

**Le système d'information de gestion intégré
outil du management de l'efficience
Cas particulier de l'hôpital en tant
qu'organisation à but non lucratif**

Par : **Mme Nadja DIBOUN - DJAIDIR**
Enseignant associée à EHEC d'Alger

**Le système d'information de gestion intégré
outil du management de l'efficience
Cas particulier de l'hôpital en tant
qu'organisation à but non lucratif**

Par : **Mme Nadja DIBOUN - DJAIDIR**
Enseignant associée à EHEC d'Alger

Mots clés :

Management, Efficience, Performance, Système d'information de Gestion, Comptabilité Analytique, Tableau de bord, Organisation à but non lucratif, Hôpital, Système de santé.

Résumé :

Le management n'est pas l'apanage des seules entreprises, le management concerne aussi les administrations et les organisations à but non lucratif, cependant dans de tels cadres les finalités de rentabilité et d'adaptation au marché, perdent de leur pré-imminence, voir même disparaissent au profit du concept d'efficience. Aussi, la problématique du management dans ce type d'organisation, se pose en termes :

- d'identification des besoins exprimés ou latents,
- de définition des biens ou services devant satisfaire ses besoins,
- d'élaboration d'indicateurs pertinents d'évaluation de l'efficience,
- de conception d'un système d'information adapté à même de permettre un management efficient.

A la différence du profit comme indicateur de rentabilité des capitaux investis, quelque soit l'activité, les indicateurs d'efficience posent un problème d'adaptation aux types d'organisations et d'activités au regard de leurs spécificités. Dans cette perspective, nous avons choisi la problématique du management de l'efficience hospitalière, dans ce domaine très particulier qu'est la santé. En effet le secteur de la santé a longtemps été prisonnier du dogme du corps médical répété à satiété « la santé n'a pas de prix », complété parfois, par un jugement définitif et sans recours « l'hôpital n'est pas une entreprise », deux arguments antinomiques avec « la rationalité économique ».

Afin, d'éviter le piège d'une focalisation sur le profit et la rentabilité nous avons pris l'option, d'écartier les cliniques et hôpitaux privés, pour nous concentrer sur l'hôpital public en tant qu'organisation à but non lucratif.

Sur la base des apports des théories des organisations (où prédomine le facteur humain), nous avons tenté :

- une analyse et une explication objective des causes et effets fondamentaux de l'absence d'un management et d'une efficacité des hôpitaux Algériens,
- une démonstration du caractère incontournable d'un système d'information adapté, pour l'existence d'un management de l'efficacité hospitalière,
- une première approche des caractéristiques d'un tel système.

Introduction :

Le secteur de la santé dans le monde fait face à une problématique de la rareté des ressources financières, de choix d'un mode de financement pertinent et d'efficacité hospitalière.

Des études de l'OMS menées aussi bien dans des pays riches (USA, GB, Canada), que dans des pays pauvres (Ghana, Zaire), ont démontré que l'inefficacité et son corollaire des coûts et des prix élevés dans le domaine de la santé, aboutissent à « une redistribution régressive des soins » qui se traduit en baisse de la fréquentation des hôpitaux, de la durée de séjour, de la consommation des médicaments malgré la présence de la maladie, mais aussi en réorientation de la demande vers la médecine parallèle ou l'automédication. Souvent ce sont les patients atteints de maladies transmissibles qui abandonnent la médecine moderne en faveur d'autres sources de soins ou s'abstiennent de tous soins. Ainsi, le coût d'accès au système de santé pose non seulement le problème de l'égalité devant les soins, mais surtout le problème des incidences défavorables pour la santé publique dans son ensemble.

Or le coût d'accès, avant même la référence au mode de financement et au type de couverture sociale, pose la problématique de l'efficacité des prestations de santé (meilleur rapport qualité/coût) et donc celle du management de l'efficacité hospitalière dans un établissement public à but non lucratif.

