



Université d'Oran 2

Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion

THESE

Pour l'obtention du diplôme de Doctorat en Sciences
Es Sciences Commerciales

**Le contrôle de gestion hospitalier en Algérie une fonction en
mutation à l'heure des réformes hospitalières**

Présentée et soutenue publiquement par :
Mme BENCHIKHA FATIMA ZOHRA

Devant le jury composé de :

M. REGUIEG-ISSAAD Driss	Professeur	Université d'Oran 2	Président
M. CHOUAM Bouchama	Professeur	Université d'Oran 2	Rapporteur
M. BENMESSOUD KHADIDJA	MCA	Université d'Oran 2	Examinatrice
M. CHAIB BOUNOUA	Professeur	Université de Tlemcen	Examineur
M. KERZABI ABDELATIF	Professeur	Université de Tlemcen	Examineur
M. CHERIF Touil Nouredine	Professeur	Université de Mostaganem	Examineur

Année Universitaire 2020-2021

Remerciements,

Je remercie mon directeur de recherche Mr CHOUAM Bouchama pour avoir accepté d'encadrer ce travail, je lui suis également reconnaissante pour sa disponibilité, sa confiance, je lui adresse toute ma gratitude.

J'adresse un vif remerciement à toutes les personnes rencontrées lors de mes déplacements, à tous les directeurs des directions de santé de population des wilayas concernées par l'étude statistique, notamment à tous les directeurs des hôpitaux publics.

J'exprime également ma gratitude aux membres du jury pour l'honneur qu'ils m'ont fait en acceptant l'évaluation de ma thèse.

Dédicaces

A ceux qui sont la source de mon inspiration et mon courage...

A mon père l'idole, pour ses encouragements et son soutien, et surtout pour son amour et ses sacrifices afin que rien n'entrave le déroulement de mes études.

A ma très chère mère, qui me donne toujours l'espoir de vivre et qui n'a jamais cessé de prier pour moi.

A ma petite famille, époux et enfants Rayane et Fatine

A ma chère Smasri Fatima

A tous ceux qui m'aiment.

Benchikha fatima zohra

L'université n'entend donner ni approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse, celles-ci devant être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

Sommaire.....	6
Liste des abréviations.	7
Introduction générale.....	8
Chapitre I : le contrôle de gestion hospitalier : quelle approche conceptuelle	15
Section 1 : le contrôle de gestion entre apparition et évolution.....	15
Section 2 : le contrôle de gestion à l'hôpital public.....	27
Chapitre II : contrôle de gestion et la mesure de la performance hospitalière : quelles perspectives	42
Section 1 : la performance hospitalière	42
Section 2 : Apport de la théorie de contingence en contrôle de gestion.....	54
Chapitre III : le contrôle de gestion dans les hôpitaux publics algériens : une approche exploratoire	66
Section 1 : cadre méthodologique de la recherche	66
Section 2 : la réalité observable du contrôle de gestion hospitalier en Algérie	86
Section 3 : l'analyse de l'activité hospitalière	97
Conclusion générale	119
Bibliographie	
Index des figures et index des tableaux.	
Annexes	
Table des matières	
Résumé.....	

Liste des abréviations

CHU: Centre hospitalier universitaire

DMS : durée moyenne de séjour.

DSP : direction de santé et de population

EH: Etablissement hospitalier

EHS: Etablissement hospitalier spécialisé

EHU: Etablissement hospitalière universitaire

EPH: Etablissement public hospitalier

EPSP: Etablissement public de santé de proximité

ERP : Entreprise resource planning- progiciel de gestion intégré

GHM : groupe homogène de malade

NPM : new public management

TOM : le taux d'occupation moyen

TRL: le taux de rotation des lits

INTRODUCTION GENERALE

L'Algérie comme tout les autres pays en voie de développement, la santé représente une occupation majeure pour la tutelle puisqu'elle accorde une grande importance au domaine de santé afin d'assurer une large couverture sanitaire et par la suite l'amélioration de l'état de santé du citoyen, cela peut être atteint par la réalisation des infrastructures hospitalières de grande envergure , et la procuration de nouvel équipements de haute technologie qui nécessite la formation continu du personnels médicales. Malgré ses efforts et d'après le rapport établis par le conseil national de la réforme hospitalière, on constate que le système de santé algérien se caractérisent par certains dysfonctionnements qui sont liés au financement, l'organisation et aux moyens matériels et humains, l'information et la formation. Ses dysfonctionnements et les contraintes subies peuvent être résumés comme suit :

- Allocation et répartition des ressources financières inadaptées et insuffisantes.
- Budgets des hôpitaux non négociés.
- Endettement important.
- Absence de maîtrise des coûts et des dépenses.
- Déséquilibre des budgets des secteurs sanitaires au profit de l'hôpital du secteur au détriment des structures extrahospitalières ; ces procédures désarticulent le système et remettent en cause la hiérarchisation des soins.
- Le système actuel d'information ne nous renseigne que partiellement sur l'ampleur de la réalité de la demande de soins et sur la qualité des prestations sanitaires fournies à la population. Il est donc nécessaire de définir, de concevoir et de mettre en place un système d'information fiable et d'en préciser les objectifs en vue de fournir les outils indispensables à la prise de décision.
- Bureau des entrées pas encore totalement opérationnel.
- Registres et supports d'enregistrement défectueux.
- Personnels peu formés à la codification et à la classification internationale des maladies (CIM 10)
- Mauvaise tenue du dossier médical et des comptes rendus médicaux

Par conséquent, une période de réforme des systèmes de santé s'est ouverte au cours des années 2002 avec multiples promesses et concepts comme ceux relatifs au « partenariat privé-public » ou au « management participatif » donnant l'illusion que l'on allait enfin combiner l'exigence

du service public portée par les administrations avec l'esprit d'entreprise rattachée au secteur privé.

Cette réforme du secteur de la santé peut inclure en certains nombre de stratégies, politiques et interventions conçues pour renforcer le système de santé afin que celui-ci soit mieux à même de répondre aux objectifs en matière de santé publique. Les approches nationales de la réforme du secteur de la santé peuvent varier énormément d'un pays à un autre, certains gouvernements privilégient des réformes radicales, tandis que d'autre optent pour des évolutions à petits pas . donc la plupart des réformes peuvent être regroupées en trois grandes catégories : réformes financières, changement organisationnels et évolution des politiques publiques.

Pour accompagner ces changements et évoluer en tant qu'organisation moderne. l'hôpital public n'a de choix que d'adopter une nouvelle approche pour sa gestion puisqu'il n'est pas une structure simple, c'est une structure particulièrement complexe, complexe à deux points de vue, d'un point de vue fonctionnel d'abord, car un établissement hospitalier n'est pas seulement un lieu de soins, car qui implique les services et les activités annexes correspondants tels que la restauration . D'un point de vue sociologique ensuite, car un hôpital met en présence des types de populations aux situations diverses et aux intérêts très distincts. Si l'on ajoute à ce la que tout établissement hospitalier public, du plus petit au plus grand, assure une mission de service public au sens large du terme, on se rend compte que la gestion d'un hôpital moderne n'est pas une chose aisée.

Pour accompagner ces changements et évoluer en tant qu'organisation moderne, l'hôpital public de plus petit au plus grand n'a de choix que d'adopter une vision pour sa gestion puisqu'il se caractérise par une structure complexe pour deux raisons, une fonctionnelle car les hôpitaux publics impliquent des activités principales et des activités annexes tels que la restauration , la deuxième raison est du fait qu'ils rassemblent des différents acteurs entre administrateurs et professionnels pour assurer un service public .

Sachant que les problèmes de gestion sont différents d'une structure hospitalière à l'autre, dont le degré dépend de sa taille , autrement dit les petits établissement de santé tel que les établissements public de santé de proximité confronte des lacunes de gestion assez simple profonde que les centres hospitaliers universitaires qui génèrent des coûts hospitaliers élevés du au volume de l'activité hospitalière, cela impose la mise en place d'une organisation administrative selon la taille de ces hôpitaux , cette organisation nécessite la mise en œuvre des techniques de contrôle de gestion issues des entreprises d'où ce terme parait étrange pour les

professionnels de santé car ils assure des activités non marchande qui ont pour but d'améliorer la le bien être générale de la société par la prestation de service public qui s'échappe à toute notion de dégagement de profit mais qui n'empêche pas la recherche de la performance par la maîtrise des couts avec une meilleure qualité de service fourni pour réponde au besoin de la population.

Désormais, l'hôpital algérien doit prouver qu'il est apte à maîtriser avec efficacité son avenir, il doit modifier ses méthodes de gestion en introduisant notamment les notions d'efficience et d'efficacité tout en stimulant la mise en place de procédés nouveaux destinés à améliorer l'analyse et le contrôle des coûts ; il est évident que dans cette nouvelle vision l'hôpital serait considéré non plus comme un centre de coûts, mais comme une unité de production ayant une obligation de résultats, plus clairement, l'hôpital doit s'acheminer vers un autre « statut », celui d'une entreprise fonctionnant selon les règles de gestion éprouvées dans les autres secteurs et devant générer les ressources nécessaires à sa «reproduction ».

Cette modeste recherche a pour objectif d'ouvrir la voie vers des axes à expérimenter dans le cadre aussitôt nécessaire d'un contrôle de gestion hospitalier; bien plus que des réponses ponctuelles à des problèmes que l'on croit isolés et indépendants , et que l'on pourrait qualifier de « recettes », le contrôle de gestion adopte une approche globale de l'organisation hospitalière pour lui permettre une productivité optimale tout en gardant un cadre éthique propre aux principes qui doivent régir la mission de ce service public.

Le contrôle de gestion hospitalier a pour objectif d'optimiser les allocations des ressources afin de réaliser les objectifs spécifique de l'organisation hospitalière, donc il ne s'agit pas seulement de mettre en place un ensemble de techniques ou de recettes, mais de donner une nouvelle ère de la gestion hospitalière, en conférant à son pilotage un caractère moins intuitif et plus rationnel.

Donc le contrôle de gestion hospitalier est simple : il s'agit de faire passer tous les services d'un hôpital (services administratifs et médicaux) d'une gestion subie(simple enregistrement passif des dépenses, des recettes, des mouvements) au stade d'une gestion perfectionnée, ce rôle est inspiré de la nouvelle acceptation du contrôle de gestion qui le considère comme « un système d'information et d'aide à la décision » et non seulement comme « un ensemble d'outils chargés de mesurer et de contrôler la rentabilité », donc le contrôle de gestion passe d'une approche traditionnelle limitée au contrôle des coûts à une notion plus vaste de management de la performance avec des outils diversifié.

Partant de la, Quel est l'impact des déterminants du contrôle de gestion sur la performance des hôpitaux publics algérien dans le cadre des réformes hospitalières ?

Cette question de recherche peut se décliner en plusieurs interrogations :

- Es qu'on peut considérer l'hôpital comme une organisation contrôlable ?
- existe-t-il vraiment un contrôle de gestion à l'hôpital ?
- Quels sont les facteurs de contingence qui influencent le développement systèmes de contrôle de gestion ?
- Comment se mesure la performance hospitalière ?

Pour permettre de réaliser ce travail on propose les hypothèses suivantes, qui seront soumises à la vérification statistique.

Hypothèse 1 : il existe un lien significatif entre les facteurs de contingence et le développement des pratiques du contrôle de gestion dans les hôpitaux publics.

Il faut préciser que la vérification de cette hypothèse se fait par l'analyse des facteurs de contingence qui sont la taille, planification stratégique, le système d'information et le contrôle externe et leurs impact sur le système de contrôle de gestion , autrement dit elle est devisé en sous hypothèse qui sont développées dans le deuxième chapitre qui étudie la théorie de contingence.

Hypothèse 2: les hôpitaux qui utilisent les pratiques de contrôle de gestion, connaîtront une amélioration de leurs résultats et par conséquent leurs performances

L'objectif de la thèse :

Le premier intérêt théorique tient au domaine de recherche étudié. En effet, notre travail qui traite le contrôle de gestion à la performance des organisations hospitalières, s'inscrit dans un domaine de recherche récent et traite un sujet d'actualité. Il se propose ainsi d'enrichir les travaux théoriques et empiriques antérieurs appartenant aux champs d'études des outils de contrôle de gestion hospitalier

Notre modèle de recherche prend en compte plusieurs types de facteurs de contingence qui influencent le système de contrôle de gestion dans les hôpitaux publics. L'idée principale de notre travail se base sur le fait que la taille, planification stratégique, le système d'information et le contrôle externe influencent le système de contrôle de gestion, très peu de recherche sont

effectués en Algérie sur l'importance du contrôle de gestion dans le pilotage de la performance hospitalière. Quant à notre problématique, elle va explorer cette piste de recherche pour analyser l'influence de ces facteurs sur le contrôle de gestion hospitalier et par la suite sur le pilotage de la performance.

Plan de la thèse :

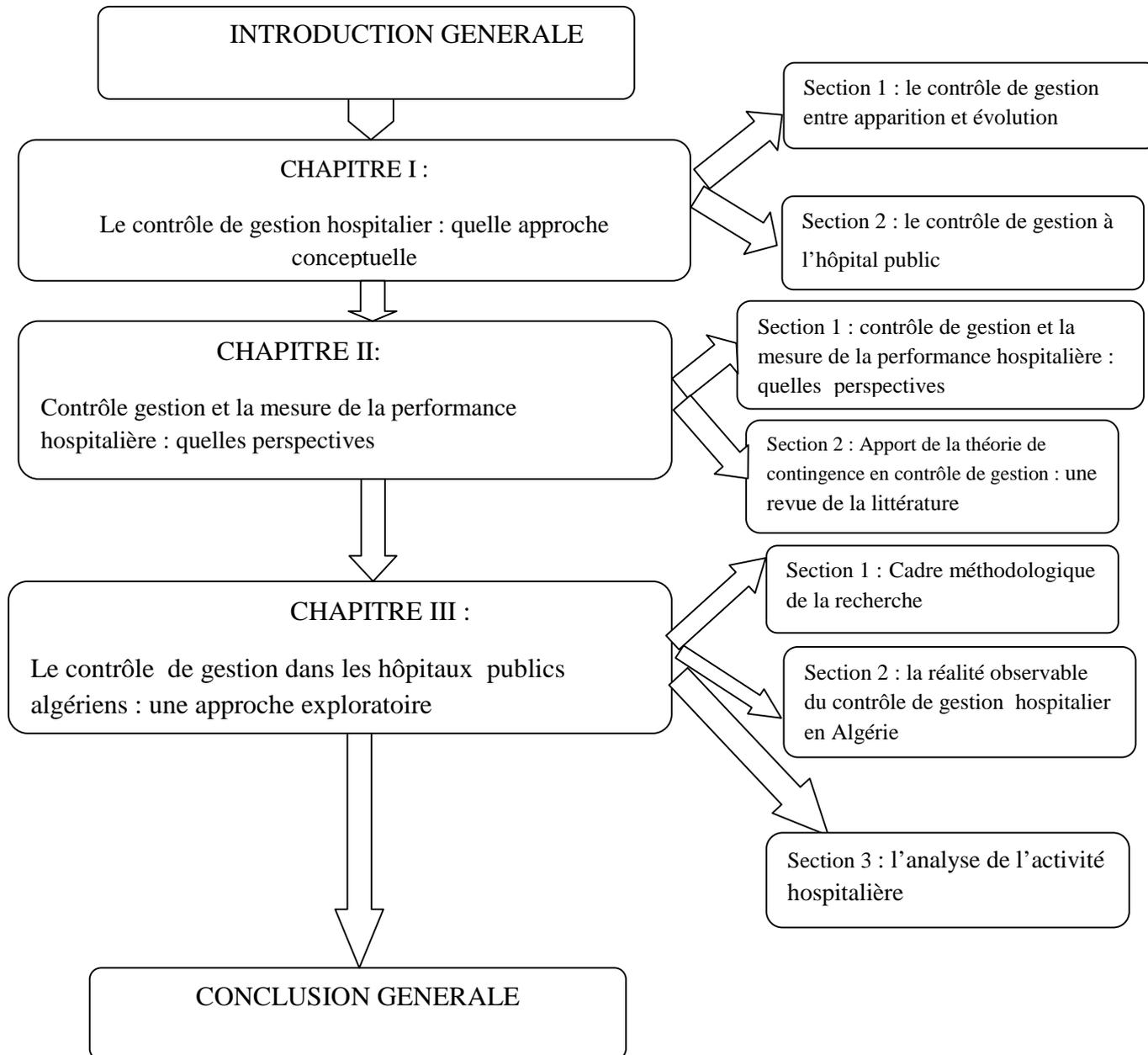
Notre question fait partie des fondements essentiels de la recherche, et en rapport avec les objectifs d'étude. On a opté par suivre deux démarches dont la première est descriptive du cadre conceptuel du contrôle de gestion hospitalier ainsi que les méthodes de mesure de la performance hospitalière, et la deuxième empirique consiste à analyser les pratiques du contrôle de gestion hospitalier dans les hôpitaux publics algériens.

En vue de répondre à notre problématique, notre thèse s'articulera autour trois chapitres :

- **Le premier chapitre : le contrôle de gestion hospitalier : quelle approche conceptuelle** présente les grands principes théoriques du contrôle de gestion. on met l'accent sur son évolution ainsi que les outils et la relation existante avec celui du système d'information , en suite nous avons passé au spécificité de l'organisation hospitalière dont elle est considéré comme un obstacle pour la mise en œuvre du contrôle de gestion à l'hôpital.
- **Le deuxième chapitre** est sous l'intitulé **le contrôle gestion et la mesure de la performance hospitalière : quelles perspectives** ce chapitre est consacré à la notion de performance hospitalière, aux différentes approches de la performance, ainsi nous essayerons d'expliquer l'apport de la théorie de contingence sur le contrôle de gestion hospitalier et par la suite sur la performance hospitalière.
- **Le troisième chapitre** sous l'intitulé « **le contrôle de gestion dans les hôpitaux publics algériens : une approche exploratoire** » : étant le cœur de notre travail, il a pour objectif de présenter une étude empirique, réalisée auprès de 30 hôpitaux publics de l'ouest algériens dont elle couvre wilaya d'Oran, Ain Témouchent, Sidi bel Abbas et Tlemcen afin de traiter la problématique de contrôle de gestion en Algérie. Ce chapitre est organisé comme suit :
 - une première section qui présente notre démarche méthodologique utilisée pour tester empiriquement notre étude : présentation de la démarche que nous avons mise en œuvre pour la collecte des informations et le test des hypothèses.
 - Une deuxième section sert à analyser les résultats obtenus de l'enquête.

- Une 3ème section est consacré à l'analyse de l'impact des outils de contrôle de gestion sur la performance hospitalière par l'étude de l'activité hospitalières des hôpitaux qui font l'hospitalisation sur la région d'Oran et Ain Témouchent entre la période 2010-2017.

PLAN DE LA THÈSE



CHAPITRE I :

LE CONTROLE DE GESTION HOSPITALIER : QUELLE APPROCHE CONCEPTUELLE

Introduction

La problématique du contrôle de gestion dans le milieu hospitalier est en relation avec le contexte économique du pays dont les dépenses de santé proviennent des contributions de l'Etat et les cotisations d'assurance, dont l'hôpital public doit rationaliser ses dépenses pour les maîtriser afin d'atteindre les objectifs de l'organisation hospitalière, pour cela le contrôle de gestion s'avère nécessaire pour assurer la réalisation des objectifs

Le but de ce chapitre est de donner une revue de littérature du concept du contrôle de gestion ainsi que son applicabilité à l'hôpital on se réfère à la théorie de l'agence et au mouvement du new public management

Section 1 : le contrôle de gestion entre apparition et évolution

1. La vision classique du contrôle de gestion :

En 1965, l'auteur Anthony donne la définition du contrôle de gestion comme étant le processus par lequel les dirigeants de l'entreprise s'assurent que les moyens sont utilisés de manière efficace et efficiente pour atteindre les objectifs fixés.

De cette définition on peut retenir que le contrôle de gestion est focalisé sur une vision technique qui permette une bonne exécution de l'activité, cela renvoie à la notion du contrôle opérationnel qui sert à garantir que les activités spécifiques sont effectuées de manière efficace et efficiente (Anthony 1965).

En suite, il a donné une autre vision du contrôle de gestion qui intègre la notion stratégique puisqu'il définit le contrôle de gestion comme le processus par lequel les managers influencent d'autres membres de l'organisation pour mettre en œuvre les stratégies de l'organisation (Anthony 1988).

A partir de cette définition Anthony a associé le concept du contrôle de gestion avec celui de la stratégie en vue de la maîtrise de la performance économique de l'organisation.

1.1. Le contrôle de gestion et le contrôle organisationnel :

Le contrôle de gestion représente une composante du contrôle organisationnel englobe trois types de contrôle dont ils sont :

- Le contrôle stratégique.
- Le contrôle opérationnel.
- Le contrôle de gestion qui sert à relier la stratégie de l'entreprise et les opérations.

1.1.1. Le contrôle stratégique ou la planification stratégique :

La planification stratégique sert à la définition des grandes orientations de l'organisation, ainsi la définition des différentes structures et moyens nécessaires pour atteindre les objectifs, donc elle doit prendre en compte les changements de son environnement pour mieux s'adapter et faire face à la concurrence.

1.1.2. Le contrôle opérationnel :

Ce niveau de contrôle consiste à contrôler l'exécution des opérations déterminé en préalable avec efficacité et efficience, cela indique que le contrôle nécessite la connaissance précise des actions.

1.1.3. Le contrôle de gestion :

Selon Bouquin(1997) , le contrôle de gestion assure la cohérence entre la stratégie de l'organisation et des actions courantes afin de minimiser les écarts entre réalisations et prévisions pour atteindre les objectifs qui découle de la stratégie de l'organisation qui nécessite une bonne coordination et communication entre tout les acteurs.

Cela nous renvoi à la définition de Gervais (1989) qui définit le contrôle de gestion comme le processus par lequel les dirigeants s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées avec efficience, efficacité et pertinence pour réaliser les objectifs de l'organisation.

1.2. Le processus du contrôle de gestion :

Selon Anthony (1988), le processus de contrôle de gestion se fait en quatre étapes :

- *La programmation :*

Il s'agit d'un processus dans lequel les programmes sont pris par l'organisation et les décisions sont prises pour ce qui concerne les déterminations approximatives des ressources allouées à chaque programme qui repose essentiellement sur les choix stratégique de l'organisation.

Cette programmation comprend à la fois les activités opérationnelles qui couvrent une période de deux à trois ans et présentent les procédures pratiques de la mise en œuvre de la stratégie.

- ***La budgétisation :***

Consiste à déterminer le budget nécessaire qui doit être structuré par centre de responsabilité.

- ***L'exécution :***

A ce niveau, le plus important est le contrôle des opérations courantes afin de faire des actions correctives s'il y a des écarts entre réalisations et prévisions.

- ***L'évaluation :***

Toute organisation cherche à être performante donc elle doit réunir les trois conditions suivantes :

- * L'économie : c'est la procuration des ressources au moindre coût.
- * L'efficacité : la réalisation des objectifs définis.
- * L'efficience : l'utilisation optimale des ressources.

Donc on constate que le processus de contrôle de gestion renvoie à la théorie systémique développée précédemment puisqu'il sert à réguler les actions par la mesure des actions réalisées et faire les corrections nécessaires afin d'atteindre les objectifs fixés par avance.

1.3. Les hypothèses de la vision classique de contrôle de gestion :

Le modèle classique repose sur trois hypothèses qui concernent les trois points suivants :

- Les objectifs.
- Différenciation entre le court et le long terme.
- Contrôlabilité.

Hypothèse 1 : Les objectifs

La vision classique du contrôle de gestion repose sur le fait que ces objectifs sont fixés et la stratégie a été prédéfinie par la direction générale de l'entreprise.

Selon Bouquin (1997), l'ajustement du contrôle de gestion s'effectue par d'une part la conception des finalités, des objectifs, les critères de gestion et de la performance, et d'autre part par la planification et budgétisation qui permet de relier la stratégie aux actions prévues.

Hypothèses 2 : Différenciation entre le court et le long terme

La planification sert à articuler le long terme et les actions à court terme, cela est possible lorsque l'entreprise est en mesure de faire des prévisions réalistes et définir les plans d'actions qui traduisent les facteurs clés de succès en actions concrètes et réalisables.

Hypothèse 3 :le principe de contrôlabilité

Pour Ouchi (1979), le contrôle de gestion concerne principalement les tâches qui ont une bonne mesurabilité des résultats, autrement dit le principe de contrôlabilité repose sur la capacité de mesurer la performance qui dépend de la structure de l'entreprise puisqu'elle sert de définir le niveau de responsabilité des managers.

Partant delà, le concept de contrôlabilité revêt à celle de la mesurabilité des outputs sur la base des standards afin de mener les corrections des écarts, donc la détermination des standards représente une condition pour la mise en place du contrôle de gestion dont certains auteurs tels que Otley et Berry (1980) et Merchant (1982) ont évoqué.

1.4. Les critiques de la vision classique du contrôle de gestion:

Sachant que le modèle classique du contrôle de gestion repose sur le fait que la stratégie est définie à priori, mais les recherches qui s'intéressent à la stratégie menées par Mintzberg et Al (1999) la remettent en cause puisqu'ils ont fait la différence entre la stratégie prédéfinie dit délibérée par l'entreprise et la stratégie émergente.

Ainsi le contrôle de gestion s'appuie sur la coordination entre les processus d'allocation des ressources pour prendre les décisions d'un côté, et d'un autre côté il se base sur l'animation des comportements des acteurs donc le contrôle de gestion tend vers une vision sociologique donc un aspect qualitatif plus que quantitatif.

Par conséquent, le contrôle de gestion selon Robert Simons (1995) est défini comme étant « l'ensemble des processus et procédures formels, construits sur la base de l'information que les managers utilisent pour maintenir ou modifier certaines configurations des activités de l'organisation », on tire de cette définition que Simons donne plus d'importance à l'information qui doit être de bonne qualité autrement dit il faut s'assurer de la pertinence et la fiabilité des informations collectées.

Cela a conduit à mettre l'accent sur le fait qu'en général les organisations ont des systèmes de contrôle de gestion similaires mais qui diffèrent dans la manière de l'utilisation de ce système donc il a pu faire la distinction entre deux catégories de contrôle de gestion qui sont le contrôle

interactif et le contrôle diagnostic (Simons 1990,1995). Ainsi il met l'accent sur le fait qu'en général les organisations ont des systèmes de contrôle de gestion similaire mais qui diffère dans la manière de l'utilisation de ce système donc il a pu de faire la distinction entre deux catégories de contrôle de gestion qui sont le contrôle interactif et le contrôle diagnostic.

- **Le système de contrôle interactif** : il se focalise sur les incertitudes stratégiques, afin de rechercher les opportunités et l'émergence de nouvelle stratégie.
- **Le système de contrôle diagnostic** : portant sur la maîtrise des variables critiques ce type de contrôle est basé sur le contrôle à posteriori des résultats comparé avec les objectifs ou les standards comme repère pour adopter de mesures correctrices.

En fin, bouquin (1997) donne une définition plus large du contrôle de gestion comme étant un élément du contrôle organisationnel. Son rôle fondamental est de permettre aux dirigeants de la hiérarchie d'être assurés de la cohérence entre les actions quotidiennes et les stratégies définies dans le long terme.

2. La place du contrôle de gestion dans les théories des organisations :

2.1. L'approche bureaucratique :

La vision classique du contrôle de gestion est présentée par l'approche bureaucratique, Conformément à cette approche, les mécanismes qui sont utilisés par le contrôle essentiellement précis dans les entreprises concernent plus la fixation des objectifs, l'utilisation des méthodes et des pratiques qui obéissent à la hiérarchie de l'autorité.

Le but de cette approche est de standardiser le comportement ainsi l'évaluation de la performance et contrôler les écarts importunes par rapport à la norme déterminée pour chaque activité qui sert à augmenter La formalisation de chaque activité permet de standardiser (normaliser) et donc d'augmenter son prévisibilité (Ouchi, 1980 ; Daft 2001).

Le fait de déterminer des standards renvoi à la relation existante entre les entreprises et leurs environnements, sachant que dans cette théorie les entreprises sont considérées comme des entités fermées, donc les interdépendances et l'interaction de l'organisation avec son environnement ne sont pas pris en considération.

2.2. L'école des relations humaines

Face aux dysfonctionnements provoqués par l'organisation tayloriste ou bureaucratique (absentéisme, coûts du manque de qualité), plusieurs autres chercheurs, notamment ceux appartenant à l'école des relations humaines, se sont penchés sur d'autres facteurs qui influencent le système de contrôle de gestion comme la motivation. L'approche des relations humaines est soutenue et inspirée par une riche littérature sur les ressources humaines. Elle est basée sur certaines hypothèses de base comme évoquent Shafritz et Ott (2001), Merchant et Simons, (1986), Bolman et Deal, (1997), qu'on peut citer à titre d'exemple :

- L'existence d'une organisation qui répond aux attentes du facteur humain.
- Le sentiment d'appartenance des individus à leur organisation
- L'employé est motivé puisqu'il participe à la prise de décision.

2.3. L'approche cybernétique

Pour l'approche cybernétique (également connue sous le nom d'approche système), tous les processus de contrôle, à savoir la planification, la budgétisation, l'évaluation des performances, la comparaison, l'identification des écarts, la correction et le système de récompense des activités d'allocation des ressources sont perçus à partir de la logique de traitement de l'information et pris en compte Activités centrées sur l'information. Le fondement d'une vision cybernétique est la capacité d'autoréguler (rétroaction) un système basé sur la réponse avec des objectifs prédéfinis, des résultats par rapport aux objectifs et des informations pour les gestionnaires. Déviations des actions correctives (Green et Welsh, 1988). Ici, la détection des erreurs et les actions correctives se produisent sous forme de processus dynamiques sous la forme de boucles de rétroaction (Morgan, 1986; Hofstede, 1978).

2.3.1. L'approche de la contingence :

Les écoles de contingence défendent l'idée qu'il est illusoire de trouver le «bon modèle de gestion» qui fonctionne dans toutes les situations. Il vous suffit de trouver une solution satisfaisante pour chaque entreprise et même pour chaque situation spécifique.

Les méthodes de contrôle des contingences sont basées sur le principe qu'il n'y a pas «une seule bonne approche générale» qui s'applique à toutes les organisations et dans tous les cas (Otley, 1980). Ce principe suppose que toutes les formes d'organisation sont différentes en termes d'efficacité. L'efficacité et l'efficience d'une organisation sont affectées par de nombreux facteurs accidentels tels que la taille, le cycle de vie organisationnel, la technologie, le type de pouvoir, l'incertitude, la dépendance aux ressources, le style de leadership, la culture organisationnelle et

la structure organisationnelle. C'est pourquoi la direction doit être soucieuse de trouver les bons ajustements par rapport à ces conditions (circonstances), à la fois externes et internes. Les organisations sont considérées ici comme des systèmes ouverts qui doivent s'adapter aux conditions environnementales et internes. Certains facteurs de contingence reconnus comprennent l'environnement (Burns et Stalker 1961; Otley, 1980), le choix stratégique (Chandler, 1962; Porter, 1980), la technologie (Woodward, 1965; Zuboff, 1988) la structure organisationnelle (Hopwood, 1972; Otley, 1980 ; Mintzberg, 1979; Ouchi, 1977) et la motivation des employés (Etzioni, 1961).

2.3.2. La théorie de l'agence

La théorie de l'agence est l'une des théories développées par les entreprises à partir des années 1980. La théorie de l'agence traite les organisations comme des entités centrées sur les relations d'agence. Les participants ont leurs propres objectifs, il est donc nécessaire d'établir des procédures de contrôle. Comme ceux-ci ne sont pas gratuits, il existe des compromis constants entre les avantages d'un contrôle strict et leurs coûts. La relation d'agence est définie comme la relation «d'une partie (le mandant) confiant à l'autre partie (l'agent) la prestation de services en échange d'une rémunération» (Merchant et Simons, 1986). Par conséquent, les deux relations «Haute direction» - «Actionnaires» et «Haute direction - Subordonnés» sont considérées comme des relations d'agence dans un environnement organisationnel. Une organisation est considérée comme une série de relations contractuelles entre un client (propriétaire ou gestionnaire) et un agent (employeur). Du point de vue de l'agence, la réalisation des intérêts communs entre le gestionnaire et son agent et la minimisation du coût total de l'agent sont les principaux objectifs de chaque cas. Les coûts d'agence sont des coûts associés à la surveillance du comportement de l'agence et à l'exécution des contrats.

En résumé, les méthodes traditionnelles supposent que le rôle du contrôle de gestion est de fournir des informations pour soutenir le processus décisionnel. Le contrôle de gestion implique la fourniture et l'utilisation d'informations financières et non financières pour les managers au sein d'une organisation. L'objectif est de leur permettre de prendre les meilleures décisions pour l'avenir de l'entreprise. Berland et al. (2008) résume la prémisse de base: "Vous ne pouvez que vous mesurer correctement." Vous devez quantifier, évaluer, contrôler,

Développer et gérer les engagements envers chaque objectif conformément aux objectifs. Le développement des contrôles de gestion devrait améliorer la prise de décision, l'allocation des ressources et l'intégration des objectifs des différents acteurs de l'organisation. Cependant,

différentes méthodes ont limité la recherche sur le contrôle de gestion dans les hôpitaux. Ces restrictions sont liées, d'une part, à la particularité des hôpitaux publics et, d'autre part, aux hypothèses sur lesquelles repose chaque approche fonctionnaliste. En effet, les hypothèses dépendantes du contexte et leur impact sur la formation des systèmes de contrôle sont ignorées par les méthodes considérées comme organisées en systèmes fermés. De plus, les rôles des acteurs, leurs pratiques, les liens entre les pratiques de contrôle de gestion et les autres pratiques organisationnelles, et finalement les interactions sont des sujets ignorés par les approches fonctionnalistes. Ensuite, nous expliquons les limites des différentes approches fonctionnalistes.

3. La fonction du contrôle de gestion :

Toute organisation se caractérise par des structures organisationnelle qui sont présentées par l'organigramme qui diffère selon les facteurs de contingence tels que la taille, la nature du pouvoir et le type d'activité, donc la fonction de contrôle de gestion peut être positionné de plusieurs façons. donc on peut rattacher la fonction directement à la direction générale ou bien à la direction financière.

3.1. Le positionnement de la fonction de contrôle de gestion

Il n'y a pas de normes pour positionner la fonction de contrôle de gestion dans l'organigramme d'une entreprise, puisque de nombreux facteurs de contingence, liés à la taille, à la nature du pouvoir, à l'activité conditionnent sa place. Ainsi il en ressort que différents rattachements sont possibles :

3.1.1. Le rattachement à la direction générale :

Puisque le contrôle de gestion est en relation avec la stratégie ,le contrôleur de gestion tend vers des priorités stratégique qu'opérationnel, donc la fonction du contrôle de gestion est rattachée directement à la direction générale dont bouquin (2001) confirme l'importance de cette

3.1.2. Le rattachement à la direction financière :

on peut trouver dans plusieurs structures organisationnelle que la fonction de contrôle de gestion est rattachée hiérarchiquement à la direction financière, ce positionnement indique la dépendance du contrôleur de gestion au directeur financier, cela donne plus d'importance aux informations financières en détriment des informations opérationnelles, et par la suite donnée une vision financière de la fonction de contrôle de gestion.

3.2. Le contexte de la fonction de contrôle de gestion :

Certes le rattachement de la fonction du contrôle de gestion diffère d'une organisation à l'autre, mais son objectif est le même pour toutes les organisations quels que soit le secteur s'il est marchand ou non marchand ou bien leurs tailles, il a pour objectif d'aider, coordonner, suivre et contrôler les décisions et les actions menées pour pouvoir les évaluer afin d'être efficace et efficiente (Alazard & Sépari (2001) .

