

**LA TRANSPLANTATION DES OUTILS DE GESTION D'UN CONTEXTE
SOCIAL, CULTUREL A UN AUTRE:
LE CAS DE LA DEMARCHE QUALITE DANS LES HOPITAUX PUBLICS
EGYPTIENS**

THESE

Pour l'obtention du titre de

DOCTEUR EN SCIENCES DE GESTION

Présentée et soutenue publiquement par :

Noha OSMAN

Le 3 décembre 2012 à 14h

A la salle des thèses, UFR Droit, Economie et Gestion, Université d'Orléans

JURY

Monsieur Thierry NOBRE, Rapporteur

Professeur des Universités, Université de Strasbourg

Madame Nathalie ANGELE-HALGAND, Rapporteur

Maître de Conférences HDR, Université de Nantes

Monsieur Dominique PHANUEL, Suffragant

Maître de Conférences HDR, Université d'Orléans

Madame Dominique BESSIRE, Directrice de thèse

Professeur des Universités, Université d'Orléans

Monsieur Nicolas ANTHEAUME, Co-encadrant

Maître de conférences, Université de Nantes

« L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses.

Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs »

REMERCIEMENTS

« A la fin de ce long trajet pour accomplir cette thèse, je suis convaincue que le travail de recherche est loin d'être un travail solitaire. En effet, cette thèse n'aurait pu voir le jour sans le soutien d'un grand nombre de personnes dont la générosité, la bonne humeur et l'intérêt manifesté à l'égard de ma recherche m'ont permis de progresser dans cette phase importante de ma vie ».

Premièrement, j'aimerais remercier les membres du jury d'avoir eu la patience de lire et commenter cette thèse.

Je suis très reconnaissante et j'adresse ma gratitude aux deux rapporteurs, Monsieur Thierry NOBRE, Professeur des Universités à l'université de Strasbourg et de Madame Nathalie ANGELE-HALGAND Maître de Conférences HDR. Responsable du Département de Recherche en Management de la Santé, Faculté de Médecine, Université de Nantes. Tout d'abord car je me nourrissais depuis des années de la lecture de leurs multiples contributions dans le domaine de la santé, ensuite pour le temps consacré à la lecture de cette thèse et pour les suggestions et les remarques judicieuses qu'ils m'ont indiquées. Je remercie également Monsieur Dominique PHANUEL, Maître de Conférences HDR, à l'Université d'Orléans d'avoir accepté d'être membre de mon jury.

Je remercie ma directrice de thèse Madame Dominique BESSIRE, d'une manière spéciale. Pendant 10 ans, le travail avec vous a été pour moi un honneur, une chance et un énorme plaisir. Vous avez fait en sorte que mes études soient l'expérience la plus intéressante de ma vie. Je vous remercie de m'avoir acceptée comme étudiante de magistère en Egypte, et après, de m'avoir fait confiance pour le Master recherche à Orléans, puis pour le Doctorat. Je vous remercie d'avoir trouvé toujours le temps pour m'aider quand j'ai hésité et pour accepter de continuer à le faire lorsque j'ai exagéré. Pour tout cela et pour toutes les autres choses dont je ne me souviens pas, je vous reste reconnaissante jusqu'à la fin de ma vie. Merci.

A Monsieur Nicolas ANTHEAUME, mon co-encadrant, sans qui cet accouchement douloureux n'aurait jamais eu lieu, j'exprime ma profonde gratitude. Des qualités professionnelles et personnelles exceptionnelles mêlées d'une gentillesse extraordinaire font de Nicolas le chef d'orchestre de cette réalisation. Ses conseils avisés m'ont permis de découvrir les fabuleux plaisirs de la recherche sous ses apparences les plus diverses. Je n'oublierai jamais son soutien professionnel et personnel ainsi que sa disponibilité ; « les pauses café », « faire le point », « les petits dessins », « les mails qui portaient toujours un regard positif » et « la découverte de la nature ». Je lui suis reconnaissant pour tous ces moments de partage et pour sa précieuse aide extra-professionnelle.

Je tiens à remercier la famille ANTHEAUME, avec un remerciement très spécial pour Madame Adèle ANTHEAUME. Pour m'avoir soutenue par son hospitalité, sa gentillesse, son accueil chaleureux et bien sûr sa patience. Son rôle qui n'était pas académique, était invisible aux yeux de l'Université, mais important pour la réalisation de ma thèse.

Je remercie les membres du laboratoire d'Orléans dirigé par Monsieur Marc NIKITIN. Un grand merci pour Madame Caroline LAMBERT et Madame Rachida BOUDINA.

Je remercie tout particulièrement le LEMNA, le laboratoire de l'Université de Nantes, Anne Claire COVAIN, Coordinatrice Administrative du LEMNA et Jean-Baptiste RAHARISON, Assistant LEMNA & formation continue. Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué à une sympathique et joyeuse ambiance de travail, en particulier les doctorants de ce laboratoire. Avoir partagé avec eux tous ces moments de doute et de plaisir, tous ces instants autour d'un café ont été autant de moments de détente indispensables.

J'ai naturellement une pensée émue pour Monsieur Jean BENETEAU, l'ancien Vice-Président de l'Université française en Egypte, pour lui exprimer ma plus sincère reconnaissance.

Un remerciement à mes collègues de l'Université française d'Egypte, et plus spécialement au Dr. Soad KAMEL, l'ancienne Doyenne de la Faculté de Gestion et de Système d'Informations et à Ola HUSSEIN Responsable Administrative de la Faculté de Gestion et Systèmes d'Information.

Un remerciement à tous les employés de l'hôpital de médecine interne de l'Université de Ain Shams qui m'ont ouvert toutes les portes pour ma recherche. Un grand merci au Dr. Hannaa AMER, chef de département qualité, et à tous les employés de ce département qui m'ont aidée à avoir accès aux précieuses informations nécessaires à l'accomplissement de ma thèse.

Mes remerciements iront à tous ceux qui ont fait de moi la future chercheuse que je suis. Je pense tout d'abord à mes parents sans qui l'enfant que j'étais ne serait pas devenue la future Docteure. C'est avec émotion qu'à mon tour je leur dévoile le fruit de leurs efforts. J'espère être à la hauteur de leur fierté inconditionnelle. Même si je les cite, pour leur dire merci pour tout ce qu'ils ont fait pour moi, et même si je l'écris jusqu'à la fin des temps, tous les mots qui existent ne seront pas suffisants pour leur exprimer ma gratitude. Il y a toujours des choses qui ne peuvent pas s'écrire ni se dire. Papa, Maman, je vous aime. A ma petite sœur, ma grande amie, j'étais à la fois, maman et sœur aînée sans trop bien savoir quel rôle je jouais, je dis : « le chemin était si long, mais voilà, ta grande sœur est bien arrivée jusqu'au bout ». Un jour tu verras ton petit ange Joudy suivre le même chemin que sa tante.

Un grand remerciement très spécial pour mon tout petit bonhomme Ahmed ; je repense encore à ce moment où il est apparu dans ma vie il y a 9 ans, petit ange au regard de velours, si petit, si fragile. Il a dû supporter sa maman durant plus de 5 ans entre Master recherche et préparation de thèse, suivre sa maman entre l'Egypte et la France. Hamoudy, tu m'as submergée de tes bisous, tu m'as câlinée pendant les moments les plus difficiles de ma vie, merci d'avoir aidé ta maman, tu es la clé de cette réussite.

Mes remerciements vont à mon « *âme sœur* », il se connaît

Je n'oublie pas mon amie Ghada TAHA, une amitié de 25 ans, un merveilleux trésor qu'il faut protéger.

Un grand merci à Chérine SOLIMAN, avec qui j'ai commencé le chemin et Myriam RAYMOND et ses petits anges Marine et Christine avec qui aujourd'hui je finis le trajet. J'ai partagé avec vous les filles des moments inoubliables pleins de joie et de bonheur.

Je ne peux pas oublier la maison des chercheurs étrangers à Nantes ; Soline, Caroline et Marie pour toutes leur amitié et leurs aides ; grâce à elles, cette maison est devenue pour moi une vraie maison.