Nous abordons dans la première partie de cet article les conséquences de l'inefficacité aux travers des dysfonctionnements des hôpitaux Algériens, qui sont à l'origine du ressenti de la majorité de la population Algérienne d'une « médecine à multiple vitesses, mercantile, inefficacité et d'exclusion ».

Dans une deuxième partie, nous résumerons l'apport des différentes théories à notre compréhension de l'hôpital, du comportement des acteurs internes et externes à l'hôpital et de l'impact de l'information sur ce comportement et sur la prise de décision managériale.

Dans une troisième partie, nous aborderons, le système d'information de gestion comme solution à la maîtrise du management de l'efficacité hospitalière, grâce à son automatisation, à son intégration totale et surtout à sa médicalisation.

1/ La situation des hôpitaux en Algérie :

Le secteur de la santé en Algérie se caractérise par :

- une production de prestations et de produits ;
- une évolution de plus en plus rapide des technologies médicales et pharmaceutiques, qui impose une adaptabilité permanente, face aux exigences d'une population de mieux en mieux informée et cultivée de par la mondialisation de l'information ;
- une progression croissante de manière exponentielle des dépenses, doublée d'un sentiment d'incapacité à les maîtriser face à des contraintes financières qui se posent avec acuité même dans les pays aux économies développées ;
- une administration de l'hôpital Algérien qui n'a à ce jour généré que des dysfonctionnements, des manques de productivité, des surcoûts et en résumé une absence totale d'efficacité hospitalière.

Pour CHAOUI¹ F. le système de santé Algérien «Apparaît globalement médiocre et peu efficace par rapport à son potentiel» et se caractérise par « une inflation inacceptable des coûts», « au plan de sa composante essentielle, « les hôpitaux », la situation n'est pas plus satisfaisante ».

Il est patent que les hôpitaux Algériens survivent dans un système politique et économique qui, à ce jour, a privilégié une approche administrative autiste en matière d'évaluation, de contrôle et de sanction (positive et négative).

Le corollaire de cet état de fait, c'est un recrutement clientéliste par cooptation dans la sphère publique, s'accompagnant d'une prolifération de l'irresponsabilité et de l'impunité, qui sont à l'origine des dysfonctionnements, de la gabegie, des surcoûts et des détournements organisés de produits médicaux et de temps d'activités (absentéisme, activités au noir, exploitation des moyens publics et du temps de présence à des fins personnels).

« Les usagers (de l'hôpital Algérien) se plaignent de mauvaises conditions d'accueil au niveau des urgences et des unités d'hospitalisation, de rendez-vous lointains, de lenteurs administratives, de la corruption, des grèves répétées, de l'absentéisme des personnels de santé... »²

1 CHAOUI F. «Evolution du système de santé en Algérie» Ministère de la santé 1991version arabe

2 Dr Djamila Bouyoucef-Barr « La pratique de la contractualisation au sein de l'hôpital public » La revue des sciences commerciales INC 2009. (2) page 217 et (3) page 209.

L'hôpital Algérien se caractérise par:

- l'aspect formel de l'autonomie et « une centralisation excessive, paralysante et déresponsabilisante »(2), qui laisse cependant la porte ouverte aux jeux d'intérêts des multiples acteurs internes et externes ;
- la fonctionnarisation au sens le plus négatif de la ressource humaine ;
- l'absence de relation client-payeur/fournisseur-prestataires, qui prive les malades de toute liberté de choix et les met à la merci des acteurs de l'hôpital ;
- l'incapacité des institutions à définir des indicateurs d'activité pertinents ;
- les actions et phénomènes générateurs et amplificateurs de surcoûts ;
- un système de financement de la santé (budget global) aux multiples effets pervers et générateur de contingences en matière de prestations ;
- une déliquescence de la responsabilité de la ressource humaine, aussi bien vis-à-vis de la hiérarchie, que vis-à-vis des malades et de leurs familles, avec pour corollaire des agissements déviants de toutes les catégories de personnels, au préjudice de l'efficacité et des malades ;
- une forme discrète d'eugénisme, par l'exclusion de certaines catégories sociales et des pénuries provoquées.