3.3. La digitalisation du contrôle de gestion :

Comme toutes les autres fonctions, le contrôle de gestion a été touché par le développement des nouvelles technologies d'information et de communication qui servent à développer les méthodes de gestion d'une façon plus rapide et plus pertinente puisque la collecte, la circulation de l'information et la diffusion est devenu immédiat. dans cette perspective le système budgétaire est passé d'une logique manuelle à une logique informatisée qui permet le calcul automatique des coûts.

Cette numérotation dans la gestion des organisations améliore le système d'information et par la suite les outils du contrôle de gestion (tableau de bord) qui sont devenus plus fiables en terme de temps nécessaire du traitement des informations pertinentes qui seront diffusées et accessible pour tout les acteurs de l'organisation, ainsi elle réduit l'utilisation des supports matériels donc la réduction des coûts.

3.3.1. Les progiciels de gestion intégrés (ERP)

Un ERP (entreprise Ressource planning) est un progiciel est sert à la gestion intégrale de l'entreprise par une multitude des logiciels consacré à la gestion des ressources humaines, la gestion comptable et financière, la gestion administrative, la gestion des ventes, des achats, la gestion de la production et de la logistique. Un ERP est considéré comme un système d'information intégré et représente une étape décisive dans l'intégration des systèmes d'information de gestion.

4. Les outils de contrôle de gestion :

4.1. La méthode ABC :

Comme l'objectif traditionnel du contrôle de gestion consiste à la maîtrise des coûts d'où la nécessité a trouvé des systèmes de calcul de coûts, cela conduit les chercheurs de relier le concept de l'activité à celui du calcul des coûts (Bouquin et pesieux, 1999). Dans cette

logique la méthode ABC représente un système qui sert à calculer les coûts de revient de produit, d'où le principe générale est que les ressources engagées par les entreprises permettent de réaliser des activités qui sont définis comme étant un ensemble d'actions ou des tâches qui ont pour objectifs de réaliser, à plus au moins court terme un ajout de valeur à l'objet ou de remettre cet ajout de valeur (Lebas3 1991), sachant que ses activités sont elles mêmes consommées par les produits (Mottis N 2006).

4.2. La méthode ABM :

La mise en place de la méthode ABC rencontre plusieurs difficultés puisqu'elle engendre des coûts élevé ainsi que c'est difficile d'être appliquer (Gervais et Lesage 2006), cela nécessite du passage du calcul des coûts par la méthode ABC à l'utilisation de l'ABM qui se base sur la gestion d'activités comme un outil d'amélioration de la valeur reçue par le client et du profit obtenu à pour à cette valeur . cette méthode implique l'analyse des coûts, l'analyse d'activités et la mesure de la performance .donc il représente un management par les activités (GUMP B .2000).

4.3Le target costing :

Le Target Costing représente une méthode de calcul de coûts, son objectif est de déterminer le coût de production afin de fournir des informations nécessaire pour l'identification de la marge de profits souhaitée (Robin Cooper 1995).

Cette méthode sert à réduire les coûts des produits au niveau de tout le cycle de vie du produit qui ré pond aux exigences des consommateurs en termes de qualité.

4.4.Les instruments de la gestion prévisionnelle :

4.4.1. La planification stratégique :

la planification stratégique est définit comme étant un système de données sur son futur. Elle s'organise comme un ensemble d'informations prévisionnelles dans des plans à horizon de plus en plus restreint (Alazard C et Separi S 2001) .

Le processus de planification stratégique passe par trois niveaux :

- **Le plan stratégique :** montre les grandes orientations de l'organisation ainsi que ses choix stratégiques à moyen et long terme, il est établi par la direction générale en collaboration avec les fonctions de l'organisation, ainsi il a un caractère plus générale et qualitatif.

- **Le plan opérationnel** : il prend en compte le court terme donc le déroulement des actions opérationnelles, il introduit le diagnostic des opérations afin de résoudre les problèmes confrontés dans les différentes activités de l'organisation soit commerciale, de production, financièreetc, donc il sert à qualifier les opérations.
- **La détermination du budget** : est considéré comme étant la troisième étape de la planification puisqu'il représente une traduction monétaire du programme ou du plan d'action retenu pour chaque responsable, ainsi il définit les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs définis préalablement (Doriath B et Goujet C. 2007).

4.4.2. Le contrôle budgétaire :

Selon M.Gervais qui a défini le contrôle budgétaire, cette définition est reprise par (Doriath B et Goujet C. 2007) ou le contrôle budgétaire est considéré comme un moyen de comparaison permanente des résultats réels et des prévisions chiffrées figurant aux budgets afin d'évaluer l'activité des responsables budgétaires pour détecter les écarts entre réalisations et prévisions puis les informer aux différents niveaux hiérarchiques pour prendre les mesures correctives.

Par conséquent, la gestion budgétaire doit être conçue comme un système d'aide à la décision. Et par la suite elle représente une composante de la fonction du contrôle de gestion .

4.4.3. Le budget base zéro :

Selon Alazard et Sépari (2001) le budget base zéro peut être défini comme étant : une procédure budgétaire qui restructure l'entreprise sans tenir compte du passé . la base zéro indique que l'élaboration des budgets ne se basent pas sur les données des exercices précédents. donc le budget se fait à partir de zéro.

Le recours au budget base zéro permet d'établir une relation entre les ressources allouées et les prestations proposées afin d'évaluer les résultats obtenus, cela implique une bonne connaissance des fonctions de l'organisation qui permet de définir de nouvelles activités.

En revanche le budget base zéro représente un plan opérationnel sur deux ou trois ans donc il est assez lourd, ainsi il néglige le transfert des résultats de l'année précédente.

4.4.4. Les tableaux de bord

Dans la littérature, on trouve plusieurs définitions du tableau de bord dont on cite les suivantes :

Bouquin (2001)¹ : « Le tableau de bord est un ensemble d'indicateurs peu nombreux (cinq à dix) conçus pour permettre aux gestionnaires de prendre connaissance de l'état et de l'évolution des

systèmes qu'ils pilotent et d'identifier les tendances qui les influenceront sur un horizon cohérent avec leurs fonctions ».

Comme évoque Cuyaubre T et Muller J. (2004) « Le tableau de bord est une synthèse chiffrée des principales informations nécessaires pour orienter l'activité du groupe humain qu'il anime, vers le meilleur emploi des moyens dont il dispose afin d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés»

Dans une autre définition citée par Doriath B et Goujet C (2007), Le tableau de bord est « un ensemble d'indicateurs qui informent le responsable d'un centre de responsabilité sur l'état du système qu'il pilote et sur le degré de réalisation de ses objectifs »

A partir de ses définitions, les tableaux de bord sont constitués de plusieurs indicateurs qui doivent être des informations précises, utiles, pertinentes pour le gestionnaire, exprimés sous des formes et des unités diverses.

4.4.5. BSC : tableau de bord prospectif :

Le tableau de bord prospectif a été présenté dans les travaux de Kaplan et Norton Kaplan en 1992. En effet, le tableau de bord prospectif est défini comme suit: « Le tableau de bord prospectif (balanced scorecard) maintient les mesures financières traditionnelles. Mais les mesures financières racontent l'histoire des événements passés, une histoire adéquate pour les compagnies de l'ère industrielle pour lesquelles les investissements dans des capacités à long terme et les rapports client n'étaient pas critiques pour le succès. Ces mesures financières sont insuffisantes. Cependant, pour guider et évaluer le parcours que les compagnies de l'âge de l'information doivent faire pour créer la valeur future par l'investissement dans les clients, les fournisseurs, les employés, les processus, la technologie, et l'innovation ». donc Kaplan Norton (1996) considèrent que le tableau de bord prospectif comme un outil de mesure de performance qui s'est ensuite développé comme un nouveau système stratégique de contrôle de gestion pour aider les managers dans l'application de la stratégie de l'entreprise. Donc, l'objectif du tableau de bord prospectif est de traduire la stratégie de l'entreprise en actions en multitude d'indicateurs de performance financiers et non financiers.

Section 2 : le contrôle de gestion à l'hôpital public

L'hôpital comme toute autre organisation est soumise à des contraintes budgétaires qui lui imposent de développer sa gestion, dans ce contexte, le contrôle de gestion constitue une opportunité pour mettre en œuvre les outils et les méthodes permettant de réaliser cet objectif.

Cette section a pour objectif de développer dans ce sens quelques éléments de réflexion, sur la particularité de l'organisation hospitalière, ainsi que l'applicabilité du contrôle de gestion au sein des hôpitaux.

1. L'organisation hospitalière :

Par rapport aux autres types d'organisations, l'organisation hospitalière est généralement plus complexe à analyser en égard des particularités qui marquent ce système.

1.1. L'hôpital public:

D'abord, répondant à la classification d'un spécialiste de la gestion, selon Henry Mintzberg (1986), nous pensons que l'hôpital fait partie de ce qu'on appelle organisations professionnelles, c'est une structure complexe qui doit correspondre à des fonctions diverses: prise en charge, enseignement, recherches, prévention, éducation à la santé, etc.... cette structure à un caractère médical et social dont la mission est d'apporter les populations bénéficiant de soins médicaux, thérapeutiques et prophylactiques complets et à partir de laquelle ses services externes seraient utilisés, se rendre dans la cellule familiale ; considéré dans sa communauté, c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche scientifique et sociale.

Par conséquent l'hôpital est considéré comme un système complexe de production multiple, puisqu'il offre pour les patients des produits hospitaliers divers selon les pathologies, ces produits hospitaliers quelques soient des diagnostics constituent l'acte médical, ceci se distingue de biens ou des produits qui sont l'objet de la théorie économique, sa détermination ne présume pas la rationalisation des actes menés, puisqu'il se caractérise par un degré d'incertitude qui en relation avec la nature de pathologie de la maladie, cette incertitude engendre des coûts imprévisibles des traitements médicaux que les malades qui dépendent des compétences du professionnel de santé. La réduction de ses incertitudes se base sur la confiance accordée aux personnels de santé.

1.2. La structure organisationnelle de l'hôpital¹ :

M. Cremadez et F. Grateau (1992) a appliqué la distinction de Mintzberg distingue éléments qui constituent la structure organisationnelle dans l'univers hospitalier dont l'hôpital est considéré comme une bureaucratie professionnelle, dont les composants sont les suivants :

Le sommet stratégique :

Il s'assure que les tâches de pilotage de l'hôpital sont exécutées efficacement. Il peut s'agir de la tutelle (direction de santé et de population) du directeur et de son équipe, dont la direction des soins infirmiers et la coordonnatrice générale des soins infirmiers. Ce dernier nommé par le chef de l'hôpital. Il exerce les fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de réadaptation et de technologie médicale sous l'autorisation de ce dernier. Il est membre de l'équipe de direction, disposé de pouvoirs hiérarchiques pour tous les administrateurs de la santé.

Suggérant que le sommet stratégique de l'hôpital est quelque peu ambigu, Mintzberg a expliqué que le directeur de l'hôpital devrait empêcher le gouvernement ou les administrateurs d'interférer dans le travail des médecins, comme son nom l'indique. Le service de santé est responsable, mais il est géré devant le conseil d'administration.

Le centre opérationnel :

Il est constitué par les unités de soins et les services médico-techniques. Composé d'un nombre important de services relativement indépendants les uns des autres, le centre opérationnel fonctionne de manière pratiquement autonome et il a une relation directe avec leur environnement : client dont il est le patient.

Pour la direction des soins le centre opérationnel rassemble des professionnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

La ligne hiérarchique :

Elle assure le relais entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Elle est composée de l'encadrement qui assure la gestion des centres opérationnels. La notion de hiérarchie sous tend celle de subordination et donc d'autorité. Pour la direction des soins les médecins et les infirmiers

¹ Le concept de l'hôpital ainsi que la structure organisationnelle hospitalière a été développé par nous même dans le cadre de l'obtention du magister en management en 2012 à l'université d'Oran2 sous l'intitulé de « le management hospitalier : étude du cas du secteur sanitaire d'Arzew » on a vu qu'il est important de reprendre les résultats de recherche de littératures pour ce qui concerne le volet de l'hôpital puisqu'il est considéré comme étant une bureaucratie professionnelle et tout les concepts en relation avec son évolution reste la même .

rendent compte de leurs actions aux cadres supérieurs dont il est le chef service qui participent à leurs évaluations. Ainsi que tous les chefs de service exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur général.

Au sein de l'organisation hospitalière la ligne hiérarchique se caractérise par interruption entre le directeur général et les chefs de services médicaux à cause des objectifs contradictoires dont ce point il sera développé par la suite. Cela mène les chefs de services à contester la non intervention directe des directeurs sur l'objectif de base dont il est la satisfaction de clientèle.

La technostructure :

La technostructure sert à assurer la coordination par des personnes qui agissent sur l'organisation du travail des centres opérationnels grâce à la standardisation des procédures, au choix qualitatif du matériel, à l'élaboration de normes pour le rendre efficient et elle prend de l'importance lorsque l'organisation grandit et se complexifie.

A l'hôpital cette fonction se limite à la dimension économique et financière puisque la standardisation par le résultat est trop difficile cela est due à la différenciation existante au niveau des services, donc la technostructure est réduite.

Le directeur général agirait plus sur la standardisation des qualifications par le recrutement et la formation continue en collaboration avec le directeur des ressources humaines.

Les personnels de support logistique :

Ils remplissent les fonctions annexes nécessaires à la réalisation de la mission du centre opérationnel : service postal, nettoyage, restaurant... . Puisque la logistique sert à la collaboration avec les centres opérationnels est essentielle.

1.3. Les spécificités d'un hôpital public :

L'hôpital public se caractérise par une forte différenciation due à plusieurs facteurs dont on peut distinguer d'une part la différenciation entre le personnel administratif et le personnel médical puisque les objectifs diffèrent d'une catégorie à l'autre, sachant que les professionnels de santé cherchent à assurer le service public donc leurs objectifs ont un caractère qualitatif au contraire des personnels administratifs qui ont un caractère quantitatif et qui répondent au cadre réglementaire défini par l'Etat. D'autre part on distingue la différenciation entre le service logistique et le service opérationnel, on trouve que les

services logistiques tels que la cuisine et la buanderie cherche à être rentable donc ils sont en relation avec le service administratif.

Ainsi on constate l'existence de la différenciation au sein de centre opérationnel qui est présentée par la différenciation entre les médecins et les paramédicale.

Ses types de différenciations engendrent des difficultés qui entravent le fonctionnement de l'hôpital et afin de les réduire il faut voir le degré d'intégration par voie hiérarchique qui s'applique au sommet stratégique et relie la technostructure et la logistique , ainsi on trouve un type d'intégration qui concerne le sommet stratégique qui se fait par les procédures et standards qui s'applique au centre opérationnel (service financier, compatible et gestion de ressource humaine) sachant que la numérisation a permet d'élargir ce type d'intégration aux services médicaux.

Parmi les spécificités de l'hôpital, il est considéré comme un lieu de tension puisqu'il regroupe trois pouvoirs qui sont les médecins , les soignants et la direction , tous ses pouvoirs ont des objectifs divergents.

1.4. L'hôpital –Enterprise :

Selon Stendler François (2000), l'hôpital comme étant une organisation qui assure un service public et ses ressources qui sont octroyées par l'Etat, et régit par les règlements et les procédures de la fonction publique, et sa gestion depuis toujours relève de la gestion administrative malgré qu'il se dote d'une certaine autonomie.

1.4.1. Le contrôle de gestion hospitalier : quel fondement théorique :

Parmi les théories les plus utilisée pour expliquer la relation entre le contrôle de gestion et la performance en secteur hospitalier, on note:, l'approche par le New Public Management.

1.4.1.1. Cadre conceptuel du new public management :

Dans le secteur public, Les gestionnaires doivent utiliser les outils de gestion propres aux entreprises, donc ils se basent sur la gestion par les résultats et non pas sur les moyens.

Le new public management met en cause le modèle bureaucratique qui se focalise sur la centralisation de la prise de décision, la relation entre l'organisation et la tutelle ainsi qu'une certaine marge de manœuvre étroite du contrôle (Charih et Rouillard, 1997).

Un nombre de pays d'OCDE, ont mené des réformes concernant la gestion des administrations.

En 1979, le pouvoir britannique a adopté plusieurs réformes de l'administration puisque cette dernière rencontre des lacunes en termes de gestion qui résulte un déficit budgétaire et une augmentation des dépenses continue. Ces réformes mettent en lumière le concept du new public management dont Hood (1991) a exposé le new public management comme étant une recherche de frugalité. Puis en 1992 David Osborne et Ted Gaebles ont développé l'idée de Peter Drucker du entrepreneuriat dans les administrations publiques aux Etats unis .

A partir des années quatre vingt dix, plusieurs pays de l'OCDE ont mit en œuvre les principes du new public management afin de rechercher la performance.

1.4.1.2. La différence entre new public management et new public administration :

Il faut faire la différence entre le NPM et NPA développé dès les années soixante aux Etats unis puisque elle vise en premier lieu d'assurer l'équité sociale obtenue grâce aux actions menées par les fonctionnaires autrement dit ils doivent avoir une certaine liberté de réagir pour faire face aux disfonctionnements, cette idée été développé par Frederickson en 1971 qui par la suite en 1996 , précise que la new publique administration à pour objectif de défendre les valeurs d'humanistes et démocratique qui se basent sur la participation des fonctionnaires pour enlever les discriminations que les personnes les plus démunis les subis, tant dit que les procédures administratives n'ont pas réussi à les enrayer.

Le new public management se base sur l'individualisme, il recouvre plusieurs concepts ou plutôt plusieurs dénomination qui se rapproche à celle du post bureaucratique et qui montre qu'il y a une multitude de pratiques que Ferlie et d'autre auteurs (1996) donne une typologie des modèles de NPM qui sont les suivants :

Le 1^{er} modèle se focalise sur la recherche de l'efficience par l'amélioration du processus du travail par le renforcement du contrôle hiérarchique.

Le 2^{ème} e modèle : la recherche de la performance sera atteinte si la structure de l'organisation sera souple en réduisant les effectifs et en décentralisant le contrôle.

Le 3^{ème} modèle :la performance se base sur l'innovation qui cherche la perfection au sein des administrations publiques.

Le 4^{ème} modèle donne l'importance aux rôles des usagers dans la prise de décision en préservant la notion du service publics.

L'application des principes du new public management est confronté aux plusieurs critiques, selon Emery et Giaque (2005) l'utilisation des outils de gestion issue du monde privé et leurs multitude nuit à mener une bonne gestion parmi les critiques, on cite l'opposition du logique marchande et celle du logique non marchande pour cela il faut maintenir quelque principe de la gestion bureaucratique pour maintenir l'équité et la gratuité du service public en utilisant les outils de gestion d'entreprise afin d'être plus performant.

1.4.1.3. La conception moderne du new public management :

Durant les années quatre vingt, la sphère économique mondiale a connu une crise financière qui se présente sous forme d'un déficit budgétaire un surendettement qui rend le secteur public couteux, ce dernier se caractérise par la centralisation, la rigidité de ses fonction.

Par conséquent, pour faire face à cette situation et dans le but de réduire les dépenses et les rationalisés il faut recourir aux méthodes de gestion employés dans le privé qui peuvent être bénéfique pour les organisations publiques.

Donc il faut donner plus de liberté aux dirigeants dans la prise de décision pour permette répondre aux exigences des usagers en minimisant les coûts, cela donne aux administrateurs l'aspect du gestionnaire qui repose sur les trois E « Economie- Efficacité- Efficience » Urio 1998 , cela fait la différence qui sera expliquée successivement entre l'administration type bureaucratie wébérienne et l'administration basée sur les principes des new public management.

La bureaucratie wébérienne est un type rigide qui ne s'adapte pas facilement aux changements de l'environnement puisque sa structure organisationnelle manque de souplesse, ainsi il ya une relation importante entre fonction politique et administrative dans la prise de décision.

En revanche, l'administration qui se focalise sur le new public management comme étant un mode de management se caractérise d'une part par la flexibilité et une souplesse de son organisation qui engendre plus d'autonomie due à la décentralisation, d'autre part il ya une distinction entre la fonction politique et administrative autrement dit la tutelle où les pouvoirs publics fixent les grandes orientations de l'organisation publique dont son manager sont chargés à les atteindre c'est-à-dire il y a une délégation du pouvoir en faveur du gestionnaire.

En fin, le NPM touche les différentes fonctions des organisations publiques tel que stratégique, financière, marketing et ressources humaines.

Le secteur de santé est comme tout les autres systèmes du secteur public, dès les années quatre vin dix les principes courants du NPM sont utilisé, parmi ces principes les organisations publique ont introduit les outils de comptabilité analytique, le contrôle budgétaire et l'audit pour collecter plus de données nécessaires, ces données doivent être pertinentes, diffusé à temps pour permettre la prise de décision ou faire de correction pour réduire les écarts entre réalisations et prévisions , cela est assuré par le biais du système d'information afin d'améliorer l'efficience et l'efficacité du secteur public (Nyland et Pettersen , 2004)

Dans les hôpitaux, le courant du NPM est introduit par l'application du modèle DRG ou groupe homogène de malade développé en USA par Fetter , sachant que chaque groupe rassemble la même pathologie pour pouvoir unifier l'évaluation sur la base des tarifs qui correspondent à chaque groupe

La mise en place de ce modèle s'inscrit dans le cadre du programme de médicalisation du système d'information (PMSI)

1.4.1.3.1. Le DRG et PMSI comme support au contrôle de gestion :

Le contrôle de gestion dans sa forme traditionnel qui à pour objectif de faire l'évaluation de la performance sur la base de calcul des coûts est devenu possible d'être appliqué à l'hôpital dès 1970 puisque l'équipe de Fetter et al (1980) a pu de construire un modèle d'évaluation qui permettre de déterminer le produit hospitalier qui sera généralisé par la suite dans plusieurs pays d'OCDE.

Ce modèle est sous l'appellation du DRG/GHM qui donne à l'hôpital la possibilité d'utiliser le système de comptabilité et de contrôle dans le secteur de santé en générale et en particulier dans les hôpitaux publics (Halgand 1997)

Ce modèle représente une base de données qui sert à calculer le coût total de la prise en charge d'un patient à partir de plusieurs variables cliniques (Halgand 1995), le coût est déterminé selon l'indicateur de la durée moyenne de séjours dont il y a selon Fetter et al une corrélation positive entre la DMS et la consommation totale des ressources (Fetter et al , 1980, p 5).

Par conséquent, le calcul de la DMS prend en compte les éléments suivant : le diagnostic principal, les actes médico-chirurgicaux, les éventuels diagnostics secondaires, l'âge, le sexe et le mode de sortie du patient (Halgand 1995).

Comme évoque Smith et Fottler 1985 le calcul des coûts qui correspond à chaque DRG, permet à introduire les mécanismes du contrôle de gestion qui se focalise sur le contrôle de ses coûts pour les maîtriser et non pas seulement les remboursés en vue de déterminer la valeur des dépenses selon l'activité hospitalière qui sera comme référence pour fixer le montant de budget de l'année avenir donc le financement est devenu prospectif et rétrospectif au même temps.

Par conséquent, le DRG constitue le produit hospitalier dont le diagnostic majeur représente le repère pour classer chaque patient dans la catégorie approprié à titre d'exemple un sujet âgé qui est atteint du diabète qui pris en charge pour faire une intervention chirurgicale dans le service cardiovasculaire, la prise en charge de ce patient et son séjour sera classé dans GHM qui correspond à la chirurgie, cette classification est comme référence pour le système comptable puisqu'elle représente la pierre angulaire autrement dit elle constitue la principale étapes pour le fondement de la tarification de l'activité hospitalière car elle crée des standards du produit hospitalier.

A partir de tout ce qui précède, l'adoption du modèle DRG peut être défini comme étant une construction conceptuelle qui permet une superposition des systèmes de comptabilité analytique et de contrôle budgétaire issue de secteur privé dans les hôpitaux.

Tout cela est facilement identifier grâce aux systèmes d'information adéquat qui permet de classer les intrants (malade) présente à l'hôpital pour d'être soigner , cela fait par la mise en place du programme de médicalisation de système d'information qui se réalise à partir d'un codage de chaque pathologie , les actes prescrit par les praticiens sur la base d'un résumé de sortie standardisé (RSS).

1.4.1.3.2. Le contrôle externe budgétaire et la comptabilité analytique :

Selon Miller 1992 et Roberts et Scapens, les hôpitaux qui réalisent la performance c'est-à-dire les plus rationnels sont les hôpitaux contrôlables qui se dotent du système comptable dont il permet le calcul des coûts pour les maîtrisés dans le monde et en particulier en France.

Le modèle du GHM et les procédures de comptabilité analytique sont exigés par le ministère de santé, afin de contrôler l'activité hospitalière en terme de coût sous la contrainte des ressources

de financement, donc le contrôle au niveau des hôpitaux se fait sur deux niveaux d'une part par les résultats en se focalisant sur le modèle du GHM et d'autre part par le biais de la comptabilité analytique hospitalière.

Un contrôle externe limité au contrôle de gestion budgétaire des résultats :

Dans le secteur public, le contrôle budgétaire est considéré par Preston et al (1992) comme un moyen de planification , détermination des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs ainsi pour évaluer la performance au niveau régional, national et même à l'intérieur de l'hôpital. Cette budgétisation met en place le tableau de bord traditionnel c'est-à-dire le tableau de bord élaboré pour les gestionnaires est le même utilisé dans entreprises, il se caractérise par son aspect financier qui a pour but de reporting interne qui sert à faire un suivi budgétaire et justifier les actions menées pour la tutelle (Nobre 2001) mais avec l'introduction des principes de NPM, par l'adoption du contrôle de gestion qui est traduit dans les hôpitaux publics par la mise en œuvre des réformes qui concernent le changement de la structure organisationnelle et adopter les modes d'allocation des ressources en concordance avec la structure (Georgescu et Naro 2012) et réorganisé l'hôpital en pôle d'activité et par la suite en centre de responsabilité, cette réorganisation étant pour objectif pour premier lieu d'être performant (efficace et efficiente) comme il est indiqué par Georgescu et Naro que l'hôpital possède toutes les conditions nécessaires pour pouvoir être performant puisque il est divisé en pôle d'activité et qui dote d'une autonomie de gestion dont la performance dépend de la mesure de l'activité hospitalière.

1.4.1.3.3. La comptabilité analytique et le tableau de la case mix :

La comptabilité analytique hospitalière sert à déterminer le coût du produit hospitalier sous forme de groupe homogène de malade, ainsi que les tarifs du remboursement des séjours, donc elle permet de construire le tableau de case –mix qui aide à faire les comparaisons entre établissements de santé en terme de coûts, la comparaison se fait entre les dépenses de l'hôpital et d'autre établissement qui se caractérise par le même tableau de case mix , cela permet de préciser la structure des coûts ainsi que l'activité.

D'un autre point de vue du Covaleski et al (1993), le tableau de case mix constitue un outil de mesure de l'efficacité de la production hospitalière et par conséquent déterminer les DRG qui promettent une certaine rentabilité par rapport à d'autres DRG qui permet aux gestionnaires de prendre de décision en référant aux décisions médicales.

A titre d'exemple de faire des transferts des patients vers d'autres établissements lorsqu'il est classé dans un DRG qui n'est plus rentable pour l'hôpital en terme de générer des coûts supplémentaires (Fettr et Freeman, 1986, Eastaugh,1987).

sachant que le système comptable au niveau du système de santé en générale, et au niveau des hôpitaux en particulier est au service du contrôle externe (Paulsson 2012).

1.4.1.3.4.Le contrôle de gestion à l'épreuve des spécificités de l'hôpital public :

1.4.1.3.4.1. Les limites du contrôle externe et la comptabilité analytique :

Dés l'application du contrôle budgétaire et l'utilisation des principes de comptabilité analytique issue du secteur privé, se trouve confronté à plusieurs limites qui seront développée par la suite.

Parmi ses limites ont peut citer les suivantes pour Pettersen (1995) , le système d'information comptable se base sur les informations issue du passé.

Selon Ouchi 1977, les particularités de l'organisation hospitalière et son activité ne répondent pas aux conditions de la mesure de l'efficacité sur la base de production et bonne maitrise de ressources nécessaire, qui n'est pas le cas pour les hôpitaux à cause de la difficulté pour déterminer exactement le produit hospitalier.

Selon Nobre 2001, le PMSI constitue une étape importante pour la mesure de performance mais reste insuffisante puisqu'il se focalise sur le DRG qui néglige la diversité de traitement théorique pour la même catégorie dans différents hôpitaux.

La demande des patients se caractérise par un fort degré d'imprévisibilité qui dépend de l'état du patient lors sa présentation à l'hôpital , cette incertitude selon Pettersen (1995) est importante pour le contrôle de gestion ainsi pour la décision stratégique.

La Prestation de service de soins diffère d'un patient à l'autre selon la pathologie, l'âge, etc. cela rend difficile la régularité de l'activité hospitalière.

L'activité hospitalière ne peut pas être mesurer quantitativement (Regnard 1998) et le calcul de coût se base sur les inputs et non pas sur les outputs (Gervais 1997, p 305), donc il est difficile de savoir la pertinence du service fournit par rapport au coût de prestation du service (Thenet , 1995, p 425).

Thenet (1996 , p 28-p52) met l'accent sur la limite du calcul de coût qui concerne l'imputation des charges indirectes qui sont déterminées au paravent , ainsi Halgand (1995) a constaté que la DMS conditionne plus de 70 % du coût total dont elle est utilisé comme unité d'œuvre.

Le PMSI ne permet pas de donnée une certaine variabilité les coûts selon le GHM puisque chaque patient constitue un cas qui diffère d'un autre cas qui relève la même pathologie mais subit un traitement propre à lui.

1.4.1.3.4.2. Le contrôle de gestion et le pouvoir des acteurs hospitaliers :

L'hôpital est considéré comme une organisation professionnelle (Mintzberg 1982) dont le centre opérationnel représenté par le staff médical détient plus de pouvoir en terme de prise de décision, et le résultat de ses actes dépend des compétences et des connaissances des médecins, cette spécialisation du professionnel est considéré comme une source de conflit avec les administrateurs si le possède un processus de contrôle mais comme l'hôpital est confronté aux contrainte financière donc les médecins sont impliqués dans l'élaboration du budget.

1.4.1.3.4.3. Les limites des approches classiques pour l'étude du contrôle de gestion à l'hôpital :

Les limites des méthodes fonctionnalistes dans la recherche sur le contrôle de gestion sont liées à la fois aux hypothèses de base et à la particularité des hôpitaux publics. L'approche fonctionnaliste a fait l'objet de plusieurs critiques. Ces critiques soulignent qu'ils ne peuvent pas expliquer ce qu'ils observent (Morales et Sponem, 2010). Ils ne peuvent pas décrire ce que vivent les pratiquants, ni vraiment leur fournir des solutions qu'ils trouvent utiles. Dans la compréhension de l'acteur des informations générées par le système de contrôle, ils ont peu d'explications et aucune place pour la subjectivité et le relativisme. En conséquence, ils ne sont pas intéressés par les conséquences du contrôle de l'information et par la façon dont les participants l'utilisent. Ces méthodes se concentrent rarement sur les participants et leur comportement. En ignorant les participants et la façon dont ils interprètent les informations provenant des contrôles de gestion, ces méthodes ne peuvent pas fournir d'informations sur la dynamique des contrôles de gestion.

L'approche bureaucratique comporte deux aspects qui la rendent difficile à appliquer dans les hôpitaux. La première est qu'elle considère l'organisation comme un système fermé. Par conséquent, il ne prend pas en compte l'environnement et son impact sur le système de contrôle.

Le deuxième aspect de l'approche bureaucratique est l'hypothèse selon laquelle le contrôle est basé sur des mécanismes formels en termes de règles, d'objectifs, de systèmes de récompense et de normalisation. Cet aspect du contrôle repose sur l'homogénéité de la production et peut être normalisé. Essentiellement, la production hospitalière ne convient pas à la normalisation. Des objectifs peuvent être définis en fonction de la quantité d'activité générée. Bien qu'il soit impossible d'établir des règles et de normaliser le produit et sa consommation de ressources, des règles telles que le temps de séjour moyen et l'occupation des lits existent toujours. En revanche, il n'est pas possible de fixer des normes pour le produit lui-même (c'est-à-dire les soins). Le médecin n'a aucun moyen de déterminer comment prendre soin du patient. Combien de temps le médecin doit-il consacrer au patient? Quelle quantité de produit (médicaments, sang, autres matériaux) chaque patient doit-il consommer?

Si nous considérons chaque type d'hospitalisation (GHM) comme un produit, alors l'hôpital est une organisation multi-produits. Même dans chaque GHM, la standardisation ne peut pas être réalisée pour deux raisons. La première est que même si les séjours à l'hôpital des patients sont classés dans le même GHM, il ne peut être déterminé que la valeur moyenne de tous les séjours à l'hôpital de GHM est la même. La seconde consiste à identifier GHM, où

L'hospitalisation est postérieure (au départ du patient) et non préalable (à l'arrivée à l'hôpital). La classification de l'hospitalisation GHM ne dépend pas du service d'hospitalisation du patient, mais de tous les comportements et examens que le patient doit suivre pendant l'hospitalisation. Cependant, l'approche bureaucratique ne fournit pas d'informations sur la manière dont les opérateurs tentent de suivre ces règles. En ignorant le contexte, il n'est pas possible d'identifier les facteurs qui affectent la conformité du personnel d'exploitation à ces règles. Cependant, pour se conformer à ces règles, les opérateurs interagissent avec l'environnement et les autres participants internes et externes de l'hôpital. Hofstede (1978) a critiqué l'adaptabilité des méthodes cybernétiques dans le contrôle de gestion des hôpitaux publics. Sa critique est basée sur l'hypothèse de cette méthode

Cybernétique:

- Il existe des critères pour évaluer la performance (efficacité et efficience) de la réalisation des objectifs organisationnels;
- Capacité à identifier les mesures du rendement. L'unité est liée à la sortie et correspond à la relation entre la sortie et l'entrée.

- Comparer les résultats aux normes pour identifier les écarts. Ces écarts permettent de prendre des mesures correctives au niveau du processus pour les réduire.

Hofstede (1978) met en évidence les limites des méthodes cybernétiques dans certains domaines, et ces limites sont liées à leur spécificité. Par exemple, il s'agit d'activités indirectes (non directement liées au processus de production) dans les entreprises marchandes et les organisations non marchandes (telles que les écoles, les hôpitaux). En effet, ces organisations ne répondent pas aux trois hypothèses nécessaires à l'efficacité des modèles cybernétiques.

L'applicabilité des méthodes cybernétiques dans les hôpitaux est confrontée aux mêmes limites que les méthodes bureaucratiques, en particulier dans l'établissement des normes de production hospitalière. Comment les hôpitaux élaborent-ils des normes? Quelle est l'unité de mesure à l'hôpital? Comment mesurer les performances?

Le modèle cybernétique établit le lien entre les entrées et les sorties en connectant les processus aux deux extrémités du système de production. Elle peut également prendre la forme d'un processus associant les objectifs fixés en amont aux résultats observés en aval. La comparaison entre les deux permet d'analyser les écarts et de prendre des mesures correctives. Les systèmes cybernétiques ainsi conçus prêtent peu d'attention aux actions entreprises dans le cadre de la réalisation des objectifs fixés. Par exemple, la recherche sur les processus traite les systèmes et processus d'une organisation comme des unités d'analyse (Chakravarthy et Doz, 1992; Chakravarthy et White, 2002), ignorant les pratiques trouvées dans ces processus (Brown). & Duguid, 2000). En d'autres termes, les problèmes qui se posent sont liés à ce que font les individus impliqués dans le processus et à qui ils sont. Au sein de l'hôpital, les opérateurs (médecins et infirmières) sont au cœur du processus. Sans prêter attention au travail que ces entreprises font pour atteindre les objectifs, il est impossible d'analyser les différences entre l'objectif fixé et les résultats obtenus.

