

Les établissements hospitaliers publics : Vers une nouvelle de gouvernance hospitalière inspirée du management de la qualité.

Public hospitals : Towards a new hospital governance inspired of quality management.

Brahim KIRMI

Professeur d'Enseignement Supérieur
Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales – Tanger
Université Abdelmalek Essaâdi
Groupe de Recherche en Economie et Territoire (GRET)
kirbrahim@gmail.com

Wadiâ CHAHOUATI

Doctorant en sciences de gestion
Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales – Tanger
Université Abdelmalek Essaâdi
Groupe de Recherche en Economie et Territoire (GRET)
wad.chah.doc@gmail.com

Date de soumission : 29 / 07 / 2019

Date d'acceptation : 23 / 09 / 2019

Pour citer cet article :

KIRMI B. & CHAHOUATI W. (2019) « Les établissements hospitaliers publics : Vers une nouvelle gouvernance inspirée du management de la qualité », Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit « Numéro 10 : Septembre 2019 / Volume 4 : numéro 2 », p : 321 - 347

Résumé :

Malgré l'instauration de plusieurs réformes appuyées par l'introduction d'un ensemble d'outils managériaux novateurs, l'hôpital public n'a pas tellement évolué. A vrai dire, les réformes instaurées n'ont pas permis à l'hôpital public d'affronter ses défis évolutifs et d'assurer la satisfaction de la demande illimitée de soins.

A travers cet article, nous tenterons la décortication des principaux repères et modèles théoriques de la gestion des établissements hospitaliers pour permettre une meilleure compréhension de la réalité hospitalière. Nous allons d'abord procéder à une lecture critique des modèles théoriques qui ont marqué l'évolution du management hospitalier. Ensuite nous essayerons de proposer des recommandations issues des exigences de la norme ISO 9001 V 2015 pour combler les lacunes dépistées, et par conséquent dresser des pistes de réflexion sur une nouvelle gouvernance hospitalière inspirée du management de la qualité.

Mots clés : Bureaucratie professionnelle ; Modèle Agent – Principal ; Concept Hôpital – Entreprise ; Nouvelle Gouvernance Hospitalière ; ISO 9001 V 2015.

Abstract :

Despite the introduction of several reforms supported by the introduction of an innovative set of management tools, public hospital has not evolved much. In fact, the introduced reforms have not allowed the public hospital to face its evolutionary challenges and ensure the satisfaction of the unlimited demand for care.

Through this communication, we will try to decorticate the main points of the reference and theoretical models of the hospital facilities management to allow a better understanding of the hospital reality. First at all, we will conduct a critical reading of the theoretical models that have marked the evolution of hospital management. Secondly, we will try to suggest recommendations based from the requirements of ISO 9001 V 2015 standard to fill gaps that has been diagnosed, and therefore draw up reflection tracks on a new hospital governance inspired by quality management.

Keywords : Professional Bureaucracy ; Chief-Agent model ; Hospital / Company Concept ; New Hospital Governance ; ISO 9001 V 2015.

Introduction :

A partir des années 1980, la question hospitalière est devenue très préoccupante pour les pouvoirs publics, elle est devenue la bête noire des ministères de tutelle (Arliaud, 1987). A l'origine de cette préoccupation, il y a un ensemble de dysfonctionnements qui ont obligé les gouvernements à mettre en place des réformes hospitalières pour aider les établissements hospitaliers à mieux soigner et à mieux dépenser dans un contexte complexe et spécifique caractérisé par une demande illimitée et des ressources limitées (Ezziadi & Gharrafi, 2019 ; Baptiste, 2003). Dans cette optique, les pouvoirs publics ont orienté leurs efforts vers l'instauration de certains outils managériaux issus de l'univers des firmes au sein des établissements de santé dans l'objectif d'assurer une gestion efficiente de leurs activités stratégiques et opérationnelles (Kervasdoué, 2004). Ainsi, un nouveau mouvement de transformation de la politique hospitalière a vu le jour ces dernières décennies à travers la mise en place d'un ensemble de concepts managériaux qui vont progressivement prendre place de façon diffuse dans le milieu hospitalier public. Selon les termes de J. Vallejo (2018), il s'agit d'une tentative d'industrialisation des soins pour maîtriser les coûts tout en améliorant la qualité des prestations offertes aux usagers des services hospitaliers.

Dans cette perspective, nous estimons utile et important de souligner que la maîtrise de l'arsenal théorique de ce tournant gestionnaire hospitalier est indispensable pour observer et réduire ses effets qui ont bouleversé fortement le modèle des organisations hospitalières (Grevin, 2011). Notre recherche vient donc pour amorcer une réflexion sur l'évolution des repères théoriques du management hospitalier qui va nous permettre de mieux cerner la réalité hospitalière. Elle constitue une tentative pertinente pour trouver des remèdes adéquats aux différentes menaces de la survie et du développement des hôpitaux publics. La revue de la littérature mobilisée dans le cadre de cet article gravite ainsi autour de 02 questions principales : Quelles sont les insuffisances majeures des modèles qui ont marqué l'évolution du management hospitalier ? Peut-on considérer le management de la qualité comme une plate-forme permettant la conception d'une nouvelle approche managériale dans l'univers hospitalier public ?

Pour répondre à ces questions, nous essayerons, à travers une large revue de la littérature, de présenter les principaux travaux réalisés sur le sujet de notre recherche. Autrement dit, nous essayerons de dresser un lien étroit entre la correction des insuffisances des modèles qui ont marqué la gouvernance des hôpitaux publics et les pratiques managériales novatrices du

management de la qualité en particulier de la norme ISO 9001 V 2015. Nous procéderons ainsi à la décortication de la bureaucratie professionnelle puisque que l'hôpital est considéré comme un modèle type de la bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982 ; Cremadez, 1992), nous nous pencherons ensuite sur le modèle Agent – Principal, cadre théorique de la théorie d'agence, qui a favorisé l'émergence d'une théorie néo-libérale de la gouvernance hospitalière pour remplacer les approches néo-classiques originelles (Domin, 2015). Nous essayerons également de cerner le concept « Hôpital – Entreprise » qui préconise le développement d'une nouvelle vision managériale dans le milieu hospitalier à travers l'application des règles de jeu du secteur privé dans les hôpitaux publics (Grimaldi et al., 2017). En dernier lieu, nous aborderons en détail la Nouvelle Gouvernance Hospitalière (NGH) avant de présenter un ensemble de recommandations issues de la norme ISO 9001 V 2015 pour corriger les insuffisances majeures des quatre modèles « traditionnels » de la gestion hospitalière.

1. Le passage forcé de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise :

1.1 L'hôpital : Une bureaucratie professionnelle

1.1.1 La bureaucratie professionnelle dans le milieu hospitalier

En se basant sur des travaux réalisés sur les différents acteurs de l'hôpital (Pauly & Redisch, 1973 ; Harris & Huard, 1977 ; Pauly 1980 ; Mintzberg, 1982) considère l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle au même titre que les universités ou les cabinets d'expertise-comptable. D'autres auteurs confirment cette idée en précisant que l'hôpital est un modèle type de la bureaucratie professionnelle (Cremadez, 1987 ; Nobre, 1999 ; Glouberman & Mintzberg, 2001). D'après T. Nobre (1999), la structure organisationnelle de l'hôpital s'aligne strictement à la configuration de la bureaucratie professionnelle telle qu'elle est décrite par H. Mintzberg (1982). Il met surtout l'accent sur la domination du centre opérationnel dans des hôpitaux où il y a une prégnance du corps médical sur l'ensemble de la structure (Nobre, 1999).

En 1992, M. Cremadez a procédé à une analyse de la structure organisationnelle de l'hôpital à travers les éléments de base de la bureaucratie professionnelle. Cette analyse a permis de dévoiler les principales caractéristiques structurelles des établissements hospitaliers :

+ Le sommet stratégique : Il veille à ce que la mission hospitalière de pilotage soit remplie efficacement. Il peut être constitué de l'autorité de tutelle (centrale, régionale ou locale), les instances de pilotage et la direction. D'après B. Chouam et F. Z. Benchikha (2018), ce sommet se caractérise par une certaine ambiguïté dans les structures hospitalières.