Sur ce dernier point, à titre d'illustration on notera :

- o l'eugénisme à l'égard des personnes âgées par rapport aux jeunes individus qui prévaut pour l'accès aux centres d'hémodialyse ;
- o les pratiques de renvoi systématique des dates de rendez-vous ; jusqu'au découragement et de l'abandon, voir le décès des malades ;
- o les pénuries dans les hôpitaux, à l'exemple de celle intervenue de mars à août 2010, du produit pharmaceutique «HERCEPTIN » élément essentiel de la trithérapie du cancer du sein, dont le coût excessif s'oppose à sa prescription à tous les malades.

Au-delà des explications superficielles courantes (mentalité, bureaucratie, rémunérations insuffisantes), la question de l'origine profonde de tels dysfonctionnements et de tels comportements de la part d'acteurs tenus par le serment d'hyppocrate, demeure posée. Un éclairage et un début de réponse à cette question sont apportés par les théories des systèmes, les théories de la motivation, la théorie des droits de propriétés, la théorie de la décision et la théorie de l'information entre autres.

2/ L'apport des théories à notre compréhension de l'hôpital :

2.1 Apport de la théorie des systèmes :

La théorie des systèmes, par ses concepts, nous permet d'appréhender l'hôpital, en tant que système social siège d'interactions complexes, une organisation

caractérisée par des opportunités et contraintes, réunissant des personnes qui possèdent leurs propres caractéristiques psychosociales, motivations, rationalités et comportements.

Dans un tel contexte, l'action collective, pour être efficace, nécessite la mise en œuvre de multiples sous-systèmes, en adéquation entre eux et avec les contraintes externes, notamment :

- un sous-système de différenciation, (spécialisation des rôles et tâches);
- un sous-système d'intégration (participation de collective) ;
- un sous-système de régulation (orientation et correction des actions) ;
- un sous-système d'évaluation pour éclairer le processus de décision/action ;
- un sous-système de motivation-adhésion pour inciter les acteurs à agir dans le sens des objectifs de l'organisation ;
- un sous-système d'information pour alimenter tous les autres systèmes.

Or, au regard de cette approche systémique, l'hôpital Algérien se révèle être un système totalement opaque, régulé à partir de quelques indicateurs, tels que « le nombre de journées, le nombre d'admissions, la durée moyenne de séjour et les taux d'occupation des services ». Souvent, ces indicateurs sont peu significatifs en termes d'efficience et d'aide au management. En effet, un nombre élevé de journées ou d'admission ne signifie pas des soins efficaces et encore moins efficaces ; une durée moyenne de séjour élevée peut correspondre à de l'hébergement hôtelier sans soins et sans guérisons, ce qui est la négation de l'efficience ; il en est de même d'un taux élevé d'occupation des services, le service peut maintenir en hospitalisation sans nécessité des malades dont l'état peut se satisfaire de soins en externe. Il n'y a pas de réelle gestion hospitalière, mais plutôt quelque chose qui relève davantage d'une régulation administrative, que du management. Les principaux systèmes d'évaluation, de motivation et d'information sont quasiment inexistantes et totalement inopérantes.

2.2 Apport des théories de la motivation:

Les théories de la motivation nous permettent d'identifier les facteurs et les mécanismes de la motivation dans une organisation. La plus connue est la théorie de Maslow³ qui hiérarchise les besoins sous forme de pyramide. Pour cet auteur un besoin crée un déséquilibre qui incite à entreprendre des actions. La connaissance des besoins d'un individu doit, en théorie, permettre de savoir ce qui le motive. Pour Maslow, l'individu satisfait ses besoins de manière hiérarchisée, en priorité ses besoins de base qui sont les besoins physiologiques, puis successivement ses besoins de sécurité, ses besoins sociaux (convivialité), son besoin d'estime et enfin son besoin de réalisation de soi.

³ Maslow «Motivation and personality» 1970. Traduction française : Devenir le meilleur de soi-même : besoins fondamentaux, motivation et personnalité, Eyrolles, coll. «Éditions d'Organisation», 2008.