Un énorme merci pour les trois superbes années qu'a passées mon fils, dès le CE1 jusqu'à présent, à l'école St Pierre à Nantes. Merci pour l'aide et le soutien des membres de ce fabuleux établissement. Ils ont aidé mon fils à passer la phase d'intégration et de changement d'environnement.

Un merci à Hoda AZMY une amie qui possède de caractères exceptionnels.
Nermine KASSIB, je te souhaite un bon courage pour le reste de ta vie.

Mes chères amies « farfasha », je vous remercie, vos messages me donnaient le courage nécessaire pour continuer.

Mes grands-mères je vous aime. Une pensée émue à mes grands-parents, je pense toujours à vous même si vous n'êtes pas avec nous.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION GENERALE	10
1. La genèse de la question de recherche	12
2. La culture comme Toile de fond	14
2.1 Caractérisation de la culture égyptienne	14
2.2 La notion de qualité et son évolution	20
2.3 Caractérisation de la culture de la qualité : un nouveau mode de management en Egypte	27
3. L'architecture de la thèse	29
PARTIE I LE CONTEXTE	36
INTRODUCTION	36
CHAPITRE 1 LES PRESSIONS INSTITUTIONNELLES	40
Section 1 La Demande de New Public Management	41
Section 2 Le Système Sanitaire Egyptien	60
Section 3 Les défaillances observées dans le système sanitaire égyptien	76
CHAPITRE 2 LES REPÈRES THÉORIQUES ET CONCEPTUELS	96
Section 1 La théorie néo-institutionnelle	98
Section 2 La théorie de la structuration	102
Section 3 La théorie de la structuration et sa relation avec la théorie néo-institutionnelle	106
CHAPITRE 3 LE DESIGN DE LA RECHERCHE	114
Section 1 La nature des données collectées et les méthodes de collecte	115
Section 2 Les études de cas comme moyen de resituer les données et notre analyse	118
Section 3 Les niveaux de l'étude empirique	126
PARTIE II LES ETUDES DE CAS	138
INTRODUCTION	138
CHAPITRE 4 LA PREMIERE ETUDE DE CAS: L'ANALYSE DES DOCUMENTS EXTERNES	142
Section 1 Le projet de développement des hôpitaux égyptiens: réforme 1995	143
Section 2 Un manuel américain de 1992: Source d'inspiration ou « Copier-Coller » ?	175
Section 3 Changement de stratégie: la réforme 2007	185
CHAPITRE 5 L'ETUDE SUR LE TERRAIN	202
Section 1 Présentation du terrain	203
Section 2 Présentation des cas d'échec et de succès sélectionnés	210
Section 3 Première analyse et interprétation du terrain	225
CHAPITRE 6: RETOUR VERS LES REPERES THEORIQUES	238
Section 1 Les pressions externe au secteur de la santé	239
Section 2 Les pressions internes au secteur de la santé	243
Section 3 Synthèse sur la chaîne des pressions	248
CONCLUSION GENERALE	254

BIBLIOGRAPHIE	280
REFERENCE COMPLÉMENTAIRE	288
LISTE DES ANNEXES	292
LISTE DES FIGURES	296
LISTE DES TABLEAUX	300
LISTE DES ENCADRES	304
TABLE DES MATIERES	308

INTRODUCTION

*«La qualité est une fiction politique, une version moderne du bonheur
offert par les produits et services qui en forment le support matériel »*

Mispelblom, 1999

INTRODUCTION GENERALE

Le gouvernement égyptien a lancé en 1995 une réforme visant à améliorer la qualité dans les hôpitaux publics. Cette réforme a été globalement un échec, à tel point qu'une nouvelle réforme a été mise en œuvre en 2007. L'échec de ces deux réformes a largement été documenté. De nombreux articles de journal, ainsi que des enquêtes de terrain dans le cadre de notre master recherche (M2 recherche) montrent à quel point il existe un décalage entre les textes sur la qualité, vraisemblablement importés sans réflexion d'autres pays, et leur application. Plus précisément nous nous intéressons à la mise en place de démarches qualité dans les hôpitaux publics. Nous montrerons que ces approches qualité sont essentiellement d'inspiration nord-américaine. Leur transplantation dans un contexte social, économique, politique et culturel différent, en Egypte n'a pas fonctionné.

Cependant, malgré la différence entre des normes conçues dans un contexte culturel qui est celui de l'Amérique du Nord et le contexte culturel égyptien, le succès a occasionnellement été au rendez-vous. Une première question de recherche se pose alors: comment, dans les cas de succès, s'est effectuée la transposition des outils de management de la qualité d'un contexte nord-américain à un contexte égyptien ?

L'observation de ces cas de succès nous a fait remarquer à quel point ils reposent sur l'effort et la volonté de certains acteurs de l'organisation qui choisissent d'agir à contre-courant et contre ou à côté des structures dominantes. Une deuxième question émerge et apparaît, celle de la relation entre l'action et la structure (*agency/structure*). Afin d'étudier cette relation nous suggérons d'utiliser la théorie néo-institutionnelle (TNI) et la théorie de la structuration (TS), comme repères théoriques qui doivent nous aider à mieux comprendre les organisations dans le secteur de la santé et les acteurs au sein de ces organisations, dans le contexte de l'Égypte.

Le sujet traité est très peu abordé. Il existe dans la littérature des textes sur la diffusion des innovations au sein d'un même pays ou entre pays développés mais rarement d'un pays développé à un pays en voie de développement. L'article de Daniel (2003) représente toutefois une exception, il traite de la transposition de codes de gouvernance d'inspiration anglo-saxonne aux entreprises cotées indonésiennes, il montre l'échec de cette transposition et l'inadéquation entre le concept de gouvernance nord-américain et l'imbrication entre réseaux

familiaux et entreprise qui existe notamment dans les entreprises indonésiennes dirigées par la diaspora chinoise.

Au-delà du fait que notre thèse aborde un sujet peu exploré, ses apports potentiels sont de deux ordres : théoriques, managérial.

Tout d'abord, sur le plan théorique, nous étudions la relation action-structure, en mobilisant la TNI et la TS pour donner à comprendre les rares cas de succès de mise en place de démarches qualité dans les hôpitaux publics égyptiens. En retour nous espérons apporter à la TNI une illustration sur la façon dont les acteurs réagissent dans un environnement complètement défaillant.

Sur le plan managérial, nous cherchons à identifier de manière « pratique » comment ont été déployées les démarches qualité et les outils correspondants, par qui et selon quelles modalités. Nous cherchons à savoir si les méthodes mises en œuvre dans les cas de succès observés sont reproductibles ailleurs et si nous pouvons donc émettre un certain nombre de recommandations.

Et enfin, s'il est possible d'émettre des recommandations pratiques à partir des cas de succès observés, nous espérons, même à un modeste niveau, que notre thèse puisse contribuer à inspirer d'autres cas de succès. Ceci nous ramène à notre question sur la relation entre action et structure et sur la possibilité, ou non, et à quelles conditions, qu'ont des initiatives individuelles de faire évoluer l'environnement institutionnel égyptien.

1. LA GENESE DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Le discours sur la qualité des soins est un discours d'actualité en Egypte, devenu l'objet des déclarations publiques¹. Tout en cherchant l'origine de cet intérêt, nous avons remarqué l'intérêt croissant pour le terme de qualité dans les milieux hospitaliers dans les pays occidentaux et chez les bailleurs de fonds. Le sujet de la qualité dans les hôpitaux publics a commencé à figurer dans la presse, les colloques et les séminaires du ministère de la santé, ce qui nous montre son actualité et sa pertinence depuis les années 1990 jusqu'à présent.

Entre 1995-2007, le gouvernement égyptien a lancé deux réformes ; la première réforme a été étudiée lors de notre mémoire de magistère égyptien et de notre master recherche en France. Nos travaux posaient la question de « la contribution du contrôle de gestion à la qualité dans les hôpitaux publics : le cas des hôpitaux publics égyptiens »

L'étude empirique que nous avons alors réalisée pour notre mémoire de magistère nous a montré que le contrôle de gestion n'est pas abordé dans le contexte égyptien, alors qu'en étudiant la réforme proposée par le gouvernement égyptien, les textes exigeaient de mettre en œuvre des outils de contrôle de gestion sous forme de tableaux de bord, afin de contrôler la qualité dans les établissements. Plusieurs entretiens menés avec les différents acteurs de l'hôpital, ont mis en évidence que le terme de contrôle de gestion n'existait pas au sein des organisations égyptiennes et qu'une grande partie de ce qui est rédigé dans la réforme de 1995 n'était pas appliqué. Il nous a paru dès lors intéressant de réaliser notre mémoire de master recherche sur le contrôle qualité dans les hôpitaux publics égyptiens, surtout après que des manuels opérationnels destinés à mettre concrètement en œuvre la réforme eurent été publiés.