La théorie de la contingence et la théorie de l'agence sont deux autres exemples des limites des méthodes dominantes dans la recherche sur le contrôle de gestion des hôpitaux. La théorie de la contingence fournit une vue restrictive et statique de la façon dont les systèmes de contrôle sont affectés par de multiples facteurs (Hopwood dans Miller, 1994, p. 18).

Selon cette méthode, la forme du contrôle dépend des conditions environnementales. Même si la relation entre l'organisation et l'environnement est considérée comme dialectique (Neimark et Tinker, 1986), la théorie de la contingence fournit rarement des informations sur l'interaction

entre les changements environnementaux et technologiques. D'une part, et les changements dans le système de contrôle.

Selon Preston et al. (1992), bien que les systèmes de contrôle puissent être contingents, ils sont plus spécifiques que les caractéristiques générales de l'environnement, comme l'implique la théorie des environnements contingents. Cette caractéristique générale ne peut expliquer la forme ou la nature spécifique des changements qui se produisent dans le système de commande.

De plus, en étudiant le lien entre la situation et le système de contrôle, il existe des méthodes basées sur le concept d'«individu rationnel». Ce concept suppose un climat organisationnel dans lequel les individus associeront consciemment ou inconsciemment leurs stratégies de contrôle à des variables contextuelles pour atteindre efficacement les objectifs de l'organisation (Perrow, 1979). Par conséquent, il est nécessaire d'étudier les pratiques des acteurs afin d'analyser comment ils intègrent les variables environnementales et les objectifs organisationnels dans la pratique. La théorie de la contingence suppose implicitement que la modification des systèmes de contrôle contextuels implique la modification des pratiques d'exploitation. Elle ne s'intéresse pas à la manière dont l'opérateur contribue aux objectifs stratégiques de l'organisation et aux objectifs poursuivis par le contrôle de gestion à travers ses pratiques.

Efficiences, efficacité et économie.

D'un autre côté, la théorie de l'agence a de nombreuses limites dans l'étude du contrôle de gestion. Preston et al. (1992) ont soutenu que la théorie de l'agence ne peut pas expliquer les modèles de création de systèmes de contrôle spécifiques et comment ces systèmes changent. De plus, la théorie de l'agence explique la nature du système de contrôle et de budget en fonction des intérêts prédéterminés du mandant et de l'agent. Cependant, un intérêt est apparu dans le processus de mise en place du système budgétaire

Et des modifications peuvent être apportées par le biais d'un système budgétaire. Les avantages ne sont pas indépendants du système budgétaire. Par conséquent, il est difficile d'étudier l'intérêt de l'acteur sans prêter attention au comportement ou à l'interaction de l'acteur pendant l'événement budgétaire.

Selon Baiman (1982, p. 155), la théorie de l'agence met l'accent sur la meilleure relation contractuelle entre les parties afin de rechercher les meilleurs avantages économiques. Cette relation contractuelle existe entre le service hospitalier, le service administratif, les soignants et les patients. Toutes les parties agissent pour maximiser les avantages économiques. Cependant,

nous ne pouvons pas étudier les moyens par lesquels toutes les parties s'efforcent de maximiser leurs avantages économiques sans étudier leurs méthodes, c'est-à-dire leurs pratiques. Par conséquent, la théorie de l'agence met en avant deux limites pour la recherche sur le contrôle de gestion hospitalière. Elle voit l'organisation comme un système fermé où le rôle du contrôle de gestion est lié à deux parties (mandant et mandataire) qui ont des objectifs spécifiques. Le mandant confie à l'agent de fournir un service en échange d'une compensation. Il ne prend donc pas en compte l'impact du contexte sur le système de contrôle de gestion. La deuxième limite de la théorie de l'agence est qu'elle n'intéresse que le client (un représentant qui peut être représenté par un gestionnaire) et l'agent (une personne qui peut être représentée par un soignant). Mais dans l'hôpital, les deux parties (gestionnaire et soignant) interagissent avec d'autres participants externes et internes.

Chapitre II : le contrôle de gestion et la mesure de la performance hospitalière : quelles perspectives

Ce présent chapitre est consacré au cadre conceptuel de la performance en mettant l'accent sur la difficulté de sa mesure et son caractère multidimensionnel puisque la recherche de la performance est devenue une préoccupation majeure pour toutes les organisations.

Section 1 : la performance hospitalière

1. La notion de performance :

Actuellement le terme performance est un terme largement utilisé dans tous les secteurs de la vie économique et sociale, pour cela on essaiera de citer les principales définitions de ce mot dans la littérature qui sont présentées dans le tableau ci-dessus

Albanes (1978) ²	la performance est la raison des postes de gestion, elle implique l'efficacité et l'efficacé
Miles (1986) ³	la performance est la capacité de l'organisation à réaliser une satisfaction minimale des attentes de sa clientèle stratégique

² A. PAYETTE, « Efficacité des gestionnaires et des organisations », p.157

³ A.Y. LEVIN et J.W. MINTON, « Determinig organizationnal performance : another look, and an agenda for research », Management Science, Vol 32, n°5, p198

Machesnay (1991) ⁴	<p>la performance de l'organisation peut se définir comme le degré de réalisation du but recherché.</p> <p>L'analyse des buts fait apparaître trois mesures de la performance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'efficacité : le résultat obtenu par rapport au niveau du but recherché. - L'efficience : le résultat obtenu par rapport aux moyens mis en œuvre. - L'effectivité : le niveau de satisfaction obtenu par rapport au résultat obtenu.
Chandler (1992) ⁵	<p>la performance est une association entre l'efficacité fonctionnelle et l'efficacité stratégique. L'efficacité fonctionnelle consiste à améliorer les produits, les achats, les processus de production, la fonction marketing et les relations humaines au sein de l'organisation. L'efficacité stratégique consiste à devancer les concurrents en se positionnant sur un marché en croissance ou en se retirant d'un marché en phase de déclin.</p>
Bourguignon (1995) ⁶	<p>comme la réalisation des objectifs organisationnels, quelles que soient la nature et la variété de ces objectifs. Cette réalisation peut se comprendre au sens strict (résultat, aboutissement) ou au sens large du processus qui mène au résultat (action)</p>
Lorino (1997) ⁷	<p>est performant dans l'organisation tout ce qui, et seulement ce qui, contribue à améliorer la le couple valeur - coût (à contrario, n'est pas forcément performance ce qui contribue à diminuer le coût ou à augmenter la valeur isolément).</p>

Selon les différentes définitions du terme de la performance citées précédemment, on remarque que sa notion est associée d'un coté à l'efficacité qui exprime le rapport entre les objectifs fixés et les résultats obtenus donc la performance se traduit par des réalisations qui sont comparées

⁴ MACHESNAY, « Economie d'entreprise », Eyrolles, 1991, p.38

⁵ A.D. CHANDLER, « Organisation et performance des entreprises », T1, Editions de l'organisation, 1992, p.21

⁶ B. DORIATH et C. GOUJET, « Gestion Prévisionnelle et Mesure de la Performance », Dunod, 2ème édition, Paris, 2005, P.166

⁷ P. LORINO, « Méthodes et pratiques de la performance, le guide du pilotage », Editions de l'organisation

aux objectifs fixés préalablement à l'aide des indicateurs permettant la comparaison afin d'évaluer l'action pour voir son efficacité.

2. Les typologies de la performance :

Nous préférons évoquer les différentes approches de la performance qu'utiliser le terme typologie⁸ dans le sens où nous observons une réelle corrélation et une interdépendance entre les trois approches : performance organisationnelle, et la performance stratégique et la performance concurrentielle, et la performance humaine :

2.1. La performance financière :

La performance financière pourrait être définie comme étant la réalisation d'une bonne rentabilité, d'une croissance satisfaisante, et de création de valeurs pour l'actionnaire (Guérard S. 2006). Elle vise à assurer la stabilité financière de l'organisation. Elle dépend de la gestion des ressources financières mises à sa disposition. Ces ressources doivent être rentabilisées. À l'heure actuelle les organisations cherchent à générer des profits pour son propre compte d'une part, mais aussi pour les parties prenantes.

La performance financière peut être mesurée par des indicateurs financiers calculés sur la base des données financières et comptables à titre d'exemple le chiffre d'affaire, les retours sur investissements

2.2. La performance commerciale :

La performance commerciale peut être définie comme étant l'art d'être présent chez le bon interlocuteur au bon moment, avec une offre pertinente, qui permette d'établir des relations d'affaires durables et profitables pour l'organisation dans un contexte de recherche permanente de l'excellence de la prestation⁹, selon cette définition elle cherche à atteindre les objectifs qui sont fixés préalablement par l'organisation afin de satisfaire la clientèle et par la suite la fidéliser

Pour la mesure de la performance commerciale, l'organisation doit déterminer sa position sur le marché pour avoir un avantage compétitif, cela se fait par l'élaboration des plans d'actions commerciales pour analyser la force de vente afin de voir la capacité d'augmenter les parts de marché, ainsi maintenir une bonne image de l'organisation¹⁰. on peut mesurer la performance

⁹ Plauchu V et Taïrou A. (2008), *Méthodologie du diagnostic d'entreprise*. L'Harmattan, p. 133.

¹⁰ (Gotteland et Haon, 2005).

commerciale par le biais de l'excédent brut d'exploitation, l'évolution du chiffre d'affaire , le nombre de clients fidélisés.

2.3. La performance organisationnelle :

Selon M.Kalika¹¹ , la performance organisationnelle peut être défini comme étant « les mesures portant directement sur la structure organisationnelle et non pas sur ses conséquences éventuelles de nature sociale ou économique. Ces indicateurs sont intéressants dans la mesure où ils permettent de discerner les difficultés organisationnelles au travers de leurs premières manifestations, avant que les effets induits par celles-ci ne soient ressentis d'un point de vue économique », sachant M.Kalika¹² visionne l'efficacité organisationnelle sous quatre facteurs :

- Le respect de la structure formelle.
- Les relations entre les composants de l'organisation, il s'agit de la logique d'intégration organisationnelle.
- La qualité de la circulation d'information.
- La flexibilité de la structure.

Partant delà, la performance se limite à son espace interne, à travers une préoccupation de productivité et rentabilité. Alors que l'organisation est en interaction avec son environnement.

2.4. La performance stratégique :

Puisque l'organisation est un système ouvert sur son environnement, sa pérennité dépend de la capacité de l'organisation d'avoir une vision a long terme autrement dit il faut que l'organisation adopte une stratégie qui sert à renforcer sa position sur le marché et par la suite avoir l'avantage compétitif. Elle peut être définie comme étant « le maintien d'une distance avec les concurrents, entretenue par une forte motivation (système d'incitation et de récompense) de tous les membres de l'organisation et une focalisation sur le développement durable »¹³

Donc la recherche de ce type de performance stratégique se base sur les outils de pilotage de la stratégie afin de permettre assurer la pérennité de l'organisation. Elle se focalise sur l'aptitude de l'organisation à repenser les avantages stratégiques pour développer un avantage compétitif permanent. Cela se fait par la fixation des objectifs qui découlent dans la stratégie de la direction

¹¹ Michel KALIKA, « Structures d'entreprises, Réalités, déterminants et performances », Editions Economica, Paris, 1988

¹² https://creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/La_performance_globale.pdf

¹³ Ouattara P. (2007), « Diagnostic financier et performance d'une entreprise en Côte d'Ivoire ». MBA Finance d'entreprise, Ecole Supérieure de Gestion de Paris : Blog Axlane : accélérateur de croissance., page 31

Ces objectifs stratégiques doivent être atteints par le biais des objectifs opérationnels. Dans ce cadre, une organisation a une performance stratégique est celle qui dispose d'un exécutif performant, qui adopte des stratégies. Ceci implique une coordination entre les différents acteurs de l'organisation.

La performance stratégique sert à évaluer l'efficacité des stratégies mises en place par l'organisation. Donc, elle est un outil de planification stratégique pour l'organisation qui permet d'apprécier les décisions prises, autrement dit elle permet de voir le degré d'adaptation des plans stratégiques avec celle-ci de l'organisation (Ingham, M. 1995).

2.5. Performance concurrentielle :

La performance concurrentielle est atteinte lorsque l'organisation peut maintenir sa position sur le marché par rapport à ses concurrents ; ainsi que l'amélioration de cette position, elle suppose que l'organisation soit apte à s'adapter aux différents changements de l'environnement pour rester compétitive. Cela ne peut se faire à moins qu'il n'y ait une réflexion à propos la nature de son système concurrentiel qui détermine la stratégie à mettre en place dans le but de pérenniser la performance de l'organisation afin de trouver des nouveaux potentiels. Partant de là la performance concurrentielle de l'organisation est en corrélation avec ses orientations stratégiques et par la suite atteindre la performance stratégique.

2.6. La performance humaine :

Le facteur humain a une influence dans l'adoption d'un système de mesure de performance. Par la capacité des individus d'agir peut et motiver l'équipe pour faciliter et optimiser les actions et opérations menées au sein de leur organisation.

Comme Bringer et al. (2011)¹⁴ évoquent l'accroissement de la performance de l'organisation passe par le développement de son potentiel humain. Sachant que la performance humaine a une forte résulte une forte implication et un engagement des employés dans la réalisation de leurs tâches donc il faut les motiver pour qu'ils soient satisfaits concernant les conditions de leur poste de travail en exerçant les tâches d'une façon individuelle ou en groupes. Par ailleurs, pour améliorer ce type de performance, l'organisation doit impliquer les employés dans la fixation des objectifs.

¹⁴ Bringer, J., Meert, D., Raquin, M. et Teneau, G. (2011), *Le conseil en organisation : évolution et perspectives*. L'Harmattan, p.125

Afin de mesurer la performance humaine, on peut recourir aux indicateurs qui ont en relation avec taux d'absentéisme, le taux de formation ainsi de recrutement.

3. Mesurer la performance

La mesure de la performance de l'organisation paraît utile pour la prise de décision. Pour mesurer la performance de l'organisation, il existe des indicateurs quantitatifs basés sur des données objectives et d'autres qualitatifs qui concernent une situation précise de l'organisation.

3.1. Les différents types d'indicateurs de la performance

3.1.1. Les indicateurs financiers :

Les indicateurs financiers ont été présentés lors de l'analyse de la performance financière, ils sont régit par les procédures de la comptabilité financière. La fiabilité de ces indicateurs dépend de la qualité de l'information financière.

3.1.2. Les indicateurs de pilotage :

Ils sont des indicateurs qui permettent de faire un suivi des différentes actions menées au sein de l'organisation pour faire des corrections concernant la réalisation des objectifs pour réduire l'écart entre réalisations et prévisions. On peut trouver d'une part les indicateurs de gestion des ressources humaines qui se focalisent sur l'analyse des informations qui sont en relation avec les les indicateurs de climat social. Les indicateurs de gestion des ressources humaines comme leur nom l'indiquent, donnent des informations concernant les ressources humaines de l'organisation tels que l'effectif, la formation et rémunération ...etc. D'autre part, il existe d'autres indicateurs de pilotage qui sont celle du climat social qui sert à analyser dysfonctionnements sociaux par la détermination du tau l'absentéisme, les accidents, les conflits qui peuvent se confronter au sein de l'organisation.

3.1.3. Les indicateurs de résultats :

Ils servent à faire la comparaison entre les résultats obtenus et les objectifs fixés préalablement

3.1.4. Les indicateurs opérationnels et les indicateurs stratégiques :

Les deux types des indicateurs opérationnels et stratégiques qui nous permettent de comprendre la performance de l'organisation. Les indicateurs opérationnels concernent les fonctions organisationnelles, l'attribution des services de client, les processus de production, l'utilisation

des ressources, les résultats de production, etc. ces indicateurs doivent être suivis régulièrement car ils ont une courte période, parmi ces indicateurs on peut citer, le taux de non-conformité, les coûts du traitement d'une réclamation client, l'efficacité de la main d'œuvre, l'efficacité des équipements, le rendement matière. Ces exemples permettent de définir le respect des exigences de la clientèle.

Les indicateurs stratégiques portent sur des mesures internes qui traitent la capacité de l'organisation à réaliser ses missions, ils prennent en considération les changements de l'environnement. Les indicateurs stratégiques peuvent déterminer les facteurs clés de réussite de l'organisation Par l'analyse des bilans annuels de l'organisation pour informer les dirigeants sur les orientations stratégiques Ils ont pour objectif de donner de la valeur aux tableaux de bord stratégiques (Voyer, 1999).

3.1.5. Les indicateurs de moyens et d'environnement :

Les indicateurs de moyens ont pour objet d'évaluer les résultats obtenus en tenant compte des différents moyens utilisés en vue de les atteindre. Ainsi les indicateurs d'environnement permettent de se positionner par rapport à l'environnement de l'organisation.

3.1.6. Les indicateurs de marché :

La performance de l'organisation peut être évaluée par le biais des indicateurs de marché tels que l'évolution du chiffre d'affaires générés par les clients fidèles ou les nouveaux clients. Lorsque l'origine du chiffre d'affaire est identifiée, l'organisation peut apprécier les performances des activités commerciales et marketing.

4. quelle performance pour les hôpitaux :

Actuellement, l'hôpital comme toutes les autres organisations dont la recherche de la performance est devenue nécessaire autrement dit passer d'une logique de moyens à une logique de résultats. Mais il faut l'accent sur le fait que l'analyse de la performance de l'organisation hospitalière diffère de celle des organisations puisqu'elle est exigée par la tutelle (ministère de santé et de population), puis les directions de santé et de population et enfin la direction de l'hôpital. Ce dernier est un élément d'un système de santé qui rend plus difficile de fixer les priorités afin d'améliorer la performance de tout ce système.

4.1. Les dimensions de la performance hospitalière¹⁵:

On distingue trois types de dimension de performance hospitalière

Performance verticale : la performance verticale désigne la capacité de l'offre de soins de l'hôpital à converger vers les objectifs globaux de notre société.

Performance latérale : la performance latérale désigne la capacité de l'hôpital à répondre aux besoins des malades qui s'adressent à lui, mais aussi aux attentes des salariés, des financeurs du système, donc des citoyens.

Performance horizontale : la performance horizontale désigne la capacité de l'hôpital à combiner son activité avec les autres entités du système de soins pour assurer la qualité de la prise en charge dans ses dimensions, technique (le juste équipement), médicale (le juste acte), du soin (les justes compétences), organisationnelle (le juste délai, le juste temps, la juste information), sociale (le juste lieu), psychologique (la juste attention et la juste communication).

A partir des trois dimensions de la performance hospitalière, les hôpitaux doivent adopter une forme organisationnelle adéquate qui permet :

- Une bonne intégration des objectifs des composants du système qui se traduit par la performance verticale.
- De faire une distinction entre les besoins de la société (performance latérale).
- se différencier en fonction des besoins de nombre de personnes traitées et non en fonction des caractéristiques des professionnels

4.2. L'appréciation de la performance hospitalière :

Précédemment, on a vu que la notion de la performance est en relation avec elle de l'organisation qui engendre la multitude des critères d'évaluation, pour cela on a distingué l'existence de quatre modèles d'appréciation de la performance dont chaque modèle est différent de l'autre sur la base des normes, des indicateurs ainsi que son fonctionnement.

Les modèles sont :

- Le modèle des objectifs rationnels.
- Le modèle de ressource.
- La relation interpersonnelle.
- Le modèle de processus interne.

Chaque modèle sert à évaluer l'activité hospitalière en termes de performance en fonction de la dimension sélectionnée.

¹⁵<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00597030/document>

Ses quatre modèles s'inscrivent dans l'évaluation de performance selon le modèle unidimensionnel puisque l'analyse se focalise sur une seule dimension.

4.2.1. Les modèles unidimensionnels de la performance hospitalière :

4.2.1.1. Modèle des objectifs rationnels :

Les recherches menées par Price (1972), Sherman (1984),Magnussen (1996), Charnes et Cooper (1978), et Shortell et al (1994) sur le modèle des objectifs rationnels ont prouvé que la définition des objectifs se fait en terme d'efficience productive.

Selon Evans et al¹⁶, la performance est en fonction de l'efficacité, donc les objectifs dépendent du volume de l'activité hospitalière, les objectifs doivent être réalisé d'une façon rationnelle autrement dit produire plus au moindre coût.

La mesure de la performance se base sur des indicateurs quantitatifs tels que la détermination du nombre de lits, le temps plein du praticien, nombre de patients traité. Ce modèle néglige l'aspect qualitatif car il prend en compte que les aspects mesurables, donc il nous conduit à une vision standard des activités hospitalières.

4.2.1.2. Modèles des ressources :

Si on réfère aux études faites par Cohen et Levinthal (1990), Grant (1991), Barney (1995) et Moisdon et Tonneau, Durant (1999), concernant ce modèle, on constate que la performance représente la capacité de l'organisation d'allouer les ressources nécessaire à atteindre les objectif et par la suite sa pérennité, ce modèle consiste à évaluer la capacité des organisations hospitalière¹⁷ de mesurer les ressources tangibles et intangibles afin d'améliorer la qualité de prestation de service.

Pour qui concerne les organisations hospitalières la mesure de la performance est en relation avec le but de l'organisation, si l'hôpital est public, la littérature montre que les indicateurs sont liés aux ressources humaines (la forte spécialisation du personnel de santé) et matérielle (les équipements médicaux), mais pour les établissements de santé privé, la recherche du profit constitue leurs occupation majeurs donc l'évaluation de la performance se base sur les indicateurs financiers (la marge bénéficiaire).

4.2.1.3. Modèles des relations humaines :

¹⁶ B.Evans et Al. « The comparative Efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. GPE discussion paper.N°29,World Health organization

¹⁷ J.B.Barney (Looking inside for competitive advantage »Academy of management Executive,N°4,1995,p,p.49-61.

Selon le modèle de relations humaines De Bettignes (1975), et Bennis(1966), la performance est conçue comme la capacité d'une organisation à satisfaire ses parties prenantes. La performance organisationnelle est définie comme la «santé interne» et sa portée comprend les valeurs éthiques, le climat, la cohésion, les conflits, le développement humain et la durabilité.

La satisfaction des parties prenantes des organisations hospitalières se mesure par les indicateurs qui ont une relation avec le comportement des employés (taux de grève, absentéisme) donc les employés participent à la détermination des objectifs qui découle de la stratégie de l'organisation.

Partant delà, revenant aux organisations hospitalière, ce modèle a permit de mettre l'accent sur la difficulté de la gestion de personnel médicale puisque le système hospitalier a pour priorité de (protéger les participants et non pas la gestion

4.2.1.4. Modèles des processus internes :

Les recherches qui s'inscrivent dans le modèle de processus interne menées par Allison (1971), diridollou (1997), David (1998) et pascal (2000) indiquent que la réussite des organisations se base sur la manière de mobilisation des ressources qui assurent la continuité du processus de production.

4.2.2. Modèles multidimensionnels d'appréciation de la performance hospitalière :

4.2.2.1. La performance selon la théorie du système sociale

Sicott et al ont trouvé leur inspiration des travaux de Parson qui résultent que la performance des organisations dépend du fait que l'organisation doit définir ses missions en relation avec son environnement pour acquérir les ressources nécessaire à atteindre les objectifs

4.2.2.2. La performance selon G.Dussault :

Selon les travaux de recherche de G.Dussault , la performance des organisations hospitalières se mesure par la qualité, le degrés d'accessibilité et l'efficacité . Pour cela il faut bien définir les objectifs et les finalités autours la question de la santé publique, ainsi que les moyens nécessaires pour les atteindre.

La performance hospitalière se compose :

- Le degré de couverture des personnels médicaux qui permettent d'offrir une large gamme de services qui répond aux besoins de santé de la population.

- De la productivité: correspond aux produits hospitaliers tels que nombre de jours d'hospitaliers
- La recherche de la qualité technique et socioculturelle: détermine dans quelle mesure les services générés ont un impact positif sur la santé des patients donc leurs satisfactions
- Stabilité organisationnelle : qui permet la continuité de la prestation des services.

4.2.2.3. Performance globale selon A. Donabedian :

A partir des recherches menés par A. Donabedian¹⁸ sur la qualité des soins, ce dernier a déterminé les critères¹⁹ de qualité exigés par les patients qui sont comme suit :

- L'attitude du praticien.
- Donner de l'information.
- Prendre des mesures préventives.
- Suivi des soins.
- Respect du secret professionnel.
- Disponibilité de l'hôpital des soins, des praticiens.
- Tâches administratives facilitées.
- Continuité des soins, Continuité des praticiens et confort des services.
- Accessibilité.
- Coût des soins.
- Prise en charge des urgences.
- Couverture médicale.
- Facilité du bilan médical.

D'autre part, les exigences de qualité pour les professionnels de santé :

- Gestion des relations interpersonnelles.
- Responsabilité professionnelle
- Attitude des responsables
- Sensibilité psychologique

¹⁸ Avedis Donabedian (1919-2000), physicien et chercheur à l'école de santé publique de l'université du Michigan a développé dès 1966 un cadre pour évaluer la qualité des soins

¹⁹ Avedis Donabedian « explorations in quality assessment and monitoring : the criteria and standards of quality » Health administration press, 1982, Tome II,p,504.

- Education du patient
- Accessibilité, continuité, coordination
- Disponibilité des praticiens
- Sollicitation de l'équipe médicale
- Sollicitation des ressources communes
- Revue des problèmes et la revue des traitements Suivi
- Aspects techniques
- Critères d'appréciation propres à chaque discipline médicale

Partant de ses recherches l'évaluation de la performance globale des hôpitaux est en relation avec la préservation de la qualité de soins, cette évaluation se fait en fonction de trois aspects :

- La structure : qui peut être évalué selon la spécialité du service approprié afin d'améliorer la qualité. Et par la suite la recherche de la performance organisationnelle.
- Le processus concerne les pratiques des médecins et des personnels paramédicaux, sachant que l'évaluation renvoie à la recherche de la performance collective et organisationnelle du processus qui doit remplir les conditions suivantes :
 - Objectivité.
 - Vérifiabilité.
 - Spécificité.
 - Pertinence.
 - Cohérence.
- Les résultats : représente l'état de santé des individus pendant et après le traitement donc évaluer la prise en charge des patients.

5. Synthèse des modèles unidimensionnels et multidimensionnels :

Pour les deux modèles soit unidimensionnels ou multidimensionnels, la recherche de la performance est primordiale pour l'organisation hospitalière, et elle se fait par le biais des critères qui permettent de comparer les résultats obtenus avec les objectifs fixés préalablement à titre exemple la satisfaction des patients, améliorer l'état de santé du malade et par la suite la santé publique donc atteindre les objectifs de la tutelle de préserver le bien être générale.

Chaque des modèles unidimensionnelles d'évaluation de la performance (Le modèle des objectifs rationnels, Le modèle de ressource, La relation interpersonnelle et le modèle de processus interne) sert à évaluer l'activité hospitalière de l'hôpital. Il l'évalue selon la dimension sélectionnée. Sachant que l'organisation hospitalière comme tout groupe humain, est un lieu de tensions, de conflits et de patients donc on ne peut pas dire tel ou tels modèle est meilleur que les autres car chaque modèle à des intérêts puisque ils représentent un atout important pour la prise de décision en se focalisant sur la détermination des ressources nécessaire a atteindre les objectifs quantifiables donc facile à les appréhender.

Cela n'empêche pas que la crédence sur un seul type conduit à la négligence de l'aspect qualitatif puisque le fait de déterminer les standards rend l'analyse rigide.

Pour les modèles multidimensionnels, la performance de l'organisation hospitalière dépend de la combinaison de plusieurs dimensions en se focalisant sur multitude d'indicateurs qui évalue l'organisation car selon Sicotte la performance globale nécessite d'avoir une performance organisationnelle, d'autre part Dussault a montré que le facteur Humain sert à contribuer à la performance organisationnelle et par la suite à la performance globale. Enfin, Donabedian prend en compte l'aspect individuel, collectif et organisationnel pour que l'hôpital soit performant (avoir une performance globale) mais cela est insuffisant car le facteur humain est imprévisible car il dépend du comportement.

Section 2 : l'apport de la théorie de contingence en contrôle de gestion hospitalier

1. L'origine de la théorie de contingence :

Si on remonte aux années soixante, on trouve que La théorie de la contingence se base sur le fait que la structure de l'organisation doit s'adapter aux caractéristiques de l'environnement pour être plus performantes. Ces caractéristiques du contexte peuvent être représentées par un ensemble de variables appelées «facteurs de contingences», qui sont les variables propres à chaque organisation. Cette approche de pensée est devenue un point de vue important dans la recherche organisationnelle et s'est développée avec le développement d'une approche mécanique qui traite les organisations comme des systèmes fermés (Morgan, 1990). Dans une perspective accidentelle, le représentant de l'organisation est le représentant du système final, ouvert sur le monde extérieur (Desreumaux, 1998).

On peut distinguer trois optiques de la théorie de contingence selon les facteurs déterminants qui sont comme suit :

La théorie de la contingence technique : L'une des plus anciennes recherches et les plus importantes sur le facteur de contingence technologique ont été réalisées par J. Woodward (1958) qui étudie l'impact de la technologie sur la structure. Celle-ci, était effectuée sur la base d'une enquête portant sur une centaine d'organisations anglaises,

L'auteur estime que les organisations qui adoptent le type de technologie de production ont forcément la même structure. Cependant, les résultats de ses recherches ont montré que la taille, le secteur ou l'histoire de l'organisation n'expliquent pas la différence qui existe entre les organisations. Par la suite, elle a distingué trois types de production (systèmes simples, discontinus et continus) qui engendrent la distinction entre différents types d'organisation en fonction de leur contexte technologique caractérisant leurs processus de production (à l'unité ou en petits lots ; de masse ; en continu).

Partant de là, chaque organisation doit adapter sa structure selon la technologie utilisée dans le processus de production sachant que la structure hiérarchique qui se caractérise par un niveau élevé de supervision correspond à l'organisation qui fait la production de masse, par contre les organisations qui font la production de type unitaire doivent adopter une structure plus flexible que la précédente.

Donc J. Woodward constate que les organisations les plus performantes sont celles dont les structures se rapprochent le plus des caractéristiques de leur catégorie d'appartenance technologique (A. Desreumaux, 1992, p 109)

La théorie de la contingence structurelle : approfondit la réflexion de Woodward, T. Burns et G.M. Stalker (1961) ont montré l'importance des contraintes technologiques dans la construction d'une structure organisationnelle. Ils en ont tiré un optimum organisationnel contingent à ce type d'environnement. Ils ont mené des enquêtes aux près de 20 grandes organisations afin d'analyser l'impact de l'incertitude environnementale sur leurs structures. Les résultats soulevés sont comme suit :

Le type de structure correspond à l'environnement dans lequel l'organisation évolue, et par la suite ils distinguent entre deux types de structures :

1. **La structure mécanique:** lorsque l'environnement est stable autrement dit il se caractérise par la centralisation de la prise de décision, une forte spécialisation des tâches ainsi que les procédures sont précises et formalisées donc le développement de l'organisation est prévisible, ce type de structure se caractérise par une hiérarchisation de l'autorité qui communique verticalement, et du contrôle

2. **Structure organique:** Elle correspond au type de structure qui se caractérise par une hiérarchie flexible par la suite la communication est horizontale, la prise de décision est

décentraliser, ce type de structure s'adapte facilement à des environnements instables et incertain pour que l'organisation s'adapte rapidement pour faire face aux changements imprévisibles.

Plus tard P.Lawrence et J.Lorsch (1973) sont parvenus à des conclusions comparables. Ils mettent l'accent sur le fait que l'expansion du marché c'est dire le changement de l'environnement conduit l'organisation à se différencier - divisions de l'organisation en services- d'une part , et de s'intégrer pour assurer la continuité de la communication d'autre part, cela pousse l'organisation à mettre en place une structure matricielle pour faire face à l'incertitude de l'environnement.

La théorie de la contingence stratégique : Si les approches précédentes ont été fortement critiquées, notamment par J.Child (1972), qui a défendu la thèse que c'est la stratégie de l'organisation (.....) qui façonne la structure. Ce qui veut dire que les influences de l'environnement sont filtrées et ne s'exerceront pas pour autant qu'elles soient reprises dans la stratégie (E.Friedberg.1993, pp370 et 371).

2. Les modèles de la contingence : Quel constat pour les hôpitaux ?

L'interprétation donnée par les théoriciens de l'organisation des approches contingentes est identique. Cela nous amène à conclure que l'École de Contingence cherche à prendre en compte l'organisation des organisations par l'influence de variables contextuelles (technologie et marchés en particulier, mais aussi système institutionnel au sens large) sur les caractéristiques de ces organisations²⁰.

On distingue entre deux modèles de la contingence qui se base sur le nombre des facteurs influençant la structure de l'organisation, donc le modèle qui étudie l'incidence d'une seule variable ou principale de l'environnement sur la structure organisationnelle est le modèle mono factoriel de la contingence. Sachant que les études ont porté sur l'environnement externe mais aussi sur l'environnement interne de l'organisation. L'autre modèle consiste à étudier l'impact de plusieurs facteurs sur l'organisation donc c'est une approche contingente multifactorielle dont trois modèles semblent importants, Il s'agit de l'approche sociotechnique, de l'approche de H.Mintzberg et de l'approche sociologique de l'organisation informelle. Il faut préciser que dans notre recherche on se réfère seulement au modèle mono factoriel pour cela on se limite seulement sur le développement du modèle mono factoriel de contingence.

2.1. Modèle de contingence mono factoriel :

²⁰ (H. Amblard et alii., 1996, p. 14)

Chaque modèle consiste à étudier l'impact d'une seule variable sur l'organisation, il a pris en considération l'analyse de l'environnement externe et interne de l'organisation

2.1.1. Les facteurs de contingence externe (environnement externe):

Chaque organisation doit être capable de faire face aux mutations de son environnement externe, pour cela les travaux de recherche menés sous l'angle de théorie de la rationalité contingente qui postule que pour l'organisation sera performante, elle doit respecter un optimum organisationnel par l'adoption d'une structure qui s'adapte aux changements, cette optique s'oppose à l'école classique qui adopte « one best way ».

Les trois principales variables étudiées ont été les facteurs technologiques et les facteurs de marché et les facteurs liées à la culture nationale. Il faut y ajouter les facteurs juridiques, particulièrement fortes pour les hôpitaux.

2.1.1.1. Les facteurs technologiques :

L'incidence des facteurs technologiques sur l'organisation ont été développé au par avant dans le point la théorie de la contingence technique.

L'observation de la réalité hospitalière amène à considérer que toute avec attention ce facteur de contingence.

En effet, on s'aperçoit que l'innovation technologique- notamment médicale et médicaux-technique - peut avoir des conséquences sur la structure organisationnelle des établissements hospitaliers. Si on simplifier les technique d'imagerie médicale, on peut tout à fait proposer d'autres formes de structuration des plateaux techniques hospitaliers, qui pourraient être ouverts à certains services hospitaliers et non plus cloisonnés à partir d'une sophistication technologique.

Ces contraintes étant les mêmes pour tous les hôpitaux publics, elles ne gênent en rien l'hypothèse de l'existence d'un optimum organisationnel pour tous les hôpitaux publics, prenant en compte les facteurs technologiques.

2.1.1.2. Facteur de contingence : le marché

Les facteurs liés au marché ont donné lieu de la même manière à des études visant à montrer en quoi la structure du marché dans lequel est située une organisation déterminera sa structure même.

Appliquée aux hôpitaux, cette approche a permet aux hôpitaux de se différencier selon qu'ils se trouvent dans un marché très concurrentiel ou faiblement concurrentiel (entre hôpitaux, entre hôpitaux et cliniques) et selon leurs activités qui les exposent à des variations plus ou moins importantes de la demande.

Ces facteurs n'étant pas les mêmes pour les hôpitaux, l'hypothèse de l'existence d'un optimum organisationnel comme un standard dont il est proposé à partir de ce facteur de contingence, pour tous les hôpitaux n'est pas valide si l'on considère ce critère comme essentiel.