Cette théorie a été complétée par d'autres auteurs qui ont introduit la possibilité d'une concomitance des besoins, malgré leur hiérarchisation, la possibilité qu'un besoin non satisfait peut engager l'individu à en satisfaire un autre à titre compensatoire. Ainsi par exemple, dans l'hôpital, un individu bloqué dans sa progression professionnelle recherchera une compensation au travers d'avantages substantiels (salaire, prime, avantages en nature, pouvoir d'influence, possibilité de rendre service ou de monnayer ses services etc...).

Les théories de la motivation expliquent celle-ci comme un processus résultant de l'interaction entre l'individu et son environnement et déclenché par l'action conjuguée de deux forces :

- une force interne à l'individu qui dépend de ses caractéristiques personnelles comme les besoins, les pulsions, l'instinct ;
- une force externe liée à la situation, à l'environnement de travail, à la nature et au niveau de l'emploi, au mode de management. Cette force externe se traduit en opportunités et en contraintes.

La source de la motivation est alors la recherche du bénéfice d'avantages concrets ou de l'évitement de conséquences désagréables qui :

- mène un individu à se construire des objectifs ;
- oriente ses actions ;
- détermine l'intensité (effort proportionnel à la sensation de manque) ;
- conditionne la durée de l'investissement consenti (à concurrence de la persistance du manque).

En résumé, les théories de la motivation partent du principe que le comportement d'un individu est déterminé par la valeur qu'il attribue à ses buts et par la probabilité d'en obtenir des résultats à la mesure de l'effort consenti. Elles considèrent que l'individu établit des choix de comportement en fonction d'une force, d'une stimulation issue de l'interaction de six critères :

- la recherche du succès ;
- la probabilité de réussite dans la poursuite des buts ;
- l'évaluation des affects positifs ;
- l'évitement de l'échec ;
- la probabilité d'échec dans la poursuite des buts ;
- l'évaluation des affects négatifs.

La motivation résulte donc de choix individuellement rationnels et ces choix sont contingents à un ensemble de critères internes et externes à l'individu.

Parmi ces critères, les critères de justice et d'équité ont une importance particulière. Ainsi, un acteur, à partir de ses propres évaluations, compare sa situation à celle d'un collègue qu'il prend comme référent, afin de déterminer s'il y a une « justice sociale », « une équité » et révisé sa stratégie en conséquence. Par exemple, dans l'hôpital, les avantages en termes de formation, de participation à des congrès internationaux, les promotions, dont bénéficient des médecins privilégiés proches des décideurs, vont démotiver les autres médecins et les inciter à l'inertie, où à profiter de leur poste pour d'autres types d'avantages au détriment de l'efficacité de l'hôpital.

Ce même acteur peut s'intéresser aux procédures utilisées par l'hôpital pour attribuer des récompenses ou des sanctions. Dans ce cas, il analyse la difficulté ou la probabilité de réussir à atteindre un résultat, non pas individuellement, mais collectivement (les critères déterminants seront la qualité et le nombre d'individus qui ont déjà réussi). Ces approches dites de « l'équité » et de « la justice organisationnelle procédurale » impliquent un système d'information à même de permettre les comparaisons aussi bien individuelles que collectives, par des retours d'informations pertinentes (feed-back), réguliers et spécifiques, à des échéances prévues.

En conclusion, l'efficacité de l'action collective dans l'organisation implique un système de motivation complexe, qui se révèle être totalement dépendant du système d'information et de son adaptabilité à la complexité de la motivation des personnels.

2.3 Apport de la théorie des droits de propriété

Pour la théorie des droits de propriété, tout propriétaire doit engager des collaborateurs et met à leur disposition des moyens pour réaliser ses propres objectifs. Cependant, ces collaborateurs peuvent usurper et utiliser les moyens mis à leur disposition pour atteindre leurs propres objectifs et non pas ceux fixés par le propriétaire.