+ Le centre opérationnel : Il comprend les unités de soins et les services médico-techniques. Il fonctionne de manière autonome et il est prédominant dans la structure ce qui fait de l'hôpital une organisation à culture professionnelle (Melbouci et al., 2015). Pourtant, le personnel hospitalier se caractérise par la diversité des profils et l'hétérogénéité des logiques qui ne permettent pas la constitution d'un bloc opérationnel homogène ayant les mêmes intérêts, objectifs et contraintes (Makhloufi et al., 2012).

+ La ligne hiérarchique : Elle a pour mission d'assurer le relais entre le centre opérationnel et le sommet stratégique. Ses activités sont souvent perturbées par des interruptions entre la direction et les chefs de services à cause des objectifs contradictoires (Chouam & Benchikha, 2018).

+ La technostructure : Elle a un rôle relativement faible dans la bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982), elle prend de l'importance dans les grandes organisations qui s'appuient sur la standardisation des activités. A l'hôpital, cette fonction est très réduite, elle se limite à la dimension économique et financière surtout que la standardisation par le résultat est trop difficile (Chouam & Benchikha, 2018).

+ Les fonctions de support logistique : Ces fonctions jouent un rôle primordial dans le bon déroulement des activités hospitalières opérationnelles (Chouam & Benchikha, 2018). Elles se concrétisent par l'existence d'une hiérarchie de nature mécaniste qui va du haut vers le bas à l'encontre de la hiérarchie professionnelle « démocratique » qui va du bas vers le haut (Mintzberg, 1982 ; Vallejo, 2013).

1.1.2 Les limites de la bureaucratie professionnelle dans le milieu hospitalier

L'organisation bureaucratique ne constitue plus une solution pour les problèmes des administrations, elle est devenue un problème (Bezes, 2009). S. Zeghni (2014) précise que l'émergence du New Management Public dans le milieu hospitalier a pour but principal de lutter contre les effets pervers de la bureaucratie professionnelle.

S'agissant des critiques infligées à la bureaucratie professionnelle, H. Mintzberg (1982), lui-même, met l'accent sur les problèmes de coordination, de contrôle et d'innovation dans ce type de configurations structurelles. Il attire également l'attention sur : l'instabilité de l'environnement qui peut bouleverser cette configuration, l'insuffisance de la standardisation des qualifications comme moyen de coordination, l'inefficacité du processus de classement et le problème du contrôle. Il précise que les bureaucraties professionnelles ne peuvent pas contrôler les professionnels qui ne sont pas consciencieux ou qui sont incompetents (Mintzberg, 1982). Il affirme aussi que l'autonomie offerte aux professionnels

peut les inciter à ignorer les besoins des clients et de l'organisation. Pire encore, cette autonomie peut entraîner une résistance à coopérer et à innover (Mintzberg, 1982).

D. Vinot (1999) affirme que le modèle de la bureaucratie professionnelle a été plus appliqué à l'hôpital par ses lecteurs que par H. Mintzberg qui a proposé un nouveau cadre conceptuel reposant sur « les quatre mondes » ou « les quatre C » (care, cure, control and community) pour combler les limites de sa configuration structurelle bureaucratique initiale. M. Cremadez (1987), de sa part, propose une extension du modèle de la bureaucratie professionnelle en introduisant les deux concepts de la différenciation et de l'intégration. Il précise que l'utilisation de ces deux concepts est indispensable pour comprendre la dynamique de l'organisation hospitalière surtout que l'environnement hospitalier peut être réparti en plusieurs sous-environnements distincts (Cremadez, 1987). Pourtant, I. Guerrero (1997) affirme que le modèle proposé par M. Cremadez (1987) ne permet pas de mieux cerner le fonctionnement de l'hôpital. Elle propose ainsi un autre modèle qui considère l'hôpital public comme une entité juridique unique, composée de 03 organisations : administrative, médicale et paramédicale.

D'après T. Nobre (1999), le modèle initial de la bureaucratie professionnelle ne permet pas de cerner le fonctionnement de l'hôpital. Il a introduit trois modifications majeures à ce modèle : la différenciation du centre opérationnel en deux catégories (le corps médical et le personnel soignant), la prise en considération des évolutions de l'environnement et du système technique, et enfin le renforcement du rôle stratégique du corps médical par sa participation à la définition et à la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'organisation (Nobre, 1999). En somme, il affirme que l'hôpital doit passer d'une bureaucratie professionnelle « despotique contrariée » à une autre « coopérative et éclairée » (Nobre, 1999).

Actuellement, l'hôpital passe progressivement d'une structure bureaucratique professionnelle vers une autre structure divisionnelle à forte composante professionnelle (Pouvoirville & Tedesco, 2003) qui a bouleversé la réalité hospitalière surtout avec l'émergence de l'organisation polaire dans les hôpitaux publics (Vallejo, 2018).

1.2 La théorie de l'agence dans l'univers hospitalier

1.2.1 Le modèle Principal - Agent dans le milieu hospitalier

Depuis les années 1980, la théorie d'agence influence amplement la transformation des politiques hospitalières. Elle a favorisé l'émergence d'une théorie néo-libérale réaliste de la gouvernance hospitalière pour remplacer les approches néo-classiques originelles qui occultent les asymétries d'information et les problèmes de structure (Béjean, 1999 ; Domin,

2015). D'après M. Mougeot (1986), la théorie de l'agence est la seule approche capable de prendre en considération les dysfonctionnements d'un système hospitalier caractérisé par l'existence d'un ensemble d'acteurs, de logiques et d'objectifs divergents en situation d'information imparfaite.

Malgré la diversité et la complexité des relations entre les agents hospitaliers, la théorie d'agence est omniprésente dans la sphère managériale de l'hôpital, elle s'applique à tous les niveaux hiérarchiques et à toutes les relations dressées dans l'univers hospitalier : Médecin-Malade, Assuré-Assureur, Médecin-Directeur, Tutelle-Hôpital, ... (Sebai, 2016).

Pourtant, toutes ces relations sont caractérisées par l'asymétrie de l'information entre le principal et l'agent. De ce fait, J. Sebai (2016) met l'accent sur la nécessité de mettre en place certains mécanismes d'incitation pour limiter les comportements opportunistes, source d'inefficacité, et pour maîtriser les effets négatifs de cette asymétrie d'information.

J. P. Domin (2014), de sa part, affirme que les interactions entre les acteurs internes et externes de l'hôpital peuvent être considérées comme des relations d'agence. Il précise que la relation entre la tutelle et l'hôpital est une relation d'agence avec antisélection (ou sélection adverse) et aléa moral (ou risque moral) ce qui entraîne des difficultés au principal (tutelle) dans la prise de décision et dans le contrôle des activités effectives de l'agent (hôpital). Pareillement, la relation entre le directeur (principal) et le corps médical (agent) est considérée comme une relation d'agence, sauf que cette relation est souvent « parasitée » par l'incertitude, l'asymétrie d'information et les comportements opportunistes des agents qui cherchent à maximiser leur utilité pour accroître les budgets alloués à leurs services (Domin, 2014). La relation Directeur/Médecin peut être ainsi considérée comme une relation d'agence avec antisélection (opportunisme ex ante) et aléa moral (opportunisme ex post) puisque le principal (directeur) ne peut pas mesurer le niveau d'effort effectué par l'agent et le poids des coûts engagés pour la production des soins, implicitement il ne peut pas mesurer le degré de respect du contrat par le corps médical (Domin, 2015).

En somme, nous pouvons avancer que l'hôpital peut être décrit comme est un nœud de relations contractuelles qui s'adhère parfaitement à la théorie d'agence. En se référant aux deux approches de la théorie d'agence (la normative et la positive), S. Béjean (1999) identifie deux modélisations différentes du fonctionnement de l'hôpital. La première modélisation normative, inspirée des travaux de B. Fermon (1991), est relativement limitée, elle est centrée sur l'administrateur-gestionnaire (directeur) qui est à la fois « Agent » des pouvoirs publics et « Principal » des médecins de l'hôpital (Béjean & Gardeau, 1992). Or, la deuxième, inspirée

de l'approche positive d'agence, est une modélisation plus complexe qui permet de prendre en considération plusieurs relations et étages d'interactions, et par conséquent combler les lacunes de la normative notamment le problème d'identification du principal et de l'agent parce que chaque acteur peut être à la fois agent et principal dans deux relations d'agence différentes (Béjean & Gardeau, 1992).