2.1.1.3. La culture nationale comme facteurs de contingence :

Plusieurs études très intéressantes (D.Bollinger et G.Hofstede, 1987 ; P.D'Iribarne, 1989) qui résultent que la culture nationale influence la structure organisationnelle.

Les deux chercheurs ont mené des recherches en se basant sur deux variables, la première est celle de la distance hiérarchique et la deuxième porte sur le contrôle de l'incertitude. Il ne fait aucun doute que, afin de respecter ce type d'environnement extérieur, les hôpitaux de différents pays devront faire des élections organisationnelles divergentes.

2.1.1.4. Les facteurs juridiques :

Les règlements et les procédures juridiques ont été peu étudiés en tant que facteur de contingence structurelle. Pour les hôpitaux, elles paraissent déterminantes. En effet, les hôpitaux sont régis par une réglementation très importante qui touche tous les domaines de leur gestion, ses réglementations sont imposées par la tutelle pour maintenir la santé publique.

2.1.2. Les facteurs de contingence interne (environnement interne):

Les facteurs de contingence qui résultent de l'environnement interne sont principalement l'âge de l'organisation, sa taille et son système technique.

2.1.2.1. Les facteurs liés à l'âge de l'organisation :

Comme évoque H Mintzberg «la structure reflète l'âge de la fondation de son activité » et « plus une organisation est âgée, plus son comportement est formalisé », donc l'âge d'une organisation est en corrélation avec d'une part à l'expérience et d'autre part à la maîtrise de ses activités. Pour ce qui concerne les établissements de santé, cette affirmation sert à faire une comparaison entre l'organisation structurelle des anciens hôpitaux et celles des nouveaux (nouvelles implantations et infrastructures hospitalières), il faut préciser que le fait que les dirigeants des hôpitaux cherchent au suivi de l'activité hospitalière dès la conception de la nouvelle infrastructure hospitalière , ce facteur de contingence est peu significatif.

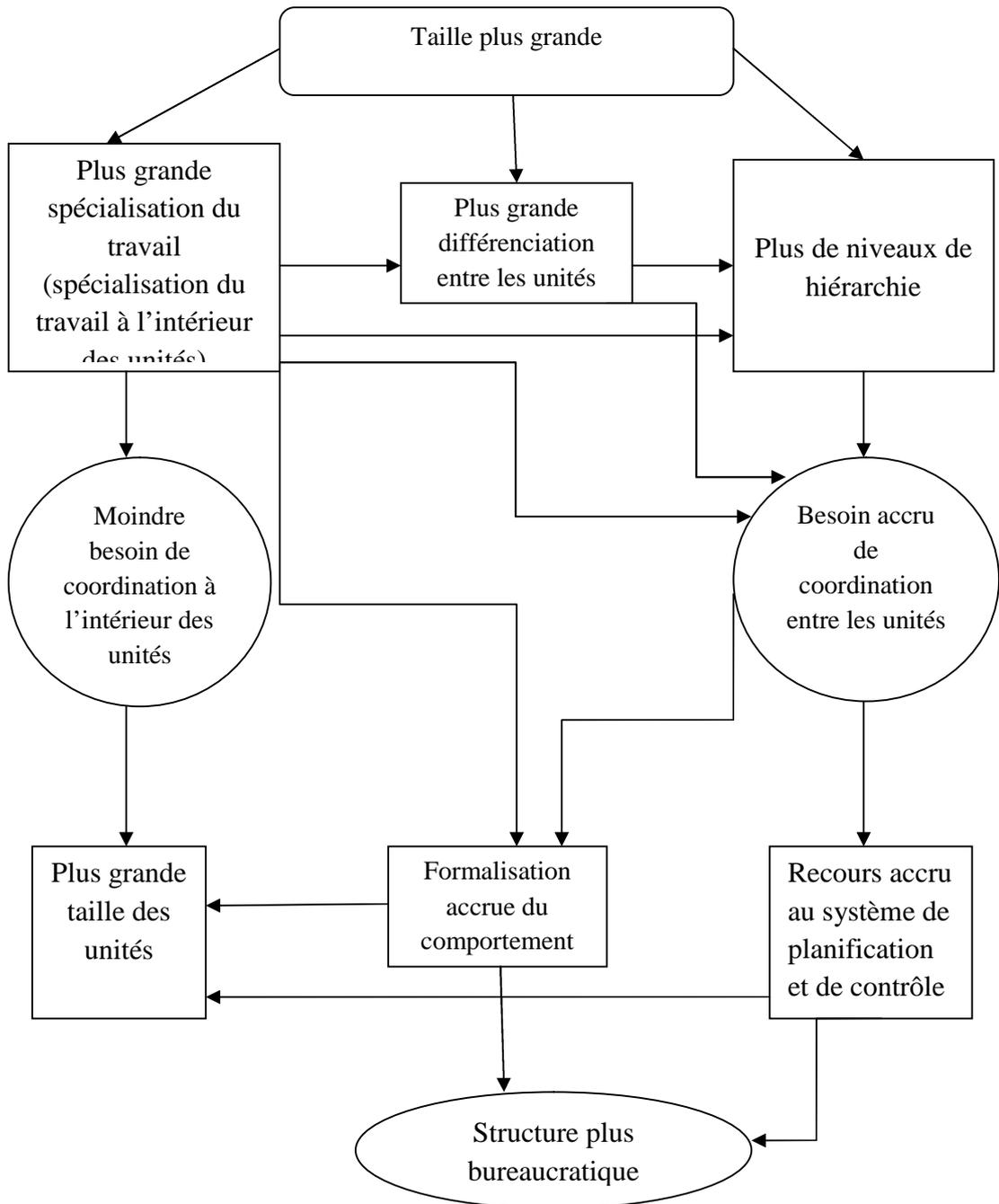
2.1.2.2. La taille comme facteur de contingence :

Pour les hôpitaux les facteurs en relation avec la taille des organisations paraissent bien adaptés. Par conséquent, plus un hôpital est grand, plus sa structure organisationnelle ressemble celles

décrites par P.M Blau et P.A .Schoenher (1971) et reprises par H .Mintzberg. chacun d'entre eux indiquent les caractéristiques d'un hôpital de grande taille comme suit :

- Forte spécialisation des services de soins (spécialités de chirurgie.....)
- Un niveau élevé de la différenciation entre unités de soins (variété des métiers d'infirmiers à l'intérieur du même métier d'infirmiers)
- Plus de niveaux de hiérarchie (exemple du personnel soignant : de la direction des soins infirmiers à l'intérieur à la surveillante en passant par les infirmières générales, les surveillantes chefs de secteur, les surveillantes chefs de service)
- Cloisonnement entre services et besoin accru de coordination entre les unités opposé à moindre besoin de coordination à l'intérieur des unités.
- Formalisation accrue du comportement (protocoles médicaux et de soins plus nombreux et précis dans les unités spécialisées ; exemple de l'oncologie de CHU opposé à la médecine d'hôpital local).
- Recours accru aux systèmes de planification et de contrôle

Figure n° : diagramme des relations entre taille de l'organisation et structure



Source : Hervé Leteurtre et al (1998) Traité de gestion hospitalière p 44

2.1.2.3. Le facteur de la contingence : Le système technique

Le système technique signifie le processus de transformation mis en place par l'organisation afin d'atteindre ses objectifs. Dans le domaine hospitalier, le système technique des hôpitaux transforme les inputs que sont les personnes atteintes d'une pathologie (les patients) en outputs ou extrants personnes soignées. Cette transformation s'opère grâce à des actes médicaux réalisés selon les cas traités par un personnel médical qualifié. Et par la suite les hôpitaux sont classés selon la différenciation de leurs activités dont le tableau ci-dessus montre que plus les hôpitaux sont spécialisés le degré de disponibilité des connaissances est fort puisque il accepte différents pathologies d'état grave du patients

Tableau n° : classification des hôpitaux en fonction de leur système technique

		Répétitivité des opérations	
		Peu d'exceptions	Beaucoup d'exception
Disponibilité des connaissances	faible		Hôpitaux très spécialisés (CHU.)
	forte	Hôpitaux locaux	Hôpitaux spécialisés (grands centres hospitaliers)

Source : Hervé Leteurre et al (1998) Traité de gestion hospitalière p 45

2.2. Modèle de contingence multifactoriel :

Ces types de modèles se caractérisent par l'analyse de l'impact de plusieurs facteurs de contingence sur l'organisation à l'inverse du modèle précédent, on retient les plus importants qui sont en nombre de trois, ils sont l'approche sociotechnique, de l'approche de H.Mintzberg et de l'approche sociologique de l'organisation informelle.

2.2.1. L'approche sociotechnique :

Selon les travaux développés par E.L.Trist et K.W.Bamforth (1951) , l'organisation dépend de la technologie d'une part et des normes de l'environnement d'autre part , dans cette approche la technologie définit les limites du type d'organisation possible mais l'organisation du travail a des implications sociale et psychologique qui sont indépendante de la technologie les contraintes techniques et sociales réagissent les unes sur les autres. L'établissement de

conditions optimales de travail passe par un compromis entre la technologie et la psychologie²¹ .

2.2.2. L'approche synthétique de H.Mintzberg :

H.Mintzberg a essayé de faire une synthèse qui reprend les éléments issus du modèle de rationalité absolue et celle de la théorie de contingence²². Cette constat est due d'une part au fait que les organisations – peut être comme les espèces- ne peuvent survivre que si elles suivent une évolution conforme aux voies particulières de leur environnement. Or, comme les types d'environnement sont limités, il en découle qu'il en va de même pour les types d'organisation²³, d'autre part les organisations changent non plus en s'adaptant continuellement et graduellement au coup par coup, mais plutôt par des sauts quantiques d'un type de configuration à un autre²⁴

À partir de là, il a constaté que l'organisation peut adopter un type bien précis d'organisation mais elle peut évoluer à un moment donné pour s'adapter aux changements de l'environnement. Et par la suite il a donné une classification des organisations qui sont en nombre de sept, ces types sont les suivants : l'organisation entrepreneuriale, l'organisation mécaniste, l'organisation divisionnalisée, l'organisation professionnelle, l'organisation innovatrice, l'organisation idéologique et l'organisation politique.

Pour classifier les organisations, il a pris comme critère la structure, la stratégie, le contexte environnemental interne et externe, mécanisme de communication et de coordination comme facteurs de contingence, qui sont présenté sous forme de ses deux tableau ci-dessus qui permette de déterminer l'organisation hospitalière.

²¹ J.C. Scheid,1990, p 213.

²² H.Mintzberg ibid,pp 404,405

²³ (1990, p 150)

²⁴ Ibid p 151

Type d'organisation des hôpitaux	entrepreneuriale	mécaniste	divisionnalisée	professionnelle	innovatrice
contexte	Petit hôpital dont l'activité est centrée sur un créneau principal. Directeur d'hôpital charismatique ou autocratique.	Centre hospitalier général. peu concurrencé par les hôpitaux et clinique locaux. technologies de pointe rares du fait de l'absence de services très spécialisés. Fort contrôle de la tutelle.	Centre hospitalier général aux activités très diversifiées éparses au sein d'établissement annexes.	Centre hospitalier régional. Environnement stable mais adaptation nécessaire à l'évolution rapide des technologies en matière de soins spécialisés.	Centre hospitalier régional. Environnement stable. Nombreuses expérimentations internes, nombreuses recherches anticipant les évolutions technologiques..
stratégie	Stratégie de développement ou de gestion innovante s'intégrant dans le cadre la réglementation en vigueur au moment de l'expérimentation.	Programmation stratégique simple axée sur le maintien des positions concurrentielles. Longues période de stabilité interrompues par de violentes crises liées aux changements de réglementation	Stratégie définie par la direction de l'hôpital et budgets déconcentrés par établissement	Direction forte coordonnant les efforts de développement technologique et maîtrisant les choix médicaux	Direction un peu dépassée par le corps médical, avalise les choix imposés par les professionnels. Faible pouvoir administratif.

Tableau n ° : Structure des types d'organisation hospitalière au regard des missions

	entrepreneuriale	mécaniste	divisionnalisée	professionnelle	innovatrice
Structure	Hôpitaux de petite taille monoblocs ou aux établissements concentrés sur un site permettant le contact direct du directeur avec l'ensemble des services de l'hôpital et de leurs agents, de manière que les innovations se répandent simultanément dans l'ensemble de l'hôpital	Hôpitaux gériatriques et pour partie psychiatriques (y compris sectorisation) dès lors que toutes les décisions sont centralisées, toutes les opérations effectuées à partir de procédures formalisées et sous le contrôle d'une hiérarchie importante	Hôpitaux aux activités nombreuses et éparses dont les établissements annexes occupent des segments de marché différents. Centre hospitalier généraux distinguant nettement : médecine, chirurgie, obstétrique, personnes âgées, spécialités. Autonomie des établissements contrôlés par évaluation des performances Hôpitaux ayant fait l'objet d'un regroupement.	Centres hospitaliers régionaux à la gestion décentralisée Fonctionnement toutes fois de manière très bureaucratique (procédures d'octroi de crédits, refus de payer les dépenses engagées directement par les professionnels, autorisation des choix médicaux)	Centres hospitaliers régionaux regroupant des établissements annexes eux même de grande taille et disposant de bâtiments épars. Services non regroupés par spécialités et peu coordonnés dans leurs recherches et découvertes Les experts médicaux fonctionnent ensemble par équipes, mais en ordre dispersé.

Selon les tableaux précédents Mintzberg a fait ressortir à la fois les facteurs de contingence essentiels de toute organisation et de proposer une classification intéressantes pour hôpitaux et définir les normes organisationnelles, donc ils présentent des configurations différentes qui sont souvent corrélé à leurs missions à leurs formes et qu'il est impossible de classer tous les établissements hospitaliers dans la même configuration organisationnelle.

De plus, il peut s'avérer qu'un hôpital corresponde à une configuration au regard de ses missions et qu'il corresponde à une autre au regard de sa forme.

2.2.3. L'approche sociologique de l'organisation informelle :

Cette approche se focalise sur l'idée que l'individu cherche à se satisfaire à travers leur participation dans l'organisation, cela peut conduire à l'existence d'une structure informelle due à la marge de liberté qui assure le fonctionnement de l'organisation (E.Friedberg 1993).

Les hôpitaux comme les autres organisations, l'existence de ce type d'organisation est très forte, puisqu'on trouve que les règle de décision et les procédures ne sont pas respecter (a titre d'exemple les horaires de travail), ainsi que la présence d'un réseau de communication interne informel.

2. Formulation des hypothèses :

Dans le cadre de notre étude, nous essayerons d'expliquer l'impact des déterminants du contrôle de gestion sur la performance des hôpitaux publics algérien dans le cadre des réformes hospitalières, cette explication est élaborée en se basant sur des la théorie de contingence. L'idée de cette recherche repose sur le fait qu'il existe une relation directe et indirecte entre les facteurs de contingences du modèle mono factoriel et de contrôle de gestion et par la suite la performance hospitalière.

3.1. La taille de l'organisation et le contrôle de gestion :

Comme on a déjà constaté, que la taille représente un des facteurs de contingence qui est en relation avec l'adoption du contrôle de gestion, selon (Merchant, 1981 ; Kalika, 1987) plus la taille de l'organisation est importante plus les procédures budgétaire sont développées. Ainsi il existe une relation positive entre la taille et les outils de contrôle de gestion, cela été confirmé par les recherches menées par Dahlgren et alii. (2001).

Il faut noter que l'enquête faite par Nobre (2001) concernant l'impact de la taille sur le pilotage des organisation indique que les indicateurs de performance non financiers sont plus utilisés par les grandes organisations que par celles de taille moyenne, donc la

dimension non financières de la performance sont à priori plus répandues dans les grandes organisations que dans celles de taille moyenne.

Partant de là, nous formulons la sous hypothèse suivante :

Hypothèse 1 : «lorsque la taille de l'hôpital est grande le contrôle de gestion est plus développé.».

2.2. La planification stratégique et la mise en place du contrôle de gestion :

Selon la théorie de contingence, la stratégie représente une variable qui a été prise en compte tardivement dans la recherche de contrôle de gestion cela est constaté par Langfield-Smith (1997) et par la suite elle prend une place croissante dans l'explication du système de contrôle de gestion (Dent, 1990 ; Langfield-Smith, 1997 ; Bouquin, 2000). Incontestablement il avait des études précédentes dès les années soixante dix de Miles et Snow (1978) et ceux de Porter (1985) qui ont cherché à déterminer la relation entre la stratégie adoptée par les dirigeants et le système de contrôle de gestion qui ne peut pas être séparé des orientations stratégiques (Robert Simons, 1987).

Au regard des conclusions de ces recherches, nous nous intéressons à l'influence de la planification stratégique sur le contrôle de gestion.

Hypothèse 2 : «: La planification stratégique est nécessaire pour l'adoption du contrôle de gestion».

2.3. Le système d'information et l'adoption du contrôle de gestion :

Le système d'information constitue un problème pour les organisations actuelles et les pratiques de gestion. Ce problème se réside particulièrement sur la qualité de l'information, le traitement, la sélection et la diffusion des informations, plutôt que sur la façon de générer ou de produire des données (Löning et Pesqueux, 1998). Sachant que Combes et Labrousse (1997) apprécient que la mise en place d'un système d'information adéquat permette de définir des indicateurs cohérents, pertinents qui aide à la mesure de la performance. Il faut préciser que le système d'information doit s'adapter à une série de variables de contingence mono factoriel, telles que la stratégie, la taille organisationnelle et l'environnement (Chenhall, 2003; Santin et Van Caillie, 2008).

Donc, nous formulons l'hypothèse suivante :

Hypothèse 3 : « La mise en place d'un système d'information est primordiale pour assurer le contrôle de gestion ».

2.4. Le contrôle externe et l'adoption du contrôle de gestion :

Comme évoque Burlaud A., Zarlowski P., 2003 d'une part que « Le contrôle externe, quelle que soit sa forme, est ici souvent motivé par un objectif d'apprentissage et/ou d'amélioration des performances » et d'autre part que « Le renforcement du contrôle externe est légitime, il conduit à améliorer les structures de gouvernance de l'organisation, la transparence de son fonctionnement, améliore son efficacité économique comme son efficience au bénéfice d'un plus grand nombre de parties prenantes »

Dans les hôpitaux, les outils de contrôle sont destinés à être utilisés par les dirigeants afin d'assurer le contrôle budgétaire pour justifier ces outils vis-à-vis la tutelle. Il s'agit d'un contrôle externe qui provient de différentes sources:

- Ministère de la Santé et de population et de réforme hospitalière.
- les directions de santé et de populations
- Le ministère des Finances et ses directeurs régionaux pour suivre et vérifier la comptabilité et la vérification des engagements de dépense.

En conséquence notre hypothèse se définit comme suit :

Hypothèse 4 : Le renforcement du contrôle externe sert à améliorer la mise en place du contrôle de gestion

La vérification des ses sous hypothèses nous permettent l'analyse de notre première hypothèse dont elle est la suivante :

Il existe un lien significatif entre les facteurs de contingence et le développement des pratiques du contrôle de gestion dans les hôpitaux publics

2.5. La mise en place du contrôle de gestion et son impact sur la performance organisationnelle :

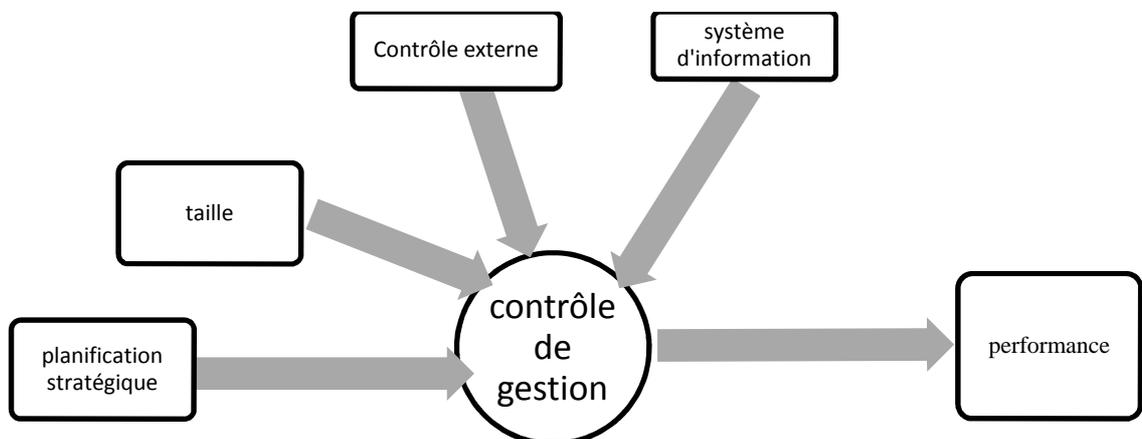
Le contrôle de gestion a pour objectif d'assurer la performance pour les organisations , et comme l'hôpital est une organisation dont elle est confronté une double contrainte, des exigences concernant la qualité de prestation de service en moindre coût (contraintes budgétaires) donc la recherche de la performance est devenue primordiale , en rappelant que le point de la performance été analysé dans la section précédente.

Partant de la, nous formulons l'hypothèse suivante :

Hypothèse 5 : « plus le système de contrôle de gestion est développé, l'hôpital sera plus performant »

Enfin, selon la figure ci-dessus, qui présente notre modèle de recherche,

Figure : 3 modèle de recherche



Source : établi par le chercheur

Chapitre 3 : Le Contrôle De Gestion Dans Les Hôpitaux Publics Algériens : Une Approche Exploratoire

Introduction :

Notre démarche dans ce chapitre a été d'abord de définir le champ d'application du contrôle de gestion dans les hôpitaux publics donc nous avons eu recours à la mise en œuvre d'un dispositif de concepts pour accompagner notre prospection et pour une meilleure projection sur notre étude de terrain. A l'aide d'une étude statistique concerne l'influence des facteurs de contingence sur le contrôle de gestion dans l'ouest dont les wilayas concernées sont Oran, Tlemcen, sidi bel abbes et Ain temouchent.

Enfin nous avons mis en relief l'essentiel de l'activité hospitalière

Ce chapitre IV s'articulera autour des sections suivantes :

Section 1 : cadre méthodologique de recherche.

Section 2 : la réalité observable du contrôle de gestion hospitalier en Algérie.

Section 3 : l'analyse de l'activité hospitalière.

Section 1 : Cadre méthodologique

Pour répondre à la question de la recherche, nous privilégions une méthodologie qualitative fondée sur l'étude d'un échantillon des hôpitaux exerçant à l'ouest de l'Algérie.

1.1. Choix de la méthode de recherche :

La méthode de recherche qualitative- inductive semble être la plus appropriée, car elle permet de tracer l'histoire et d'analyser les aspects actuels. Miles et Huberman¹ avancent ce qui suit concernant la méthode de recherche qualitative : « les données qualitatives sont séduisantes, elles permettent des descriptions et des explications riches et solidement fondées de processus ancrés dans un contexte local. Avec les données qualitatives, on peut respecter la dimension temporelle, évaluer la causalité locale et formuler des explications fécondes. De plus, les données qualitatives sont davantage susceptibles de mener à " d'heureuses trouvailles " et à de nouvelles intégrations théoriques ; elles permettent aux chercheurs de dépasser leur a priori et leurs cadres conceptuels initiaux. Enfin, les découvertes dues aux études qualitatives revêtent un caractère d'indéniableté ». L'observation directe est également nécessaire, car le rôle du chercheur est

¹ Miles M. et Huberman M. (2003), « Analyse des données qualitatives », De Boeck.p 11

d'atteindre une compréhension « holiste » (systémique) du contexte de l'étude (Miles et Huberman, 1994)

1.2. Méthode de collecte des données :

Afin de collecter des données à temps pour nos recherches, nous avons choisi la Méthode de collecte de données par questionnaire en face à face. Ce choix est argumenté par les suivant:

Les enquêtes par questionnaire en face à face peuvent créer une bonne atmosphère, même renforcer la confiance et obtenir plus d'informations, en particulier des données réalistes (les communications avec les personnes interrogées peuvent être un véritable Malentendu).

l'enquêté doit comprendre et expliquer correctement tous les termes utilisés dans l'enquête de la même manière pour s'assurer de la validité des réponses. De ce point de vue, les conversations en face à face sont plus adaptées que les questionnaires par courrier électronique, qui nécessitent des explications écrites détaillées de tous les termes utilisés.

Par conséquent, cette recherche a été menée à travers une combinaison d'enquêtes par questionnaire et la collecte de documents écrits. Cela limite le risque subjectif et renforce la «validité interne» de la recherche (Hlady Rispal, 2002; Miles et Huberman, 2003; Averbé et Missonier, 2007).

1.3. Taille de l'échantillon :

La population de l'étude se compose des hôpitaux publics de la région d'ouest, où l'échantillon de l'étude comprend les réponses de 30 directeurs de différents établissements de santé sélectionnées d'une façon aléatoire, ces établissements de santé concernent quatre wilaya qui sont Oran, Ain Temouchent, Bel abbes et Tlemcen ., Sachant que l'enquête statistique a été menée durant la période juillet-aout-septembre 2018.

De ce fait, l'échantillon choisi comprend six structures différentes des hôpitaux publics du plus petit au plus grand dont les structures sont les suivants :

- Centre hospitalier universitaire (CHU)
- Etablissement hospitalière universitaire (EHU)
- Etablissement hospitalier (EH)
- Etablissement hospitalier spécialisé (EHS)

- Etablissement public hospitalier (EPH)
- Etablissement public de santé de proximité (EPSP)

1.4. La définition des établissements de santé :

- Définition de L'établissement hospitalier spécialisé (EHS) :

Selon le Décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés, l'EHS est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif sur proposition du ministre chargé de la santé après avis du wali et placé sous la tutelle du wali de la wilaya du siège de l'établissement. Ainsi il est constitué d'une ou plusieurs structures destinées à la prise en charge : d'une maladie déterminée ; de l'affection d'un appareil ou d'un système organique donné ; ou d'un groupe d'âge déterminé.

Son dénomination comprend la spécialité correspondant aux activités qui y sont assurées.

Dans son domaine d'activité, l'établissement hospitalier spécialisé a notamment pour tâches : la mise en œuvre des activités de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ; l'application des programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ; de contribuer au recyclage et au perfectionnement des personnels des services de santé. Enfin il peut servir de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec l'établissement de formation.

- Définition de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran (E H U) :

Selon le décret présidentiel n° 03-270 portant création, organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran :

L'établissement hospitalier et universitaire d'Oran, ci-après dénommé, par abréviation, « E, H ,U », est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle administrative du ministre de santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

- Définition de l'établissement public hospitalier (E P H):

Selon le décret exécutif n° 07-140 portant la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, l'établissement public hospitalier est défini comme 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 constitué d'une structure de diagnostic, des soins, d'hospitalisation et réadaptation médicale couvrant la population d'un ensemble de commune.

- ***Définition l'établissement public de santé de proximité(E P S P) :***

On a retenu la définition de l'établissement public de santé de proximité citée au décret exécutif n° 07-140 qui considère l'établissement public de santé de proximité comme un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali. Ainsi il est constitué d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population.

- ***Définition des centres hospitalo-universitaires(CHU) :***

Selon le Décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires, Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Le centre hospitalo-universitaire est chargé, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

- ***Définition de L'établissement hospitalier (EH) :***

Décret exécutif n°05-459 du 28 Chaoual 1426 correspondant au 30 novembre 2005 portant création, organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier Ain Témouchent. Il est créé un établissement hospitalier à Ain Témouchent dénommé «Hôpital docteur Benaouada BENZERDJEB» régi par les lois et règlements en vigueur et les dispositions du présent décret, désigné ci-après l'établissement d'Ain Témouchent comme étant un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

1.5. L'organisation administrative De Chaque Type d'hôpital :

- Le centre hospitalo-universitaire (C H U) est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général. Il est doté d'un organe consultatif dénommé « conseil scientifique ».

Dans l'intervalle des sessions du conseil scientifique, le directeur général du centre hospitalo-universitaire est assisté d'un comité consultatif

- L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général assisté dans l'exercice de ses prérogatives par un conseil scientifique.

L'établissement hospitalier (EH), L'établissement hospitalier spécialisé (EHS), L'établissement public hospitalier et l'établissement public de santé de proximité (l'EPSP et l'EPH) sont administrés par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général, assisté dans l'exercice de ses missions par un conseil médical comme un organe consultatif.

1.6. Les dispositions financières des établissements de santé :

Comme on a déjà cité que le directeur est le responsable de préparer le projet de budget qui sera par la suite soumis au conseil d'administration, et après la délibération de ce dernier, il sera transmis à l'autorité de tutelle.

Sachant que le budget comporte un titre de recettes et un titre de dépense.

- **Les recettes :** elles comprennent les rubriques suivantes :
 - Les subventions de l'Etat.
 - Les subventions des collectivités locales.
 - Les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale, au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droits, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation.
 - Les dotations exceptionnelles.
 - Les dons et legs.
 - Les recettes diverses.
 - Toutes autres ressources liées à l'activité de l'établissement.
 - Les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.
- **Les dépenses :** comprennent :
 - Les dépenses de fonctionnement.
 - Les dépenses d'équipement.

- Toute autre dépense nécessaire à la réalisation de son objet.

1.7. Les missions des établissements de santé :

Les établissements de santé sont un instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé dans le domaine des soins de haut niveau et de la politique nationale de formation supérieure et de recherche médicale.

Dans ce cadre, l'établissement de santé a notamment pour missions :

1/ En matière de santé :

- d'assurer des activités de haut niveau dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé.
- d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de la santé .
- de participer à l'élaboration de normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé.
- de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.
- de développer toutes actions, méthodes, procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines et matérielles.
- de développer, en son sein, des pôles d'excellence dans les domaines précités.

2/ En matière de formation :

- d'assurer, en liaison avec les institutions de formation supérieure en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ;
- d'initier toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

3/ En matière de recherche :

- d'effectuer tous travaux de recherche en sciences de la santé et dans tous les domaines en rapport avec ses missions.
- d'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins de formation supérieure et de recherche en sciences médicales.
- Les établissements hospitaliers sont également chargés de participer en relation avec les autorités concernées à la mise en synergie des institutions de santé pour assurer la cohérence et la hiérarchisation des soins dans la zone sanitaire couverte.

Tableau 3-1: répartition des hôpitaux selon leurs types de structure

		Fréquence	Pourcentage
Valide	CHU	3	10,0
	EH	2	6,7
	EHS	6	20,0
	EHU	1	3,3
	EPH	8	26,7
	EPSP	10	33,3
	Total	30	100,0

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

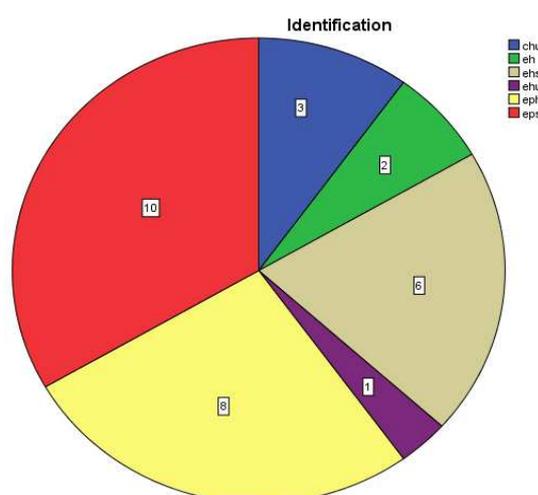


Figure 3-1 : répartition des hôpitaux selon leurs types de structure

Le tableau présente la répartition de notre échantillon constitué de 30 établissements de santé par types de structure, leurs répartition est la suivante :

- 3 CHU soit 10 % qui sont CHU d'Oran, CHU de Tlemcen, CHU de sidi bel abbés.
- Le seul EHU d'Oran soit 3.3 %
- 8 EPH soit 26.7% qui sont :

Etablissement public hospitalier (EPH) ahmed medeghri

Etablissement public hospitalier(EPH) hammam bouhadjar

Etablissement public hospitalier(EPH) béni saf

Etablissement public hospitalier (EPH) AMRIA

Etablissement public hospitalier (EPH) d'el mohgoun

Etablissement public hospitalier (EPH) akid othman (ain turck)

Etablissement public hospitalier (EPH) sidi bel abbés

Etablissement public hospitalier (EPH) remchi

- 6 EHS soit 20 % qui sont :
 - * Etablissement hospitalier spécialisé (EHS) mère et enfant à Ain temouchent
 - * Etablissement hospitalier spécialisé (EHS) d'ophtalmologie d'oran
 - * Etablissement hospitalier spécialisé (EHS) les amandiers (Oran)
 - * Etablissement hospitalier spécialisé (EHS) benyahia zohra (Oran)
 - * Etablissement hospitalier spécialisé (EHS) les pins (Oran)
 - * Etablissement hospitalier spécialisé (EHS) pédiatrique (canastel)
- 10 EPSP soit 33.3% qui sont :
 - * Etablissement public de proximité de sante (EPSP) oued tlelat
 - * Etablissement public de proximité de sante (EPSP) boutlelis
 - * Etablissement public de proximité de sante (EPSP) d'arzew
 - * Etablissement public de proximité de sante (EPSP) es senia
 - * Etablissement public de proximité de sante (EPSP) seddikia
 - * Etablissement public de proximité de sante (EPSP) amria
 - * Etablissement public de proximité de sante (EPSP) beni saf
 - * Etablissement public de proximité de sante (EPSP) d'ain temouchent
 - * Etablissement public de proximité de sante (EPSP) remchi
 - * Etablissement public de proximité de sante (EPSP) sidi belabbes
- 2 EH soit 6.7 % qui sont :
 - * Etablissement hospitalier (E H) dr benzerdjeb de Ain temouchent
 - * Etablissement public (EH) madjbeur tami (ain turck)

2. La structure du questionnaire :

Le questionnaire comprend des items susceptibles d'être exploités par des méthodes statistiques, il est subdivisé en 3 axes :

- L'Organisation générale et existence des structures de l'hôpital.
- Le programme budgétaire.
- Les outils de contrôle de gestion.

Pour analyser l'incidence de l'adoption du contrôle de gestion par les hôpitaux publics, nous avons procédé par une analyse de données descriptives par le logiciel spss v.22

2.1. Organisation générale et existence des structures de l'hôpital :

Selon l'enquête réalisé auprès les 30 établissements de santé, nous a permis de noter leurs caractéristiques principales dont la totalité des directeurs ont validé leur existence au sein de leurs établissements, dont on les note comme suit :

- La présence d'un organigramme bien détaillé unifié pour chaque type d'établissement dont il est précisé par des décrets ministériels, ces derniers indiquent tous les fonctions de l'organisation ainsi que ces objectifs.
- Ils dotent de l'autonomie de gestion.
- Il font tous les déclarations statistiques qui indique le niveau de leurs activités hospitalières, elles sont envoyé à la direction de santé et de population.
- ils possèdent un système d'information dont son importance diffère selon l'opinion de chaque directeur qui va être expliqué antérieurement

Dans cette section seront analysées les variables explicatives de notre modèle théorique de recherche.

- **La variable : L'Existence de la fonction du contrôle de gestion**

Tableau 3-2 Existence de la fonction du contrôle de gestion

			Type des établissements de santé						Total
			CH U	EH	EHS	EHU	EPH	EPS P	
l'existence de la fonction du contrôle de gestion dans l'organigramme	non	Effectif	3	2	6	0	8	10	29
		% dans Identification	100, 0%	100, 0%	100, 0%	0,0 %	100, 0%	100, 0%	96,7 %
	oui	Effectif	0	0	0	1	0	0	1
		% dans Identification	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100, 0%	0,0 %	0,0 %	3,3 %
Total		Effectif	3	2	6	1	8	10	30

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

Selon le tableau établi par le biais des données recueillies relatives à l'existence de la fonction du contrôle de gestion au sein des hôpitaux publics, on constate l'absence de la fonction du contrôle de gestion dans la quasi-totalité des organigrammes des établissements soit 96.7%, l'absence de la fonction du contrôle de gestion ne signifie pas que rien n'a été entrepris dans ce domaine. Le système de contrôle de gestion est supplanté par d'autres techniques de gestion (les tableaux de bord) ou encore que tous les préalables ne sont pas encore réunis. Pour le reste 3.3% soit un seul établissement qui est l'EHU d'Oran qui la possède.