Pourquoi les hôpitaux ne se conforment-ils pas aux textes des réformes ? Pourquoi une deuxième réforme a-t-elle été mise en place dans ces établissements, sachant que la deuxième réforme est une démarche d'accréditation qui ne propose pas d'outils de gestion pour contrôler la qualité dans les hôpitaux ? Tout cela nous a menée à constater que tout ce qui est prévu dans les réformes de qualité n'est pas systématiquement applicable ni appliqué.

Nos mémoires de recherche de Magistère et de Master recherche ont identifié les causes des défaillances, mais n'ont pas exploré les rares cas de succès rencontrés. Pourtant nous avons

¹ Les discours seront abordés en détails dans le chapitre 1

déjà pu observer combien et comment le poids de certains acteurs placés dans la hiérarchie hospitalière était associé, dans les discours des personnes rencontrées, à de rares cas de succès.

Pour aller plus loin dans l'exploration et la compréhension de ces rares cas de succès il nous a fallu approfondir notre compréhension de ces réformes, comprendre leur origines, les resituer dans le contexte des relations entre l'Égypte et ses bailleurs de fonds et identifier la demande de « *New Public Management* » de ces derniers.

Ce contexte étant posé, nous avons décortiqué les deux manuels opérationnels sur la qualité, associés à chacune des deux réformes, ligne par ligne. A ce stade, nous voulions savoir dans quelle mesure ces manuels avaient pu contribuer à l'émergence des cas de succès. Le lecteur découvrira notre réponse à cette question en lisant la thèse.

Ensuite, au-delà des facteurs qui expliquent les cas de succès, et des méthodes employées par les acteurs qui en sont responsables, il nous a paru pertinent de nous interroger sur le statut de ces cas. Sont-ils des cas isolés, limités et non reproductibles ou ont-ils, au contraire, le potentiel de se diffuser et de faire évoluer les choses ? La TNI et la TS nous ont fourni des repères utiles pour répondre à cette question.

2. LA CULTURE COMME TOILE DE FOND

Toutefois, avant d'entrer dans le vif du sujet, avant même d'annoncer notre plan, il nous a semblé utile d'inviter le lecteur à un bref détour à la découverte de deux cultures. Sans être au centre de la thèse, sans qu'elle mérite nécessairement qu'on y dédie une partie complète, la question de la culture reste quand même une toile de fond, un contexte d'interprétation auquel nous ferons allusion tout au long de notre travail. C'est pour cela que nous avons voulu poser quelques bases dès l'introduction et présenter quelques grandes lignes des cultures égyptienne et qualité et pour aller plus loin nous avons étudié la culture américaine comme origine de la notion de la qualité voir (annexe 1).

Cette toile de fond nous fournit un contexte d'interprétation. Même si caractériser une culture c'est figer et peut-être tomber dans le cliché par volonté de simplifier, selon Bourguignon *et al.* (2002 :29), « le concept de culture permet néanmoins de dévoiler utilement les représentations, les valeurs et *in fine* les fonctions sociales associées ».

2.1 CARACTERISATION DE LA CULTURE EGYPTIENNE²

Selon Hepworth (1990), « La culture égyptienne est plutôt orientée toujours vers le passé et pas vers le futur ». Les Egyptiens mettent ainsi l'accent sur leur passé, leur histoire, pharaonique, copte ou islamique. En conséquence, les missions, les visions et même les objectifs des organisations ne sont pas toujours bien définis et clairs pour les individus. Selon El Banna (2000), « Le temps présent que nous vivons est différent du temps passé, il varie considérablement en tout ce qui concerne les réalisations scientifiques, les valeurs, les idées et les politiques des autres pays qui évoluent sans cesse »

L'histoire de l'Egypte et son influence sur la culture. L'organigramme pyramidal ainsi que le concept de pharaon est très répandu dans les organisations égyptiennes, que ce soit dans le secteur privé ou le secteur public (mais nous le rencontrons plus souvent dans le public). Le Pharaon était le chef de l'État et le représentant des Dieux sur la terre. Il était assisté par une hiérarchie de conseillers, de prêtres, de fonctionnaires et d'administrateurs, qui étaient responsables des affaires de l'État et du bien-être de la population. Cette idée, très présente

² Le positionnement des auteurs arabe et égyptiens cités dans cette partie figure dans l'annexe 2

dans l’Egypte ancienne, a fait l’objet de représentations graphiques qui traduisent son existence. La Figure 1 en est un exemple



FIGURE 1 LA HIERARCHIE PHARAONIQUE

Nombre de concepts propres aux bureaucraties modernes existaient déjà chez les anciens Égyptiens. La structure hiérarchique et le code d'éthique de la bureaucratie égyptienne se retrouvent en partie dans les administrations et les organisations de l’Egypte contemporaine. On conseillait aux bureaucrates de l’Égypte ancienne qui aspiraient à des postes plus élevés d'«obéir à leurs supérieurs et de garder silence en toutes circonstances», c’est-à-dire de ne pas contredire les responsables ou mettre en question leur sagesse. Ils devaient «faire preuve de tact, avoir de bonnes manières, transmettre fidèlement les messages et se montrer humbles jusqu'à l'obséquiosité» (www.civilization.ca, (2008)). Mais au-delà de ce modèle pyramidal, l'économie et l'histoire moderne de l’Egypte ont sans doute une influence encore plus grande sur la culture égyptienne moderne et sur le lieu de travail.

Le site Web du gouvernement égyptien (www.mfa.gov.eg) affirme que, «l'économie égyptienne porte l'héritage de politiques économiques datant des années 1950 qui ont été motivées par le souci d'équité et d'assistance aux pauvres. Ces politiques ont été caractérisées par la réglementation des prix, des subventions des biens de consommation, une position dominante du secteur public et le contrôle de l'Etat ». Lorsque le président Gamal A. Nasser est arrivé au pouvoir en 1954, il a créé un « Etat socialiste démocratique » et a nationalisé tous les actifs puis augmenté le contrôle du gouvernement dans tous les domaines : santé, éducation, mass media. De même, en raison de multiples influences qui reflètent une histoire tumultueuse, le droit égyptien est un mélange de droit napoléonien, anglais, Ottoman, complété par l'influence de la religion. Il est réputé compliqué et son application l'est encore plus.

En effet selon El Bana (2000), dans l'histoire moderne, l'Egypte a connu des événements intérieurs qui ont eu un impact majeur dans le changement social et culturel, économique et politique des Egyptiens :

- la Révolution d'Orabi en 1882 contre la tyrannie et l'occupation britannique,
- la Révolution de 1919 et l'instauration du capitalisme égyptien,
- la Révolution de 1952, axée sur la justice sociale et la réduction des différences entre les classes, l'éducation, le droit des pauvres, l'élimination des agents du colonialisme et la domination du capital pour le pouvoir.

En moins d'un demi-siècle, l'Égypte est passée d'une monarchie à une république, de l'occupation à l'indépendance, et d'un système capitaliste à un système socialiste, puis à la fin de la guerre des six jours en 1967, elle a annoncé un retour vers le capitalisme et vers une économie de marché, du secteur public vers le secteur privé, de l'organisation politique unique au pluralisme politique et d'une société fermée à une société ouverte par l'immigration, la télévision et plus tard par l'internet et le tourisme. Les Egyptiens sont devenus des exportateurs de migrants et importateurs de touristes. Ajoutons à cela qu'en l'espace de cinquante ans, l'Égypte est passée de 20 millions à 70 millions d'habitants. Comme résultat de cette massification de la société égyptienne, il y a eu des changements dans la vie en famille et dans le caractère égyptien, dans les groupes sociaux, les valeurs morales et religieuses, ainsi que dans les priorités des gens. Amin (2001).