Pour conclure, nous soulignons que la théorie d'agence constitue le cœur de la vision néoclassique actuelle des firmes et que son application dans l'univers hospitalier comporte des apports importants en particulier la prise en considération de l'asymétrie de l'information et les comportements opportunistes qui règnent dans les hôpitaux (Béjean, 1999). Sauf que ce type de relations débouche souvent sur des problèmes liés essentiellement à la mise en œuvre des dispositifs d'incitation et de contrôle nécessaires pour amener l'agent à respecter le contrat et à se comporter conformément aux intérêts du principal (Zerbo, 2016). Il engendre également des coûts très importants pour réduire les asymétries d'information : les coûts de surveillance, les coûts d'obligation et les coûts d'incitation pour orienter les comportements (Jensen & Meckling, 1976 ; Claveranne et al., 2009).

1.2.2 Les limites de la théorie d'agence dans le milieu hospitalier

Nous avons déjà signalé que la relation de l'agence a un coût. D'après M. Jensen et W. Meckling (1976), il y a trois catégories de coûts d'agence :

- Les coûts de surveillance et d'incitation engagés par le Principal pour contrôler et orienter le comportement de l'Agent. A titre d'exemple, la direction de l'hôpital doit assumer les coûts engagés pour contrôler (supervision) et motiver (intéressements) les médecins qui n'acceptent pas habituellement la mise en place des dispositifs de contrôle (résistance) ;
- Les coûts d'obligation supportés par l'Agent : Ce sont des coûts sociaux supportés par le personnel / Agent (stress, fatigue, ...) pour maximiser ses efforts et mettre en confiance la direction (Principal). Parfois, le personnel focalise ses efforts sur la satisfaction des clauses des contrats établis au lieu de les orienter vers l'amélioration de la qualité des soins. La satisfaction des exigences contractuelles peut ainsi primer la satisfaction des patients ;
- La perte résiduelle : C'est l'écart inévitable entre le résultat des actions menées par l'Agent et l'objectif attendu par le Principal à cause des divergences d'intérêts. Cette perte est supportée par la direction (Principal) qui se trouve souvent obligée à doubler ses efforts de supervision et de motivation pour maximiser son bien-être ce qui alourdit massivement le coût financier de la relation contractuelle.

Force est de reconnaître que la réduction de ces coûts s'avère très difficile parce que l'asymétrie de l'information ne dépend pas seulement des intérêts et des capacités des co-contractants, elle est liée strictement au contexte de la relation : secret professionnel, exigences réglementaires, crédibilité, coût de l'information, ... (Kirmi, 2007). Dans le milieu hospitalier, les dispositifs de contrôle ne sont pas suffisamment efficaces et donc les coûts d'agence sont souvent élevés (Vallejo et al., 2018).

Sur le plan organisationnel, la théorie de l'agence réduit la firme à des simples relations interindividuelles (un nœud de contrats) et elle refuse toute idée selon laquelle les firmes reposent sur un principe hiérarchique qui représente la base de toute structure hospitalière. Donc, elle peut donner lieu à une juxtaposition de deux logiques et parfois deux structures : une contractuelle et l'autre hiérarchique. Pire encore, cette approche de gouvernance contractuelle reste limitée dans le milieu hospitalier car elle ne met pas en valeur l'aspect social des relations entre les co-contractants et elle est trop bornée à un seul objectif d'aligner le comportement de l'agent sur l'intérêt du principal (Fray, 2009). De ce fait, l'application de la gouvernance contractuelle dans les hôpitaux semble très difficile (Béjean, 1999 ; Fray, 2009). D'après S. Béjean (1999), le recours à la théorie de l'agence n'a pas permis la détermination de contrats optimaux à l'hôpital en raison de la complexité de ses relations, de la surabondance des problèmes d'asymétries d'information et des comportements opportunistes qui pèsent sur le fonctionnement global du système de santé.

Concernant la dimension sociale, elle n'est pas explicitement prise en compte dans les relations entre l'agent et le principal puisqu'elle ne peut être exprimée en des termes strictement contractuels (Kang & Sorensen, 1999). De ce fait, nous pouvons affirmer qu'il y a une prédominance de l'aspect contractuel sur l'aspect social dans ce type de relations (Madani, 2009), et donc il y a un grand risque de sacrifier les missions sociales de l'hôpital (Mossé, 1997). En plus, l'évaluation de cette dimension est généralement complexe et difficile dans les hôpitaux ce qui peut entraîner un problème d'optimisation des contrats dans le cadre de la théorie de l'agence qui semble avoir du mal à prendre en considération toutes les composantes de la réalité hospitalière (Claveranne et al., 2009 ; Sebai, 2016).

Pour conclure, nous pouvons avancer que les critiques adressées à l'application de la théorie de l'agence nous permettent de la considérer comme une théorie incompatible avec les valeurs et les particularités de l'univers hospitalier surtout qu'elle considère la direction, les médecins et les autres personnels comme « des tricheurs en puissance » (Domain, 2015).

1.3 Le passage forcé à « l'Hôpital – Entreprise » :

1.3.1 Le concept « Hôpital – Entreprise » :

D'après G. Vallet (2012), l'hôpital est le lieu de confrontation de trois logiques différentes : une logique médicale, une logique universitaire et une logique gestionnaire qui s'intéresse essentiellement à répondre à ses préoccupations managériales. Actuellement, cette dernière logique passe inévitablement par l'obligation de faire des recettes, et par conséquent le directeur se trouve dans l'obligation de jouer le rôle d'un manager qui doit piloter l'hôpital public comme toute entreprise de service confrontée à la concurrence (Vallet, 2012 ; Caillie, 2014).

Le concept « hôpital – entreprise » vient donc pour renforcer cette vision managériale dans l'univers hospitalier à travers la transposition du modèle néoclassique de l'entreprise aux structures hospitalières publiques (Lévy, 1975). Ce nouvel concept, qui consiste à faire entrer la logique des entreprises dans l'hôpital public (Grimaldi, 2005), trouve ses origines dans les réformes hospitalières françaises instaurées au milieu des années 1980. Son père fondateur J. de Kervasdoué a insisté sur la dissémination de la culture des entreprises privées dans tous les hôpitaux publics français. Une nouvelle vision managériale s'est développée ainsi dans le milieu hospitalier à travers l'application des règles de jeu du secteur privé dans les hôpitaux publics censés se comporter comme une entreprise commerciale préoccupée par le développement de ses activités rentables (Grimaldi et al., 2017). Pour concrétiser cette vision, J. de Kervasdoué (1986) a mis en place des plans de formation en management destinés aux directeurs des hôpitaux pour les transformer en « patrons » des hôpitaux publics. Parallèlement, il a essayé d'acclimater dans les hôpitaux certaines techniques gestionnaires élaborées au sein des entreprises : DPO, tableaux de bord, plans prévisionnels, ... (Granger & Pierru, 2012).

Pendant les années 1990, la diffusion du modèle « corporate » a renforcé la logique privée initiée par le concept hôpital-entreprise dans le milieu hospitalier public français. Le modèle avait pour objectif la transformation des hôpitaux publics en entreprises para-étatiques placées dans une situation de quasi-marché sous prétexte de se débarrasser de l'archaïsme organisationnel, de la lourdeur bureaucratique et de la paperasserie inutile des administrations hospitalières publiques (Granger & Pierru, 2012). En 1991, une autre réforme, pilotée par G. Vincent, a été préparée dans l'esprit de l'hôpital-entreprise pour obliger les hôpitaux publics à négocier un projet d'établissement pouvant fédérer toutes les logiques et les forces hospitalières antagonistes autour d'un seul projet commun (Domin, 2008). Dans la même logique, l'ordonnance du 2 mai 2005 (Hôpital 2007) s'aligne strictement au concept hôpital-

entreprise en exigeant l'application de certaines mesures issues de l'univers managérial des grandes entreprises pour améliorer le pilotage de l'hôpital public (Domin, 2008).

En 2009, le concept « hôpital-entreprise » connaît une seconde jeunesse avec l'adoption de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) qui a préconisé la modernisation de la gestion hospitalière par l'introduction des outils de la gouvernance d'entreprise. Sauf que, ces mesures ont conduit à la naissance d'un mouvement de résistance (Mouvement de Défense de l'Hôpital Public) qui s'oppose à l'instrumentalisation des soins hospitaliers afin de remettre en valeur le rôle primordial de l'hôpital public dans le système de santé (Calvez, 2016).