- **La Variable : projet d'établissement hospitalier :**

Le PEH est un outil de vision stratégique pour le devenir de l'établissement. Il est élaboré avec bon sens et appuyé sur des données. Cette vision stratégique est déclinée en plans annuels, pluriannuels ou opérationnels. Son élaboration se fait en équipes et ne peut être un travail isolé d'experts. Il est important : s'il y a consensus en interne de l'établissement, le projet sera mieux accepté et bien porté, il traduira ainsi la vision commune de la majorité des acteurs de l'établissement. Toutefois le travail préparatoire des experts en interne et en externe est très important et constitue la base factuelle du travail à travers des analyses de l'existant, des évaluations suivies, des propositions et des recommandations. L'élaboration se fait dans les sens suivants :

- Du bas vers le haut (méthode ascendante) : moyen de concertation, décision consensuelle sur l'avenir.

- Du haut vers le bas (méthode descendante) : orientations du ministère vers les établissements, faisant cas des grandes orientations démographiques et sanitaires, dont on tient compte lors de l'élaboration qui est une démarche structurée, organisée et intégrée.

D'après le tableau suivant on note que 27 établissements de santé soit 90% confirme l'existence du projet d'établissement hospitalier. Ainsi on note que le reste de 3 CHU soit 10% n'indique pas son absence mais que ce projet est en prospectif (être réaliser prochainement)

Tableau 3-3 : l'existence du projet d'établissement hospitalier

			Identification						Total
			CHU	EH	EHS	EHU	EPH	EPSP	
existence du projet d'établissement hospitalier	non	Effectif	3	0	0	0	0	0	3
		% dans Identification	100,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%
	oui	Effectif	0	2	6	1	8	10	27
		% dans Identification	0,0%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	90,0%
Total		Effectif	3	2	6	1	8	10	30
		% dans Identification	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

- La variable : Le système d'information hospitalier :

Le système d'information est un outil incontournable, sa mise en place ne signifie pas la transposition des pratiques actuelles dans un environnement technologique. Il doit plutôt contribuer à changer les habitudes et améliorer les processus internes afin de définir les besoins concernant les informations nécessaires et les traiter pour les utiliser afin d'améliorer les décisions médicales, administratives et de gestion, ainsi que l'élaboration du Dossier Médical Patient (dossier partagé) et Plan de formation pour l'utilisation de l'outil informatique

Tableau 3-4 : l'existence du système d'information

			Identification					Total	
			chu	eh	ehs	ehu	eph		eps
l'existence du système d'information	oui	Effectif	3	2	6	1	8	10	30
		% dans	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		Identification	%	%	%	%	%	%	%
Total		Effectif	3	2	6	1	8	10	30
		% dans	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		Identification	%	%	%	%	%	%	%

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

2.2. L'axe : le programme budgétaire :

- La variable : L'existence du système budgétaire :

Tableau 3 -5 : L'existence du système budgétaire

			Identification					Total	
			CHU	EH	EHS	EHU	EPH		EPSP
L'existence du système budgétaire	oui	Effectif	3	2	6	1	8	10	30
		% dans	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		Identification	%	%	%	%	%	%	%
Total		Effectif	3	2	6	1	8	10	30
		% dans	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		Identification	%	%	%	%	%	%	%

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

On note que la totalité possède un système budgétaire qui assure la détermination, le suivi et l'exécution de leurs budgets dont ils sont partagés selon les réponses recueillies comme suit :

- 24 établissements soit 55.8% assure l'élaboration de budget de recettes.
- 6 entre eux soit 14 % déclarent l'existence de budget de trésorerie.
- 11.6% possèdent le budget de dépenses.
- 11.6% on répondu que leurs établissements ont d'autre budget qui est le budget de fonctionnement.

- 7 % ont des budgets d'investissement.

Tableau 3-6 : répartition des types de budget

Types de budgets	Nombre	% Réponses colonne
autres budgets	5	11,6%
Budget d'investissement	3	7,0%
budget de recettes	24	55,8%
budget de dépenses	5	11,6%
budget de trésorerie	6	14,0%
Total	30	100,0%

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

- **La Variable du contrôle budgétaire :**

Tableau 3-7 : l'effectuation du contrôle budgétaire

	CHU	EH	EHS	EHU	EPH	EPSP
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
effectuation du contrôle périodique des dépenses	3	2	6	1	8	10
effectuation du contrôle périodique des recettes	3	2	6	1	8	10
Total	3	2	6	1	8	10

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

Tableau 3-7-1 : La fréquence du contrôle périodique des dépenses

			La fréquence du contrôle périodique des dépenses			
			mensuelle	trimestrielle	semestrielle	annuelle
Identification	CHU	Nombre	3	3	3	3
	EH	Nombre	2	2	2	2
	EHS	Nombre	6	0	0	0
	EHU	Nombre	1	1	1	1
	EPH	Nombre	0	8	0	0
	EPSP	Nombre	7	8	5	5

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

Selon les tableaux 3-7 , la totalité des directeurs interrogés ont répondu qu'ils font le contrôle budgétaire de leurs dépenses et leurs recettes ,mais la fréquence de ce contrôle diffère d'un établissement à l'autre .

A partir du tableau 3-7-1, on note que les CHU, les EH , EHU d'Oran et 5 d'EPSP soit 50% mènent le contrôle budgétaire des dépenses mensuellement, trimestriellement, semestriellement et annuellement afin d'assurer le suivi de leurs dépense .

Par contre d'après les résultats obtenus le contrôle des dépense dans les EHS soit 100 % se fait d'une façon mensuelle, et dans les EPH soit 100%, leurs suivi se fait chaque trimestre

En revanche, la fréquence de contrôle budgétaire des dépenses des EPSP diffère d'un établissement à l'autre dont on trouve que la fréquence du contrôle des depenses deux établissements s'est à la fois mensuelle et trimestrielle. Le reste soit un EPSP le fait chaque trimestre.

Tableau 3-7-2 : La fréquence du contrôle périodique des recettes

	La fréquence du contrôle périodique des recettes			
	Mensuelle	trimestrielle	semestrielle	annuelle
CHU	3	3	3	3
EH	2	2	2	2
EHS	6	0	0	0
EHU	1	1	1	1
EPH	8	0	0	0
EPSP	8	7	5	5
TOTAL	28	13	11	11

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

a partir du tableau 3-7-2 ,On note que 28 établissements de santé tous types confondu soit 93.33% mènent le contrôle des recettes d'une façon mensuelle.

Sachant que 13 d'entre l'échantillon étudié (tous les types des hôpitaux en excluant les EHS) ont répondu que le suivi se fait chaque trimestre.

Pour ce qui concerne 11 établissements mènent ce contrôle d'une façon semestrielle et annuelle
Donc on constate que seule les EPH et les EHS qui font le contrôle de budget de recette d'une façon mensuelle.

Selon le tableau ci-dessous (Tableau 3-7-3), on remarque que 25 établissements soit 83.3% exécutent leurs budgets annuel à 100%.

- 6.7% soit 2 hôpitaux déclarent que l'exécution est seulement à 80 % .
- 6.7% soit 2 hôpitaux déclarent que l'exécution est seulement à 40 %.
- 3.3% soit un hôpital qui est l'EPSP d'Ain Temouchent dont le directeur a déclaré que l'exécution est à 60 % .

Tableau 3-7-3 : le pourcentage d'exécution du budget annuel					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	40%	2	6,7	6,7	6,7
	60 %	1	3,3	3,3	10,0
	80%	2	6,7	6,7	16,7
	100 %	25	83,3	83,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

Tableau 3-7-4 : le pourcentage d'exécution du budget des recettes

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	40%	5	16,7	16,7	16,7
	80%	2	6,7	6,7	23,3
	100 %	23	76,7	76,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

Tableau 3-7-5 : le pourcentage d'exécution du budget des dépenses

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	60 %	4	13,3	13,3	13,3
	80%	1	3,3	3,3	16,7
	100 %	25	83,3	83,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

Selon les tableaux ci-dessus (Tableau 3-7-4, Tableau 3-7-5), on tire les constatations suivantes :

- La majorité des hôpitaux publics étudiés exécute leur budget de dépenses et de recettes à 100%. dont 83.3% soit 25 établissements concerne l'exécution de budget de dépenses, et 76.7% soit 23 hôpitaux pour le budget de recettes.

- Pour ce qui concerne l'exécution des budgets de dépenses et des recettes à 80% les proportions sont respectivement de 3.3% et 6.7%
- Le budget de dépenses est consommé à 60% seulement à quatre hôpitaux soit 13.3%.
- Le budget de recettes est consommé à 40% seulement à cinq hôpitaux soit 16.7%.
-

2.3. les outils du contrôle de gestion :

afin d'évaluer le système de contrôle de gestion on a inclus dans la structure du questionnaire les outils de contrôle de gestion comme des variables déterminantes et indispensable pour tester l'existence du système de contrôle de gestion aux sein des hôpitaux publics , pour cela on traite seulement les variables explicatives

- La Variable : l'outil de contrôle de gestion prédominant

L'étude de cette variable se fait par le biais des réponses recueillies auprès des hôpitaux publics pour ce qui concerne le type de comptabilité utilisé puisque le rôle de comptabilité analytique joue un rôle primordiale pour le contrôle de gestion de nos jours

Tableau 3-8-a : L'outil du contrôle de gestion prédominant

outil de contrôle de gestion prédominant	Nombre	% Réponse de colonne (Base: Compte)
comptabilité publique	30	100,0%
comptabilité analytique	0	0,0%
comptabilité générale	14	46,7%
Total	30	

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

Tableau 3-8-b : L'outil du contrôle de gestion prédominant par types d'hôpitaux publics

	CHU	EH	EHS	EHU	EPH	EPSP	Total
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
comptabilité publique	3	2	6	1	8	10	30
comptabilité analytique	0	0	0	0	0	0	0
comptabilité générale	0	0	6	0	8	0	14

Les résultats de ces tableau ci-dessus (**Tableau 3-8-a, Tableau 3-8-b**) nous confirment que la totalité soit 100% des hôpitaux utilisent la comptabilité publique comme outil du contrôle de gestion prédominant, alors que 14 hôpitaux soit 46.7% utilisent la comptabilité générale, c'est le cas des EHS et les EPH. En revanche aucun des hôpitaux n'utilisent la comptabilité analytique malgré l'installation du logiciel 3co consacré a ce type de comptabilité dont il génère selon les directeurs des informations non exploitable pour le moment.

- La Variable : la planification stratégique

La planification stratégique va être appréhendée à travers l'étude des différentes variables relatives à :

1. Le responsable de la planification stratégique :

Selon le tableau ci-dessous, on constate que la planification stratégique est sous l'autorité décisionnelle du directeur de l'hôpital avec 100%, de ce fait, on peut confirmer qu'il est totalement impliqué dans la planification stratégique de l'ensemble des hôpitaux publics

Tableau 3-9-1 : le responsable de la planification stratégique

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide le directeur	30	100,0	100,0	100,0

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

2. Processus de la planification stratégique

Tableau 3-9-2 Processus de la planification stratégique par types d'hôpitaux

processus de planification stratégique:	CHU	EH	EHS	EHU	EPH	EPSP	Total
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
programmation bi-annuelle	0	0	0	0	8	0	8
programmation annuelle	3	2	6	1	8	10	30
projet d'établissement h sur 5 ans	3	2	0	1	0	10	16

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

Le processus de la planification stratégique est conçu à 100% par une programmation annuelle et à 53.33% soit 16 hôpitaux par le projet d'établissement hospitalier sur 5 ans, alors que la programmation bi-annuelle ne représente que 26.66%.

- **La Variable : l'apport du système d'information**

Tableau 3-10-1 : l'apport du système d'information par types d'hôpitaux

L'apport du système d'information hospitalier	CHU	EH	EHS	EHU	EPH	EPSP	Total
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
traçabilité	3	2	6	1	8	6	26
la prise de décision	3	2	0	1	8	7	21
la mise a jour	3	2	6	1	0	3	15

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

Tableau 3-10-1 : l'apport du système d'information par types d'hôpitaux

L'apport du système d'information hospitalier : traçabilité		L'apport du système d'information hospitalier: la prise de décision		L'apport du système d'information hospitalier: la mise a jour	
Nombre	% Réponse de ligne (Base: Compte)	Nombre	% Réponse de ligne (Base: Compte)	Nombre	% Réponse de ligne (Base: Compte)
26	86,7%	21	70,0%	15	50,0%

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

On observe que le système d'information permet au contrôle de gestion de garder la traçabilité avec 86.7 %, de prendre des décisions avec 70% et d'être à jour avec 50% des réponses. Ce qui explique l'importance du système d'information pour le contrôle de gestion dans les hôpitaux publics.

- **La Variable : le contrôle externe**

Le contrôle externe va être appréhendé à travers l'étude des différentes variables relatives à l'organisation du contrôle externe

Tableau 3-11-1 : l'organisation du contrôle externe par types d'hôpitaux

ministère de santé		DSP		directeur		conseil d'administration		comité médicale de l'hôpital		
Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre
30	100,0%	30	100,0%	0	0,0%	18	60,0%	18	60,0%	30

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

Tableau 3-11-2 : l'organisation du contrôle externe par types d'hôpitaux

L'organisation du contrôle externe:	CHU	EH	EHS	EHU	EPH	EPSP	Total
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
ministère de santé	3	2	6	1	8	10	30
DSP	3	2	6	1	8	10	30
directeur	0	0	0	0	0	0	0
conseil d'administration	0	0	0	0	8	10	18
comité médicale de l'hôpital	0	0	0	0	8	10	18

Source : établi par le chercheur à l'aide du logiciel SPSS v 22

Les résultats de ce tableau nous confirment que le contrôle externe exercé sur les hôpitaux publics relève de la compétence du ministère de la santé (la tutelle) comme ce qui est dans la littérature, il est représenté par 100% des cas, il est exercé par la direction de la santé et de population avec 100%, et à 60% par le conseil d'administration et le comité médical d'établissement, par contre le directeur de l'hôpital n'y exerce aucun.

Section2 : La « réalité » observable du contrôle de gestion hospitalier en Algérie

L'analyse des données empiriques fait apparaître plusieurs tendances fortes dans tous les établissements de l'étude de cas. Certes le contexte de chacun d'entre eux est spécifique et les relations intra-organisationnelles contribuent à singulariser chaque site mais nous avons pu faire apparaître des résultats significatifs que nous allons à présent détailler.

A ce niveau d'analyse on a mis l'accent sur la relation entre les variables explicatives qui ont été développées dans la section précédente et leurs relations voir leurs effets sur la fonction de contrôle de gestion afin de tester les hypothèses adoptées, sachant que le traitement a été fait par le biais du logiciel SPSS v22. Donc nous présenterons tout d'abord les résultats relatifs aux principaux déterminants des systèmes de contrôle de gestion par la méthode de la Régression simple, puis à ceux qui sont relatifs à l'impact des différentes variables par la méthode de la régression multiple sur la base des données collectées

1. l'analyse des variables par la régression simple :

Dans ce qui suit, nous allons tester la portée explicative de chaque variable indépendante. Nous disposons de six grandes catégories de variables explicatives, à savoir : la taille, le système d'information, le contrôle budgétaire, la planification stratégique, l'outil de contrôle prédominant, et le type du contrôle externe.

a-relation entre la Taille et la fonction du contrôle de gestion :

sachant que l'organisation hospitalière est particulière, dans notre recherche on veut dire que l'élément qui détermine la taille c'est son type de structure qui sont en nombre de six (CHU, EHU, EH, EHS, EPH, EPSP).

Tableau 3-12 : Récapitulatif du modèle de la RS de la variable « taille»

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,111 ^a	,012	-,023	,28501

a. Valeurs prédites : (constantes), la taille

Le coefficient de corrélation présente une valeur faible (0.111) entre taille et la fonction du contrôle de gestion. Cette variable arrive en effet à

Expliquer seulement 1.2% de la différenciation du système de contrôle de gestion présent au sein des hôpitaux publics.

Tableau 3-12-1 : la significativité du modèle ANOVA (taille)

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	,028	1	,028	,347	,560 ^b
Résidu	2,274	28	,081		
Total	2,303	29			

a. Variable dépendante : contrôle de gestion

b. Valeurs prédites : (constantes), taille

A partir de ce tableau qui permet de tester la significativité du modèle obtenu on constate que modèle n'est pas significatif (Sig >0.05). Donc on retient H_0 et on rejette H_1

b- relation entre le système d'information et la fonction du contrôle de gestion :

Tableau 3-13: Récapitulatif du modèle de la RS de la variable «Système d'information hospitalier»

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,429 ^a	,184	,155	,25909

a. Valeurs prédites : (constantes), Système d'information hospitalier

Le coefficient de corrélation présente une valeur relativement moyenne (0.429) entre les variables du Système d'information hospitalier et la fonction du contrôle de gestion. Ainsi que le coefficient de détermination indique que la variable « Système d'information hospitalier » arrive en effet à expliquer 18.4% de la différenciation du système de contrôle de gestion présent au sein des hôpitaux publics étudiés

Tableau 3-13-1: la significativité du modèle ANOVA (Système d'information hospitalier)

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.	
1	Régression	,423	1	,423	6,302	,018
	Résidu	1,880	28	,067		
	Total	2,303	29			

a. Variable dépendante : contrôle de gestion

Ce tableau permet de tester la significativité du modèle obtenu. Ici le modèle est significatif (sig <0.05).

Tableau 3-13-2 :Coefficients ^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	2,887	,205	14,084	,000
	SIH hospitalier	,653	,260	,429	,018

a. Variable dépendante : contrôle de gestion

Le tableau ci-dessus donne les coefficients de la droite (2.887 et 0.653) ainsi qu'une mesure de la signification de ces deux coefficients (constante et coefficient de la variable explicative). Dans ce cas, ils sont significatifs, donc l'hypothèse de nullité des coefficients peut être rejetée pour l'un et l'autre.

c- relation entre le contrôle budgétaire et la fonction du contrôle de gestion :

Tableau 3-14 : Récapitulatif du modèle de la RS de la variable «contrôle budgétaire»

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,347 ^a	,121	,089	,26892

a. Valeurs prédites : (constantes), contrôle budgétaire

Selon le tableau ci-dessus on remarque que le coefficient de corrélation est relativement moyen, et que la variable du contrôle budgétaire explique seulement 12.1% de la variable dépendante.

Tableau 3-14-1: la significativité du modèle ANOVA (contrôle budgétaire)

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	,278	1	,278	3,840	,060
Résidu	2,025	28	,072		
Total	2,303	29			

a. Variable dépendante : contrôle de gestion

Dans ce cas le modèle n'est pas significatif donc on va retenir l'hypothèse de nullité

d- relation entre la planification stratégique et la fonction du contrôle de gestion :

Tableau 3-14-2 : Récapitulatif du modèle de la RS de la variable «planification stratégique»

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,673 ^a	,453	,433	,21214

a. Valeurs prédites : (constantes), planification stratégique

Le coefficient de corrélation présente une valeur relativement forte (0.673) entre la planification stratégique et l'état du système de contrôle de gestion. Cette variable arrive en effet à expliquer 45.3% de la différenciation du SCG présent au sein des hôpitaux publics

Tableau 3-14-2: la significativité du modèle ANOVA (planification stratégique)

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	1,043	1	1,043	23,167	,000
Résidu	1,260	28	,045		
Total	2,303	29			

a. Variable dépendante : contrôle de gestion

Ce tableau permet de tester la significativité du modèle obtenu. Ici le modèle est largement significatif (0, 000).

Tableau 3-14-3 :Coefficients ^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
(Constante)	1,883	,315		5,975	,000
1 planification stratégique	2,034	,423	,673	4,813	,000

a. Variable dépendante : contrôle de gestion

Le tableau ci-dessus donne les coefficients de la droite (1.883 et 2.034) ainsi qu'une mesure de la signification de ces deux coefficients (constante et coefficient de la variable explicative). Dans ce cas, ils sont significatifs (Sig <0.05), donc l'hypothèse de nullité des coefficients peut être rejetée pour la variable de planification stratégique.

e- relation entre l’outil de contrôle prédominant et la fonction du contrôle de gestion :

Tableau 3-15 : Récapitulatif du modèle de la RS de la variable «outil de contrôle prédominant»

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,192 ^a	,037	,003	,28141

a. Valeurs prédites : (constantes), outil de contrôle prédominant

Selon le tableau ci-dessus, on constate qu’il y a une faible corrélation entre la variable « outil de contrôle prédominant » et le contrôle de gestion puisque le taux de corrélation est de 0.192, ainsi qu’elle explique seulement 3.7% de la différenciation du SCG présent au sein des hôpitaux publics

Tableau 3-15-1: la significativité du modèle ANOVA (outil de contrôle prédominant)

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	,085	1	,085	1,076	,308
1 Résidu	2,217	28	,079		
Total	2,303	29			

a. Variable dépendante : contrôle de gestion

Ce tableau permet de tester la significativité du modèle obtenu. Ici le modèle n’est pas significatif (sig >0.05), donc on va retenir l’hypothèse de nullité.

f- relation entre le contrôle externe et la fonction du contrôle de gestion :

Tableau 3-16 : Récapitulatif du modèle de la RS de la variable «contrôle externe»

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,522 ^a	,273	,247	,24455

a. Valeurs prédites : (constantes), contrôle externe

Selon les résultats obtenus, on constate qu'il y a une corrélation entre la variable du contrôle externe et la fonction du contrôle de gestion dont elle est moyenne ; sachant que cette variable explique 27.3% de l'état de la fonction du contrôle de gestion .

Tableau 16-1: la significativité du modèle ANOVA (contrôle externe)

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	,628	1	,628	10,503	,003
Résidu	1,675	28	,060		
Total	2,303	29			

a. Variable dépendante : contrôle de gestion

On remarque que ce modèle est significatif (sig <0.05) , donc a partir du tableau ci-dessous les coefficients de la droite (2.915 et 0.738) ainsi qu'une mesure de la signification de ces deux coefficients (constante et coefficient de la variable explicative). Dans ce cas, ils sont significatifs (Sig <0.05), donc l'hypothèse de nullité des coefficients peut être rejetée pour la variable de contrôle externe.

Tableau 3-16-2 :Coefficients ^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	2,915	,153		19,117	,000
1 contrôle externe	,738	,228	,522	3,241	,003

a. Variable dépendante : contrôle de gestion

III-2 l'analyse des variables par la régression multiple (RM)

Contrairement à la régression simple développée ci-dessus, dans le cas de la régression multiple, il y'aura plus qu'une variable explicative afin de capter un pourcentage plus élevé de la variance de la variable expliquée (SCG).

L'enjeu est, parmi toutes les variables envisagées, de ne sélectionner que celles qui contribuent de façon importante à la variance de la variable expliquée en évitant de multiplier les problèmes de colinéarité (variables explicatives corrélées entre elles).

Nous analyserons dans ce qui suit les résultats fournis par SPSS.

Cinq modèles ont été testés successivement par SPSS :

- le premier comporte une seule variable explicative : planification stratégique
- le second comporte deux variables explicatives, à savoir : planification stratégique, Système d'information hospitalier.
- le troisième modèle comporte trois variables, à savoir : planification stratégique, Système d'information hospitalier, contrôle externe.
- Le quatrième modèle comporte quatre variable, à savoir : planification stratégique, Système d'information hospitalier, contrôle externe, contrôle budgétaire.
- le dernier modèle comporte enfin cinq variables, à savoir : planification stratégique, Système d'information hospitalier, contrôle externe, contrôle budgétaire, outil de contrôle prédominant.

Tableau 3-17-2: Récapitulatif du modèle pour la régression multiple

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,673 ^a	,453	,433	,21214
2	,907 ^b	,822	,809	,12309
3	,963 ^c	,927	,919	,08022
4	,969 ^d	,940	,930	,07461
5	1,000 ^e	1,000	1,000	,00000

a. Valeurs prédites : (constantes), planification stratégique

b. Valeurs prédites : (constantes), planification stratégique, Système d'information hospitalier.

c. Valeurs prédites : (constantes), planification stratégique, Système d'information hospitalier, contrôle externe.

d. Valeurs prédites : (constantes) planification stratégique, Système d'information hospitalier, contrôle externe, contrôle budgétaire

e. Valeurs prédites : (constantes), planification stratégique, Système d'information hospitalier, contrôle externe, contrôle budgétaire, outil de contrôle prédominant

Tableau 3-17-3 ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	1,043	1	1,043	23,167	,000 ^b
	Résidu	1,260	28	,045		
	Total	2,303	29			
2	Régression	1,894	2	,947	62,485	,000 ^c
	Résidu	,409	27	,015		
	Total	2,303	29			
3	Régression	2,135	3	,712	110,602	,000 ^d
	Résidu	,167	26	,006		
	Total	2,303	29			
4	Régression	2,164	4	,541	97,169	,000 ^e
	Résidu	,139	25	,006		
	Total	2,303	29			
5	Régression	2,303	5	,461	.	.
	Résidu	,000	24	,000		
	Total	2,303	29			

a. Valeurs prédites : (constantes), planification stratégique

b. Valeurs prédites : (constantes), planification stratégique, Système d'information hospitalier.

c. Valeurs prédites : (constantes), planification stratégique, Système d'information hospitalier, contrôle externe.

d. Valeurs prédites : (constantes) planification stratégique, Système d'information hospitalier, contrôle externe, contrôle budgétaire

e. Valeurs prédites : (constantes), planification stratégique, Système d'information hospitalier, contrôle externe, contrôle budgétaire, outil de contrôle prédominant

Il ressort de la lecture des deux tableaux ci-dessus que le cinquième modèle est meilleur que les quatre premiers du point de vue de son pouvoir explicatif (le R² ajusté est de 1). Il explique mieux la variance de la variable à expliquer « le système de contrôle de gestion ». Cela indique que lorsque toutes les variables se réunissent la variable dépendante est expliquée à 100%.

Interprétation synthétique des résultats :

En guise de conclusion nous présenterons un tableau synthétique des différentes hypothèses formulées précédemment

hypothèses	Enoncé de l'hypothèse	Résultats de l'enquête quantitative
Hypothèse 1	Lorsque la taille de l'hôpital est grande le contrôle de gestion est plus développé.	Non validée
Hypothèse 2	La planification stratégique est nécessaire pour l'adoption du contrôle de gestion.	validée
Hypothèse 3	La mise en place d'un système d'information est primordiale pour assurer le contrôle de gestion	validée
Hypothèse 4	Le renforcement du contrôle externe sert à améliorer la mise en place du contrôle de gestion	validée

SECTION 3 : L'analyse de l'activité hospitalière :

1.1. L'analyse des indicateurs d'activité d'hospitalisation :

L'analyse des indicateurs d'activité d'hospitalisation se fait par rapport aux CHU, EHU, EH, EPH puisque l'activité des EPSP se focalise juste sur les soins externes.

L'analyse de l'impact du contrôle de gestion sur la performance hospitalière selon notre étude a été faite par le biais des indicateurs de l'activité hospitalière la durée moyenne de séjours, taux d'occupation moyens et le taux de rotation de lits qui sont défini comme suit :

- ***Les durées de séjours et les journées réalisées :***

La durée de séjour est le paramètre le plus utilisé ; sous les formes de durée moyenne, ou de taux d'occupation des lits. Si l'on n'utilise qu'un seul de ces paramètres ; tout particulièrement la durée moyenne, l'interprétation est hasardeuse. L'analyse des durées de séjour se situe donc dans la problématique de la dépendance momentanée. Dans le cadre de management des prises en charge hospitalière, cela conduit à définir ce que l'on entend par « durée de séjour »

- ***Définition du DMS :***

Par rapport au patient, la dépendance se situe dans la durée globale de la prise en charge, quelle que soit la succession des services ou d'établissement sanitaires utilisés.

Par rapport au management d'un service c'est la durée d'occupation d'un lit qu'il convient de gérer en articulation avec les autres modes de prises en charge à l'entrée et à la sortie ambulatoires ou hospitalières.

La durée moyenne de séjour (DMS) est calculée par

$$DMS = \frac{\text{journées}}{\text{entrées}}$$

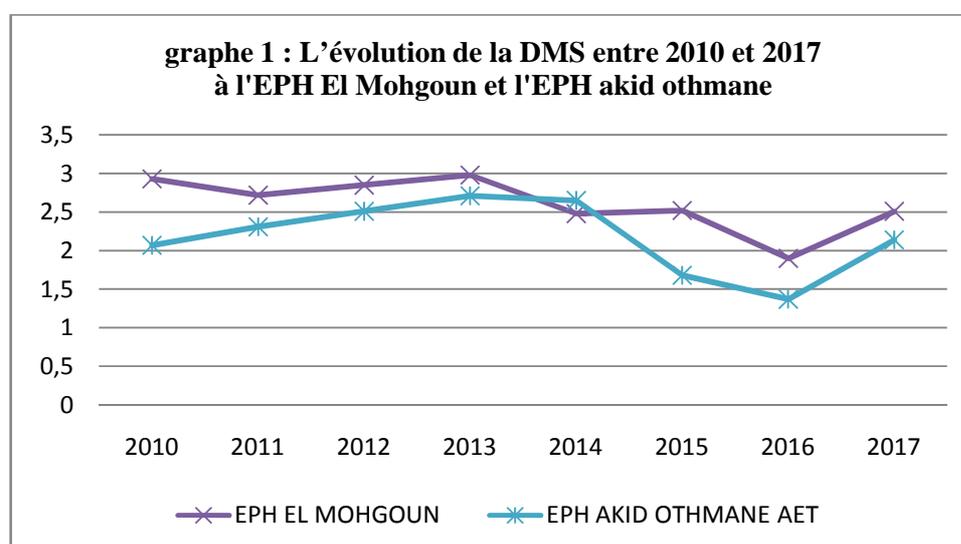
$$DMS = J/E$$

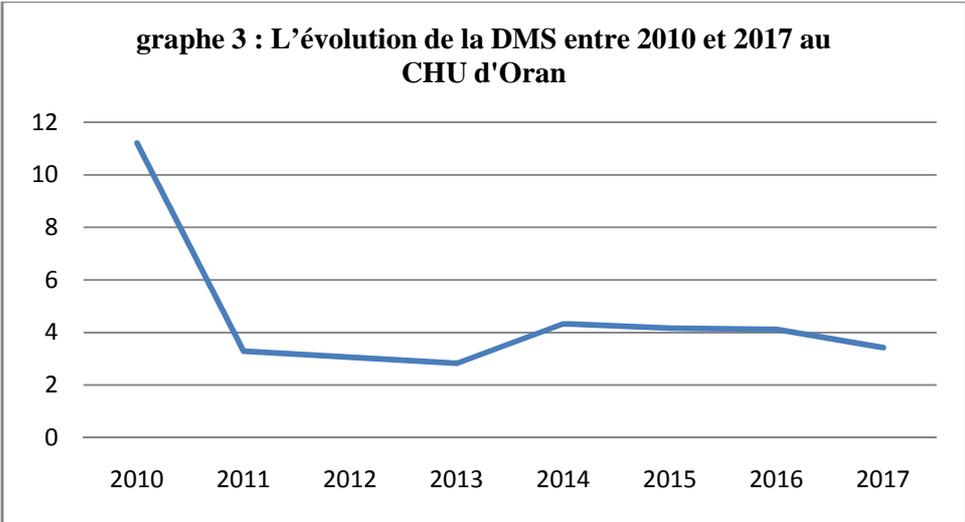
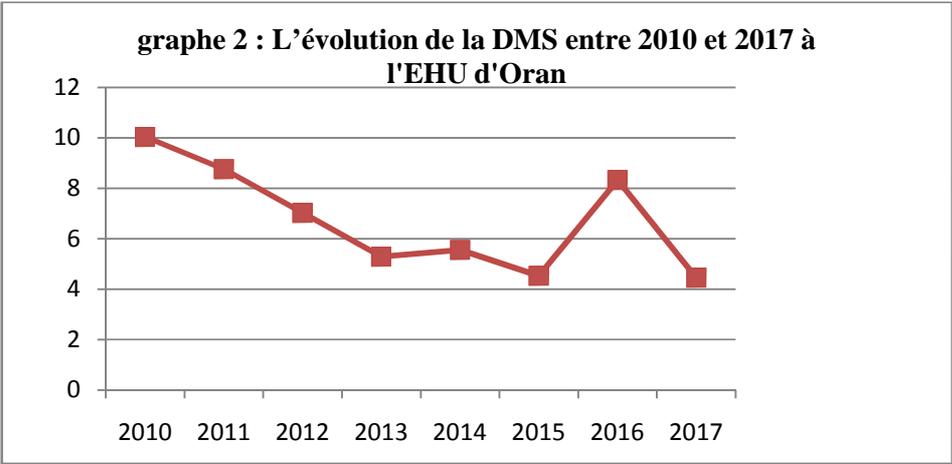
1.1.1. L'évolution de la durée moyenne de séjour :

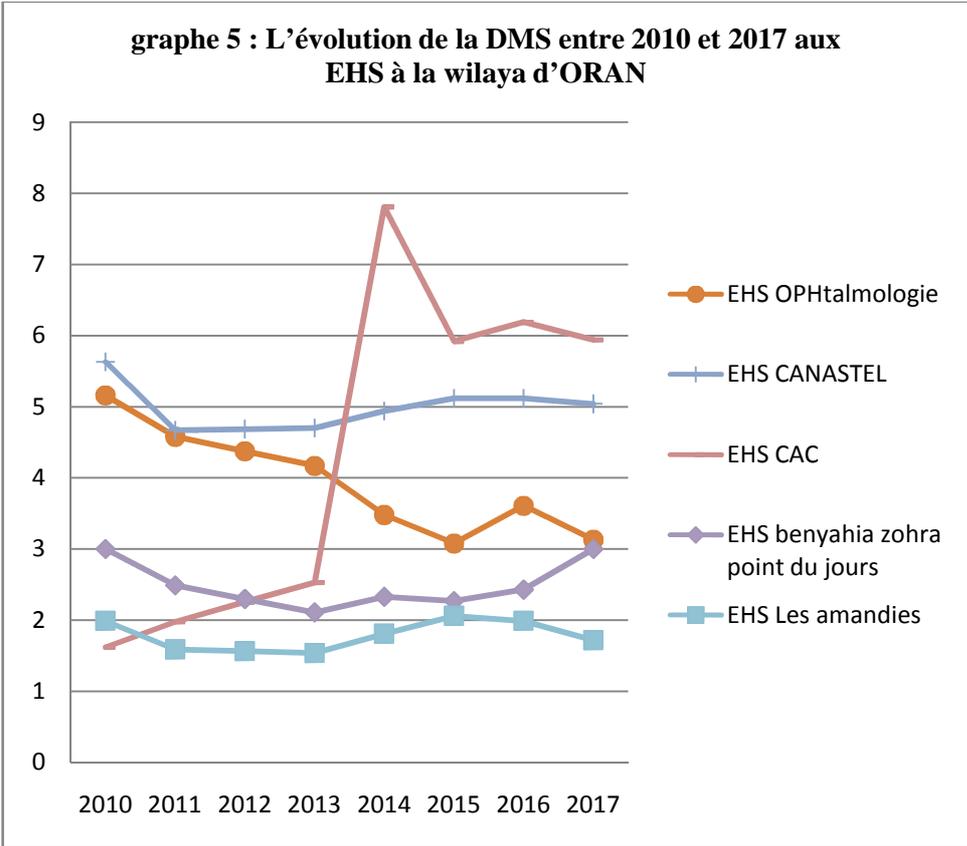
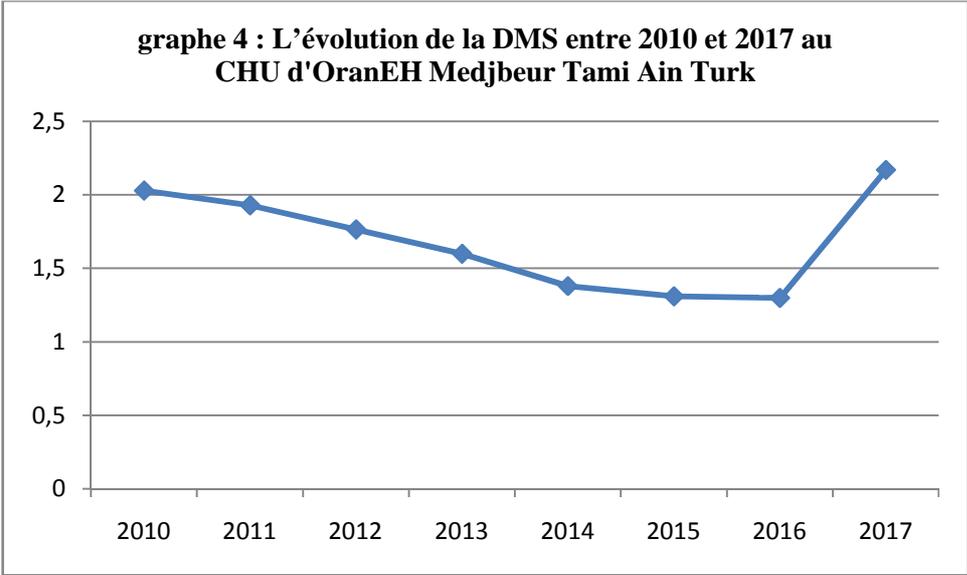
TABLEAU 3-18- L'évolution de la DMS entre 2010 et 2017 à la wilaya d'ORAN