Selon Hinnebusch (1985), « on peut affirmer que même si la bureaucratie égyptienne a subi plusieurs changements, ces changements ne correspondent pas à un recul de l'Etat ». La bureaucratie d'État est encore vaste et en pleine expansion en termes de personnel et de dépenses, tandis que le contrôle des fonctions assumées par la bureaucratie n'ont nullement diminué (Ghunaim, 1986) cité par Ayubi (2000). Cela signifie qu'une partie de la bureaucratie égyptienne à travers des *joint-ventures*, s'est orientée vers la recherche de profit, tandis que la partie de la bureaucratie consacrée au rôle traditionnel de l'Etat et au développement restait figée dans ses comportements. Parallèlement l'Égypte est devenue dépendante des financements internationaux (USAID, l'Union Européenne, Banque Mondiale, etc.).

En conclusion, l'économie et la société égyptienne au cours des cinq dernières décennies ont vécu de multiples changements de direction qui se sont accumulés, sans s'annuler complètement. En conséquence, l'environnement économique, juridique, social et culturel de l'Égypte est un mille-feuille complexe où se superposent, sans s'annuler mutuellement de multiples dispositions dispositifs.

La conséquence de ces multiples changements sur les individus ont été importantes. De nombreux changements institutionnels ont eu lieu sur une courte durée, sans explication ni préparation. En conséquence, selon Zaki (1993), le citoyen égyptien a perdu ses repères et est devenu indifférent. Il ne sait plus à quoi s'en tenir, ni à quoi et qui croire. Il manifeste une nostalgie pour les périodes les plus glorieuses de l'Égypte du 20^e siècle, voire même pour des périodes antérieures, sans être capable de réaliser que ces époques sont révolues. Cela se manifeste également par un désaccord entre les intellectuels sur quelles sont les questions importantes pour la société égyptienne.

Les débats entre ces intellectuels, dans les médias, n'ont ni début, ni fin. Ils ne sont que disputes dont on ne comprend pas l'objet. L'Égypte est en fait devenue une société très fragmentée.

Ammer (1999), affirme que toute société moderne a un modèle social, qui reflète les facteurs internes et externes qui l'affectent. Par exemple l'idéal du style personnel anglais est le «gentleman», qui combine l'éthique des chevaliers du Moyen Âge, et les restes de l'époque coloniale dans l'histoire de la Grande-Bretagne moderne. A contrario le style américain glorifie l'homme du commun qui est attaché à l'égalité des chances et à la liberté, qui pense que demain sera meilleur qu'aujourd'hui, qui valorise l'esprit de conquêtes et la quête de réussite des pionniers.

Selon ce sociologue égyptien, le style personnel égyptien est le « fahlawi » ou « le combinard » quelqu'un qui fait des combines, des coups, qui sait tout, et qui peut tout arranger. Il a toujours un bon plan pour faire quelque chose, il n'a que des amis jamais des ennemis, il accepte toutes les propositions et toutes les offres. Même s'il n'a pas la moindre idée sur la manière d'y répondre. Il fait confiance à sa créativité et à sa débrouillardise pour trouver des solutions au fur et à mesure.

Le citoyen égyptien ne voit pas le pouvoir politique et la réglementation qui en découle comme une nécessité pour préciser les règles de l'organisation sociale mais comme un cas de force majeure qui lui est imposé. Cela est dû aux circonstances historiques exposées précédemment.

Un élément clé dans le caractère égyptien est le « JE ». En conséquence, l'horizon de l'égyptien se réduit à son monde personnel, et la prédominance de l'ego qui ne sont pas compatibles avec l'action collective, l'égyptien peut faire semblant de travailler avec le groupe, mais sans esprit ou même fait semblant d'accepter et de s'harmoniser avec les autres, de coopérer avec eux. Il prend cette position, par courtoisie protocolaire, par la crainte de la punition pour ne pas rompre l'harmonie ou pour ne pas perdre la face auprès de ses interlocuteurs. Une autre caractéristique selon Ammer (1999), est « la volonté d'obtenir ce que l'on désire par les moyens les plus courts qui exigent le moins d'effort ». Par exemples mieux vaut acheter le permis de conduire que passer l'examen. L'évolution politique, économique et sociale durant les deux dernières décennies a créé un déséquilibre dans le caractère égyptien et a fait le lit de phénomènes tels que la corruption, le pillage des fonds publics, la multiplication des délits de toutes sortes, et l'indifférence. Cela se manifeste aussi par une perte de la relation entre le travail et la récompense, entre la production et la consommation.

Ajoutons aux interprétations des auteurs égyptiens celle d'un écrivain arabe Sharabi (1978), qui a son tour déclare que « les Arabes, [dont les égyptiens font parties] sont en face de trois fronts principaux : le pouvoir politique, l'autorité religieuse et la puissance sexuelle (Femmes). La société arabe est toujours comme elle est, une société patriarcale traditionnelle réglée par le fatalisme ». Il a précisé que la société arabe est différente de la société européenne. De deux manières : « les attributs négatifs qui sont clairs dans le chaos intellectuel, ainsi le comportement aléatoire, en plus la bêtise sociale et son incapacité à atteindre ses objectifs minimum vitaux ».

Les auteurs que nous avons passés en revue concluent également sur le retard scientifique, technologique et économique qu'a pris la société égyptienne par rapport à d'autres nations.

La culture des Egyptiens sur le lieu de travail. Les traits communs dans n'importe quelle entreprise égyptienne publique ou privée, que les relations professionnelles sont établies en premier lieu à travers des relations personnelles, un respect mutuel et pour accomplir n'importe quel travail on doit passer par une «personne» et non pas simplement par un contrat. Ceci exige une bonne relation avec des personnes d'influence et des décideurs. Quand à la négociation qui est un processus courant, on peut la considérer comme un «art» dont certaines pratiques sont anciennes puisque certains termes utilisés dans le domaine de la négociation remontent à l'Egypte antique.

Au final, les décisions sont généralement prises par le plus haut placé dans l'organisme gouvernemental ou la société et sont couramment communiquées seulement par oral. Le temps est flexible, selon le concept « de demain, si Dieu le veut » qui est l'expression du modèle culturel de la «fatalité». Par conséquent, ce n'est pas évident d'imposer des calendriers occidentaux.

Les comportements des Egyptiens envers les autres cultures présentent aussi des spécificités. D'après Sackho-Autissier (2000), « L'Égypte a entretenu des relations diverses avec ses voisins étrangers, qu'elles soient économiques et commerciales, politiques et diplomatiques, militaires ou poussées par la curiosité. Ces relations conduisent à une réflexion sur le comportement des égyptiens envers d'autres populations, sur la reconnaissance d'Autrui dans l'Égypte ancienne. L'Égypte peut être appelée dans un certain sens, « la mère des arabes dans la nationalisation » car l'Égypte est considérée comme le premier pays arabe qui a créé et dirigé l'idée de la création de secteurs publics au cours des années 1950 et 1960 ». Comme conséquence les Egyptiens ont un sentiment de supériorité envers les autres Arabes. Voici quelques exemples qui illustrent ce point de vue

- ce sont les Egyptiens qui ont aidé les pays du Maghreb à apprendre la langue arabe, en envoyant de nombreux professeurs d'Arabes, comme coopérants, dans les écoles primaires et secondaires de ces pays.
- ce sont eux qui ont aidé à construire les Emirats Arabes Unis ; même avant cette période moderne l'Égypte a été le centre commercial des Arabes, avant et après le canal de Suez.

Nous concluons cette présentation de la culture égyptienne par la citation de Harris (2000), qui renforce l'interprétation que nous avons déjà présentée, des peuples de civilisations anciennes comme l'Égypte, sont fiers de leur passé. L'histoire, l'art, la poésie, la littérature, la culture et les réalisations [qui leur donnent] un sentiment de supériorité. Ils connaissent les réponses à tout, beaucoup ne veulent pas partager le crédit ce qui a été accompli par des efforts communs. Certains ne parviennent pas à innover en fonction de la nécessité de la culture locale, préférant chercher des solutions créatives fondées sur la situation dans leur patrie.

Nous demandons au lecteur, lorsqu'il lira les parties suivantes de notre thèse, de garder cette présentation comme toile de fond de notre travail.

Après avoir passé en revue la culture du pays importateur du management de la qualité, passons désormais à la culture qualité.