Concernant les fondements théoriques, J. P. Domin (2014) affirme que le désengagement de l'État du secteur hospitalier, proposé par J. de Kervasdoué (1987) comme solution optimale, s'inspire de la théorie néoclassique notamment de la théorie du « public choice », formulée par Buchanan et Tullock (1962), qui véhicule l'idée de la réduction du poids de l'État pour accroître les libertés publiques. F. Pierru (1999) n'est pas du même bord, il avance que les solutions proposées par cette théorie s'opposent aux fondements de la déontologie médicale. Il affirme également que le concept hôpital-entreprise est élaboré pour légitimer la transposition des outils managériaux de l'entreprise performante dans les hôpitaux qui doivent se comporter comme des simples entités ayant pour fonction principale la maximisation du profit (Pierru, 1999).

En somme, nous pouvons affirmer que l'hôpital actuel présente des caractéristiques très proches de celles des entreprises et il peut être assimilé à une entreprise sauf que la difficulté d'anticiper les flux irréguliers des patients rend très difficile les prévisions d'allocation des ressources nécessaires à son fonctionnement, et donc l'hôpital d'aujourd'hui peut être considéré comme une entreprise industrielle sous tension continue (Caillie, 2014).

1.3.2 Les limites du concept « Hôpital – Entreprise » :

Le modèle « hôpital-entreprise » est trop critiqué par plusieurs auteurs (Pierru, 1999, 2012, 2017 ; Claveranne, 2003 ; Vallancien, 2015 ; Grimaldi, 2017). Ils affirment que ce concept considère l'hôpital comme une entreprise banale (Granger & Pierru, 2012) et il est très difficile à mettre en œuvre car il ne prend pas en considération toutes les composantes de la réalité hospitalière (Pierru, 1999 ; Grimaldi, 2017). A. Chemla-Lafay (2012) précise que la gestion publique n'est pas fongible dans les règles de la gestion privée surtout que les agents publics ne sont pas motivés par les valeurs de la logique privée. En plus, l'idéologie entrepreneuriale des entreprises privées et les valeurs du service public semblent difficilement compatibles (Granger & Pierru, 2012). Donc, l'application brutale des techniques et des

principes de la gestion de l'entreprise à l'hôpital peut réduire la dimension sociale de l'hôpital et amplifier le risque de la diminution de la qualité des soins sous prétexte de son amélioration (Granger & Pierru, 2012).

Dans son article « L'hôpital-entreprise : Une self-fulfilling prophecy avortée », F. Pierru (1999) décrit plus en détail les insuffisances de l'industrialisation des prestations hospitalières en évoquant les principales divergences entre l'univers des entreprises et le milieu hospitalier public. Il met principalement l'accent sur le faible pouvoir concurrentiel des hôpitaux publics qui doivent supporter une concurrence déloyale et très redoutable face à des cliniques commerciales caractérisées par une gestion flexible du personnel, une grande réactivité face aux changements de l'environnement et des plateaux techniques très sophistiqués (Grimaldi, 2017). Pire encore, la majorité des directeurs des hôpitaux publics n'ont pas les capacités et les compétences nécessaires pour mener à bien cette concurrence acharnée sur le terrain. F. Pierru (1999) précise que ces directeurs sont attachés aux valeurs du service public et ils ont des compétences souvent déphasées au regard de l'évolution hospitalière ; ils deviennent donc incapables de défendre les hôpitaux publics contre la concurrence et contre les tendances rationalisatrices des tutelles.

Sur le plan pratique, le concept hôpital-entreprise n'a pas abouti à ses fins. Sa mise en œuvre dans les hôpitaux publics avait des répercussions négatives : insatisfaction des patients, affaiblissement du poids de la profession médicale, augmentation des activités de contrôle, surcharge de travail suite à la rationalisation des activités, résistance des personnels hospitaliers, renforcement du paradoxe mission sociale/contrainte budgétaire, apparition d'un malaise hospitalier, ... (Pierru, 1999). Pire encore, cette approche accentue le cloisonnement à l'hôpital, elle privilégie une approche exclusivement instrumentale (techno-centrée), elle a un caractère « hypocrite » et un aspect « obsolète », et donc elle nécessite une révision générale pour qu'elle soit en adéquation avec les exigences actuelles du milieu hospitalier (Abid, 2012).

Sur le plan social, J. P. Domin (2016) confirme les répercussions évoquées par F. Pierru (1999) en précisant que l'application des instruments managériaux issus des entreprises privées à l'hôpital se heurte souvent avec une communauté professionnelle qui refuse les actions préconisées par ce concept managérial imposé. Par ailleurs, J. P. Domin (2016) met la lumière sur les effets pervers de la taylorisation et de la rationalisation de l'activité hospitalière (normalisation de l'art médical, insuffisance de l'approche participative, déshumanisation du malade, ...) qui génèrent de grandes déceptions chez les praticiens. Nous

pouvons ainsi avancer que les réformes instaurées à l'hôpital public à travers le concept hôpital-entreprise sont fortement contestées. Elles ont provoqué une « schizophrénie » qui nécessite un traitement particulier basé sur la revalorisation des missions sociales de l'hôpital public (Grimaldi, 2017).

2. Vers une nouvelle gouvernance hospitalière :

2.1 La nouvelle gouvernance hospitalière : De la théorie à la pratique

2.1.1 La nouvelle gouvernance hospitalière : Aspects théoriques

D'emblée, nous tenons à noter que l'émergence de la Nouvelle Gouvernance hospitalière est légitimée par deux raisons principales : la nécessaire adaptation de l'hôpital à un contexte en plein bouleversement et le besoin de corriger les dysfonctionnements de la bureaucratie professionnelle qui constituait le modèle de référence de l'organisation hospitalière (Crémadez, 2003 ; Dechamp & Romeyer, 2006).

Dans la littérature managériale, la nouvelle gouvernance hospitalière est considérée comme un nouveau pilotage pragmatique du pouvoir dans les établissements hospitaliers (Domin, 2006). D'après J. M. Budet (2003), elle peut être définie par l'ensemble des systèmes et des pratiques qui permettent aux acteurs hospitaliers de développer une représentation plausible de leur devenir et de dresser des stratégies de changements efficaces. Donc, la nouvelle gouvernance hospitalière doit être stratégique et fondée sur des projets pertinents associant tous les acteurs hospitaliers (stakeholders et shareholders) pour permettre une amélioration durable des activités et des prestations hospitalières (Dechamp & Romeyer, 2006).

Deux modes de gouvernance peuvent être identifiés dans l'univers hospitalier public : une gouvernance externe pour gérer la relation entre l'hôpital et sa tutelle à travers une contractualisation efficace et une autre interne focalisée sur l'organisation du fonctionnement et sur le partage des responsabilités entre la direction et l'ensemble des sphères opérationnelles de l'hôpital (Dechamp & Romeyer, 2006). Nous pouvons donc avancer que la nouvelle gouvernance hospitalière interne se focalise essentiellement sur deux objectifs primordiaux : la maîtrise des interactions entre le sommet stratégique et le centre opérationnel et la gestion des interactions au sein du centre opérationnel pour assurer à la fois une parfaite maîtrise des coûts et une amélioration durable de la qualité de la prise en charge des patients. Or, la gouvernance hospitalière externe se penche principalement sur la maîtrise des interactions entre l'hôpital et ses parties prenantes en particulier sa tutelle.

Reste à signaler que la mise en œuvre de cette nouvelle gouvernance se fait à travers l'instauration d'une logique contractualiste qui s'appuie essentiellement sur une confiance

réciproque entre la direction de l'hôpital et ses différents services, pôles d'activités et centres de responsabilités (Pouvourville & Tedesco, 2003 ; Domin, 2006 ; Dayer, 2017 ; Vallejo, 2018).

2.1.2 La nouvelle gouvernance hospitalière : Aspects pratiques

Selon G. Dechamp et C. Romeyer (2006), la contractualisation (Pivot de la nouvelle gouvernance hospitalière) doit satisfaire certaines exigences pour réussir l'instauration d'une vraie gestion de proximité dans le milieu hospitalier. Elle doit ainsi :

- Refléter la volonté exprimée par les acteurs hospitaliers ;
- Permettre l'adaptation du système aux exigences de l'environnement ;
- Permettre la définition des objectifs et des ressources pour les atteindre ;
- Reposer sur un cadre législatif bien déterminé (Arsenal juridique).