Cette théorie apporte un éclairage original et pertinent sur le moteur du comportement des acteurs dans un système, par ses conclusions, notamment :

1/ l'être humain, qualifié pour la circonstance « d'homo economicus » est un individu rationnel qui agit de sorte à maximiser la satisfaction de ses besoins, quelque soit le système dans lequel il est placé et ce en utilisant à son profit les contraintes et les opportunités inhérentes à la nature du système.

Par exemple, dans un service de stomatologie, un médecin dentiste limite ses rendez-vous « normaux » (patients s'inscrivant dans la procédure normale d'accès), pour se réserver une large marge de manœuvre pour recevoir au noir moyennant paiement ou gratuitement des patients, qui ne suivent pas la procédure normale (parents, amis, patients recommandés par des autorités ou

des médecins d'autres services). Ceci dans le cadre d'une stratégie relationnelle et de renvoi d'ascenseurs qui lui permet d'accéder à de multiples avantages.

2/ Plus grande sera la distance entre le détenteur des droits de propriété et les acteurs de l'organisation par la multiplication des intermédiaires, plus faibles seront les possibilités de contrôle et de sanction, plus grande sera la latitude pour les acteurs de privilégier la recherche de leurs intérêts personnels au détriment de l'intérêt des citoyens propriétaires légaux et légitimes.

Ainsi, le citoyen Algérien propriétaire théorique de l'hôpital public, n'a aucun pouvoir de contrôle et encore moins de sanctions sur l'Etat en tant que mandant du citoyen et sur les fonctionnaires acteurs de l'hôpital. Plus prosaïquement, le Directeur Général de l'hôpital au regard de la dimension de l'hôpital, des effectifs en jeu, des niveaux hiérarchiques, des spécificités des activités, ne dispose en réalité d'aucune possibilité d'évaluation, de contrôle et de sanction. L'absence d'indicateurs pertinents d'efficacité et d'efficacité des différents services et unités et l'absence d'un système d'information à même de produire de tels indicateurs, rendent illusoire toute volonté de reprise en main de l'hôpital Algérien.

3/l'adaptation des contraintes et des opportunités du système à ce comportement « d'homo economicus », devrait orienter le comportement des acteurs dans le sens des finalités et de l'intérêt collectif de l'organisation. Dans cet esprit une des solutions introduites par les pays développés est « la contractualisation au sein de l'hôpital public » qui, pour le Dr Djamila Bouyoucef-Barr⁴, « s'impose comme la seule solution alternative ».

En soulignant les questions de 'la distance entre le détenteur des droits de propriété et les acteurs de l'organisation', des 'possibilités de contrôle et de sanction' (sanction entendue au sens positif et négatif), la théorie des droits de propriété nous renforce dans notre conviction de l'importance du triptyque « évaluation, contrôle et motivation » et de son soubassement le système d'information, car il reste entendu que ni l'évaluation, ni le contrôle, ni la motivation par la contractualisation, ne peuvent fonctionner sans un système d'information pertinent et fiable.

2.4 Apport de la théorie de la décision :

Cette théorie définit la décision « comme un choix d'une solution à un problème »⁵, solution qui est fonction non seulement de critères plus ou moins rationnels de choix, mais aussi de l'état des motivations, des distorsions de la perception de l'environnement, de la perte ou de la disponibilité des informations et de la pertinence des informations.

⁴ Dr Djamila Bouyoucef-Barr « La pratique de la contractualisation au sein de l'hôpital public » La revue des sciences commerciales INC 2009. (2) page 217 et (3) page 210.