2.2 LA NOTION DE QUALITE ET SON EVOLUTION

Nous commençons la caractérisation de la notion de la qualité par la définition d'Ishikawa, un des pionniers du management de la qualité, qui a affirmé que la qualité ne peut se définir que dans les termes de celui qui la fait. Par exemple la qualité veut dire « être fier de son travail » si nous parlons d'un ouvrier, mais elle a une autre définition si c'est un directeur qui la définit. Pour lui, la qualité c'est la réalisation de la production demandée. Pour un sous-traitant; la qualité c'est le respect des spécifications. Par contre pour un directeur de marketing, la qualité c'est la satisfaction du client et ce que cela coûte d'obtenir cette satisfaction. Au sens commun, la qualité c'est la satisfaction des besoins exprimés ou implicites des clients.

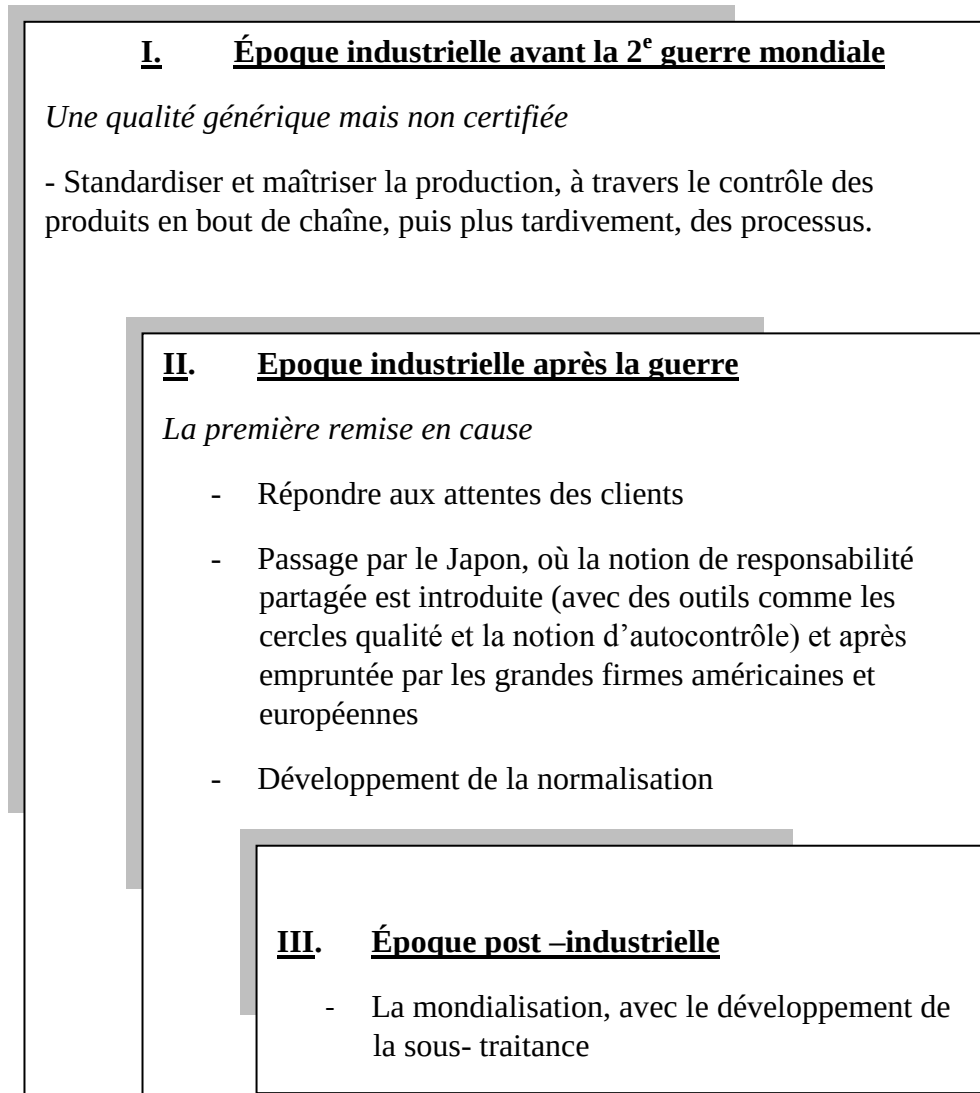
Notons que plusieurs facteurs sont à l'origine de la notion de qualité, tout d'abord dans le secteur industriel puis dans le secteur des services avec le développement de la production de masse. Cette dernière a entraîné un besoin de standardisation et de détermination de standards pour ce qui constitue un produit acceptable ou pas. Puis les crises de surproduction ont mis le client au centre et obligé les entreprises à comprendre ce qu'il souhaite ; autrement dit il y a eu concurrence entre les entreprises pour gagner des clients, ce qui a contribué à diffuser encore plus la notion de qualité. La mondialisation, avec l'organisation de la production à l'échelle mondiale, et le développement de la sous-traitance, a également contribué à la diffusion de la notion de qualité. Enfin la demande d'une bonne gouvernance, dans les secteurs privé, mais aussi public et, en conséquence, la demande d'outils de contrôle et d'assurance (au sens de rassurer, de donner de la confiance), ont été, aussi, des moyens et/ou des facteurs de diffusion.

Commençons par l'historique de cette notion comme nous l'avons fait précédemment avec la culture égyptienne. D'après Lérat-Pytlak (2002), « La littérature scientifique présente généralement le développement historique des principes de la qualité totale de deux manières différentes, mais non contradictoires :

- Soit comme une extension en profondeur des principes de l'assurance de la qualité (focalisation client, logique préventive et contractuelle centrée sur les processus), tant à l'extérieur de la firme qu'à l'intérieur (Hermel, 1989 ; Gomez, 1994)).
- Soit comme un embranchement parallèle au mouvement de l'assurance de la qualité, développé au Japon dès les années 1950, puis systématisé (Beaumont, 1996). »

Nous illustrons l'élargissement de la qualité sous forme chronologique dans la FIGURE 2.

FIGURE 2 ÉLARGISSEMENT DE LA NOTION DE QUALITE



Selon Martinez (2001), « La qualité a évolué à travers les âges pour être aujourd'hui un mode de management des entreprises incontournable et performant. En partant de son historique et en abordant les différentes phases de son évolution, nous découvrirons les véritables enjeux socio-économiques des démarches qualités ».

Venons- en aux différentes notions et aux différents outils qui aident à mettre en place une démarche qualité, qui nous intéressent dans notre recherche. Commençons directement par la notion de « *Total Quality Management* » qui est apparue pour prendre conscience que la performance du processus de production est influencée par des actions avant, après et autour de la production. Selon Clavier (1997), « la qualité, dans son essor, a été portée par l'envol de

l'industrie japonaise qui en a fait son maître mot, au moins dans les décennies 1970 et 1980 ; dans le monde socio-économique d'aujourd'hui, la qualité implique la prééminence presque exclusive des destinataires de tous produits ou prestations ». Il faudra cependant un détour par le Japon pour que la notion de contrôle s'efface devant celle de responsabilité de chaque personne dans l'entreprise pour se contrôler elle-même et contribuer à la qualité. Les outils, comme les cercles de qualité qui correspondent à cette vision, se développent alors. C'est dans les années 50 que la notion de qualité prend un sens plus large encore, englobant la satisfaction du client, l'ensemble des processus de l'entreprise et l'idée d'amélioration continue. Avec la croissance des activités de services, après la guerre mondiale, le besoin d'une démarche globale de la qualité se fonde de plus en plus sur la participation de tous les membres de l'organisation pour garantir la satisfaction des clients, des membres de l'organisation et de la société.

Pour mettre en place une démarche de *Total Quality Management*, les entreprises utilisent notamment les outils que nous présentons dans le Tableau 1 et dont la plupart sont d'origine américaine.