La nouvelle gouvernance hospitalière s'appuie également sur d'autres concepts fondamentaux, qui doivent être pris en compte lors de son instauration, tels que le management participatif, la déconcentration, la délégation, la gestion par objectif, la décentralisation, la motivation du personnel et l'amélioration de la qualité des prestations offertes aux usagers des services hospitaliers. Aujourd'hui, elle s'intéresse particulièrement à la qualité des soins et à la satisfaction des patients qui sont devenus comme des clients dans les hôpitaux (Dayer, 2017).

Malgré les multiples effets positifs de cette nouvelle gouvernance, certains auteurs insistent sur les désorganisations et sur les effets délétères provoqués par son opérationnalisation. Ils affirment que la mise en œuvre de cette nouvelle réforme s'accompagne souvent par une dégradation des conditions de travail dans les établissements hospitaliers (Dechamp & Romeyer, 2006 ; Fray, 2009 ; Dayer, 2017 ; Domin et al., 2018). D'après S. Benallah et J. P. Domin (2017), cette dégradation est liée essentiellement à la pression temporelle qui nourrit chez les personnels hospitaliers un sentiment de « qualité empêchée » ce qui accentue la souffrance au travail. Pire encore, la nouvelle gouvernance hospitalière provoque une intensification du travail qui entraîne des risques supplémentaires pour la santé des personnels hospitalier (Benallah & Domin, 2017). De ce fait, l'hôpital devient « inhospitalier » pour le personnel et pour les malades qui doivent supporter les conséquences de la réduction de leurs séjours à cause des exigences de la tarification à l'activité instaurée dans le cadre de cette nouvelle réforme (Domin et al., 2018). Pareillement, cette nouvelle gouvernance a un « coût managérial ». L'hyper-régulation gestionnaire des hôpitaux conduit à un déficit de management pouvant donner lieu à des situations conflictuelles (conflits et ambiguïtés de

rôle), à une surcharge de travail, à un désengagement comportemental et à une baisse de l'innovation au travail (Grevin, 2011). En plus, la nouvelle gouvernance hospitalière favorise la mise en place des structures de « contre-pouvoir » en renforçant le pouvoir de la direction qui n'accepte pas une participation effective du corps médical à la gestion des activités de l'établissement hospitalier (J. P. Domin, 2010).

En somme, l'émergence de la nouvelle gouvernance hospitalière a permis la mise en évidence d'un ensemble d'incohérences et de dysfonctionnements liés principalement à la matérialisation inadaptée de ses principes de base. D'après B. Dehbi (2017), cette nouvelle gouvernance est encore entachée par des zones grises qui doivent être éclairées par des interventions urgentes à travers une vision holistique permettant de dresser un lien étroit entre les questions de la santé et l'ensemble des politiques publiques.

2.2 Les perspectives managériales :

2.2.1 La vague « Post-New Public Management » :

Les insuffisances des réformes engagées dans le cadre du NPM (New Public Management), y compris la nouvelle gouvernance hospitalière, ont poussé certains auteurs à développer de nouveaux modèles théoriques pour réussir le nécessaire changement dans les organisations publiques. A. Bartoli et C. Blatrix (2015) affirment que la réussite du changement dans le secteur public demande la satisfaction de certaines exigences souvent marginalisées par les réformes mises en œuvre dans le cadre du NPM. Ils insistent principalement sur : l'instauration d'un pilotage stratégique dans les organisations publiques, l'établissement d'un lien équilibré entre les initiatives locales et l'engagement central tout en respectant les spécificités de chaque entité publique, la prise en considération du facteur de temps et enfin la formation des acteurs pour faciliter l'émergence des nouvelles évolutions managériales (Bartoli & Blatrix, 2015)

Dans la même logique, Y. Chappoz et I. Tobin (2017) s'interrogent sur l'efficacité des réformes néolibérales instaurées dans le cadre du NPM surtout après l'apparition de plusieurs crises financières. Ils soulignent ainsi la nécessité de la mise en place d'une nouvelle génération de réformes « post-NPM » pour rectifier les dysfonctionnements du NPM. D'après ces auteurs, la correction de ces dysfonctionnements passe forcément par l'amélioration de la coordination horizontale inter-organisationnelle et par le renforcement de la collaboration entre les frontières politiques, administratives et organisationnelles des organismes publics (Chappoz & Tobin, 2017). Pareillement, T. Christensen et Y. Fan (2016) considèrent la vague

« Post-NPM » comme une réponse systématique aux problèmes majeurs du NPM tels que la baisse de la qualité et la diminution de l'efficacité des organisations publiques (Boyne, 2003), l'augmentation des inégalités sociales surtout dans le secteur de santé (Fountain, 2001), l'affaiblissement du contrôle hiérarchique politique (Pollitt & Bouckaert, 2011) et l'instabilité de l'environnement qui nécessite un fort contrôle central antagoniste à la philosophie du NPM (Christensen & Fan, 2016). De ce fait, le courant « post-NPM » peut constituer un remède aux maux managériaux du NPM à travers une démarche de changement basée sur le renforcement de la capacité de coordination de l'État et sur la réduction de la fragmentation du secteur public préconisée par le NPM (Pollitt, 2003 ; Hansen et al., 2013 ; Christensen & Fan, 2016). Dans le champ de la santé, les principes fondamentaux de ce nouveau courant peuvent permettre la rectification des erreurs de son précédent (NPM) à travers un ensemble de mesures correctives adéquates. Entre autres, nous pouvons citer : la forte coordination horizontale, l'intégration des valeurs et des normes culturelles collectives pour une parfaite adhésion de tous les acteurs hospitaliers et aussi le recours à des pratiques pragmatiques et intelligentes pour mieux adapter les réformes établies à la réalité empirique du réseau hospitalier public (Christensen & Fan, 2016).

2.2.2 Le Lean Management, l'agilité et les démarches Qualité :

Plusieurs spécialistes et auteurs proposent le recours au « Lean Management » pour combler les lacunes du NPM (Radnor, 2006 ; Zidel, 2007 ; Baker & Taylor, 2009 ; Curatolo, 2014 ; Demetrescoux, 2017). Ils avancent que ce dispositif managérial permet d'assurer constamment une excellence opérationnelle des organisations publiques, y compris les établissements hospitaliers, par la maximisation de la valeur pour leurs clients et par l'élimination de leurs gaspillages (Trilling et al., 2010 ; Fortineau et al., 2015). Selon T. Bourguignon (2018), le Lean est un système d'organisation qui cible la recherche de la performance en s'appuyant sur 03 axes fondamentaux : l'augmentation de la productivité, l'amélioration de la qualité et la réduction des coûts et des délais. De ce fait, nous pouvons affirmer que les principes du Lean peuvent assurer la rationalisation du fonctionnement des hôpitaux publics et améliorer la satisfaction de leurs usagers à travers des réformes socialement acceptables et conformes à leurs attentes. N. Curatolo (2014) confirme ce constat en affirmant que le Lean constitue une approche bien adaptée aux spécificités du contexte hospitalier. Mieux encore, il peut contribuer durablement à résoudre la problématique de la demande croissante des soins et à obtenir des résultats stratégiques et opérationnels positifs à l'hôpital.

Concernant le management agile, la forte utilisation des NTIC, l'imprévisibilité et la complexité de l'environnement socio-économique des administrations renforcent les arguments avancés par les apôtres de l'émergence de ce type de management dans les organismes publics (Highsmith, 2009 ; Charbonnier-Voirin, 2011 ; Shahzad, 2016 ; Falquérho, 2017). L'agilité est devenue ainsi un levier d'amélioration des capacités des organisations publiques pour faire face aux différents risques et changements de leurs environnements (Deharo, 2018). Donc, ce nouveau courant managérial s'avère l'outil approprié aux hôpitaux publics pour s'ajuster continuellement à un environnement turbulent, complexe et imprévisible à travers un ensemble de déclinaisons d'agilité : agilité organisationnelle, agilité stratégique, agilité du management de projet, agilité des ressources humaines, ... (Deharo, 2018). Pour faciliter la mise en place de ce type de management, les organismes publics peuvent avoir recours au « modèle de changement agile » qui s'appuie sur 04 principes essentiels : la destination co-construite, la collaboration, l'expérimentation et l'ancrage pour s'assurer que tous les projets mis en œuvre s'insèrent dans la dynamique de transformation globale de l'organisme (Autissier et al., 2015).

