....	28
1. Analyse organisationnelle de l'hôpital.....	28
1.1. Définition de l'hôpital.....	28
1.2. Organisation de l'hôpital.....	29
1.2.1. La configuration professionnelle.....	29
1.2.2. La configuration bureaucratique.....	30
1.2.3. La configuration missionnaire.....	30
1.2.4. La configuration adhocratique.....	30
2. La gouvernance de l'hôpital public.....	30
2.1. Définition.....	30
2.2. Les composantes de la gouvernance hospitalière.....	31
3. La théorie des parties prenantes et les spécificités de la gouvernance hospitalière.....	32
3.1. La théorie des parties prenantes et la gouvernance de l'hôpital.....	32
3.2. Les parties prenantes à la gouvernance hospitalière.....	33
3.3. Les spécificités de la gouvernance hospitalière.....	34
3.3.1. Les spécificités structurelles de la gouvernance hospitalière.....	34
3.3.2. Les spécificités organisationnelles de la gouvernance hospitalière.....	34
3.3.3. Les spécificités pratiques de la gouvernance hospitalière.....	35

3.4. Quel est le modèle de gouvernance le mieux adapté pour l'hôpital public?.....	36
3.4.1. Le modèle administré de la gouvernance régulé par les pouvoirs public.....	36
3.4.2. Le modèle boursier de la gouvernance régulé par les marchés financiers.....	37
3.4.3. Le modèle partenarial de la gouvernance régulé par les partenaires économiques.....	37
II. La gouvernance hospitalière en Algérie.....	38
1. Composition et rôles des acteurs de la gouvernance hospitalière.....	38
1.1. Le conseil d'administration.....	38
1.1.1. Les fonctions du conseil d'administration.....	38
1.2. Le Directeur.....	39
1.3. Le conseil médical.....	40
2. Les usagers et les associations représentantes.....	41
2.1. Définition et évolution du concept d'usagers.....	41
2.2. Les représentants des usagers.....	42
2.3. Le mouvement associatif.....	42
III. La gouvernance hospitalière : Une approche comparative.....	44
1. La gouvernance hospitalière dans les pays développés.....	44
1.1. Le cas de la France.....	44
1.2. Le cas du Royaume-Uni.....	45
1.3. Le cas du Québec.....	45
2. La gouvernance hospitalière dans les pays maghrébins.....	46
2.1. Le cas du Maroc.....	46
2.2. Le cas de la Tunisie.....	47
2.3. Appréciation de la situation de l'Algérie par rapport aux pays voisins.....	47
Conclusion.....	49
<u>CHAPITRE III :</u>	
ETAT DES LIEUX DE LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE : CAS DE LA WILAYA DE BEJAIA	
Introduction.....	50
I. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL.....	50
1. Présentation de l'EPH Amizour.....	50
2. Capacité de l'établissement.....	51
3. Bilan des activités.....	52
3.1. Le nombre de malades par service.....	52

3.2. Le nombre de journées d'hospitalisation par service.....	52
3.3. Le taux d'occupation des lits par service.....	53
3.4. La durée moyenne de séjour des malades.....	54
3.5. Le nombre de décès et le taux de mortalité par service.....	54
3.6. Les activités de radiologie (nombre d'examens effectués).....	55
3.7. Les activités du laboratoire.....	56
3.8. Les activités du bloc opératoire.....	56
3.9. L'activité de maternité.....	57
3.10. L'activité des Urgences Médico-chirurgicales.....	57
3.11. La banque de sang.....	58
3.12. Le nombre de décès par groupe de maladie.....	58
4. Diagnostic global de l'établissement.....	59
4.1. La situation épidémiologique de la population.....	59
4.2. La situation de l'offre de soin.....	60
II. LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	61
1. Le choix de la méthode et le recueil des données.....	61
2. Le choix de l'étude de cas.....	61
3. Le déroulement de l'enquête qualitative.....	62
III. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	62
1. Présentation des associations enquêtées.....	62
1.1. L'association de bienfaisance « TUDERT » d'aides aux malades cancéreux.....	62
1.2. L'association de bienfaisance « KAFIL EL YATIM » de Béjaïa.....	63
1.3. L'association des diabétiques « ASSIREM » de Béjaïa.....	63
1.4. L'association Solidarité Don de Sang de la Wilaya de Béjaïa.....	63
1.5. Le Croissant-Rouge Algérien Comité Wilaya Béjaïa.....	64
2. Présentation du procès-verbal du dernier CA de l'EPH d'Amizour.....	66
3. Résultats des entretiens.....	66
3.1. Analyse du bilan d'activité et des difficultés entravant leurs activités.....	66
3.2. Les relations entre les associations et l'hôpital.....	67
3.3. L'évaluation du Dynamisme associatif.....	69
3.4. La place du représentant des usagers dans la gouvernance hospitalière.....	69
3.5. Les propositions des interlocuteurs sur les solutions à apporter.....	71
3.5.1. Du moyen à mettre en œuvre pour améliorer la participation des usagers à la gouvernance hospitalière.....	71
3.5.2. Des solutions pour booster le dynamisme associatif et lutter contre la léthargie Actuelle de la société civile.....	71

3.5.3. Des propositions pour booster l'efficacité du mouvement associatif dans le domaine sanitaire.....	72
Conclusion.....	73
CONCLUSION GENERALE.....	74
ANNEXE.....	–
BIBLIOGRAPHIE.....	–

Résumé:

L'objectif de ce travail sera d'analyser l'impact de la participation des usagers à la gouvernance de l'hôpital public et sa contribution potentielle à l'amélioration de la performance de ce dernier. Ce travail s'inscrit très largement dans le paradigme de la théorie des parties prenantes, qui nous semble être la mieux appropriée dans la mesure où elle place l'utilisateur en tant qu'acteur primordial de la gouvernance hospitalière.

Le résultat fondamental de ce travail est qu'on assiste toujours à **une mise à l'écart des usagers** dans la gouvernance de l'hôpital public algérien, et ce malgré l'acceptation de leurs représentants en tant que membre dans le conseil d'administration de l'hôpital. Cette marginalisation est due principalement à la léthargie de la société civile, à la sous-représentativité des usagers dans les instances décisionnelles, mais aussi à l'ignorance des associations de santé de leurs propres droits et devoirs.

Mots-clés : Gouvernance hospitalière, Usager de l'hôpital, Conseil d'administration, Théorie des parties prenantes, Associations de santé, EPH d'Amizour, Algérie.

ANNEXE

Liste des tableaux :

Tableau N° 01: Comparaison des administrations de types wébérienne et NMP.

Tableau N°02: Evolution du nombre de malades par service.

Tableau N°03: Evolution du nombre de journées d'hospitalisation par service.

Tableau N°04: Taux d'occupation des lits par service.

Tableau N°05: Evolution de la durée moyenne de séjour des maladies par année.

Tableau N°06: Evolution du nombre de décès et taux de mortalité per service.

Tableau N°07: Evolution de l'activité de radiologie (nombre d'examens effectues).

Tableau N°08: Evolution des activités du laboratoire.

Tableau N°09: Evolution des activités du bloc opératoire par année.

Tableau N°10: Evolution des activités de maternité.

Tableau N°11: Evolution des activités des urgences Médico-chirurgicales par année.

Tableau N°12: Evolution de l'activité Banque de sang de 2010 à 2014.

Tableau N°13: Evolution des nombres de décès par groupe de maladie de 2010 à 2014.

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE I

CHAPITRE II

CHAPITRE III

CONCLUSION GENERALE

BIBLIOGRAPHIE