⁵ H SIMON, A. NEWELL, I C. SHAW « Elements of a theory of human problem solving » Psychological Review, 1958

La théorie de la décision apporte de nombreux concepts explicatifs au manque de rationalité, notamment :

- l'existence auprès des décideurs, 'd'agents d'influence' qui à l'occasion de la préparation de la décision, c'est à dire la définition des alternatives de choix, tentent de manière formelle ou informelle de se faire reconnaître, de privilégier leur jugements de valeurs, leurs informations, leurs intérêts, leurs langages etc. ;
- l'existence de rapports en termes de compétition, de conflit ou de coalition entre les différents codécideurs et les multiples agents d'influence, qui érigent une rationalité particulière en 'rationalité dominante' pour un temps ou pour un type de problème ;
- la prédominance d'une 'rationalité limitée' doublée d'une 'rationalité subjective'⁶ du fait qu'un décideur ne recherche pas systématiquement toute l'information, n'explore qu'un nombre limité de solutions, parfois habituelles, en fonction d'informations limitées dont il dispose, n'évalue pas toutes les solutions et se satisfait d'une solution non pas optimale, mais seulement satisfaisante au regard de son niveau d'aspiration ;
- Le parasitage du processus de décision, par les phénomènes définis par les concept « d'incertitude », « d'asymétrie de l'information », « d'ambiguïté et de divergences des objectifs », « de coalition coopérative », « de rôle et de place du décideur », « de déformations perceptives invisibles ».

Ces concepts rébarbatifs traduisent la complexité des processus de décisions, qui aboutissent à des comportements, des actes, des contraintes et des opportunités, avec des conséquences majeures sur le fonctionnement du système et des activités de soins.

Ces conséquences sont généralement des dysfonctionnements qui ont pour conséquence ultime l'inefficacité. Au niveau de l'hôpital, ces dysfonctionnements ont été analysés par certains chercheurs, en termes :

- d'inflation et de pléthore des actes,
- de prolongations inutiles des journées d'hospitalisation,
- des admissions inappropriées,
- d'utilisation inappropriée, d'actes d'explorations, de soins et chirurgicaux,
- de sous-utilisation de certains équipements,

En explicitant le processus de décision comme un choix d'une solution à un problème, en soulevant l'importance des phases d'intelligence du problème (exploration de l'environnement, identification des situations nécessitant une décision), de conception des solutions alternatives et d'évaluation des solutions, la théorie de la décision souligne le rôle essentiel du système d'information.

⁶ I March et H Simon « Les organisations. Problèmes psychosociaux » Dunod 1974

Le système d'information est incontournable pour la collecte, le traitement, la production et la distribution des informations, dans une organisation comme l'hôpital dont la dimension, la complexité, le caractère multidisciplinaire et multidimensionnel rendent extrêmement difficile l'identification et l'intelligence des multiples problèmes que génère son fonctionnement.

Sans un système d'information adapté le management ne peut assurer la coordination et la mise en synergie des actions et des comportements des acteurs, l'évaluation des résultats, au milieu des conflits d'influence, d'intérêts et de rationalités limitées et subjectives. Il ne peut donc parvenir à la maîtrise de l'efficacité hospitalière.

2.5 Apport de la théorie de l'information :

En définissant l'information par « ce qui forme et transforme une représentation » D. McKay⁷ et en qualifiant l'information d'input essentiel sinon unique du 'système de management', d'élément déterminant dans le processus de prise de décision, mais aussi de moyen d'influencer l'attitude des individus, la théorie de l'information nous renforce dans notre thèse qu'un Système Intégré d'Informations de gestion peut constituer une solution possible à la problématique du management de l'efficacité hospitalière ».

Selon Charles Kleiber⁸ l'information recouvre « trois fonctions:

- o la fonction cognitive (interpréter la réalité, connaître, comprendre),
- o la fonction décisionnelle (décider, choisir, optimiser) ;

o la fonction d'éclaircissement (améliorer la transparence, accroître la visibilité des comportements) ».

Pour March J et Simon H.⁹, l'information par l'extension du champ des connaissances participe à réduire les effets négatifs sur le processus de décision de la « rationalité limitée » (incapacité de l'individu à explorer toutes les dimensions d'une situation et à évaluer les conséquences de toutes les décisions possibles).