Pour conclure, nous mettons l'accent sur le mouvement de la Qualité qui a envahi l'univers hospitalier à partir des années 1980. Ce mouvement a permis aux hôpitaux publics de s'approprier des techniques de management par la qualité pour combler leurs lacunes managériales et assurer une satisfaction sûre et durable de leurs patients. Aujourd'hui, la Qualité est devenue une exigence légale reconnue comme un principe du service public dans plusieurs pays, elle constitue un cadre général légal pour le management des fonctions publiques.

Dans les hôpitaux, l'implantation d'une démarche Qualité génère des transformations remarquables sur tous les plans, elle permet de décroisonner les structures et les métiers, de modifier les relations entre les différentes catégories professionnelles, d'induire une forte participation des personnels et de créer les conditions favorables pour un développement continu de l'établissement (François & Pomey, 2005). Les démarches Qualité peuvent donc produire des effets favorables dans les établissements hospitaliers publics surtout qu'elles permettent la modification de la culture des acteurs et l'amélioration des pratiques professionnelles et managériales (Chassin, 1996 ; Briand et al., 2001). G. Barouch (2017) précise que le management par la qualité génère souvent un changement décisionnel, organisationnel et culturel permettant de rendre compatible un ensemble d'attentes divergentes. Sauf que la réussite des changements par la qualité dans les hôpitaux publics

nécessite la mise en place d'un ensemble de mesures d'appui et d'accompagnement. Elle demande en particulier l'adaptation de la démarche au contexte hospitalier, l'amélioration des dispositifs de formation et de communication, la motivation, l'implication du personnel et le pilotage opérationnel du changement par la qualité (Slimani & Boukrif, 2016 ; Barouch, 2017). Elle implique également la prise en compte des résistances qui peuvent freiner le changement surtout que l'implantation d'un SMQ peut être considérée comme une source de bureaucratie et de rigidité s'elle n'est pas accompagnée par des mesures de motivation du personnel (Slimani & Boukrif, 2016).

2.3 Vers une nouvelle approche managériale inspirée de la norme ISO 9001 :

Pour améliorer la gouvernance des hôpitaux publics, nous proposons le recours aux pratiques managériales du management de la qualité notamment les démarches de certification qui sont toujours considérées comme « un levier de changement » dans le milieu hospitalier malgré les multiples difficultés rencontrées sur le terrain (Duval, 2017).

A travers le tableau suivant, nous dévoilons les exigences de la norme ISO 9001 V 2015 qui peuvent combler les lacunes des modèles traditionnels de la gestion hospitalières et réduire les effets négatifs de la nouvelle gouvernance hospitalière dans l'univers hospitalier public.

Tableau N°01 : Amélioration de la gouvernance des hôpitaux publics à travers les exigences de la norme ISO 9001 V 2015

	Limites et effets négatifs sur le fonctionnement des hôpitaux publics	Propositions d'amélioration et recommandations - ISO 9001 V 2015 -
<p>Bureaucratie professionnelle</p>	<p>+ La configuration structurelle est très faible devant l'instabilité de l'environnement (Mintzberg, 1982)</p> <p>+ La forte domination du centre opérationnel (Mintzberg, 1982 ; Nobre, 1999 ; Lamothe, 1999 ; Gouffé, 2013 ; Melbouci et al., 2015 ; Chouam & Benchikha, 2018)</p> <p>+ L'ambiguïté et la faiblesse du pouvoir du sommet stratégique (Mintzberg, 1982 ; Chouam & Benchikha, 2018)</p> <p>+ La diversité des logiques entrave la constitution d'un bloc opérationnel homogène (Cremadez, 1987 ; Mintzberg, 2001 ; Makhloufi et al., 2012)</p> <p>+ La faible ligne hiérarchique (Mintzberg, 1982 ; Chouam & Benchikha, 2018)</p> <p>+ La standardisation est très difficile (Mintzberg, 1982 ; Chouam & Benchikha, 2018)</p> <p>+ L'existence de 02 logiques : mécaniste et professionnelle (Mintzberg, 1982 ; Lamothe, 1999 ; Vallejo, 2013).</p> <p>+ Les problèmes de coordination, de contrôle et d'innovation (Mintzberg, 1982)</p> <p>+ La marginalisation des besoins des patients et de l'organisation (Mintzberg, 1982)</p>	<p>➔ La norme permet à l'hôpital de mieux comprendre son contexte à travers la détermination de ses enjeux internes et externes (4.1)</p> <p>➔ La nouvelle version de la norme ISO 9001 renforce le rôle de la direction (5.1, 5.2 et 5.3) tout en garantissant les conditions favorables pour une approche participative.</p> <p>➔ La norme renforce le rôle de la direction de l'hôpital et définit clairement les responsabilités pour éviter toute ambiguïté (5.3).</p> <p>➔ L'approche participative et le recours à l'approche processus (4.4) permettent de mobiliser tous les acteurs hospitaliers vers l'atteinte des objectifs communs.</p> <p>➔ La définition des responsabilités, des rôles et des autorités (5.3) permet de valoriser les rôles de toutes les composantes de l'hôpital.</p> <p>➔ La norme permet à l'hôpital de formaliser toutes ses activités à travers une documentation bien adaptée à son fonctionnement (7.5)</p> <p>➔ L'approche transversale par processus véhiculée par la norme permet de dissiper les structures hiérarchiques (4.4)</p> <p>➔ + La coordination par la standardisation des qualifications est renforcée par la formation exigée par la norme (7.2).</p> <p>+ Les problèmes de contrôle peuvent être résolus par les différents outils proposés par la norme (audits, revues, ...).</p> <p>+ L'innovation sera stimulée par la gestion des compétences (7.2) et la gestion des connaissances organisationnelles (7.1.6).</p> <p>➔ La satisfaction des besoins des patients et l'amélioration des performances de l'hôpital sont au cœur du SMQ construit</p>

		conformément à la norme ISO 9001 V 2015.
<p>Modèle Agent – Principal</p>	<p>+ L'apparition des comportements opportunistes et des effets pervers de l'asymétrie d'information (Sebai, 2016 ; Zerbo, 2016)</p> <p>+ La prise de décision par le Principal est difficile à cause de l'asymétrie de l'information (JDomain, 2014)</p> <p>+ Le contrôle de l'Agent est difficile à cause de l'asymétrie de l'information (Domain, 2015 ; Vallejo et al., 2018)</p> <p>+ La relation directeur (Principal) / corps médical (Agent) est parasitée par l'incertitude, l'asymétrie d'information et les comportements opportunistes des agents (Domain, 2014)</p> <p>+ Les coûts engendrés par les dispositifs de réduction des asymétries d'information : surveillance, obligation, incitation et pertes résiduelles (Jensen & Meckling, 1976 ; Claveranne et al., 2009 ; Vallejo et al., 2018)</p> <p>+ La prédominance de l'aspect contractuel sur l'aspect social avec un risque de sacrifier les missions sociales de l'hôpital (Mossé, 1997 ; Kang & Sorensen, 1999 ; Madani, 2009).</p>	<p>➔ L'approche processus (mobilisation de tous les acteurs vers des objectifs communs), l'approche participative, l'implication du personnel et le changement culturel induit par la satisfaction des exigences de la norme permettent de réduire ces effets.</p> <p>➔ La concrétisation du principe « Prise de décision fondée sur les preuves » permet de combler partiellement cette lacune.</p> <p>➔ l'approche participative et les outils de suivi exigés par la norme (audits, surveillance, ...) permettent de surmonter cet obstacle.</p> <p>➔ La prise de décision fondée sur les preuves réduit les incertitudes. L'approche participative et la parfaite implication du personnel peuvent également réduire les effets de l'asymétrie d'information et les comportements opportunistes malgré l'absence d'une exigence relative à l'incitation matérielle (intéressement) dans la norme ISO 9001 V 2015.</p> <p>➔ En plus de la réduction des effets de l'asymétrie d'information, la mise en place d'un SMQ selon la norme ISO 9001 permet aussi la réduction des coûts (coûts de la non-qualité).</p> <p>➔ Les exigences relatives à la communication (7.4), à la sensibilisation (7.3) et à l'amélioration des compétences (7.2) renforcent les aspects sociaux à l'hôpital. En plus, la nécessité de</p>