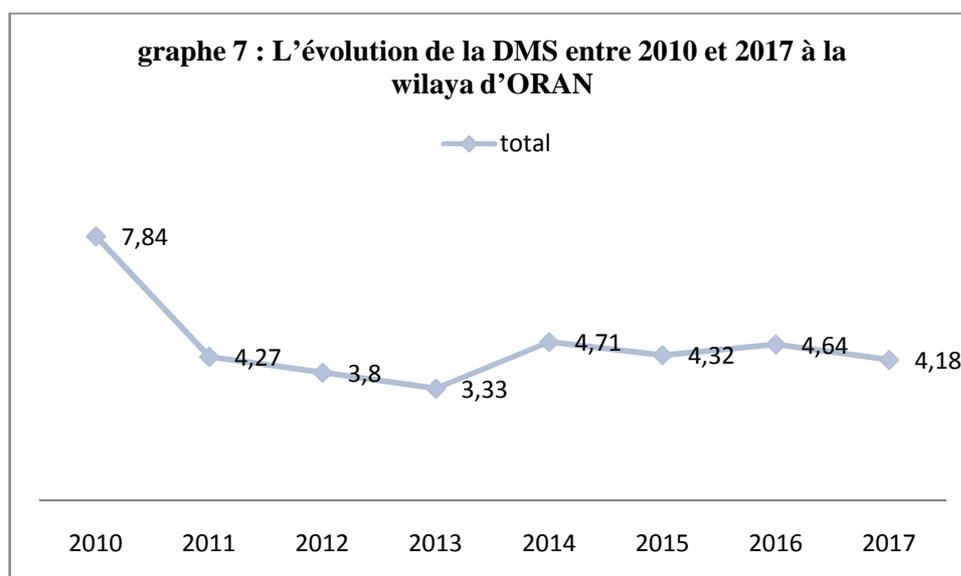
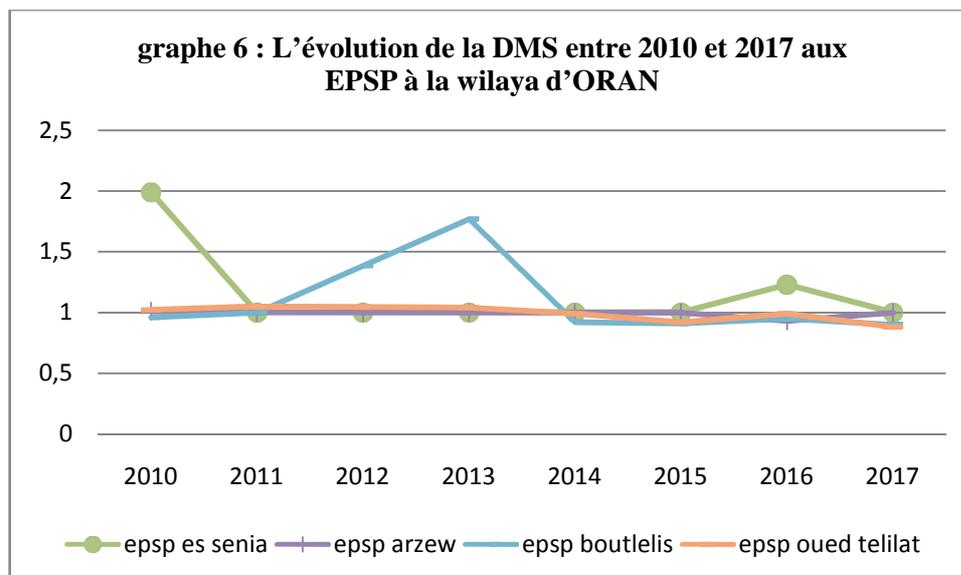
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CHU O	11,21	3,29	3,06	2,83	4,34	4,17	4,12	3,42
EHU ORAN	10,03	8,75	7,015	5,28	5,55	4,52	8,32	4,45
EH Medjbeur Tami AET	2,03	1,93	1,765	1,6	1,38	1,31	1,3	2,17
EPH EL MOHGOUN	2,93	2,72	2,85	2,98	2,48	2,52	1,9	2,51
EPH AKID OTHMANE AET	2,07	2,31	2,51	2,71	2,65	1,68	1,37	2,14
EHS OPhtalmologie	5,16	4,58	4,375	4,17	3,48	3,08	3,61	3,13
EHS CANASTEL	5,63	4,67	4,685	4,7	4,94	5,12	5,12	5,04
EHS CAC	1,62	1,98	2,255	2,53	7,81	5,92	6,19	5,94
EHS PSYCHI	82,56	79,62	42,675	5,73	62,89	64,83	40,98	66,07
EHS benyahia zohra point du jours	3	2,49	2,3	2,11	2,33	2,27	2,43	3
EHS Les amandies	1,99	1,59	1,565	1,54	1,81	2,06	1,99	1,72
EHS Les pins	3,19	2,88	3,21	3,54	3,55	3,91	2,1	2,29
EHS NOUAR FADELA	3,06	3,65	3,63	3,61	3,71	3,88	3,87	3,76
Clinique hadj abed atika	1,37	1,5	1,69	1,88	3,76	2,92	1,13	2,29
epsp es senia	1,99	1	1	1	1	1	1,23	1
epsp arzew	1,01	1	1	1	1	1	0,93	1
epsp boutlelis	0,96	1	1,385	1,77	0,92	0,91	0,95	0,9
epsp oued telilat	1,02	1,05	1,045	1,04	0,99	0,92	0,99	0,88
total	7,84	4,27	3,8	3,33	4,71	4,32	4,64	4,18

Source :DSP d'Oran









A travers le tableau (3-11) et le graphe ci-dessous , on remarque que la durée moyenne de séjours au niveau de la willaya d'Oran a été réduite durant la période étendue de 2010 à 2017 dont elle est passée de 7.84 j en 2010 à 4.18 j en fin 2017, mais il faut noter qu'en 2013 la DMS a atteint 3.33 j qui représente la durée la plus réduite durant la période étudié , sachant qu'a partir de cette année la valeur de DMS a augmenté en 2014 puisqu'elle a atteint 4.71j qui baisse jusqu'au 2017.

En analysant chaque type d'hôpital, on constate que la durée de l'hospitalisation au sein de l'EHS psychiatrique de sidi chami est la plus longue car la DMS a atteint 66.07 j en 2017 dont elle est baissée entre 2010 et 2017 de 82.56j à 66.07 j, cela est due a la durée du traitement de la

maladie mentale qui nécessite la prise en charge totale car elle est incurable dans la majorité des cas traités. Par contre la DMS ne dépasse pas une journée dans les EPSP qui sont en nombre de quatre puisque les cas enregistrés représentent seulement les cas d'urgence.

En 2017, si on compare la DMS au niveau de chaque EHS Mère et Enfant qui sont en nombre de cinq (EHS Benyahia zohra, EHS les amandies, EHS les pins, EHS Nouar Fadela, et EHS hadj abed atika), on remarque que la DMS varie entre 1.72 j réalisée à l'EHS les amandies et 3.76 j réalisée à l'EHS Nouar fadela , ainsi on constate que la DMS entre 2010 et 2017 se caractérise par une certaine stabilité cela est indiqué par leurs représentations graphique.

Pour ce qui concerne l'EHS ophtalmologie et EHS pédiatrique, la durée moyenne de séjour à baissé entre 2010 et 2017 puisque elle est passé successivement à 3.13 j et 5.04 j. Par contre au niveau de l'EHS CAC la DMS a augmenté de 1.62 j à 5.94 j a cause de l'évolution accrue du taux du cancer en Algérie ses dernières années.

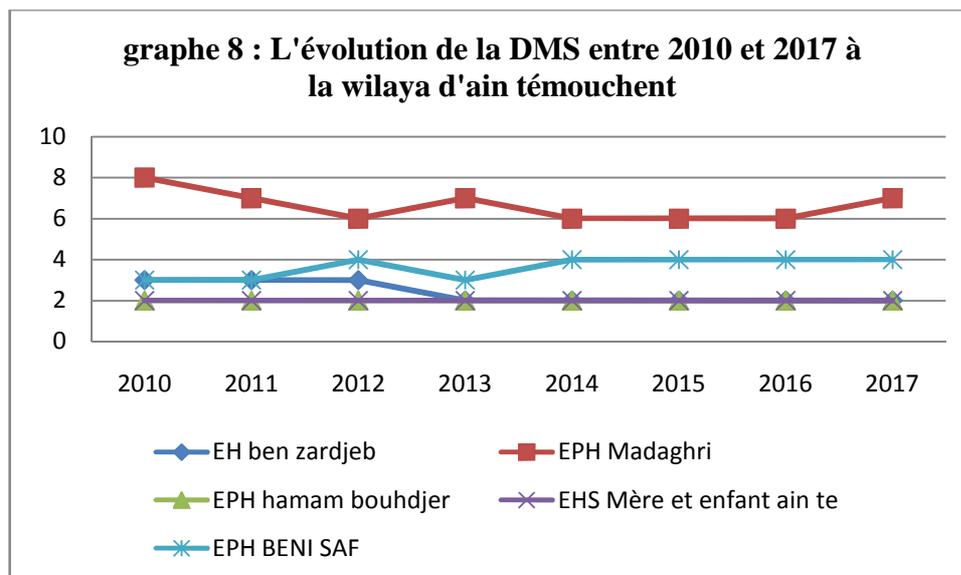
Selon les données traitées on remarque qu'au niveau de CHU d'oran , et l'EHU d'oran, la DMS a été réduite successivement par 69.49% et 55.63% .

En comparant entre l'EH Medjbeur Tamia in turck, l'EPH El Mohgoun et l'EPH akid othmane selon la DMS on trouve que sa diffère d'une proportion minime, ainsi que ses variation durant la période 2010 et 2017 sont approximative.

TABLEAU 3-18-2- :L'évolution de la DMS entre 2010 et 2017 à la wilaya d'Ain Témouchent

Wilaya temouchent	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
EH benzerdjeb	3	3	3	2	2	2	2	2
EPH Madaghri	8	7	6	7	6	6	6	7
EPH hamam bouhdjer	2	2	2	2	2	2	2	2
EHS Mère et enfant ain te	2	2	2	2	2	2	2	2
EPH BENI SAF	3	3	4	3	4	4	4	4

Source : DSP d' Ain temouchent



A partir du tableau (3-11) et sa représentation graphique ci dessus , on remarque qu’au niveau de la willaya d’ain temouchent, en 2017 la DMS a été en moyenne de 2 jours au sein de l’EPH Hamam Bouhdjar et EHS Mère et enfants.

Entre 2010 et 2017, on constate que la durée moyenne de séjour a augmenté à l’EPH Beni saf de 3 j en 2010 à 4 j en 2017, contrairement à l’EH ben zardjeb dont la DMS a baissé de 33.33 % l’équivalent d’une journée d’hospitalisation.

Sachant que la DMS au sein de l’EPH Madaghri constitue la plus longue durée de séjour dont elle est de 7 jours fin 2017.

Partant de la, il ya une stabilité de la DMS au sein des établissements de santé tout types confondus à la willaya de Ain Temouchent.

1.1.2 Les effets de taux de rotation et taux d’occupation moyen des lits :

Le taux de rotation TR est le nombre moyen de patients ayant utilisé chaque lit hospitalier, par unité de temps, pour un service donné. Il se calcule simplement comme suit

$$TR = \text{nombre d'entrées} / \text{nombre de lit}$$

$$TR = E / L$$

Et le taux d’occupation se calcule comme suit :

$$TO = J / (L * 365)$$

Partant des trois équations, il est facile de trouver la relation entre le taux de rotation, la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation dont elle est sous forme de la formule suivante :

$$TR = TO / (DMS * 365)$$

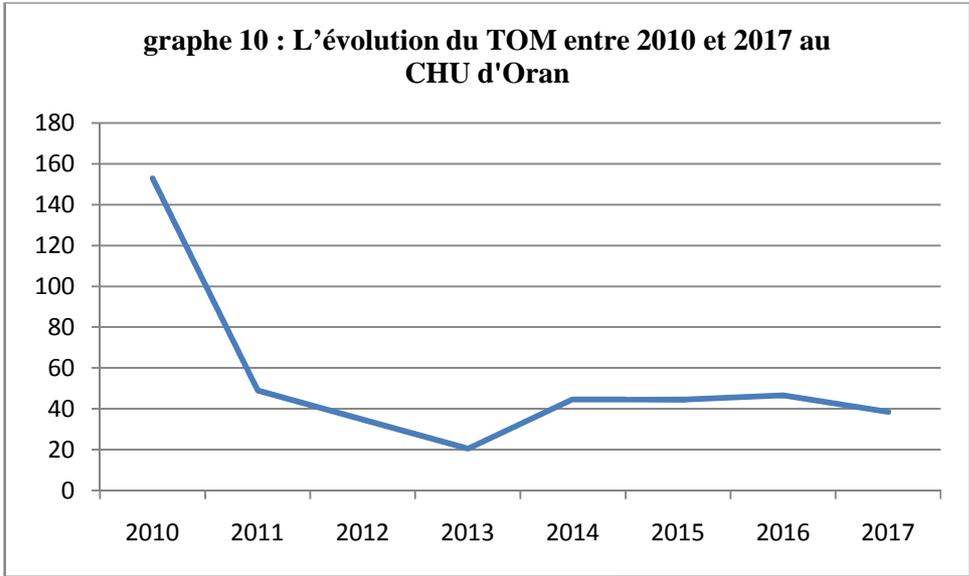
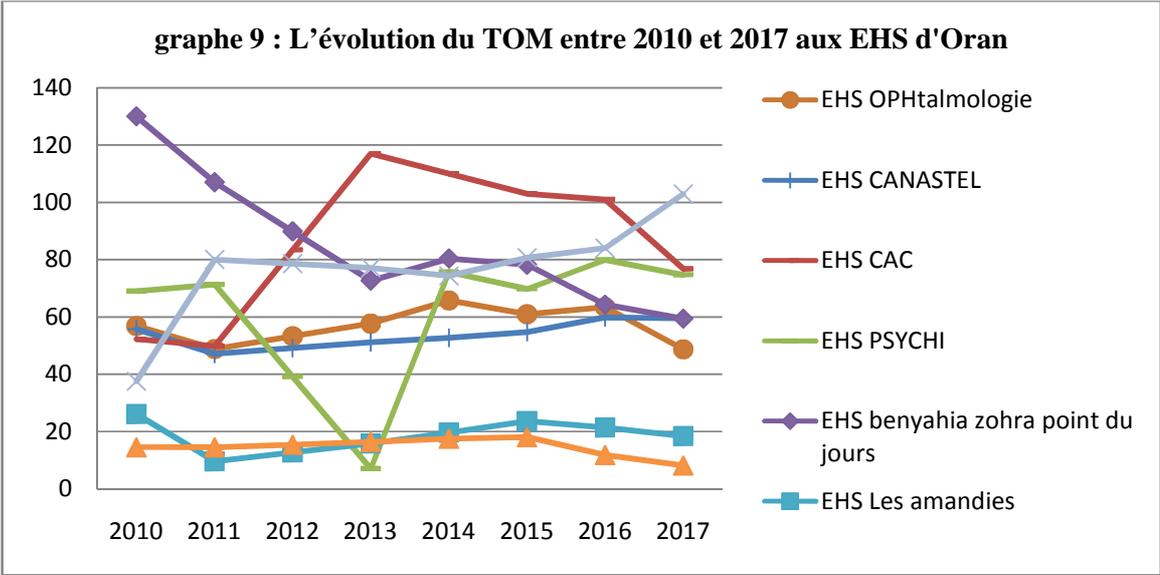
Le taux de rotation augmente linéairement avec le taux d'occupation du service et diminue hyperboliquement avec l'accroissement de la durée moyenne de séjour.

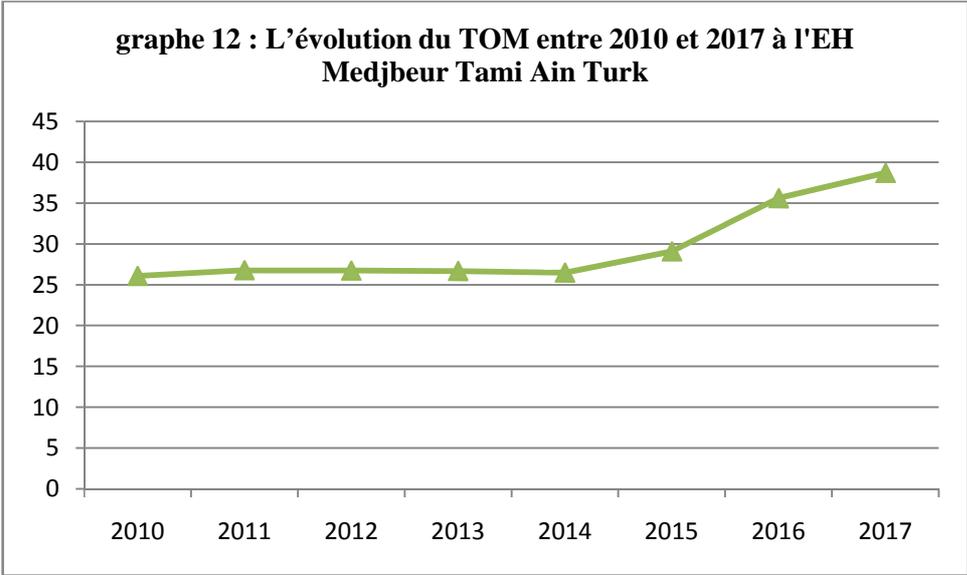
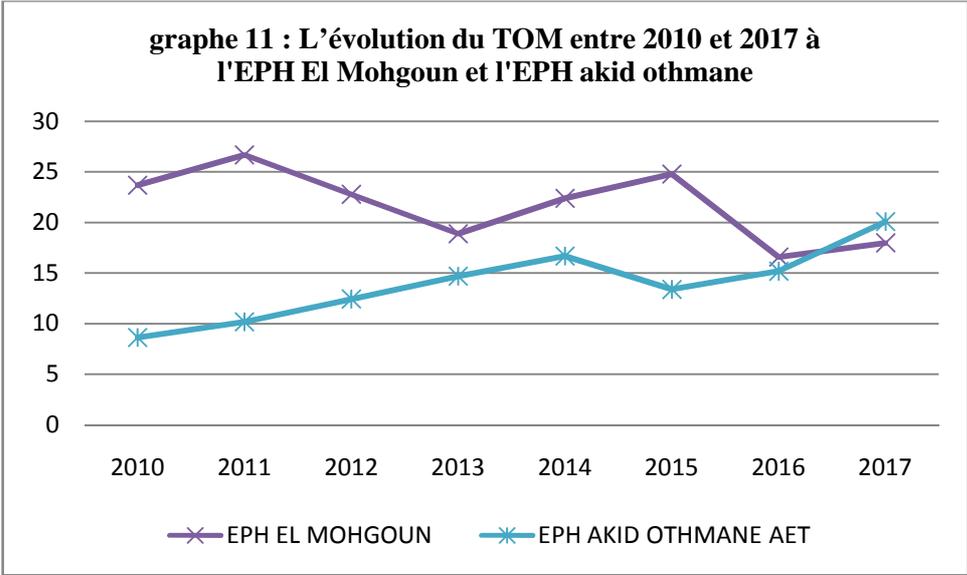
1.1.2. L'évolution de taux d'occupation moyen :

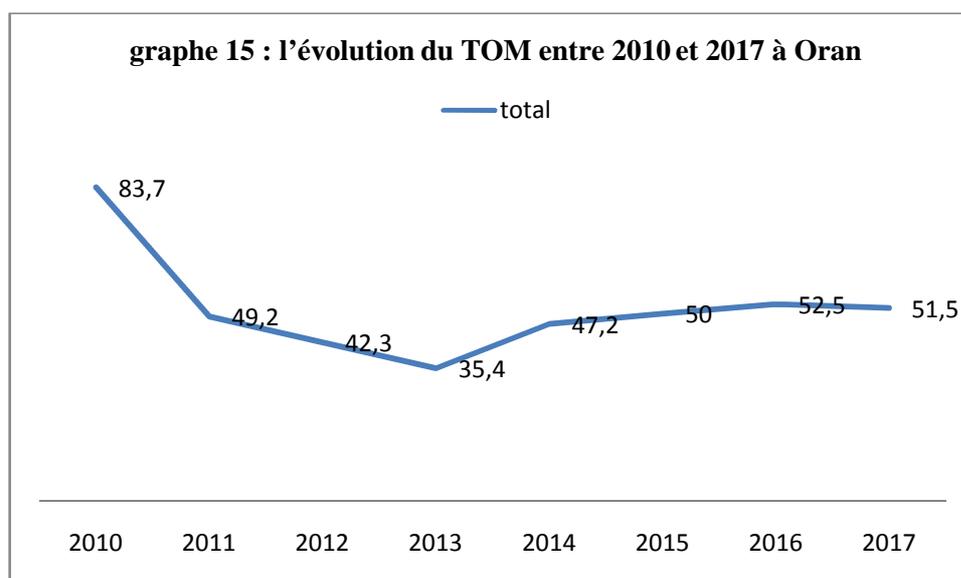
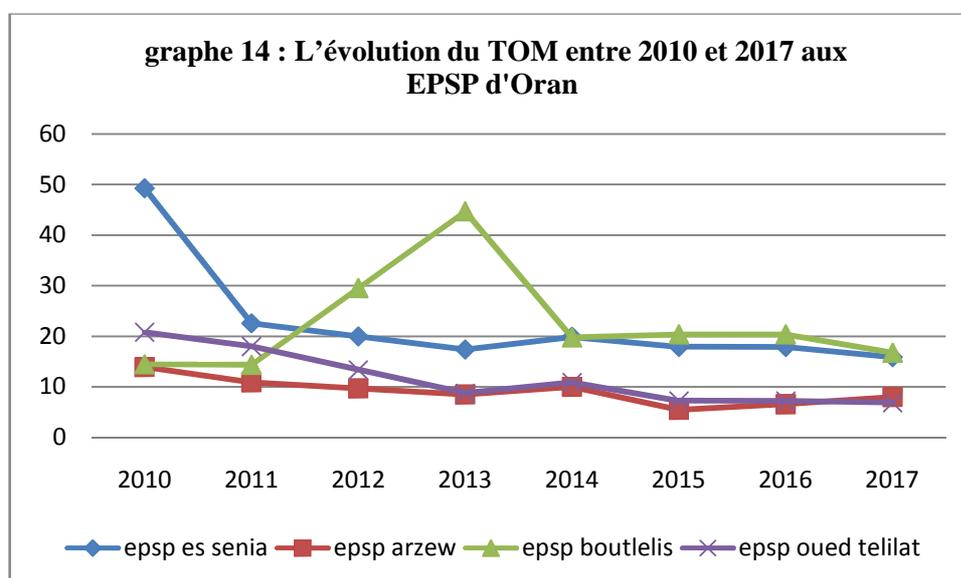
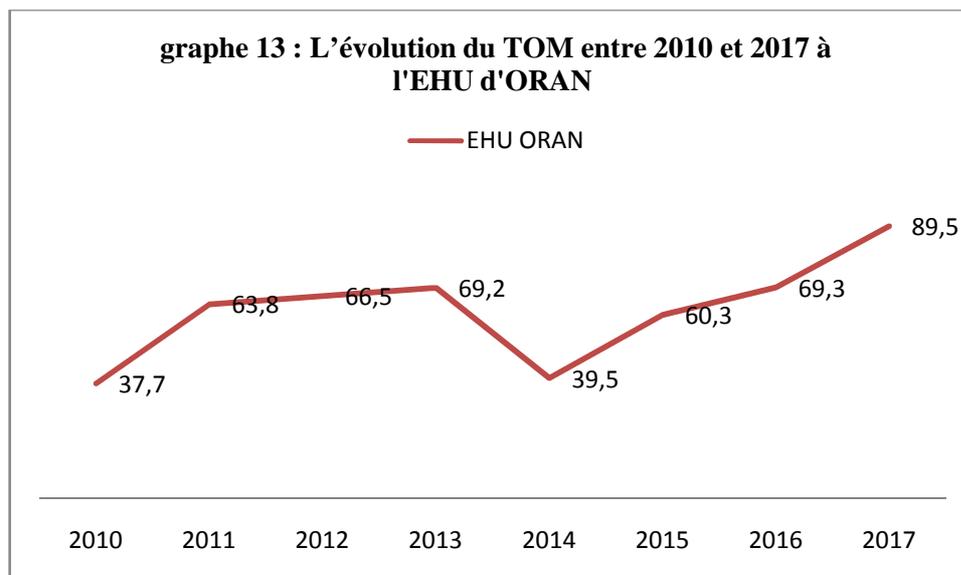
Tableau (3- 19-1) :l'évolution du TOM entre 2010 et 2017 à Oran

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CHU O	153	49	34,8	20,6	44,8	44,5	46,7	38,5
EHU ORAN	37,7	63,8	66,5	69,2	39,5	60,3	69,3	89,5
EH Medjbeur Tami AET	26,1	26,8	26,75	26,7	26,5	29,1	35,6	38,7
EPH EL MOHGOUN	23,7	26,7	22,8	18,9	22,4	24,8	16,6	18
EPH AKID OTHMANE AET	8,65	10,2	12,45	14,7	16,7	13,4	15,2	20,1
EHS OPhtalmologie	56,9	48,8	53,25	57,7	65,8	61	63,5	48,7
EHS CANASTEL	55,8	47,2	49,2	51,2	52,8	54,8	59,9	59,6
EHS CAC	52,3	49,8	83,4	117	110	103	101	76,8
EHS PSYCHI	69	71,3	39,155	7,01	75,7	69,8	79,9	74,7
EHS benyahia zohra point du jours	130	107	89,85	72,7	80,4	78,2	64,3	59,4
EHS Les amandies	26,1	9,63	12,765	15,9	19,7	23,6	21,4	18,4
EHS Les pins	14,5	14,5	15,45	16,4	17,5	18,1	11,8	8,14
EHS NOUAR FADELA	37,6	80,1	78,65	77,2	74,4	80,7	84,1	103
Clinique hadj abed atika	3,12	2,5	4,505	6,51	11,1	8,44	7,23	13,4
epsp es senia	49,3	22,6	20	17,4	19,9	17,9	17,9	15,9
epsp arzew	13,9	10,9	9,695	8,49	10	5,48	6,58	8
epsp boutlelis	14,5	14,4	29,55	44,7	19,8	20,4	20,4	16,8
epsp oued telilat	20,8	18	13,385	8,77	10,9	7,23	7,23	6,9
total	83,7	49,2	42,3	35,4	47,2	50	52,5	51,5

Source :DSP d'ORAN







A partir de tableau (III-11-1) et de la représentation graphique (graphe 15) de l'évolution de TOM entre 2010 et 2017 à la wilaya d'Oran , on remarque qu'en 2010, le TOM été de 83.7 % dont il est le plus élevé durant toute la durée étudiée, ensuite il a diminué à 35.4 % en 2013 qui représente une faible proportion car toute la capacité litière des hôpitaux n'est pas utilisée , , en revanche entre 2014 et 2016 il a évolué dont il atteint 52.5% qui baisse par la suite en 2017 dont il est 51.5% .Partant de la, on constate que le niveau d'occupation des lits reste toujours faible .

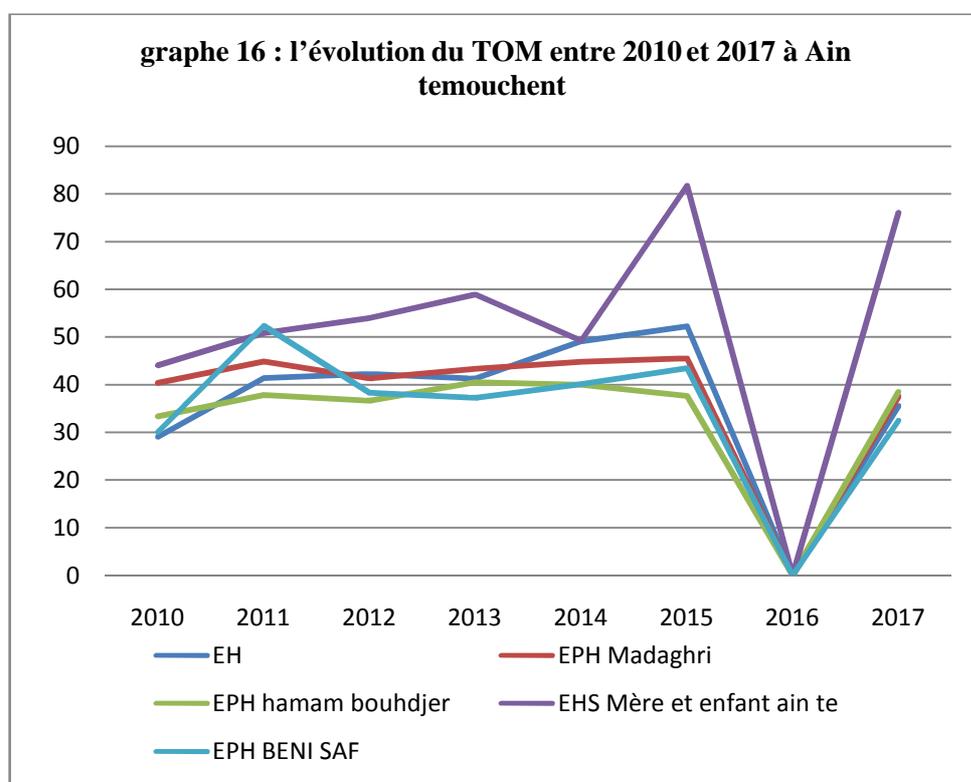
En analysant l'évolution du taux d'occupation moyen des lits entre 2010 et 2017 à Oran de chaque type d'hôpital on constate le suivant :

- Le taux d'occupation moyen diffère selon le type de chaque structure d'hôpital.
- En 2017, le TOM au niveau d'EHS Nouar Fadela est le plus élevée à la willaya d'oran dont il est 103% cela indique que l'activité hospitalière à dépassé la capacité litière de cet établissement qui peut engendrer une surcharge supplémentaire qui diminue la qualité de la prestation des services de santé.
- En 2017, le TOM dépasse les 50 % dans l'EHU d'oran, EHS pédiatrique , EHS CAC , EHS psychiatrique, et l'EHS benyahia zohra.
- En 2017, le CHU d'Oran n'exploite pas même pas 40% de sa capacité litière , en revanche l'EHU d'Oran réalise 89.5% de TOM .
- Si on compare entre le CHU d'Oran et l'EHU d'Oran on remarque que l'activité hospitalière évolué au niveau du l'EHU d'Oran au détriment du celle du CHU d'Oran, sachant qu'en 2010 le TOM été de 153% au CHU d'Oran qui diminue au fil du temps par contre il été de 37.7% à l'EHU d'Oran qui évolue d'une année à l'autre puisque le fonctionnement de ce dernier été fait d'une façon consécutive.
- Durant la période étudiée, on constate que l'EPH akid othmane et EH Medjbeur ain turk assure la couverture sanitaire à la commune d'ain turk avec un taux d'occupation moyen 58.8%, cela n'indique pas que chacun utilise toute sa capacité litière puisque l'EPH akid othmane réalise seulement 20.1 % , ce taux a augmenté de 132.36% entre 2010 et 2017. Ainsi que le TOM au sein de l'EH medjbeur a évolué de 48.27%.
- Pour ce qui concerne l'activité hospitalière de l'EPH EL MOHGOUN , le TOM a baissé de 24.05% entre 2010 et 2017.

Tableau (3--19-2) : l'évolution du TOM entre 2010 et 2017 à Ain temouchent

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
EH	29,05	41,38	42,3	41,24	49,12	52,26	50,12	35,57
EPH Madaghri	40,42	44,86	41,35	43,38	44,82	45,56	42,35	37,52
EPH hamam bouhdjer	33,4	37,9	36,69	40,55	40,02	37,65	38	38,53
EHS Mère et enfant ain te	44,07	50,83	53,96	58,96	49,26	81,79	79,1	76,1
EPH BENI SAF	30,04	52,37	38,29	37,26	40,13	43,48	40,18	32,51

Source : DSP d'Ain temouchen



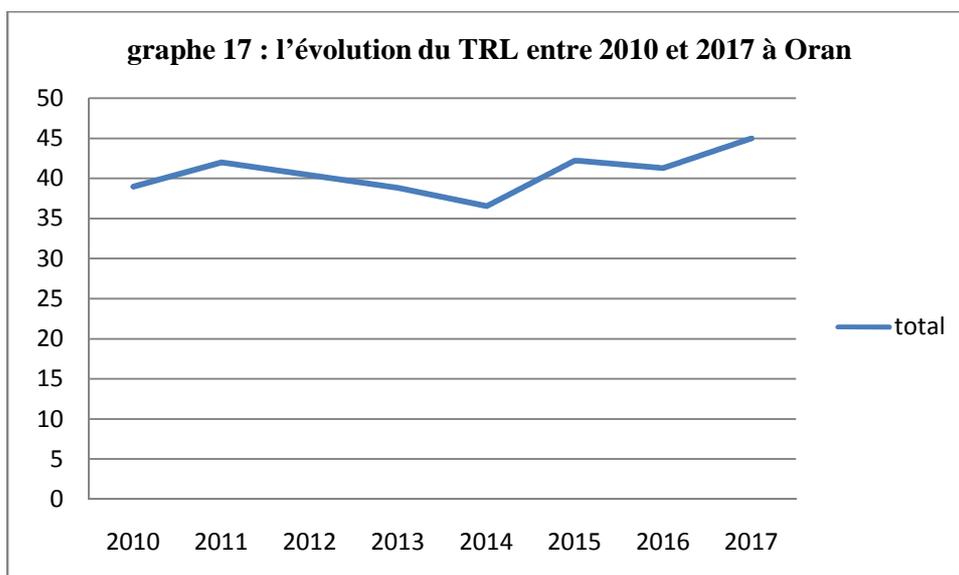
A partir du tableau ci-dessus qui montre l'évolution du TOM entre 2010 et 2017 à Ain temouchent , on remarque que le TOM le plus élevé en 2017 a été enregistré au niveau de l'EHS mère et enfant dont il est de 76.1 % , en revanche le TOM dans les autres établissements de santé ne dépasse pas les 40 % .