Pour Louis Rigaud¹⁰ « Le système d'information est constitué par l'ensemble des moyens qui assurent la collecte, la mémorisation, le traitement des données et la diffusion des informations. Il transmet les signaux, les règles et les décisions qu'échange le système d'évaluation et le système de motivation-adhésion. Il assure aussi un rôle de liaison avec l'extérieur en transmettant les informations utiles en provenance ou à destination de l'environnement. Son action n'est pas neutre, il peut jouer un rôle de filtre ou/et d'amplificateur et peut aussi par la voie des traitements effectués, distribuer des informations orientées ou biaisées » et de compléter « les informations étant destinées au système de management

7 D. McKay « Information, mechanism and meaning » M.I.T. Press 1969

8 Charles Kleiber des Services des hospices cantonaux de Lausanne « L'information: une condition pour l'incitation à la performance dans les services de soins » Internet nov 2003.

9 J March et H Simon « Les organisations. Problèmes psychosociaux » Dunod 1974

10 Louis Rigaud « La mise en place des systèmes d'information pour la direction et la gestion des organisations » Dunod 1979

et au processus de décision, le 'système d'information' doit être finalisé dans un objectif d'aide à la prise de décision».

Au regard de cette définition et dès lors que l'on fixe au système d'information l'objectif d'aide à la prise de décision, on doit avoir pour sous objectifs la mise à disposition d'informations nécessaires « au choix entre les actions alternatives » et « au contrôle ».

Le choix implique la définition d'un critère à même de faciliter la comparaison des coûts et de l'efficacité des alternatives à atteindre l'objectif dans de bonnes conditions. Nous avons vu que les indicateurs en usage dans l'hôpital Algérien ne remplissent pas ces conditions.

Le contrôle implique la définition d'objectif avec des plages de variation admissibles en fonction de critères et/ou de standards. Cette approche du contrôle n'est pas utilisée par l'administration hospitalière actuelle.

3/ Le système d'information de gestion comme solution à la maîtrise du management de l'efficience hospitalière :

Le système d'information de l'hôpital public algérien, prisonnier d'une logique tutélaire, produit une information essentiellement axée sur les besoins exprimés par l'administration de tutelle et non orientée vers les besoins de gestion interne. Elle est fournie par des agents qui cherchent à conserver leur marge de liberté, quitte à tromper la hiérarchie par des statistiques manipulées, voir totalement inventées. Somme toute l'information hospitalière en Algérie est, de l'aveu même des acteurs de la santé, quasiment inopérante et inexploitable.

Prisonnière de la comptabilité publique et de ses insuffisances, notamment son éclatement et son cloisonnement, sa focalisation sur la trésorerie immédiate, son ignorance de nombreuses charges (amortissement, consommation sur stocks etc...), l'information hospitalière est aujourd'hui lacunaire, sectorielle et incapable de restituer la complexité du réel et ne permet aucun calcul de coûts.

L'introduction d'un management de l'efficience par la motivation, l'évaluation et le feedback correctif, ne peut être permise dans l'hôpital Algérien, sans la mise en place d'un système d'information de gestion intégré, multidimensionnel, pertinent, fiable, transparent et réactif construit autour d'une comptabilité analytique médicalisée et d'une collecte en temps réel des données statistiques de toutes les activités de l'hôpital.

Un tel système d'information de gestion intégré devra être conçu avec les objectifs :

- d'aide à la préparation et à la prise de décision ;
- de réduction des effets négatifs sur le processus de décision de la «rationalité limitée» sous toutes ses formes ;