		surveille la satisfaction du client/patient (9.1.2) et de l'améliorer (10.1) permet de garantir les missions sociales de l'hôpital public.
<p>Concept Hôpital- Entreprise</p>	<p>+ Les difficultés de gestion du changement (Preker & Harding, 2003).</p> <p>+ Les résistances du corps médical (Domin, 2018)</p> <p>+ La démotivation du personnel à cause de la surcharge de travail, du renforcement des contrôles, de la retaylorisation des activités professionnelles, du manque d'une approche participative, ... (Pierru, 1999 ; Chemla-Lafay, 2012 ; Domin, 2016 ; Grimaldi, 2017)</p> <p>+ La réduction la dimension sociale des hôpitaux publics (Pierru, 1999 ; Abid, 2012 ; Domin, 2016)</p> <p>+ Les problèmes d'accessibilité et le risque de diminution de la qualité des soins (Granger & Pierru, 2012).</p> <p>+ Le faible pouvoir concurrentiel des hôpitaux publics (Pierru, 1999 ; Grimaldi, 2017)</p> <p>+ Le manque des compétences managériales nécessaires pour faire face à une concurrence acharnée sur le terrain (Pierru, 1999)</p> <p>+ L'insatisfaction des patients (Pierru, 1999 ; Domin, 2016)</p>	<p>→ Introduction de la notion d'agilité par la détermination des enjeux internes et externes (4.1).</p> <p>→ La prise en considération des aspects sociaux, l'implication du personnel et l'approche participative véhiculée par la norme permettent de réduire les résistances et de lutter contre la démotivation du personnel.</p> <p>→ La nécessité de surveiller la satisfaction des patients (9.1.2) et de l'améliorer (5.1.2 et 10.1) renforce les missions sociales de l'hôpital public.</p> <p>→ La satisfaction des exigences de la norme permet l'amélioration de la qualité des soins et de l'accessibilité financière de l'hôpital par la réduction des coûts (non-qualité).</p> <p>→ La certification garantit une amélioration de l'image de marque et par conséquent le pouvoir concurrentiel de l'hôpital public.</p> <p>→ La norme permet d'améliorer les compétences et de former le personnel selon les besoins de l'hôpital (7.2).</p> <p>→ La satisfaction des exigences de norme permet l'accroissement de la satisfaction des patients de l'hôpital public (5.1.2 et 10.1).</p>

	<p>+ L'accentuation du cloisonnement à l'hôpital (Abid, 2012)</p>	<p>➔ L'approche processus (4.4) permet le décroisement de l'hôpital.</p>
<p>Nouvelle gouvernance hospitalière</p>	<p>+ La dégradation des conditions de travail (Dechamp & Romeyer, 2006 ; Fray, 2009 ; Domin et al., 2016 ; Dayer, 2017 ; Benallah & Domin, 2017)</p> <p>+ L'insatisfaction des malades à cause de la réduction des journées d'hospitalisation suite à l'instauration de la tarification à l'activité (Domin et al., 2018)</p> <p>+ Le déficit de management traduit par des conflits, une surcharge de travail, une baisse de l'innovation, ... (Grevin, 2011)</p> <p>+ L'apparition des structures de « contre-pouvoir » suite renforcement du pouvoir de la direction (Domin, 2010).</p> <p>+ Après la mise en place de certains outils de la NGH, plusieurs dysfonctionnements persistent dans les hôpitaux publics marocains : fort déséquilibre de l'offre, démotivation du personnel, baisse de la qualité des services, problèmes de financement, pénurie des personnels, coordination défailante</p>	<p>➔ Les exigences de la norme relative à l'environnement de travail (7.1.4) permettent de fournir des conditions de travail favorables à l'hôpital public.</p> <p>➔ La satisfaction des exigences de norme permet l'accroissement de la satisfaction des patients de l'hôpital (5.1.2, 9.1.2 et 10.1).</p> <p>➔ Le management de la qualité offre une panoplie d'outils managériaux qui peuvent combler cette lacune.</p> <p>➔ L'approche processus (4.4), l'approche participative et la définition rigoureuse des autorités et des rôles, exigée par la norme (5.3), permettent de surpasser tout type de contre-pouvoir.</p> <p>➔ L'hôpital public marocain a besoin donc d'instaurer une nouvelle gouvernance hospitalière inspirée des principes et des pratiques du management de la Qualité pour corriger ces dysfonctionnements.</p>

	avec le secteur privé, ... (OMS, 2017 ; Dehbi, 2017 ; Ministère de la santé, 2018).	
--	---	--

« Source : Auteurs »

Conclusion :

Dans cet article, nous nous sommes focalisés sur la décortication des modèles traditionnels de la gestion hospitalière pour mettre en avant leurs insuffisances majeures qui doivent être corrigées. Nous avons également dépisté les effets négatifs de la nouvelle gouvernance hospitalière pour justifier la nécessaire révision de ses principes et de ses pratiques qui n'ont pas pu assurer une gestion efficiente des différentes activités de l'hôpital public. Cette lecture critique nous a permis de proposer un ensemble de recommandations issues des exigences et des pratiques managériales novatrices de la norme ISO 9001 V 2015 pour combler les lacunes dépistées. Nous affirmons ainsi que les hôpitaux publics peuvent avoir recours à cette norme internationale pour corriger les dysfonctionnements opérationnels et les déficits managériaux générés par les anciens modèles de la gestion hospitalière.

Pour répondre à notre problématique, nous pouvons donc affirmer que le management de la qualité peut constituer une large plate-forme pour la conception d'une nouvelle approche managériale pouvant combler les insuffisances des modèles traditionnels de la gestion hospitalière, et par conséquent assurer une gestion efficiente des activités et une amélioration sûre et durable des prestations offertes par les hôpitaux publics.

Bibliographie :

- A. Bartoli, C. Blatrix (2015), « Management dans les organisations publiques : Défis et logiques d'action », Edition Dunod, 4^{ième} Edition, Paris.
- A. C. Duval (2017), « Ancrer le changement : Un défi des soignants lors de la démarche de certification, une étude qualitative », Revue francophone internationale de recherche infirmière, N°03, Vol.03.
- A. Dayer (2015), « L'hôpital public sous l'ère de la nouvelle gouvernance hospitalière : Une camisole de force pour le personnel soignant ? », Cahier N°288, Université de Lausanne, Suisse.
- A. Ezziadi et M. Gharrafi, (2019) « Quelle configuration pour que le contrôle de gestion hospitalier réponde aux enjeux de gouvernance du secteur public ? » Revue Internationale des Sciences de Gestion (ISG), Numéro 03 : Avril 2019, Volume 2 : Numéro 2.
- A. Grevin (2011), « Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : L'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don », Thèse doctorale en Sciences de Gestion, Université de Nantes, France.
- A. Grimaldi (2005), « Réinventer l'hôpital public : contre l'hôpital entreprise », Edition Textuel, Paris.
- A. Grimaldi et al. (2017), « Faut-il changer le statut de l'hôpital public ? Question à la Fédération hospitalière de France », Revue mt (Médecine Thérapeutique), Vol. 23, N°02.
- A. M. Fray (2009), « Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs », Management & Avenir, N°28.
- B. Chouam, F. Z. Benchikha (2018), « Le contrôle de gestion hospitalier : cas d'hôpital Algérien », Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit, N°05, Maroc.