TABLEAU 1 LES OUTILS D'UNE DEMARCHE QUALITE TOTALE

Démarche Qualité Totale	Outils	Origines
Cadrer le pilotage d'une démarche qualité	La roue de Deming : étapes de mise en place de la maîtrise de la qualité. C'est le PDCA (Plan - Do - Check Act)	Les Etats-Unis. Formalisée par les qualitiens - Joseph JURAN - Walter SHEWART - William E. DEMING au sein de l'entreprise Bell Telephone en 1925
	Méthode Six Sigma La méthode de management qui vise l'amélioration permanente de la qualité. Une méthode équivalente à la PDCA dont elle est une version améliorée.	Les Etats-Unis Méthode mise en place à l'origine par la société General Electric.
Analyser une performance	La carte de contrôle c'est une méthode de gestion de la qualité selon laquelle on mesure, à l'aide de techniques statistiques, un processus pour déterminer s'il faut lui apporter des changements ou le maintenir tel quel.	Les Etats-Unis. Formalisée par - Walter SHEWART Au sein de l'entreprise Bell Telephone.
Rechercher les causes et les effets	Le Diagramme causes et effets ou diagramme d'Ishikawa également appelé diagramme en arêtes de poisson. Il permet d'identifier les causes des problèmes, en remontant à leurs racines et de regrouper dans des catégories distinctes (méthode, main-d'œuvre, matériel, machines, matières).	Le Japon. Inventé par - Kaoru ISHIKAWA,
	Le diagramme de Pareto ou méthode 80-20, c'est-à-dire que 80 % des problèmes découlent de 20 % des causes. Il sert, après la collecte de données, à classer les causes des problèmes et à établir des priorités d'action. Il identifie les activités pour l'amélioration selon leur ordre de priorité.	Les Etats Unis, Formalisée par - Joseph JURAN

L'approche TQM s'est développée selon différentes modalités comme présenté par Mounier (1999), « Après les cercles de qualité, « la qualité totale » et la lutte contre « l'usine fantôme » dans les années 1980, les politiques de gestion de la qualité prenant appui sur des référentiels précis se développent tout au long des années 1990 ». L'étape finale est la montée en puissance des normes de certification des organisations des organisations comme le résume Martinez (2001), « Dans les années quatre-vingt, les principaux pays industrialisés participent

à la rédaction de normes internationales pour l'assurance de la qualité au sein de l'International Organisation for Standardisation (ISO). En 1987, les normes ISO 9000, consacrées à l'aspect organisationnel de l'assurance qualité, à son management et à ses méthodes, naissent ». Selon Galland (2001), « les firmes trouvent au travers de la normalisation un double avantage, économique et commercial. D'une part, la standardisation de la production industrielle leur permet de réaliser d'importantes économies d'échelle, tant au niveau de leur propre production qu'au niveau de celle de leurs fournisseurs. D'autre part, la normalisation technique des composants et produits fabriqués leur favorise l'accès à de nouveaux marchés, aussi bien nationaux que mondiaux »

Comme on l'a pu le voir dans ce bref historique les outils de gestion de la qualité sont nés dans des périodes et territoires précis. Et pour compléter cette présentation, nous trouvons indispensable d'étudier les facteurs de diffusion de la notion de qualité, qui nous permettront de prolonger cet historique et d'aborder l'extension de la qualité aux services et aux organisations publiques.

Les facteurs de diffusion de la notion de la qualité. Cette notion s'est développée à des moments de rupture ou de crise. La qualité a bien entendu évolué avec l'avènement de la société postindustrielle. Selon Crozier (1989), « La vraie révolution de notre temps : nous entrons dans la société post-industrielle. Parallèle à établir avec la révolution industrielle. A cette époque aussi, il y a eu changement dans la manière d'agir et de penser »

Selon notre revue de la littérature nous dénombrons quatre facteurs essentiels ayant contribué à la diffusion de la notion de qualité. Nous les présentons dans le Tableau 2 avec les conséquences qu'ils ont eues. Pour notre recherche le quatrième facteur nous apparaît important puisque nous parlons des réformes de l'Etat, un aspect qui sera abordé en détail dans la partie 1 de notre thèse où nous présentons le *New Public Management*.

TABLEAU 2 LES FACTEURS AYANT CONTRIBUE A LA DIFFUSION DE LA NOTION DE QUALITE

<u>Facteurs</u>		<u>Effet / conséquence</u>
Le développement de la production de masse	→	Besoin de définir des standards
Les crises de surproduction	→	Le client roi La qualité évolue pour répondre à ses besoins
La mondialisation et le développement du soutraitance	→	Le contrôle des fournisseurs
La réforme de l'Etat et des gouvernements	→	Extension de la qualité dans le secteur public

Selon Deming (1991), cité par Lecomte *et al.* (1999), « les démarches de modernisation partent d'une inspiration commune et attestent globalement des mêmes préoccupations : assouplissement des méthodes de gestion, responsabilisation des agents, amélioration du service rendus aux usagers. En ce sens, la démarche qualité vise à faire progresser l'ensemble des caractéristiques d'une organisation, tout en satisfaisant des besoins exprimés ou implicites. Délicate, elle impose de profonds changements dans les références culturelles et dans les comportements au travail, mais semble de plus en plus nécessaire pour des raisons de positionnement stratégique, de légitimité, d'économie et de survie. Elle gagne progressivement l'ensemble des acteurs pour que la qualité devienne l'affaire de tous »

Cette démarche s'inscrit dans un contexte de mondialisation. En effet les entreprises sont de plus en plus confrontées à la mondialisation. Comme souligne Vatteville (2004), « la mondialisation brouille les frontières entre les nations mais aussi les limites entre le public et le privé, entre le marchand et le non marchand » En outre selon Held *et al.* (1999), cité par Bolduc *et al.* (2000), « L'ouverture des frontières s'est principalement limitée aux pays développés durant les trois premières décennies de l'après-guerre, mais les années 80 et 90 ont vu les pays en voie de développement s'engager massivement dans la logique libre-échangiste, sous les pressions d'institutions multilatérales telles que la Banque mondiale et le FMI ».

Afin de s'adapter, l'administration des organisations doit évoluer afin de répondre aux différentes exigences. Désormais la mise en place des systèmes qualité est au cœur de cette évolution, qui ne se limite pas à l'introduction des outils et des méthodes, mais doit aider l'organisation à transformer ses pratiques et ses relations de travail. Désormais, les normes ISO 9000 se développent, au niveau mondial, dans toutes les organisations public/privé,

produits/services. Les institutions internationales leur donnent une importance accrue afin de standardiser les règles pour les échanges internationaux par le biais d'un langage commun vis-à-vis du client. La revue de la littérature que nous avons présenté dans une perspective historique nous permet de distinguer deux approches de la qualité. Il s'agit de l'approche industrielle et postindustrielle dont les caractéristiques sont présentées dans le Tableau 3. Ce cadre d'analyse sera mobilisé pour la production d'un modèle explicatif des échecs et des succès de la transposition de l'outillage de la qualité dans les hôpitaux publics égyptiens à présent.

TABLEAU 3 L'APPROCHE INDUSTRIELLE/POSTINDUSTRIELLE

	L'approche industrielle	L'approche postindustrielle
Objet prioritaire	Le couple production de masse-consommation de masse	Le couple Haute technologie-services
Valeur clé	Valeur clé : la quantité	La qualité du concept du service
Les moyens	La rationalisation Le management scientifique	Qualité première : La capacité d'innover
Place de l'homme	Incapacité de comprendre l'homme en tant qu'acteur libre et autonome	Importance centrale de la ressource humaine
Vision de l'investissement	L'investissement matériel	L'investissement immatériel L'apprentissage

*Adapté de Crozier (1989)

Nous concluons que l'approche post-industrielle, demande plusieurs changements au sein des organisations de type industriel. Les organisations présentes en Egypte, publiques ou privées, peuvent-elles faire face aux demandes de cette approche, qu'elle soit industrielle ou post-industrielle.

Pour répondre à cette question, nous croisons les caractéristiques de l'approche postindustrielle de la qualité avec les caractéristiques du couple management et organisation en Egypte. Nous nous appuyons sur les apports des réponses à ce questionnement pour l'interprétation des résultats de la recherche du terrain sur l'Egypte.

2.3 CARACTERISATION DE LA CULTURE DE LA QUALITE : UN NOUVEAU MODE DE MANAGEMENT EN EGYPTTE

Lors de notre recherche nous présenterons les deux vagues de réformes concernant la qualité dans les hôpitaux publics en Egypte. Comme nous l'avons déjà écrit, l'échec de ces deux réformes a largement été documenté. Après avoir étudié et décrit les cultures des pays importateur et exportateur du management de la qualité, concentrons-nous sur les caractéristiques de la culture qualité, dans l'objectif de la comparer avec celle de l'Egypte mentionnée plus haut et de nous poser la question de leur comptabilité.