1.1.3 L'évolution du Taux de rotation de lits :

Tableau (III-20-1):l'évolution du TRL entre 2010 et 2017 à Oran

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CHU O	49,87	54,45	40,49	26,53	37,62	38,94	41,35	41,09
EHU ORAN	13,73	26,61	37,235	47,86	25,95	48,62	30,4	73,33
EH Medjbeur Tami AET	46,91	50,65	55,775	60,9	70,09	81,17	100,2	65,18
EPH EL MOHGOUN	29,58	35,86	29,5	23,14	33	35,94	31,97	26,16
EPH AKID OTHMANE AET	15,24	16,17	18,005	19,84	22,96	29,07	40,42	34,26
EHS OPhtalmologie	40,23	38,92	44,69	50,46	69,02	72,38	64,28	56,79
EHS CANASTEL	36,18	36,87	38,32	39,77	38,98	39,1	42,7	43,18
EHS CAC	118,2	91,83	130,515	169,2	51,35	63,47	59,54	47,16
EHS PSYCHI	3,051	3,27	3,869	4,468	4,394	3,928	7,115	4,128
EHS benyahia zohra point du jours	158,2	157,3	141,6	125,9	125,9	125,8	96,46	72,3
EHS Les amandies	47,82	22,09	29,9	37,71	39,7	41,72	39,38	39,15
EHS Les pins	16,62	18,32	17,6	16,88	17,95	16,91	20,54	12,97
EHS NOUAR FADELA	44,78	80,04	79,075	78,11	73,26	75,93	79,46	100,5
Clinique hadj abed atika	8,3	6,1	9,385	12,67	10,75	10,55	23,46	21,27
epsp es senia	90,67	82,33	72,915	63,5	72,5	65,17	53	58
epsp arzew	50,25	39,75	35,375	31	36,67	20	25,7	29,2
epsp boutlelis	55,17	52,5	72,25	92	78,4	81,6	78,2	68
epsp oued telilat	74	62,75	46,775	30,8	40,2	28,6	26,6	28,6
total	38,96	42,01	40,42	38,83	36,55	42,25	41,27	44,99

Source : DSP d'Oran



A partir du tableau ci-dessus qui représente l'évolution de taux de rotation des lits entre 2010 et 2017 à la wilaya d'Oran, on remarque que le TRL a augmenté de 15.47 % dont il est passé de 38.96 % à 44.99% en 2017. Ainsi on peut citer que le TRL a rencontré des phases d'évolution comme suit :

- Augmentation de 7.82 % entre 2010 -2011.
- Augmentation de 15.59 % entre 2014-2015.
- Augmentation de 9.01 % entre 2016-2017.

En revanche les phases de baisses sont les suivants :

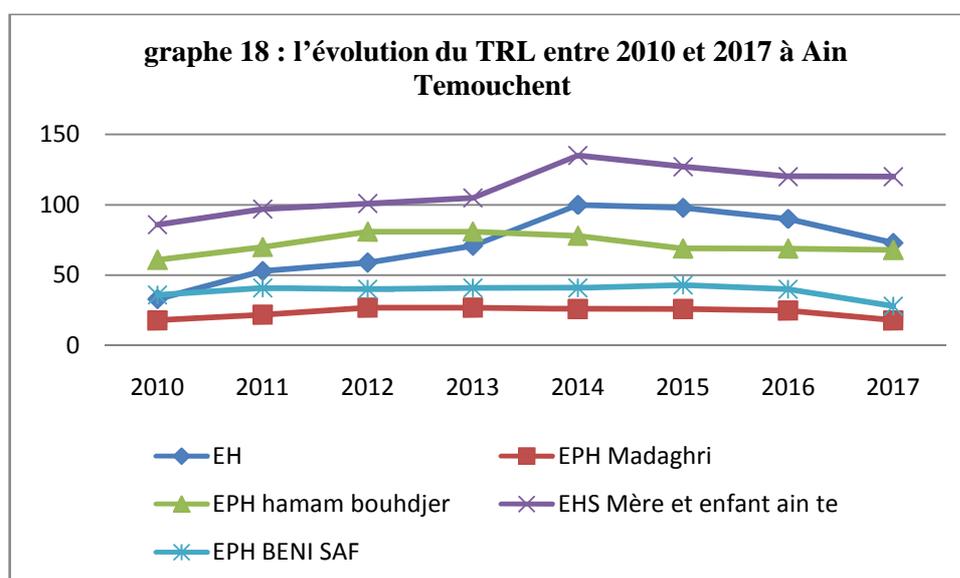
- Entre 2011-2014, le TRL a baissé de 12.99%.
- Entre 2015-2016, une baisse de 2.31%.

Il faut noter que le TRL le plus élevé a été réalisé au niveau du EHS Nouar FADILA dont il est de 100.5% en 2017

Tableau (III-20-2):l'évolution du TRL entre 2010 et 2017 à Ain Temouchent

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
EH	33	53	59	71	100	98	90	73
EPH Madaghri	18	22	27	27	26	26	25	18
EPH hamam bouhdjer	61	70	81	81	78	69	69	68
EHS Mère et enfant ain te	86	97	101	105	135	127	120	120
EPH BENI SAF	36	41	40	41	41	43	40	28

Source : DSP d' Ain temouchent



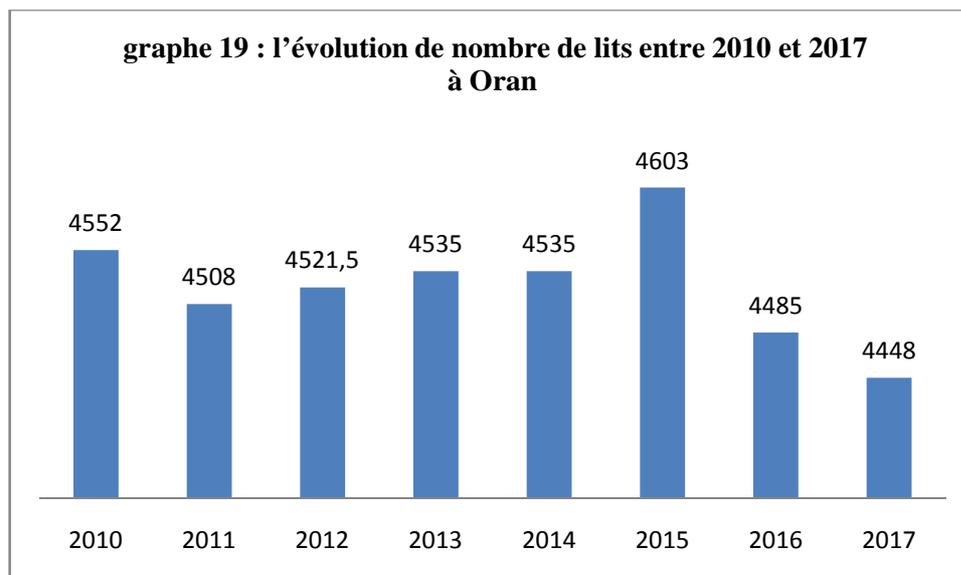
Selon le tableau ci-dessus , on remarque que le TRL a augmenté durant la période étendue entre 2010 et 2017 dans l'EH benzardjeb, EPH hamam bouhdjar, EPH madaghri et l'Ehs mère et enfant , en revanche au sein de l'EPH beni saf le TRL a baissé de 22.22% dont il es passé de 36% à 28%.

1.1.3. Analyse de capacité des lits , et l'activité d'hospitalisation:

Tableau (III-21-1):l'évolution de nombre de lits entre 2010 et 2017 à Oran

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CHU O	1668	1624	1646	1668	1668	1668	1624	1624
EHU ORAN	740	740	740	740	740	808	740	740
EH Medjbeur Tami AET	240	240	240	240	240	240	242	270
EPH EL MOHGOUN	240	240	240	240	240	240	240	240
EPH AKID OTHMANE AET	95	95	95	95	95	95	124	80
EHS OPhtalmologie	192	192	181	170	170	170	170	170
EHS CANASTEL	256	256	256	261	261	261	261	261
EHS CAC	173	173	173	173	173	173	173	173
EHS PSYCHI	470	470	470	470	470	470	425	405
EHS benyahia zohra point du jours	76	76	76	76	76	76	76	76
EHS Les amandies	120	120	120	120	120	120	120	120
EHS Les pins	120	120	120	120	120	120	120	120
EHS NOUAR FADELA	74	74	74	74	74	74	74	74
Clinique hadj abed atika	60	60	60	60	60	60	70	70
epsp es senia	6	6	6	6	6	6	6	5
epsp arzew	12	12	12	12	12	12	10	10
epsp boutlelis	6	6	5	5	5	5	5	5
epsp oued telilat	4	4	5	5	5	5	5	5
total	4552	4508	4521,5	4535	4535	4603	4485	4448

Source : DSP d'Oran

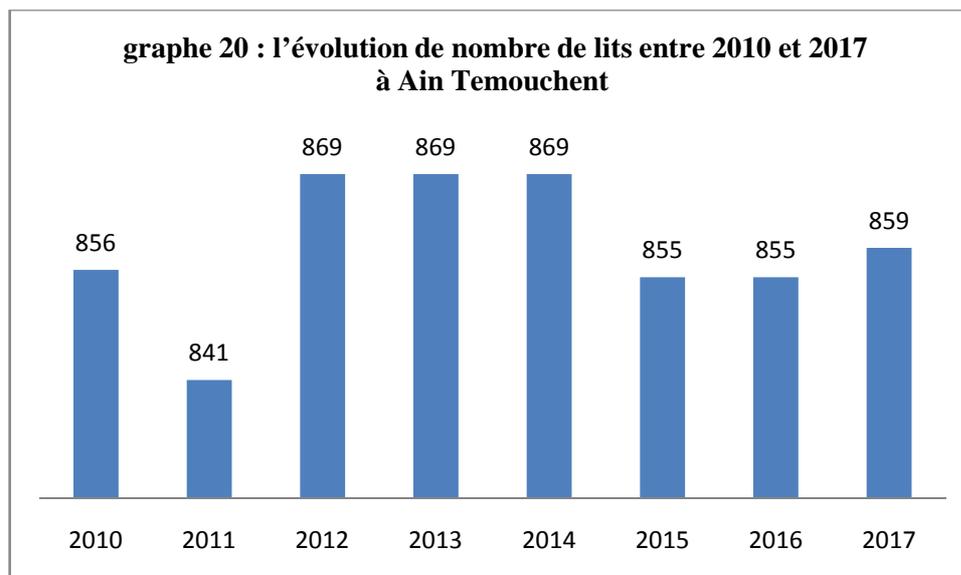


On remarque que la capacité litière est passée de 4552 en 2010 à 4448 en 2017 au niveau de la wilaya d'Oran donc elle a baissé de 2.28% l'équivalent de 104 lits , cet nombre des lits partagés entre tout les types de structure reste minime par rapport a l'accroissement de la population .

Tableau (III-21-2):l'évolution de nombre de lits entre 2010 et 2017 à Ain Témouchent

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
EH	200	200	228	228	228	214	214	218
EPH Madaghri	236	222	222	222	222	222	222	222
EPH hamam bouhdjer	112	112	112	112	112	112	112	112
EHS Mère et enfant ain te	128	127	127	127	127	127	127	127
EPH BENI SAF	180	180	180	180	180	180	180	180
total	856	841	869	869	869	855	855	859

Source : DSP d' Ain temouchent

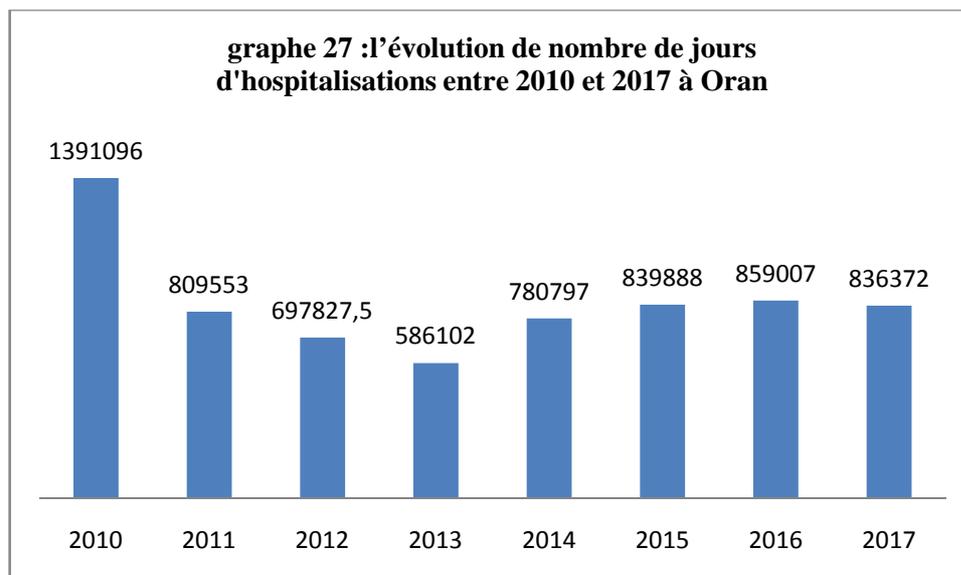


Selon les données ci-dessus, on constate que le nombre des lits a la wilaya de ain temouchent a augmenté seulement de 3 lits entre 2010 et 2017 , autrement dit en 7 ans le secteur de santé de cette wilaya a pu seulement d'assurer la couverture de 3 lits supplémentaires

Tableau (III-21-3):l'évolution de nombre de jours d'hospitalisations entre 2010 et 2017 à Oran

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CHU O	932043	290582	207950	125318	272502	270828	276657	228495
EHU ORAN	101928	172333	179626	186919	106654	177692	187195	241724
EH Medjbeur Tami AET	22831	23480	23424,5	23369	23256	25487	31406	38105
EPH EL MOHGOUN	20789	23399	19982	16565	19665	21751	14584	15778
EPH AKID OTHMANE AET	3001	3547	4324,5	5102	5779	4652	6880	5866
EHS OPhtalmologie	39894	34210	34999,5	35789	40838	37871	39428	30218
EHS CANASTEL	52152	44120	46437	48754	50307	52249	57036	56758
EHS CAC	33050	31453	52692	73931	69400	64955	63807	48469
EHS PSYCHI	118390	122376	67201	12026	129870	119674	123914	110461
EHS benyahia zohra point du jours	36075	29773	24970,5	20168	22312	21703	17830	16485
EHS Les amandies	11431	4219	5602	6985	8612	10323	9389	8077
EHS Les pins	6369	6336	6752	7168	7656	7926	5170	3564
EHS NOUAR FADELA	10151	21628	21240,5	20853	20088	21793	22727	27945
Clinique hadj abed atika	684	548	987	1426	2422	1848	1848	3413
epsp es senia	1080	494	437,5	381	435	391	391	290
epsp arzew	608	477	424,5	372	440	240	240	292
epsp boutlelis	317	315	565,5	816	362	373	373	306
epsp oued telilat	303	263	211,5	160	199	132	132	126
total	1391096	809553	697827,5	586102	780797	839888	859007	836372

Source : Dsp d'Oran

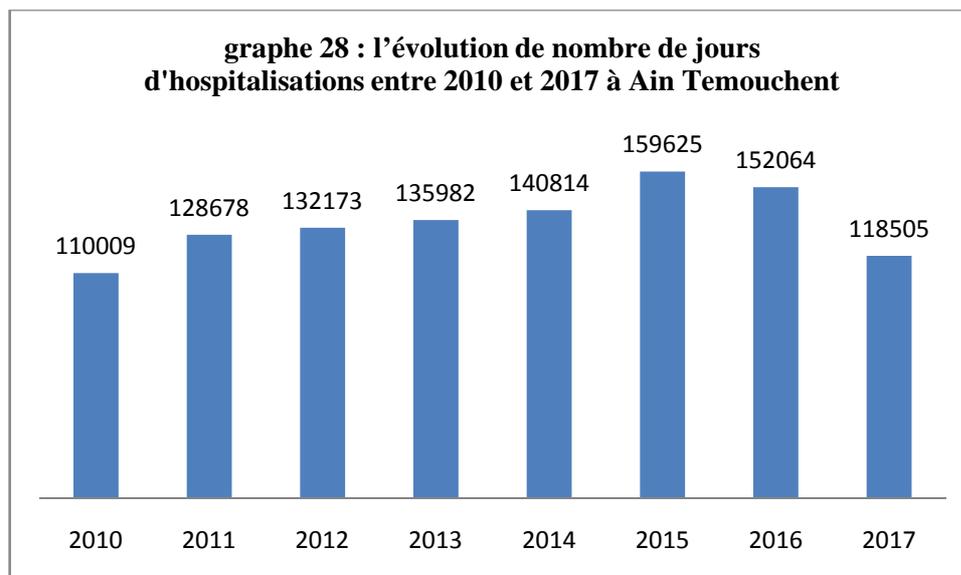


On constate que le nombre de jours d'hospitalisation entre 2010 et 2017 est passé de 1391096 à 836372 fin 2017 soit 39.87% cela explique la réduction de la DMS de 7.84 j en 2010 à 4.18 en 2017 soit une baisse de 46.68%.

Tableau (III-21-3):l'évolution de nombre de jours d'hospitalisations entre 2010 et 2017 à Ain Temouchent

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
EH	21207	29794	34726	33851	40318	40825	39149	25593
EPH Madaghri	34818	35844	33048	34676	35825	36922	34316	27489
EPH hamam bouhdjer	13654	15284	14909	16351	16139	15393	15534	14243
EHS Mère et enfant ain te	20592	23244	24674	26958	22524	37917	36667	31869
EPH BENI SAF	19738	24512	24816	24146	26008	28568	26398	19311

Source : DSP d'Ain temouchent



Selon le tableau ci-dessus et sa représentation graphique, on remarque qu'au niveau de la wilaya d'Ain temouchent le nombre de jours d'hospitalisation a augmenté entre 2010 et 2015 de 45.10% puis il a baissé durant les deux dernières années de notre étude puisque il est passé de 159625 jours à 118505 jours soit une diminution de 25.76%.

Conclusion :

Cette seconde partie concrétise le passage « de la compréhension théorique du contrôle de gestion » développée dans la première partie de notre thèse vers « l'application des outils de contrôle de gestion au sein des hôpitaux publics algériens ». Après avoir établi dans les premiers chapitres de notre thèse les fondements théoriques et conceptuels de notre recherche, nous avons voulu confronter à l'hôpital, en tant que terrain empirique. Notre objectif principal a été de pouvoir apporter des éléments de réponse concrets à notre question centrale de recherche relative à l'impact des déterminants de la fonction du contrôle de gestion dans les hôpitaux publics algériens. Pour cela, nous avons organisé et formalisé notre démarche générale autour de trois sections.

La première section a été consacrée à la méthodologie de la recherche. On a argumenté notre recherche selon des bases théoriques et scientifiques. A cet égard, le choix de l'étude a été justifié. Une posture épistémologique, ainsi qu'une approche qualitative et certains choix méthodologiques comme notamment celui de traiter les résultats des questionnaires par le SPSS et l'analyse de contenu.

Alors que dans la deuxième section, nous avons introduit l'échantillon de la recherche, ce dernier inclus, les directeurs qui ont répondu sur notre questionnaire. Ainsi que le traitement des résultats des questionnaires obtenus dont on a pu vérifier nos hypothèses d'une manière pragmatique et scientifiques

La troisième et dernière section de cette deuxième partie a traité la relation entre les résultats obtenus en deuxième section et l'activité hospitalière au niveau de la wilaya d'Oran et d'Ain Temouchent entre 2010 et 2017. . Et pour finir, il faut dire que cette deuxième partie nous a permis de mieux comprendre le contrôle de gestion hospitalier en Algérie..

Conclusion générale :

L'objectif de cette thèse était de traiter la problématique du contrôle de gestion dans l'organisation hospitalière en Algérie. Après avoir réalisé la synthèse de la littérature académique, nous avons effectué une enquête de terrain auprès de 30 établissements de santé. Cela nous a permis, dans un premier temps, en Algérie pour la période

Nous avons utilisé les facteurs de contingence qui ont un impact sur le contrôle de gestion

Notre recherche doctorale avait pour objectif principal d'enrichir la compréhension des mécanismes de contrôle de gestion dans l'organisation hospitalière et de leur évolution dans le contexte algérien des réformes institutionnelles menées en Algérie depuis le début des années 2002.

Pour essayer de répondre à la question de recherche initiale, nous avons choisi de situer notre démarche dans un paradigme épistémologique constructiviste. Cette posture épistémologique a engendré de nombreuses difficultés, tant dans la compréhension intime et la maîtrise de ses exigences que dans l'élaboration du design de la recherche. Elle s'est avérée par la suite l'option la plus féconde pour décrire et interpréter les données empiriques.

Ce cadre épistémologique nous a permis de formuler des hypothèses provisoires, qui ont constitué les fondations de notre question de recherche initiale. Comme dans toute recherche constructiviste, ces hypothèses n'étaient en rien des cadres rigides et ont d'ailleurs été remises en question tout au long du processus de recherche.

Nous avons essayé de bâtir un design de recherche qui puisse refléter la cohérence entre le cadre épistémologique, la stratégie de recherche et l'instrumentation. Au terme de notre processus de recherche, nous pensons que malgré ses nombreuses limites et imperfections, ce design a tenu ses promesses au moins sur ce point.

Après avoir effectué une présentation détaillée du système hospitalier en Algérie, nous avons constitué notre échantillon qui regroupe 30 établissements publics de santé. Cet échantillon a été l'objet de notre enquête pratique sur le terrain, celle-ci bien que menée avec beaucoup de difficultés, nous a permis de rentrer en possession de plusieurs informations. L'analyse de ces informations nous a amené à mettre en lumière plusieurs dysfonctionnements et limites de la

pratique du contrôle de gestion dans les hôpitaux, et de mesurer la performance de ces derniers selon les dimensions choisies par nous.

De manière globale, l'action de la fonction de contrôle de gestion, bien que progressivement admise et comprise dans les hôpitaux publics en Algérie, peut encore être améliorée et devenir plus performante. Ceci passera par une amélioration des processus en place, une réelle utilisation des éléments de mesure de l'activité et une amélioration de la gestion des actifs. Les dimensions de la performance technique, humaine et financière ont été choisies pour circonscrire au mieux notre recherche. Sur le plan technique, la mesure des indicateurs nous montre que beaucoup de choses restent à faire car le niveau de l'activité est très faible dans l'ensemble de l'échantillon, ceci est dû à plusieurs causes exogènes et endogènes. Cependant, la faiblesse de la charge de travail des ressources humaines, la mauvaise gestion des actifs, le manque d'incitation à la performance humaine sont les causes les plus importantes. Ainsi que l'émergence des services de contrôle de gestion au sein de l'organisation hospitalière répond à une double nécessité, fonctionnelle (technique et organisationnelle) et structurelle (défis de la réforme du secteur sanitaire).

Il ressort de l'analyse des données collectées au près des 30 établissements de santé que la planification stratégique, le système d'information et le contrôle externe expliquent la mise en place du contrôle de gestion dans les hôpitaux publics algériens donc l'affirmation des hypothèses (H2, H3, et H4).

En revanche, la taille n'a pas un impact sur le développement du système de contrôle de gestion hospitalier selon l'enquête statistique donc l'infirmité de la première hypothèse (H1).

L'adoption du contrôle de gestion par les hôpitaux publics est justifiée par la corrélation positive entre la mise en place de ce système et l'augmentation de la performance hospitalière dont elle a été analysé par le fait de l'amélioration des indicateurs de l'activité hospitalière tels que la durée moyenne de séjours (DMS), le taux d'occupation moyen des lits (TOM), le taux de rotation des lits (TRL), le nombre de jours d'hospitalisation et la capacité litière, cela affirme la dernière hypothèse (H5) autrement dit plus le système de contrôle de gestion est développé, l'hôpital sera plus performant.

Limites de recherche :

Notons aussi que notre recherche a eu des obstacles et des limites dont nous les structurons comme suit :

Limites opérationnelles :

- On a du faire plusieurs entretiens pour tirer le maximum de résultats car les directeurs avaient peur de donner des informations.
- Quelques directeurs étaient très occupés.
- Le moment des entretiens, des problèmes nous ont interrompus comme des réclamations urgentes !
- Quelques accueils étaient froids, on a du même supporter l'offensive d'un des directeurs durant le premier entretien.
- Nous souhaitons évoquer une dernière limite de notre recherche. En effet, l'échantillon de 30 établissements de santé peut paraître pas assez significatif pour généraliser sur le pays. Aussi, les hôpitaux étudiés sont situés à l'Ouest du pays. Pour cette raison, il nous paraît intéressant d'élargir notre recherche sur le plus grand nombre des hôpitaux situés dans des régions différentes. Toutefois, notre thèse constitue un des premiers pas dans la recherche sur le système de contrôle de gestion hospitalier en Algérie. Etant un processus continu, le sujet de contrôle de gestion hospitalier restera, dans les années à venir, un sujet vivant et d'actualité

BIBLIOGRAPHIE

- Alazard C & Separi S. (2007), "Contrôle de gestion : manuel & applications", DEFC épreuve n°11, Dunod.
- Alazard C. & Separi S. (2001), "Contrôle de gestion: manuel & applications", DEFC épreuve, n°7, 5ème édition, Dunod.
- Anthony R.N. (1965), "Planning and control systems, A Framework for analysis", 1er edition, Boston, Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Anthony, R.N. et Govindarajan, V. (2001). Management control systems. Boston: MacGraw-Hill.
- Anthony, R.N. (1988). The Management Control Function. The Harvard Business School Press,
- Anthony, R.N. (1965). Planning and Control Systems, A Framework for Analysis. Division of Research, Harvard Business School, Boston.
- Boston. Trad. fr. La fonction contrôle de gestion, Publi-Union, Paris, 1993.
- Berland, N. (2008). On ne gère que ce que l'on mesure - Petit bréviaire des idées reçues en management. Editions La Découverte, Paris.
- Berland, N. (1999). A quoi sert le contrôle budgétaire ?, Finance, Contrôle, Stratégie, vol. 2, n° 3, p. 5-23.
- Berland, N. (1999). L'histoire du contrôle budgétaire en France. Thèse pour l'obtention du titre de docteur ès sciences de gestion, Paris, Université de Paris Dauphine.
- Bouquin, H. et Kuszla, C. (2014). Le contrôle de gestion. Contrôle de gestion, contrôle d'entreprise et gouvernance. Presses Universitaires de France, Paris, PUF, 10ème édition mise à jour.
- Bouquin H. (2008), "Le contrôle de gestion : contrôle d'entreprise et gouvernance", 8ème Edition mise à jour, presses universitaires de France, Paris.
- Bouquin, H. (2005). Les grands auteurs en contrôle de gestion. Editions EMS, p. 109-143.
- Bouquin H. (2001), "Contrôle de gestion", Presses Universitaires de France, 5ème édition, Paris.
- Bouquin H. (2000), "Comptabilité de gestion", Economica.
- Bouquin H. (1997), "Le contrôle de gestion", PUF.
- Bouquin H. (1994), "Contrôle, in Simon Y ; et Joffre P (dir) ", Encyclopédie de Gestion, Tome 1, Article 33, , pp 667-686.
- Bouquin H. & Presquex Y. (1999), "Vingt ans de contrôle de gestion ou le passage d'une technique à une discipline", Revue Comptabilité-Contrôle-Audit, Tome 5, pages 93-105.

- Bolman, L.G. et Deal, T.E. (1997). *Reframing organizations: Artistry, choice, and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bonnici, B. (1997). *La politique de santé en France*. PUF, 2ème édition corrigée, 1ère édition, 1993.
- Bourguignon A. (1995), “Peut-on définir la performance ?”, *Revue française de comptabilité*, n°269, pages 61-65.
- Bruns W.J. & Watehouse J.H. (1975), “Budgetary control and organizational structure”, *Journal of Accounting Research*, Volume 33, pages 177 -203.
- Burns T. & Stalker G.M. (1961), “The management of innovation”, Tavistock, London.
- Cavalluzzo K.S. & Ittner C.D. & Larcker D.F. (1998), “Competition, efficiency, and cost allocation in government agencies: Evidence from the Federal Reserve System”, *Journal of Accounting Research*, Volume 36, pages 1- 32.
- Chandler A. D. (1962), “Strategy and structure”, Cambridge, MA: M.I.T. Press.
- Chatelain-Ponroy S. & Sponem S. (2007), “ Evolution et performance du contrôle de gestion”, *Revue Economie & Management*, n° 123, Disponible sur le lien : <http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/65/47/PDF/12-18.pdf>.
- Chenhall R.H. (2003), “Management control systems design within its organizational context : findings from contingency-based research and directions for future”, *Accounting Organizations and Society*, Volume 28, Issues 2-3, pages 127-168.
- Chenhall R.H. (1999) “Revisiting contingency research in management accounting”, EDEN Doctoral Seminar.
- Chenhall R.H. & Chapman C. (2006). “Theorising and testing fit in contingency research on management control systems”. In Z. Hoque (Ed.), *Methodological issues in accounting research: Theories and methods*, pages 35–52, London: Spiramus Chapter 4.
- Chenhall R.H. & Morris D. (1995), “Organic decision and communication processes and management accounting systems in entrepreneurial and conservative business organizations, Omega”, *International Journal of Management Science*, Volume 23, Issue 5, pages 485-497.
- Chenhall R.H. & Morris D. (1986), “The impact of structure, environment and interdependencies on the perceived usefulness of management accounting systems”, *Accounting Review*, Volume 61, pages 16-35.
- Child J. (1972), “Organizational structure, environment and performance : the role of strategic choice”, *Sociology*, Volume 6, pages 1-22.
- Cooper R. & Kaplan R.S. (1988), “How Cost Accounting Distorts Product Cost”, *Management Accounting*, pages 20-27.
- Crozier M. & Friedberg E. ([1977] 1992), “L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective”, Éditions du Seuil, coll. Points Essais.

- Cuyaubre T. & Muller J. (2004), “Contrôle de gestion : DEFC, épreuve n°7”, 7^{ème} édition, Groupe Revue Fiduciaire, Paris.
- Demeestre R. & Lorino P. & Mottis N. (2009), “Contrôle de gestion et pilotage de l’entreprise”, 4^{ème} édition, DUNOD.
- Desreumaux A. (1998), “Théorie des organisations, les Essentiels de la gestion”, Edition Management et Société.
- Doriath B. & Goujet C. (2007), “Gestion prévisionnelle et mesure de la performance”, Dunod, Paris.
- Doriath B. & Coujet C. (2005), “Gestion prévisionnelle et mesure de la performance”, 2^{ème} édition, DUNOD.
- Elhamma A. (2010), “la comptabilité par activités au Maroc : une étude empirique utilisant la théorie de la contingence”, Revue du chercheur, N°08.
- Elhamma A. (2001), “L’impact de la stratégie sur le contenu des tableaux de bord : cas des entreprises au Maroc”, Revue Cangolaise de Gestion, Numéro 14, Issue 2, pages 57 – 77.
- Emmanuel C. & Otley D. & Merchant K. (1990), “Accounting for Management Contrôl”, 2nd edition, London, Chapman & Hall.
- Errami Y. (2007), “Les systèmes de contrôle traditionnels et modernes : articulation et modes d’existence dans les entreprises françaises”, France. Sur le lien : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00543115/document>, date 23/05/2015.
- Fisher, J. (1995) “Contingency based research on management accounting control systems: Categorisation by level of complexity” Journal of Accounting Literature, Volume 14, pages 24-53.
- Gautier F. & Pezet A. (2006), “Contrôle de gestion : gestion appliquée”, Dareois & Pearson Education, Paris.
- Gervais, M. (2005). Contrôle de gestion, 8^{ème} édition, Économica, Paris.
- Gervais, M. (1997). Contrôle de gestion. Économica, p. 719.
- Gervais, M. (1989). Contrôle de gestion et planification d’entreprise. Économica, 3^{ème} édition.
- Giddens, A. (1984). La constitution de la société. Traduit par Michel Audet, université Laval. 1^{ère} édition « Quadrige », juin, 2005.
- Giddens, A. (1987). Social theory and modern sociology. Polity Press, Oxford.
- Giddens, A. (1979). Central problems in social theory. Berkeley: University of California Press.
- Gill, J. et Johnson, P. (2002). Research Methods for Managers. London: Sage.
- Golsorkhi, D, Rouleau, L, Seidl, D. et Vaara. (2010). Cambridge Handbook of Strategy Practice. Cambridge: Cambridge University Press.

- Golsorkhi, D. (2006). *La fabrique de la stratégie: Une perspective multidimensionnelle*. Paris: Vuibert.
- Goodall, H.L. (2000). *Writing the new ethnography*. Lanham, MD: Alta Mmira Press.
- Gram-Hanssen, K. (2010). *Introducing and Developing Practice Theory: Towards a Better Understanding of Household Energy Consumption*. Linköping Electronic Conference Proceedings Journal. p. 45-58.
- Green, S.G. et Welsh, M. A. (1988). *Cybernetics and Dependents: Reframing the Control Concepts*. *Academy of Management Review*. 13: 287-301.
- Groot, T. et Lukka, K. (2000). *Cases in management accounting: current practices in European companies*. Harlow: Financial Times Prentice Hall. xvi, 336 p.
- Giraud F. & Saulpic O. & Nauleau G. & DELMOND M.H. & BESCOS P.L (2004), “Contrôle de gestion et pilotage de la performance”, 2ème édition, Gualino Editeur, Paris.
- Gordon L. A., & Narayanan V. K. (1984), “Management accounting systems, perceived environmental uncertainty and organization structure: an empirical investigation”, *Accounting, Organizations and Society*, Volume 1, pages 33-47.
- Gosselin M. (2000), “Influence de la stratégie sur l’adoption et la mise en oeuvre d’une comptabilité par activités”, *Finance Contrôle Stratégie*, Volume 3, Issue 4, pages 37-56.
- Gosselin M. (1997), “The effects of strategy and organizational structure on the adoption and implementation of activity based costing”, *Accounting, Organizations and Society*, Volume 22, Issue 2, pages 105 – 122.
- Govindarajan V. (1984), “Appropriateness of accounting data in performance evaluations: An empirical examination of environmental uncertainty as an intervening variable”. *Accounting, Organizations and Society*, Volume 2, pages 125-135.
- Guennou P. (2001), “Maitrise de la performance, les travaux de l’AFGI in « Les indicateurs de performance » ”, Hermes, Paris.
- Gul F. & Chia Y. (1994), “The effects of management accounting systems, perceived environmental uncertainty and decentralization on managerial performance: a test of a three-way interaction”, *Accounting, Organizations and Society*, Volume 19, Issues 4-5, pages 413-426.
- Gump B. (2000), “Les outils du contrôle de gestion au service de votre stratégie”, Editions d’Organisation, paris.
- Halgand, N. (2000). *Calcul des coûts et contrôle budgétaire à l’hôpital : éléments d’analyse comparée du nouveau cadre comptable*. XXIème congrès AFC, mai.
- Halgand, N. (1997). *Comptabilité et pertinence : une proposition constructiviste pour le nouveau management hospitalier*. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 3, Volume 2, septembre, pp. 77- 92.