- B. Dehbi (2017), « La problématique de gouvernance sanitaire au nord de l'Afrique : Cas du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie », *Afrique et Développement*, N°01, Vol. XIII.
- B. Granger et F. Pierru (2012), « L'Hôpital en sursis : idées reçues sur le système hospitalier », Editions Le Cavalier Bleu, Paris.
- B. Kirmi (2009), « La gestion de la qualité », Edition Imp. Spartel, 1^{ière} édition, Maroc.
- C. Calvez (2016), « La loi HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires 2009 », Dossier documentaire, École des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes – France.
- D. Autissier, K. Johnson et J. M. Moutot (2015), « De la conduite du changement instrumentalisée au changement agile », *Questions de Management*, N°10, Ed. EMS, France.
- D. Guillemot et G. Jeannot (2013), « Modernisation et bureaucratie, l'administration d'État à l'aune du privé », *Revue française de sociologie*, N°01, Vol. 54.
- D. V. Caillie (2014), « l'hôpital, une entreprise comme les autres ? », Centre d'Etude de la Performance des Entreprises (CEPE), HEC Ecole de Gestion, Université de Liège.
- D. Vinot (1999), « Le projet d'établissement à l'hôpital : De la formalisation du concept à son instrumentalisation », Thèse doctorale en sciences de gestion, Université Jean Moulin-Lyon 03.
- E. Bérard (2011), « L'appropriation du dispositif de contractualisation interne à l'hôpital de V. : Evolution conjointe de la stratégie et du contrôle de gestion », *Comptabilités, économie et société*, Montpellier, France, Mai 2011.
- E. Lévy (1976), « L'hôpital est-il une entreprise ? », *Revue française de gestion*, N°04, Edition Lavoisier, France.
- F. Pierru (1999), « L'hôpital-entreprise : Une self-fulfilling prophecy avortée », *Revue Politix*, Vol.12, N°46.
- G. Barouch (2017), « Le management de la qualité à l'usage des dirigeants : Un état de l'art académique et professionnel », Edition AFNOR, France.
- G. de Pourville et J. Tedesco (2003), « La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics », *Revue française de gestion*, N°146, Ed. Lavoisier, France.
- G. Dechamp et C. Romeyer (2006), « Trajectoires d'appropriation des principes de la nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins », Association Internationale de Management Stratégique, XV^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, Genève – Suisse.
- G. Deharo (2018), « Le droit, un outil de management agile ? Une perspective juridico-gestionnaire », *Revue française de gestion*, N°272, Ed. Lavoisier, France.
- G. Vallet (2012), « Management de pôles à l'hôpital : regards croisés, enjeux et défis », Edition DUNOD, Paris - France.
- H. Mintzberg (1982), « Structure et dynamique des organisations », Edition D'organisation, AYROLLES, Paris – France.
- I. Guerrero (1997), « Une lecture de l'hôpital public fondée sur une triple approche de la structure », *Journal d'Economie Médicale*, N°15, AGPA Editions, France.
- I. Makhoulfi, J. Saadi, L. El Hiki et A. El Hassani (2012), « Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid », *Revue Santé Publique*, Vol. 24.
- J. P. Domin (2006), « La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise », *Gestions hospitalières*, N°452.
- J. P. Domin (2008), « L'État et le marché au chevet de l'hôpital public », *Revue Savoir/Agir*, N°05.

J. P. Domin (2010), « Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise (1980-2009) », Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management, Nantes - France.

J. P. Domin (2014), « La nouvelle gouvernance hospitalière : fondements théoriques et applications », Publié par le LAME, Université de Reims Champagne-Ardenne, URL : <https://www.researchgate.net/publication/228847636>, consulté le : 15/12/2018.

J. P. Domain (2015), « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de la politique hospitalière 1983-2013 », Revue de la Régulation, N°17, France.

J. P. Domin (2016), « L'hôpital public : Un management sans ménagement », La Vie des idées, 05 Avril 2016. URL : <https://laviedesidees.fr/La-reforme-de-l-hopital-public.html>, consulté le : 10/12/2018.

J. P. Domin, P. Batifoulier et N. Da Salva (2018), « Economie de la santé », Edition Armand Colin, Dunod, France.

J. P. Claveranne, C. Pascal et D. Piovesan (2009), « La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins », Collection : « Traité d'économie et de gestion de la santé », Edition de la Santé, Presse de Sciences Po, France.

J. Sebai (2016), « Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés », Revue Santé Publique, Vol. 28, N°02.

J. de Kervasdoué (1987), « Directeur d'administration centrale : Gestionnaire, tampon ou bouc émissaire ? », Revue française d'administration publique, N°43, Edition de l'ENA, France.

J. de Kervasdoué (2004), « L'hôpital », Coll. « Que sais-je ? », Presses universitaires de France.

J. Vallejo (2018), « L'impact d'un changement de structure organisationnelle sur la prise de décision : Le cas de l'introduction des pôles à l'hôpital public », Thèse doctorale en Sciences de Gestion, Université Aix-Marseille, France.

J. Vallejo, N. Sampieri-Teissier et B. Christophe (2015), « Comprendre les difficultés de la mise en œuvre de la délégation de gestion à l'hôpital. Une lecture par le concept d'anarchie organisée », 3^{ème} congrès de l'association de recherche appliquée au management des organisations de santé (ARAMOS), Marseille.

J. Vallejo, N. Sampieri-Teissier et C. Baret (2018), « La mise en place des pôles d'activité médicale à l'hôpital public : Quel est l'impact d'un changement de structure organisationnelle sur le processus de décision ? », 6^{ème} congrès de l'ARAMOS, Paris.

J. Vallejo (2013), « La modernisation des services RH hospitaliers : un enjeu stratégique ? », Publications DUMAS, Marseille – France.

L. Abid (2012), « La greffe des outils de gestion dans les hôpitaux publics tunisiens », Revue Management & Avenir, N°54, Management Prospective Ed., Paris.

L. Lamothe (1999), « La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel », Ruptures / Politiques de santé, revue transdisciplinaire en santé, vol. 06, N°02.

L. Melbouci et al. (2015), « La gestion de la ressource humaine hospitalière : entre contraintes et impératifs de modernisation, cas du CHU de Tizi Ouzou », Cahiers CREAD, N°111, Alger.

M. Cremadez (2003), « Vers une nouvelle gouvernance hospitalière », Revue Gestion Hospitalière, N° 490, Paris.

M. Crémadez (1987), « Les clés de l'évolution du monde hospitalier », Revue de la Gestion hospitalière, N° 266, Paris.

M. Crozier (1963), « Le phénomène bureaucratique, essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel. », Edition Seuil, Paris.

M. Jensen et W. Meckling (1976), « Theories of the Firm: Managerial Behaviour, Agency Costs, and Ownership Structure », Journal of Financial Economics, Vol. 03, N°04.

- N. Curatolo (2014), « Proposition d'une méthode Lean pour l'amélioration des processus métiers : application au processus de prise en charge médicamenteuse à l'hôpital », Thèse doctorale en Génie Industriel, Ecole Nationale Supérieure d'Arts et Métiers, Paris – France.
- Organisation Internationale de Normalisation - ISO (2015), « La norme ISO 9001 V 2015 : Système de management de la qualité – Exigences », 5^{ième} Edition, Genève – Suisse.
- Organisation mondiale de la Santé – OMS (2017), « Stratégie de coopération OMS / Maroc 2017-2021 », Publications de l'OMS / BRMO, Caire, Egypte.
- P. François et M. P. Pomey (2005), « Implantation de la gestion de la qualité dans les hôpitaux français : Jeux d'acteurs et transformations induites », Revue d'épidémiologie et de santé publique (RESP), N°53.
- Royaume du Maroc, Ministère de la Santé (2018), « Plan Santé 2025 », Rabat - Maroc.
- R. Slimani et M. Boukrif (2016), « Le Système de Management de la Qualité et e changement organisationnel : Cas de l'entreprise ALCOST – Bejaia », Al-Bahith Review, Vol. 16, N°16.
- S. Béjean (1999), « De nouvelles théories en économie de la santé : fondements, oppositions et complémentarités », Politiques et management public, vol. 17, N°01.
- S. Béjean et M. Gadreau (1992), « Nouvelles approches théoriques des organisations publiques : leurs implications pour la politique hospitalière », Revue Politiques et management public, Vol. 10, N°03.
- S. Benallah et J. P. Domin (2017), « Réformes à l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé pour les personnels », Revue de l'Ires, N°91-92.
- S. Glouberman & H. Mintzberg (2001), «Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation», Health Care Manage Review, Winter, Vol. 26, N°01.
- S. Zeghni (2014), « Espoirs et déceptions du pilotage managérial à l'hôpital », Revue Soins Cadres, N°91, Publiée par Elsevier Masson SAS, Paris – France.
- T. Bourguignon (2018), « Entreprises : vers l'excellence, une méthodologie de la performance par le management agile », Edition Dunod, Coll. : Stratégie d'entreprise, Paris.
- T. Christensen et Y. Fan (2016), « Post-New Public Management : A new administrative paradigm of China ? », International Review of Administrative Sciences, N°01, Pub. SAGE.
- T. Nobre (1999), « Le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements », 20^{ième} Congrès de l'Association Française de Chirurgie, Paris - France.
- Y. Chappoz et I. Tobin (2017), « Les nouvelles frontières du management public », Revue Management international, N°02, Vol. 21.