D'après notre revue de littérature, afin de mettre en place une démarche qualité, la culture qualité doit être favorisée, cultivée par la direction, ce qui suppose que :

- les employés sentent qu'ils sont responsables de la satisfaction du client. Ils ne vont pas se sentir responsables s'ils sont exclus de l'élaboration des visions, des stratégies et des plans. Il est important qu'ils participent à ces activités.
- Il n'existe pas de décalage entre les discours, les décisions et les actions de la direction. Dans le cas contraire, les employés se sentiront déresponsabilisés.
- Les actions sont basées sur des faits. L'analyse statistique de l'ingénierie et la fabrication des faits est une partie importante du management de la qualité. Les faits et l'analyse constituent la base pour la planification, la révision et le suivi de la performance, l'amélioration des opérations, et la comparaison des performances avec les concurrents.
- Le personnel doit non seulement être impliquée, comme mentionné plus haut, mais également être formé.

Ceci nous amène à poser, brutalement, la question suivante : existe-il une culture de la qualité en Egypte ? Comment faire coopérer des gens et une approche managériale issus de traditions différentes ? Comment éviter que chaque tradition se replie sur elle-même et pratique un protectionnisme qui peut stériliser les échanges voire même les empoisonner ? Ainsi, on pourrait facilement opposer le style de management « pharaonique » des Egyptiens et celui, contractuel, des Américains, qui puisent à des sources différentes. Selon D'Iribarne (1989), « Il n'existe pas de règles universelles de gestion, comprendre les mœurs, c'est éviter de changer à l'aveuglette. La gestion efficace est celle qui prend en compte les traditions nationales, et qui parvient à en éviter les dérives potentielles ».

En allant à la source des traditions qualité d'inspiration américaines et de la culture égyptienne, nous pouvons constater qu'elles ont bien peu en commun. Les deux logiques ne proviennent pas d'un même héritage. Afin de comprendre comment peuvent se compléter, s'opposer ou s'articuler entre elles, les cultures qualité (américaine) et égyptienne, prenons un exemple d'incompatibilité entre normes qualité et culture égyptienne, **le concept du temps**. Les communautés industrialisées et modernes adoptent une vision économique du temps. Tous les pays économiquement développés fonctionnent dans le temps monétaire, par opposition à une vision événementielle, qui correspond au temps dominant du monde non industrialisé, le temps des cultures traditionnelles et souvent religieuses. C'est un temps que l'on ne mesure pas. Or la notion de qualité repose sur une vision monétaire du temps.

Pourtant, le concept de culture ne doit pas être mobilisé comme une barrière ou un prétexte à l'impossibilité de transposer le management de la qualité d'un contexte culturel à un autre. D'Iribane (1989), dans son ouvrage consacré aux entreprises qui réussissent dans les pays du tiers monde a bien montré que de telles transpositions sont possibles, à condition d'aller chercher, dans le contexte d'un pays, les valeurs positives qui permettent une telle adaptation. Or, il s'avère que les systèmes qualité que l'on a voulu implanter en Egypte sont, comme nous le verrons plus tard, le résultat d'une imposition, d'inspiration américaine, et n'ont fait l'objet d'aucune adaptation.

Toutefois s'il s'avérait que la question de la culture était suffisante pour expliquer l'échec en Egypte, cela signifierait-il que les rares cas de succès rencontrés s'expliqueraient par un travail d'adaptation ?

Bien entendu, nous prêtons notre attention aux modalités d'adaptation rencontrées dans les cas de succès. A ce moment nous demanderons au lecteur de garder à l'esprit la toile de fond que nous venons de lui présenter. Nous en faisons un élément de contexte tout en choisissant le cadre de la relation entre structure et action, qui possède selon nous une portée plus universelle.

3. L'ARCHITECTURE DE LA THÈSE

Pour répondre à notre question de recherche, sur la relation entre action et structure (*Agency/Structure*), dans le cadre de la mise en place de démarches qualité dans les hôpitaux publics égyptiens, nous avons divisé notre travail en deux grande parties et chaque partie est divisée en trois chapitres

Si l'introduction a posé la toile de fond, **la partie I** pose « le décor » de la thèse. Elle met en évidence les réformes de santé en Egypte comme étant la conséquence de pressions exercées par les bailleurs de fonds internationaux. Elle montre également que la transposition d'outils de gestion d'un pays à un autre pose un problème d'adaptation. Quant aux rares cas de succès étudiés, le fait qu'ils reposent sur les efforts de certains acteurs, dans un contexte d'échec généralisé, pose la question de la relation *agency/structure*. Pour aborder cette relation, nous proposons de mobiliser la Théorie néo-institutionnelle (TNI) et la Théorie de la structuration (TS) pour comprendre cette question. En s'appuyant sur ces cadres théoriques, nous construisons la méthodologie de la recherche qui fait appel à des méthodes variées de collecte des données et se compose de multiples études de cas enchâssées dans une étude de cas.

La partie II est consacrée à la présentation des études empiriques qui nous ont permis de réaliser nos études de cas. A la fin nous concluons par l'interprétation des résultats, et nous nous appuyons sur les repères théoriques présentées dans la partie I. Cette interprétation sera formalisée pour la production d'un modèle explicatif.

Passons maintenant à une présentation plus détaillée de chacune des parties de notre thèse.

La première partie : le contexte général, les repères théoriques et la méthodologie

Le chapitre 1 est consacré au contexte de la recherche. Nous mettons en évidence comment des pressions sont exercées par des bailleurs de fonds, et comment l'aide est conditionnée à des réformes et à la mise en place d'une « bonne gouvernance » pour tous les pays en voie de développement. L'Egypte ne fait pas exception. Souvent le conseil des bailleurs de fonds est de copier des méthodes qui ont fait leurs preuves dans les pays développés. Ces conseils ne prennent pas en compte le contexte des différents pays. D'abord nous explorons les réformes dans les pays en voie de développement (PVD), puis en Egypte suite à la demande des bailleurs de fonds internationaux. Ensuite, pour continuer la chaîne de ces pressions, nous aborderons la pression exercée par le gouvernement égyptien sur le ministère de la santé sous forme de l'obligation de mettre en place une réforme qualité de la santé, puis par le ministère sur les hôpitaux sous forme d'un programme d'accréditation. Enfin, nous montrerons comment les hôpitaux ont mis en place une démarche qualité pour répondre à la pression du ministère et qui sont les acteurs qui ont vraiment réussi cette réforme. Une présentation détaillée du système sanitaire égyptien est suivie d'une section consacrée aux enseignements tirés de notre mémoire de Master recherche qui montrent à quel point les démarches qualité dans les hôpitaux publics égyptiens étaient et seront toujours un échec. La réforme qualité dans ces hôpitaux s'inscrit dans un contexte de transposition et de pressions de la part des bailleurs de fonds afin de mettre en place un *New Public Management* (NPM) et par la suite une démarche qualité.

Le chapitre 2 sera consacré aux repères théoriques et conceptuels sous forme de 2 sections ; les sections 1 et 2 seront consacrées à la présentation des deux théories utilisées lors dans notre recherche pour étudier la relation entre la structure et l'action. Ces deux sections doivent nous aider à formuler notre question de recherche.

Le chapitre 3 est consacré à notre méthodologie de recherche, et est à son tour est divisée en 2 sections : tout d'abord le positionnement de notre recherche, et ensuite à les modalités selon lesquelles nous avons répondu à notre question. Il s'agit du choix des champs nécessaires à la construction de modèles et du choix du recueil des informations sur le terrain que nous avons effectué grâce un stage d'observation participante.