- de contrôle des actions et des résultats de tous les acteurs, afin de permettre leur motivation à agir dans le sens de l'efficacité hospitalière, par le jeu des sanctions positives et négatives ;
- de mise en concurrence dans le cadre d'une compétitivité positive, des individus et des institutions du monde sanitaire, par un système d'information à même de contrecarrer par la transparence, les jeux divergents des acteurs internes et externes, qui sont à l'origine de la plus part des dysfonctionnements générateurs d'inefficacité ;
- de formation et d'accroissement des compétences ;
- d'évaluation de la performance hospitalière, en termes d'efficacité, par des indicateurs pertinents basés non pas sur le seul rapport « Qualité/Coût des prestations » mais :
 - s'inscrivant dans « la spécificité et la complexité du produit santé » de par la multiplicité de ses finalités : « prolonger la durée de vie », « réduire les souffrances », « améliorer les conditions de vie », « fournir une qualité de vie », « accompagner la fin de vie », « rétablir le potentiel de l'individu » ;
 - résolvant les difficultés de sa mesure « la guérison étant le résultat d'une multitude de prestations plus ou moins pertinentes, plus ou moins utiles et efficaces : consultations, actes exploratoires, actes chirurgicaux, etc... » ;
 - de médicalisation de la comptabilité analytique pièces maîtresse du système d'information de gestion et des indicateurs d'efficacité, éléments centraux de l'évaluation et du contrôle, en vue d'aboutir non seulement au calcul des coûts que nous qualifierons d'intermédiaires, tels que les coûts d'actes exploratoires, les coûts des journées d'hospitalisation, les coûts d'actes chirurgicaux, etc... mais aussi et surtout les coûts plus significatifs, des protocoles de soins par Groupes Homogènes de Malades « GHM », qui permettent des benchmarking entre hôpitaux et l'élaboration de normes référentielles, avec à la clé des optimisations des protocoles, des évaluations des activités réelles, un contrôle de gestion à même de déterminer les écarts et leurs origines, et enfin une contractualisation interne et externe.

Conclusion :

Manager la ressource humaine, en étant conscient que les individus sont des homo-économus rationnels poursuivant la satisfaction de leurs besoins, par des comportements opportunistes adaptés aux contraintes et opportunités spécifiques au système dans lequel ils évoluent et activent, c'est les motiver à agir dans le sens de l'efficacité hospitalière, par des sanctions positives et négatives, légitimées par un système équitable d'évaluation individuelle et collective de leur efficacité, lui-même basé sur un système d'information de gestion intégré adapté à la nature de l'activité, pertinent et fiable.

Bibliographie :

- L.Von Bertalanfy « Théorie générale des systèmes », Dunod 1973
- Van Court Hare « L'analyse des systèmes outil moderne de gestion » Dunod, 1972
- Maslow « Motivation and personality » 1970. Traduction française : Devenir le meilleur de soi-même : besoins fondamentaux, motivation et personnalité, Eyrolles, coll. « Éditions d'Organisation », 2008.
- H Amblard « Les nouvelles approches sociologiques des organisations » Ed. Le Seuil, 1996
- Cyert R March I Processus de décision dans l'entreprise. Paris: Dunod, 1970.
- Honoré Bernard, « l'hôpital et son projet d'entreprise » Privat, Toulouse, 1990
- Jean Louis Léonard, « Manager autrement : les outils de management hospitalier » Editions TSA, Paris 1994
- Christian CAUVIN, Catherine COYAUD « Gestion Hospitalière: Finance et contrôle de gestion » ECONOMICA 1990.
- J-Perrot et E-Roodenbeke « la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée » Karthala éditions, France 2005
- LAMRI Larbi « Le système de santé Algérien: organisation, fonctionnement et tendance » Mémoire de Magister Institut des Sciences Economiques, Alger 1986.
- LAMRI Larbi « REFORME HOSPITALIERE/ Les cinq plaies du système de gestion »
- Charles Kleiber « L'information: une condition pour l'incitation à la performance dans les services de soins » Internet novembre 2003.
- Crozier M. et Friedberg E. « L'acteur et le système.. » Paris: Ed. du Seuil, 1977
- Garrot T. (1995) « Le management des activités en milieu hospitalier », Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, IAE, Université de Nice Sophia-Antipolis.
- Gauthier P. H., Grenon A ., Omnès L., Perchet I Y. (1975) « L'analyse de gestion à l'hôpital », Heral Editions
- Gérard de POUVOURVILLE, Marie Odile CABRIDAIN « Normes de gestion et pratique hospitalière » Annales des mines 1981.