- Halgand, N. (1995). Problème de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas hospitalier. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, tome 1, vol. 2, pp. 5-34.
- Haldama T; & Lääts K. (2002), “Contingencies influencing the management accounting practices of Estonian manufacturing companies”, *Management Accounting Research*, Volume 13, Issue 4, pages 379-400.
- Hammana K. (2013), “Le besoin de nouveaux outils de contrôle de gestion et de mesure de performance”, *Le séminaire international sur le contrôle de gestion*, le 27 et 28 novembre 2013, Annaba.
- Hartmann F. (2000), “The appropriateness of RAPM : toward the further development of theory”, *Accounting, Organizations and Society* , Volume 25, pages 451-482.
- Hemmer T. (1996), “On the design and choice of “modern” management accounting measures”, *Journal of Management Accounting Research*, Volume 8, pages 87-
- Hill N.T. (2000), “Adoption of costing systems in U.S. hospitals: An event history analysis 1980–1990”, *Journal of Accounting and Public Policy*, Volume 19, pages 41- 71.
- Hopwood A.G. (1987), “The Archaeology of Accounting Systems”, *Accounting, Organisations and Society*, volume 12, Issue 3, pages 207-234.
- Hood, C. (1995). *The New Public Management in the 1980s : Variation on a Theme*. *Accounting Organizations and Society*, vol. 20, n° 2/3, pp. 93-109.
- Hopwood, A. G. (2007). Whither accounting research? *The Accounting Review*, volume 82, n°5, p. 1365- 1374.
- Hopwood, A. G. (1984). *Accounting and the Pursuit of Efficiency*. In Hopwood, A. G. and Tomkins, C. (eds) *Issues in Public Sector Accounting*, pp. 167-187 (Oxford: Philip Allan).
- Hopwood, A.G. (1983). On trying to study accounting in the contexts in which it operates. *Accounting, Organizations and Society*, 8(2/3): 287-305.
- Hopwood, A. G. (1976). The path ahead. *Accounting, Organizations and Society*, vol 1, n°1, p. 1-4.
- Hopwood, A.G. (1974). *Leadership Climate and the Use of Accounting Data in Performance Evaluation*. *The Accounting Review*, Vol. 49, N° 3, Jul, pp. 485-495.
- Hopwood, A.G. (1972). *An Empirical Study of the Role of Accounting Data in Performance Evaluation*, *Empirical Research in Accounting*. Supplement to *Journal of Accounting Research*. 156-182.
- Jodan H. (1998), “La planification et contrôle de gestion en France en 1998”, Groupe HEC : les cahiers de recherche, CR644/1998, Paris.

- Jones C. & Dugale D. (2002), "The ABC bandwagon and the juggernaut of modernity", *Accounting Organization And Society*, volume 27, pages 121-163.
- Kalika M. (1986), "Structures d'entreprises", *Economica*.
- Kaplan, R.S. (1995). "News roles for management accountants", *Journal of Cost Management* Fall, pages 6 -13.
- Kaplan R.S. & Norton D.P. (2003), "Le tableau de bord prospectif", Editions d'Organisation, Paris.
- Kaplan R.S. & Norton D.P. (1996), "The Balanced Scorecard-Translating Strategy into Action", Boston Massachusetts, Harvard Business School Press.
- Kaplan R.S. & Norton D.P. (1992) "Putting The Balanced Scorecard System To Work", *Harvard Business Review*, pages 71-79.
- Kato Y. (1993), "Target Costing support systems: lessons from japonese companies", *Management Accounting Research*, pages 33-47.
- Langevin P. & Naro G. (2003), "Contrôle et comportements : une revue de la littérature anglo-saxonne", Manuscrit auteur, publié dans « Identification et maîtrise des risques : enjeux pour l'audit, la comptabilité et le CDG, France.
- Langfield-Smith K. (1997), "Management control systems and strategy : a critical review", *Accounting, Organizations and Society*, , Volume 22, Pages 207-232.
- Laucate P. (2012), "Les principes et outils essentiels du contrôle de gestion", 12 ACOR RG F°CG, Guide V3, 12-13-14 Septembre. Sur le lien : http://www.focusintl.com/075-intervention_2.pdf.
- Lawrence P.R. & Lorsch J. (1967). "Organization and environment". Boston: Harvard Business School, Division of Research.
- Lebas M. (1991), "Comptabilité analytique basée sur les activités, analyse et gestion des activités", *Revue Française de Comptabilité*, n° 226.
- Libby T. & Waterhouse J. (1996), "Predicting Change In Management Accounting Systems", *Journal of Management Accounting Research*, pages 137-150.
- Lorino P. (2001), "La performance et ses indicateurs in « les indicateurs de performance » ", sous la direction de BONNEFOUS et COURTOIS, HERMES, Paris.
- Lorino P. (1997), "Méthodes et pratiques de la performance", Éditions d'organisation.
- Lorino P. (1991), "Le contrôle de gestion stratégique, la gestion par activités", Éditions d'organisation.
- Luft J.L & Shields M.D (2003), "Budgeting reseatch : Mapping management accounting : praphics and guidelines for theory-consistent empirical research" *Accounting, Organizations and Society*, Volume 28, pages 169-249.
- Löning H. & Pesqueux Y. (1998), "Le contrôle de gestion", Dunod, Paris.

- Malo J.L. & Mathe J.C. (2002), "L'essentiel du contrôle de gestion", 2ème édition, Editions d'organisation, Paris.
- Merchant K.A. (1990), "The effects of financial controls on data manipulation and management myopia", *Accounting, Organizations and Society*, Volume 15, pages 297-313.
- Merchant K.A. (1984), "Influences on departmental budgeting: An empirical examination of a contingency model", *Accounting, Organizations and Society*, Volume 9, Issues 3-4, pages 291-307.
- Merchant K.A. (1981), "The design of corporate budgeting system : influences on managerial behaviour and performance", *The Accounting Review*, , Vol 56, n°4, p 813-829.
- Meysonnier F. (2001), "Le Target Costing : un état de l'art", *Finance-Contrôle- Stratégie*, Volume 4, Issue 4, pages 113-138.
- Mia L. & Chenhall R.H. (1994), "The usefulness of management accounting systems, functional differentiation and managerial effectiveness", *Accounting, Organizations and Society*, Volume 19, Issue 1, pages 1-13.
- Miles R.W. & Snow C.C. (1978), "Organizational strategy, structure and process", New York, Mc Graw Hill.
- Miller P. & O'Leary T. (1990), "Making accountancy practical, *Accounting, Organizations and Society*", Volume 15, Issue 5, 479- 498.
- Mintzberg H. (1994), "Structure et dynamique des organisations", les Editions d'Organisation, 9ème édition.
- Mintzberg H. (1984), "Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre", Editions d'Organisation.
- Mintzberg H. (1982), "Structure et dynamique des organisations", les éditions d'organisation.
- Mintzberg, H, Ahlstrand, B. et Lampel J. (1999). *Safari en pays de stratégie*, éd. Village mondial.
- Mintzberg, H. et Waters, J. (1985). Of strategies deliberate and emergent. *Strategic Management Journal*, 6, 3: 257-72.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Mintzberg, H, Raisinghani, D. et Theoret, A. (1976). The structure of 'unstructured' decision processes. *Administrative Science Quarterly*, 21: 246-75.
- Moers F. (2006), "Performance measure properties and delegation", *The Accounting Review*, Volume 81, Issue 4, pages 897- 924.
- Morgan G. (1990), "Organizations in Society", London: Mcmillan.
- Merchant, K.A. et Simons, R. (1986). *Research and Control in Complex Organizations: An Overview* L. *Journal of Accounting Literature*. 5:183-203
- Miller, P. (2001). *Governing by*

- numbers: why calculative practices matter. *Social Research*, 68(2), 379–396.
- Merchant, K.A. (1985). *Control in Business Organizations*. Marshfield, Mass.: Pitnam.
- Merchant, K.A. (1982). The Control Function of Management. *Sloan Management Review*, pp. 43-55.
- Mottis N. (2006), “Le contrôle de gestion”, 2ème édition, éditions EMS, Paris.
- Nora G. (1988), “La dimension humaine du contrôle de gestion : la recherche anglosaxonne sur les aspects comportementaux de la gestion budgétaire”, *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 4, Volume 2.
- Nobre, N. (2001). *Management hospitalier: du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif*. *Comptabilité-Contrôle-Audit / Tome 7 - Volume 2 -novembre 2001* (p. 125 à 146).
- Normann, R. (1977). *Management for growth*. New York: Wiley.
- Nyland, K. et Pettersen, I.J. (2004). The control gap: the role of budgets, accounting information and (non-) decisions in hospital settings. *Financial Accountability and Management*, 20(1), February 2004, 0267–4424.
- Otley, D. (1999). Performance management: A framework for management control systems research. *Management Accounting Research*, volume 10, p. 363-382.
- Otley, D. (1980). The Contingency Theory of Management Accounting: Achievement and Prognosis. *Accounting, Organizations and Society*, 5(4): 413- 28.
- Otley, D. et Berry, A. (1980). Control, organization and accounting. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 5, N° 2, pp. 231-244.
- Otley, D. (1978). Budget use and managerial performance. *Journal of Accounting Research*, vol. 16, n° 1, p. 122-149.
- Otley, D. (1977). Behavioral aspects of budgeting. *Accountant’s Digest*, n° 49, p.1-32
- Ouchi, W.G. (1980). Markets, Bureaucracies and Clans. *Administrative Science Quarterly*, vol. 25, n° 1, pp. 129-141.
- Ouchi, W.G. (1979). A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. *Management Science*, 25, 9: 833-848.
- Ouchi, W.G. (1977). The Relationship between Organizational Structure and Organizational Control. *Administrative Science Quarterly*, vol. 22, pp. 95-113.
- Otley D.T. (1999), “Performance management: a framework for management control systems research”, *Management Accounting Research*, Volume 10, pages 363-382.
- Otley D.T. (1980), “The contingency theory of management accounting”, *Accounting Organizations and Society*, Volume 5, Issue 4, pages 413-428.
- Otley D.T. (1978), “Budget use and managerial performance”, *Journal of Accounting Research*, Spring.

- Perrow C. (1967), "A framework for the comparative analysis of organizations", *American Sociological Review*, Volume 56, Issue 1, pages 194- 208.
- Perrow, C. (1986). *Complex Organizations*. (New York: Random House). 497
- Perrow, C. (1985). Review Essay: Overboard with Myth and Symbols. *American Journal of sociology*, pp. 151-155.
- Perrow, C. (1979). *Organizational Analysis A Sociological View*. (Tavistock).
- Pettersen, I.J. (1995). Budgetary Control of Hospitals: Ritual Rhetorics and Rationalized Myths? *Financial Accountability and Management*, vol. 11, n° 3, pp. 207-221.
- Pettigrew, A.M, Ashurner, L. et Fitzgerald, L. (1995). *The New Public Management in Action*. Oxford University Press.
- Pettigrew, A.M. (1992). On studying managerial elites. *Strategic Management Journal*, 13, 163–82.
- Pettigrew, A.M. (1985). The awakening giant: continuity and change. in ICI. Oxford: Blackwell.
- Pettigrew, A.M. (1977). Strategy formulation as a political process. *International Studies of Management and Organisation*, 7, 2: 78–87.
- Pierru, F. (2007). *Hippocrate malade de ses réformes*. Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant.
- Power, M. (1997). *The Audit Society: Rituals of Verification*. (Oxford University Press, Oxford).
- Power, M. (1991). Educating accountants: towards a critical ethnography. *Accounting, Organizations and Society*, 16(4), 333–353.
- Preston, A.M. (1992). The birth of clinical costing. A study of the emergence and transformations of discourses on costs and practices of accounting in U.S. hospitals. *Accounting Organizations and Society*, pp. 63-100.
- Preston, A.M, Cooper, D.J. et Coombs, R. (1992). Fabricating Budgets: A Study of the Production of Management Budgeting in the National Health Service. *Accounting, Organization and Society*, Vol. 17, pp. 561–593.
- Preston, A.M. (1986). Interactions and arrangements in the process of informing. *Accounting, Organizations and Society*, 11, 521–540.
- Rouleau L. (2007), "Théorie des Organisations : Approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde", Presses de l'Université du Québec, Canada.
- Rousselle P. & Wacheux F. (2005), "Management des ressources humaines : méthode de recherche en sciences humaines et sociales", De Boeck Supérieur « Méthode & Recherche », Brixelles.
- Schoonhoven C. (1981), "Problems with contingency theory: testing assumptions hidden within the language of contingency theory", *Administrative science quarterly*, Volume 26, pages 349-377.

- Simons R. (1995), "Levers of control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal, *Renewal*", *Strategic Management Journal*, Harvard Business School Press, Boston Massachusetts, Volume 15, pages 169-189.
- Simons R. (1994), "How new top managers use control systems as levers of strategic renewal", *Strategic Management Journal*, Volume 15, pages 169-189.
- Simons R. (1991), "Strategic orientation and top management attention to control systems", *Strategic Management Journal*, Volume 12, pages 49-62.
- Simons R. (1990), "The role of management control systems in creating competitive advantage: New perspectives", *Accounting, Organizations and Society*, Volume 15, Issues 1-2, pages 127-143.
- Williams J. & Seaman A.E. (2001), "Predicting change in management accounting systems: national culture and industry effects", *Accounting, Organizations and Society*, Volume 26, ISSUES 4-5, pages 443-460.
- Woodward J. (1965), "Industrial organization: theory and practice", London: Oxford University Press.
- Young S.M. & Selto F.H. (1991), "New manufacturing practices and cost
- Zimnovitch H. (1999), "La recherche historique en contrôle de gestion", In *faire de la recherche en contrôle de gestion*, Vuibert, FNEGE

ANNEXES

2. Le programme budgétaire

Existe-t-il un système budgétaire dans la gestion financière de l'hôpital?											oui	non			
Existe-t-il un budget par service											oui	non			
Quelle est la procédure d'élaboration des budgets dans l'hôpital				Direction vers les services			Services vers la direction								
Quels sont les types de budgets que vous utilisez? (cochez la bonne case)															
budget des recettes			budget des dépenses			budget de trésorerie		budget des investissements		autres à préciser					
Effectuez-vous un contrôle périodique															
des recettes? (R)						des dépenses (D)									
oui		non				oui		non							
Si oui , à quelle fréquence ? (entourez la lettre)															
mensuelle		R	D	trimestrielle		R	D	semestrielle		R	D	annuelle		R	D
Quel est le pourcentage global d'exécution du budget annuel?	20%		Quel est le pourcentage global d'exécution du budget en recettes propres	20%		Quel est le pourcentage global d'exécution du budget en dépenses de fonctionnement?	20%		Quelle est la périodicité du contrôle budgétaire?	hebdomadaire					
	40%			40%			40%			mensuelle					
	60%			60%			60%			trimestrielle					
	80%			80%			80%			semestrielle					
	Ou 100%			Ou 100%			Ou 100%			annuelle					

Les outils de contrôle de gestion : Indiquez, en utilisant l'échelle ci-dessous, l'importance de chaque outil de contrôle de gestion

1= pas important

2= peu d'important

3= important

4= extrêmement important

L'outil de contrôle de gestion prédominant							
Comptabilité publique		Comptabilité analytique		Comptabilité générale			
Le système d'information hospitalier (SIH)							
L'existence du SIH		Oui			Non		
L'apport du système d'information au contrôle de gestion		La traçabilité		La prise de décision		La mise à jour	
La planification stratégique							
Le processus de planification stratégique		Programmation bi-annuelle		Programmation annuelle		Projet d'établissement hospitalier sur 5 ans (PEH)	
Le responsable de la planification stratégique		Le directeur de l'hôpital		autres			
L'organisation du contrôle externe							
Le ministère de la santé		La DSP		Le directeur de l'hôpital		Le conseil d'administration	
						Le comité médical de l'établissement	

EVALUATION DE LA PERFORMANCE :

Veillez monsieur le directeur m'accorder les évolutions de l'activité hospitalière (DMS, TOM, TRL ...etc.)de votre organisme

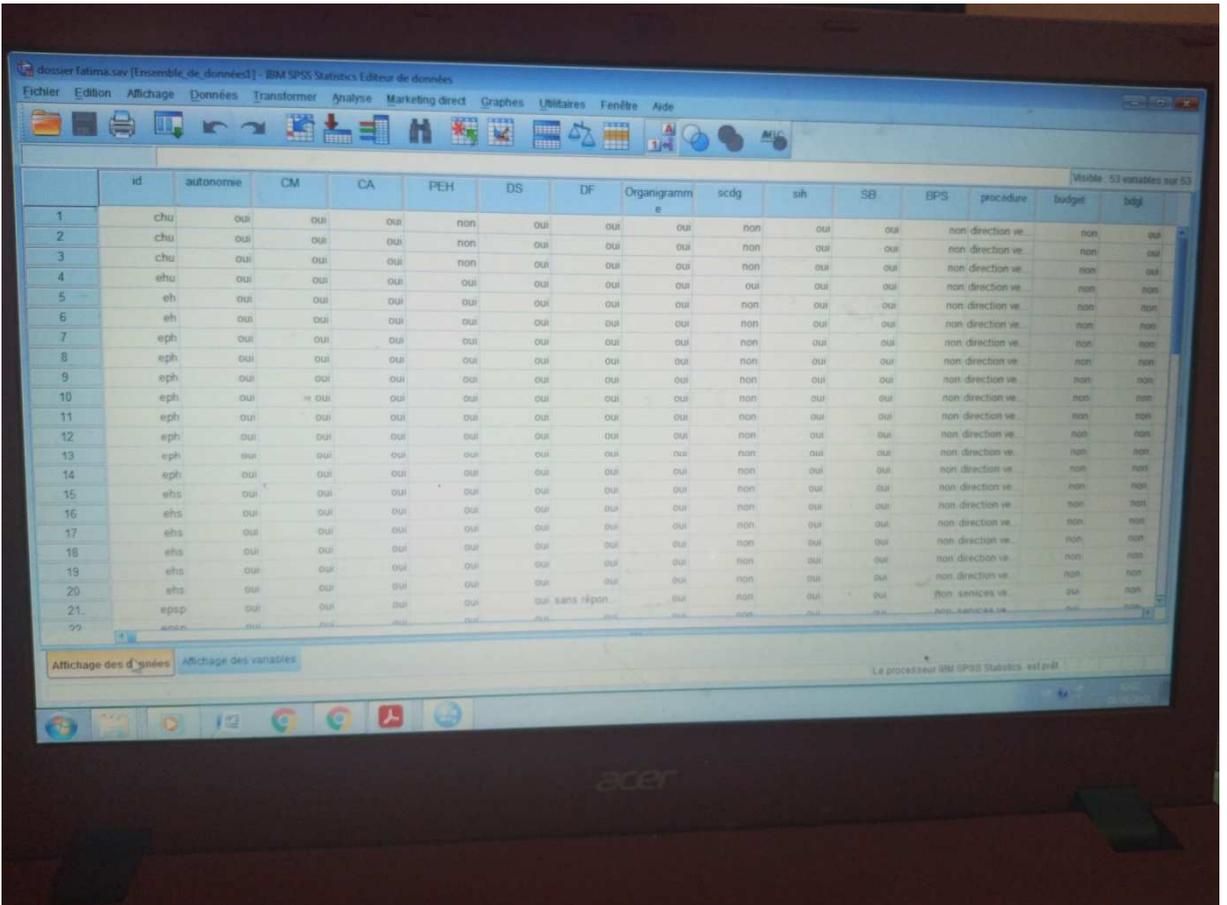
dossier fatima.sav [Ensemble_de_donnees1] - IBM SPSS Statistics Éditeur de données

Fichier Edition Affichage Données Transformer Analyse Marketing direct Graphes Utilitaires Fenêtre Aide

	Nom	Type	Largeur	Décimales	Étiquette	Valeurs	Manquant	Colonnes	Align	Mesure	Rôle
1	id	Numérique	8	0	Identification	(1, chu)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
2	autonomie	Numérique	8	0	autonomie de g...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
3	CM	Numérique	8	0	existence du c...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
4	CA	Numérique	8	0	existence du c...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
5	PEH	Numérique	8	0	existence du pr...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
6	DS	Numérique	8	0	l'hôpital fait la d...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
7	DF	Numérique	8	0	l'hôpital fait la d...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
8	Organigram	Numérique	8	0	existence d'org...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
9	scdg	Numérique	8	0	l'existence de l...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
10	sih	Numérique	8	0	l'existence du s...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
11	SB	Numérique	8	0	l'existence du ...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
12	BPS	Numérique	8	0	l'existence de ...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
13	procedure	Numérique	8	0	procédure d'éla...	(1, direction)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
14	budget	Numérique	8	0	autres budgets	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
15	bdgl	Numérique	8	0	Budget d'investi...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
16	bdr	Numérique	8	0	budget de recet...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
17	bdg	Numérique	8	0	budget de depen...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
18	bdgt	Numérique	8	0	budget de treso...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
19	CPD	Numérique	8	0	effectuation du ...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
20	CPR	Numérique	8	0	effectuation du ...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
21	FCPDM	Numérique	8	0	La fréquence d...	(0, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
22	FCPDT	Numérique	8	2	La fréquence d...	(00, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
23	FCPDS	Numérique	8	2	La fréquence d...	(00, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
24	FCPDA	Numérique	8	2	La fréquence d...	(00, non)...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée

Affichage des données Affichage des variables

Le processeur IBM SPSS Statistics est prêt



Document: dossier fatima.sav [Ensemble de données] - IBM SPSS Statistics Éditeur de données

Fichier Edition Affichage Données Transformer Analyse Marketing direct Graphes Utilitaires Fenêtres Aide

Visible: 53 variables sur 53

	id	autonome	CM	CA	PEH	DS	DF	Organigramme	scdg	sh	SB	BPS	procedure	budget	bdg
1	chu	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	oui
2	chu	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	oui
3	chu	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	oui
4	ehu	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
5	eh	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
6	eh	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
7	eph	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
8	eph	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
9	eph	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
10	eph	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
11	eph	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
12	eph	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
13	eph	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
14	eph	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
15	ehs	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
16	ehs	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
17	ehs	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
18	ehs	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
19	ehs	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	non	non
20	ehs	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	direction ve.	oui	non
21	epsp	oui	oui	oui	oui	oui sans répon.	oui	oui	non	oui	oui	non	services ve.	non	non
22	epsp	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	services ve.	non	non

Affichage des données Affichage des variables

Le processeur IBM SPSS Statistics est prêt

acer

dossier fatima.sav [Ensemble de données] - IBM SPSS Statistics Éditeur de données

Fichier Edition Affichage Données Transformer Analyse Marketing direct Graphes Utilitaires Fenêtre Aide

	Nom	Type	Largeur	Décimales	Étiquette	Valeurs	Manquant	Colonnes	Align	Mesure	Rôle
1	id	Numérique	8	0	Identification	{1, chu}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
2	autonomie	Numérique	8	0	autonomie de g...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
3	CM	Numérique	8	0	existence du c...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
4	CA	Numérique	8	0	existence du c...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
5	PEH	Numérique	8	0	existence du pr...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
6	DS	Numérique	8	0	l'hôpital fait la d...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
7	DF	Numérique	8	0	l'hôpital fait la d...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
8	Organigram...	Numérique	8	0	existence d'org...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
9	scdg	Numérique	8	0	l'existence de l...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
10	sh	Numérique	8	0	l'existence du s...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
11	SB	Numérique	8	0	L'existence du	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
12	BPS	Numérique	8	0	L'existence du	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
13	procedure	Numérique	8	0	procédure d'éla...	{1, direction}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
14	budget	Numérique	8	0	autres budgets	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
15	bdgl	Numérique	8	0	Budget d'investi...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
16	bdr	Numérique	8	0	budget de recet...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
17	bdg	Numérique	8	0	budget de depe...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
18	bdgt	Numérique	8	0	budget de treso...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
19	CPD	Numérique	8	0	effectuation du	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
20	CPR	Numérique	8	0	effectuation du	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
21	FCPDM	Numérique	8	0	La fréquence d...	{0, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
22	FCPDT	Numérique	8	2	La fréquence d...	{,00, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
23	FCPDS	Numérique	8	2	La fréquence d...	{,00, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée
24	FCPDA	Numérique	8	2	La fréquence d...	{,00, non}...	Aucun	8	Droite	Nominales	Entrée

Affichage des données Affichage des variables

Le processeur IBM SPSS Statistics est prêt

Le contrôle de gestion hospitalier en Algérie une fonction en mutation à l'heure des réformes hospitalières

Introduction générale.....8

CHAPITRE I :

LE CONTROLE DE GESTION HOSPITALIER : QUELLE APPROCHE CONCEPTUELLE

Introduction.....15

Section 1 : le contrôle de gestion entre apparition et évolution.....16

1.La vision classique du contrôle de gestion.....16

1.1. Le contrôle de gestion et le contrôle organisationnel.....16

1.1.1. Le contrôle stratégique ou la planification stratégique.....16

1.1.2. Le contrôle opérationnel.....16

1.1.3. Le contrôle de gestion.....17

1.2.Le processus du contrôle de gestion.....17

1.3Les hypothèses de la vision classique de contrôle de gestion.....18

1.4. Les critiques le la vision classique du contrôle de gestion.....19

2. La place du contrôle de gestion dans les théories des organisations.....20

2.1. L'approche bureaucratique.....20

2.2. L'école des relations humaines.....20

2.3. L'approche cybernétique.....20

2.4. L'approche de la contingence.....21

2.5. La théorie de l'agence.....21

3.La fonction du contrôle de gestion.....22

3.1.Le positionnement de la fonction de contrôle de gestion.....22

3.1.1. Le rattachement à la direction générale22

3.1.2.Le rattachement à la direction financière.....22

3.2.Le contexte de la fonction de contrôle de gestion.....22

3.3.La digitalisation du contrôle de gestion.....23

3.3.1. Les progiciels de gestion intégrés (ERP).....	23
4. Les outils de contrôle de gestion.....	23
4.1.La méthode ABC.....	23
4.2 la méthode ABM	24
4.3.Le target costing.....	24
4.4.Les instruments de la gestion prévisionnelle.....	24
4.4.1.Planification stratégique	24
4.4.2.Le contrôle budgétaire.....	25
4.4.3.Le budget base zéro.....	25
4.4.4.Les tableaux de bord.....	25
4.4.5. BSC : le tableau de bord prospectif.....	26
Section 2 : le contrôle de gestion à l'hôpital public.....	27
1. L'organisation hospitalière	27
1.1. L'hôpital public	27
1.2. La structure organisationnelle de l'hôpital.....	28
1.3. Les spécificités d'un hôpital.....	30
1.4. L'hôpital- entreprise.....	31
1.4.1. Le contrôle de gestion hospitalier : quel fondement théorique	31
1.4.1.1.Cadre conceptuel du new public management.....	31
1.4.1.2.La différence entre new public management et new public administration.....	32
1.4.1.3.La conception moderne du new public management.....	33
1.4.1.3.1.Le DRG et PMSI comme support au contrôle de gestion.....	34
1.4.1.3.2.Le contrôle externe budgétaire et la comptabilité analytique.....	35
1.4.1.3.3.La comptabilité analytique et le tableau de la case mix.....	36
1.4.1.3.4.Le contrôle de gestion à l'épreuve des spécificités de l'hôpital public.....	36
1.4.1.3.4.1.Les limites du contrôle externe et la comptabilité analytique.....	36
1.4.1.3.4.2.Le contrôle de gestion et le pouvoir des acteurs hospitaliers.....	37
1.4.1.3.4.3.Les limites des approches classiques.....	38

CHAPITRE II : LE CONTROLE DE GESTION ET LA MESURE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE : QUELLES PERSPECTIVE

Section 1 : la performance hospitalière.....	42
1.La notion de performance.....	42
2.Les typologies de la performance.....	43
2.1.La performance financière.....	43
2.2.La performance commerciale.....	44
2.3.La performance organisationnelle.....	44
2.4.La performance stratégique	45
2.5.Performance concurrentielle.....	46
2.6.La performance humaine.....	46
3.Mesurer la performance.....	46
3.1. Les différents types d'indicateurs de la performance.....	46
3.1.1.Les indicateurs financiers.....	46
3.1.2.Les indicateurs de pilotage	47
3.1.3.Les indicateurs de résultats	47
3.1.4. Les indicateurs opérationnels et les indicateurs stratégiques.....	47
3.1.5.Les indicateurs de moyens et d'environnement	48
3.1.6.Les indicateurs de marché.....	48
4. quelle performance pour les hôpitaux	48
4.1.Les dimensions de la performance hospitalière.....	48
4.2.L'appréciation de la performance hospitalière.....	49
4.2.1.Les modèles unidimensionnels de la performance hospitalière.....	49
4.2.1.1.Modèle des objectifs rationnels.....	49
4.2.1.2. Modèles des ressources.....	50
4.2.1.3.Modèles des relations humaines.....	50
4.2.1.4.Modèles des processus internes	50
4.2.2.Modèles multidimensionnels d'appréciation de la performance hospitalière.....	51
4.2.2.1.La performance selon la théorie du système sociale.....	51
4.2.2.2.La performance selon G.Dussault.....	51

4.2.2.3.Performance globale selon A. Donabedian	51
5.Synthèse des modèles unidimensionnels et multidimensionnels.....	53
Section 2 : l'apport de la théorie de contingence en contrôle de gestion hospitalier	54
1.L'origine de la théorie de contingence.....	54
1.1.La théorie de la contingence technique.....	54
1.2.La théorie de la contingence structurelle.....	54
1.3.La théorie de la contingence stratégique.....	55
2.Les modèles de la contingence : Quel constat pour les hôpitaux ?.....	56
2.1.Modèle de contingence mono factoriel.....	56
2.1.1.Les facteurs de contingence externe (environnement externe).....	56
2.1.1.1.Les facteurs technologiques.....	56
2.1.1.2.Facteur de contingence : le marché.....	57
2.1.1.3.La culture nationale comme facteurs de contingence.....	57
2.1.1.4.Les facteurs juridiques	57
2.1.2.Les facteurs de contingence interne (environnement interne).....	58
2.1.2.1.Les facteurs liés à l'âge de l'organisation	58
2.1.2.2.La taille comme facteur de contingence.....	58
2.1.2.3. Le facteur de la contingence : Le système technique	60
2.2.Modèle de contingence multifactoriel	60
2.2.1.L'approche sociotechnique.....	60
2.2.2.L'approche synthétique de H.Mintzberg	61
2.2.3.L'approche sociologique de l'organisation informelle.....	62
2. Formulation des hypothèses	62
3.1. La taille de l'organisation et le contrôle de gestion.....	62
2.2. La planification stratégique et la mise en place du contrôle de gestion.....	63
2.3. Le système d'information et l'adoption du contrôle de gestion.....	63
2.4. Le contrôle externe et l'adoption du contrôle de gestion.....	64
2.5. La mise en place du contrôle de gestion et son impact sur la performance organisationnelle.....	65
Chapitre 3 : Le Contrôle De Gestion Dans Les Hôpitaux Publics Algériens : Une Approche Exploratoire	

Introduction.....	66
Section 1 : Cadre méthodologique	66
1.1. Choix de la méthode de recherche.....	66
1.2. Méthode de collecte des données.....	67
1.3. Taille de l'échantillon.....	67
1.4. La définition des établissements de santé	68
- Définition de L'établissement hospitalier spécialisé (EHS).....	68
- Définition de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran (E H U)	68
- Définition de l'établissement public hospitalier (E P H).....	69
- Définition l'établissement public de santé de proximité(E P S P).....	69
- Définition des centres hospitalo-universitaires(CHU).....	69
- Définition de L'établissement hospitalier (EH)	69
1.5. L'organisation administrative De Chaque Type d'hôpital	69
1.6. Les dispositions financières des établissements de santé	70
1.7. Les missions des établissements de santé	71
2. La structure du questionnaire	73
2.1. Organisation générale et existence des structures de l'hôpital	74
2.2. L'axe : le programme budgétaire	77
2.3. les outils du contrôle de gestion	82
Section2 : La « réalité » observable du contrôle de gestion hospitalier en Algérie.....	86
1. l'analyse des variables par la régression simple.....	86
a- relation entre la Taille et la fonction du contrôle de gestion.....	86
b- relation entre le système d'information et la fonction du contrôle de gestion	87
c- relation entre le contrôle budgétaire et la fonction du contrôle de gestion.....	88
d- relation entre la planification stratégique et la fonction du contrôle de gestion	90
e- relation entre l'outil de contrôle prédominant et la fonction du contrôle de gestion	91
f- relation entre le contrôle externe et la fonction du contrôle de gestion.....	92
III-2 l'analyse des variables par la régression multiple (RM)	93
Interprétation synthétique des résultats.....	96
SECTION 3 : L'analyse de l'activité hospitalière	97
1.1. L'analyse des indicateurs d'activité d'hospitalisation.....	97

1.1.1. Les effets de taux de rotation et taux d'occupation moyen des lits.....	103
1.1.2. L'évolution de taux d'occupation moyen.....	104
1.1.3 L'évolution du Taux de rotation de lits	110
1.1.4. Analyse de capacité des lits , et l'activité d'hospitalisation.....	112
Conclusion générale	119

Bibliographie

Annexes

Résumé :

Partant du principe que toute organisation doit être performante , l'hôpital public n'échappe pas à cette logique puisqu'il absorbe un budget important d'où la maîtrise du coût est devenue une exigence , pour cela le contrôle de gestion constitue une opportunité pour les établissements de santé et afin d'analyser l'impact du contrôle de gestion sur la performance hospitalière dans les hôpitaux algériens dans le contexte de la réforme hospitalière ,notre recherche s'est basée sur les déterminants du contrôle de gestion issu de la théorie de contingence tels que la taille , la planification stratégique et le système d'information et leurs impacts sur le développement du système de contrôle de gestion , et après l'étude statistique on a constaté comme résultats que lorsque l'hôpital est doté du système d'information performant , et associé ces déterminent l'hôpital sera performant , cela se reflète sur l'activité hospitalière analysé par le biais des indicateurs d'activité hospitalière qui sont la DMS qui est réduite an niveaux des hôpitaux algérien entre 2010-2017

Mots clés : contrôle de gestion , Hôpital public, performance , facteur de contingence, organisation hospitalière , new public mangement, réformes hospitalières , système d'information, système de santé algérien , l'efficience

Abstract :

Based on the principle that any organization must be efficient, the public hospital is no exception to this logic since it absorbs a large budget from which cost control has become a requirement, for this reason management control constitutes an opportunity for health establishments and in order to analyze the impact of management control on hospital performance in Algerian hospitals in the context of hospital reform, our research was based on the determinants of management control resulting from the theory of contingency such as size, strategic planning and information system and their impacts on the development of the management control system, and after the statistical study it was found as results that when the hospital is equipped with the management system efficient information, and associated with these determine the hospital will perform well, this is reflected in the hospital activity analyzed through hospital activity indicators q ui are the DMS which is reduced to the levels of Algerian hospitals between 2010-2017

Keys words : management control, public hospital, performance, contingency factor, hospital organization, new public management, hospital reforms, information system, Algerian health system, hospital activity

الملخص:

نظرا لكون الفعالية أصبحت من أهم أهداف المنظمات سواء كانت مؤسسات أو منظمات عمومية ، فإن المستشفى العام ليس استثناءً من هذا المنطق لأنه يستوعب ميزانية كبيرة و عليه تعتبر مراقبة التسيير من متطلباتها ، ولهذا السبب تشكل فرصة للمؤسسات الصحية ومن أجل تحليل تأثير مراقبة التسيير على أداء المستشفيات العمومية الجزائرية في سياق إصلاح المستشفيات ، استند بحثنا على دراسة العوامل المؤثرة على نظام التسيير مثل الحجم والتخطيط الاستراتيجي ونظام المعلومات وبعد الدراسة الإحصائية ، تم التوصل إلى أن المستشفى الذي يتميز بنظام معلومات فعال ، يحتوي على نظام لمراقبة التسيير فعال و هذا ما انعكس على حجم النشاط الاستشفائي الذي يتم تحليله من خلال مؤشرات النشاط كالمدة المتوسطة للبقاء داخل المستشفيات حيث لوحظ تقليصها في الفترة الممتدة من 2010-2017 داخل المستشفيات

الجزائرية

الكلمات المفتاحية : مراقبة التسيير |، المستشفى العمومي ، إصلاح المستشفيات ، النجاعة ، النظام الصحي الجزائري ، الادارة العمومية الجديدة ، نظام المعلومات ، الملاءة ، عوامل التأثير ، المنظمة الاستشفائية.