Deuxième partie : L'étude empirique

Cette partie est composée de 2 chapitres consacrés aux études empiriques menées à savoir à savoir: l'analyse détaillée des manuels des réformes qualité qui ont été imposées et mis en œuvre dans les hôpitaux publics égyptiens et l'étude sur le terrain dans un des hôpitaux qui a appliqué ces deux réformes. Le chapitre 4 étudiera de manière approfondie les origines de la démarche qualité dans les hôpitaux publics égyptiens. Nous insistons sur le fait que c'est une transplantation hâtive d'une démarche américaine. Pour atteindre l'objectif ce chapitre est divisé en trois sections. Dans la section 1 nous présenterons l'analyse de la première réforme égyptienne, puis du manuel opérationnel égyptien daté de 1995, publié par le ministère de la santé égyptien et une présentation comparative entre un manuel américain et ce manuel égyptien. Ce manuel américain représente « typiquement » l'état des connaissances au début des années 1990 sur le management hospitalier en Amérique du Nord. En dernier lieu, en section 3, nous analyserons la réforme de 2007, à travers le manuel d'accréditation qualité qui en est issu. L'objectif est d'étudier comment ces connaissances sont présentées dans leur contexte d'origine et comment éventuellement, elles ont pu être "transformées" dans le manuel sur la gestion de la qualité dans les hôpitaux, développé en Egypte. A la fin du chapitre 4 nous répondons à la question posée au début de cette introduction sur le rôle joué par les manuels dans les cas de succès rencontrés.

Le chapitre 5 restitue notre deuxième étude empirique dans un des plus grands Centre Hospitalière Universitaires (CHU) au Caire. Ce chapitre est divisé en trois sections qui exposent les cas d'échec et les cas de succès isolés rencontrés Une comparaison des cas sera effectuée afin d'en tirer des enseignements sur la manière dont la démarche qualité a été transposée dans les cas de succès afin de répondre à la question posée sur le statut des acteurs responsables des cas de succès : sont-ils des entrepreneurs institutionnels, participent-ils à un travail institutionnel ? A la fin le chapitre 6 pose une interprétation de la chaîne de pressions an retournant vers les repères théoriques.

Le schéma ci-après présente la démarche générale de notre thèse.

FIGURE 3 LA DEMARCHE GENERALE DE LA THESE

**PREMIERE PARTIE :
CONTEXTE ET CADRAGE THEORIQUE
DE LA RECHERCHE**

PARTIE I LE CONTEXTE

INTRODUCTION

Dans cette partie, nous présentons le contexte de notre recherche. Le premier chapitre est consacré à l'environnement institutionnel, d'abord général à travers la demande de *New Public Management* (section 1), spécifiquement au secteur de la santé égyptien, ensuite, à travers une présentation de ses acteurs (section 2) et de ses dysfonctionnements, tels que cela ressort de notre mémoire de master recherche (section 3). Nous mettons en lumière, compte tenu des conditions existantes, à quel point la tentative de mettre en place des démarches qualité dans les hôpitaux publics égyptiens a été et sera longtemps encore, globalement, vouée à l'échec. Nous montrons que ceci s'explique notamment par le fait que la réforme qualité dans ces hôpitaux s'inscrit dans un contexte de transposition et de pressions de la part des bailleurs de fonds internationaux, demandeurs de la mise en place de nouvelles méthodes de management public, dont les démarches qualité sont, en principe, une manifestation. Tout au long de ce chapitre, nous explorons les pressions dans les PVD, puis en Egypte suite à la demande des bailleurs de fonds. Puis, consécutivement, pour continuer la chaîne de ces pressions, nous abordons la pression exercée par le gouvernement égyptien sur le ministère de la santé, pour mettre en place une réforme qualité dans le secteur de la santé, puis du ministère sur les hôpitaux sous la forme de procédures d'accréditation. Enfin nous montrons comment les hôpitaux mettent en place une démarche qualité pour répondre à la pression du ministère (ou plutôt échouent à le faire). Dans ce contexte défavorable, nous faisons part de quelques cas de réussite qui seront l'objet principal de notre thèse. Dans le chapitre 2, nous présentons les repères théoriques et conceptuels de notre travail. Les sections 1 et 2 sont consacrées à la présentation des deux théories mobilisées lors de notre recherche, la théorie néo-institutionnelle et la théorie de la structuration, et à la manière dont elles éclairent la relation entre la structure et l'action. Ces deux premières sections nous permettent de poser notre cadre d'analyse ainsi que notre question principale de recherche. Dans le chapitre 3 nous présentons le design de notre recherche. En 3 sections consécutives, nous présentons comment notre recherche a été menée (section 1), les méthodes utilisées, comment l'étude de terrain a été effectuée avec quels outils (section 2). Enfin, nous présentons l'organisation thématique des informations collectées lors de notre étude empirique (section 3).

CHAPITRE 1

LES PRESSIONS INSTITUTIONNELLES

CHAPITRE 1 LES PRESSIONS INSTITUTIONNELLES

INTRODUCTION

Ce chapitre présente en détail la chaîne de pressions qui constitue l'environnement institutionnel de la réforme qualité dans les hôpitaux publics égyptiens. Nous examinons comment et par qui les pressions sont exercées, comment l'aide est conditionnée à des réformes et à la mise en place d'une « bonne gouvernance » pour tous les pays en voie de développement. Nous constatons que l'Egypte ne fait pas exception. Souvent les conseils des bailleurs de fonds sont de copier des méthodes qui ont fait leurs preuves dans les pays développés. Toutefois, ces conseils ne prennent pas en compte le contexte des différents pays. Nous montrons comment une demande de bonne gouvernance, de la part des bailleurs de fonds, se traduit par une pression de leur part pour transposer les concepts du New Public Management des pays développés vers les pays en voie de développement.

La section 1 de ce chapitre présente successivement cette demande, le concept du NPM tels qu'il a été appliqué dans les pays développés, puis son transfert dans les PVD.

Dans la section 2 nous nous effectuons une présentation détaillée du système sanitaire égyptien. Nous présentons les différents acteurs et types d'hôpitaux, ainsi que les formes juridiques qui les organisent. Nous montrons pourquoi et comment ces différents acteurs exercent des pressions institutionnelles.

Afin de dresser un état des lieux du contexte égyptien, notamment dans les hôpitaux publics, nous nous appuyons sur les résultats de notre recherche, déjà effectuée pour notre mémoire de master recherche en 2007. Force est de constater que la qualité n'est pas au rendez-vous dans les hôpitaux publics égyptiens malgré la démarche qualité imposée par le ministère de la santé. En fin de ce chapitre nous nous étonnons, au milieu de cet échec généralisé, de quelques cas de succès, ni explorés, ni analysés. C'est vers eux que s'oriente notre thèse, en mettant encore plus l'accent sur le contraste entre les conditions réunies pour qu'un échec se produise et ces rares exceptions, pourtant porteuses de leçons.

SECTION 1 LA DEMANDE DE NEW PUBLIC MANAGEMENT

Dans les années quatre-vingt les gouvernements et les Etats des pays occidentaux ont commencé à réfléchir sur la manière de mieux gérer leur secteur public ainsi que de piloter et d'encadrer les processus de modernisation engagés au sein de ce secteur. Pour ce faire ils ont mis en œuvre des réformes des finances, de la comptabilité, de l'évaluation et du contrôle, de la gestion des ressources humaines ainsi que des transformations organisationnelles.

Dans cette section nous abordons la notion de NPM de plus près en étudiant l'évolution et l'adaptation de ces concepts dans les pays développés et le pourquoi de sa transposition dans les PVD, et plus particulièrement en Egypte. Nous étudions enfin le discours des autorités de ce pays face aux exigences de NPM des bailleurs de fonds.

1.1 UN NOUVEAU CONCEPT MANAGERIAL DANS LES PAYS DEVELOPPES

Selon Tchankam (2008), venus du Royaume-Uni et des Etats-Unis, le *New Public Management* s'est peu à peu imposé comme une idée dominante avec des slogans qui affirment que les méthodes de management du secteur privé sont supérieures à celles du secteur public qui est jugé inefficace, rigide, coûteux et très hiérarchisé. Désormais, les préoccupations des Etats sont d'améliorer la gestion des organisations publiques, d'innover dans les chaînes de responsabilité, de s'engager dans la quête de la performance, de moderniser les services publics. Mais comment imposer à l'organisation publique une telle culture de la performance ?

1.1.1 L'ORIGINE DU NEW PUBLIC MANAGEMENT

Le *New Public Management* se manifeste par la remise en cause des modes de gestion bureaucratiques habituellement associés aux organisations publiques. « Depuis quelques décennies, la crise de la légitimité de l'entreprise publique, de son rôle et de son fonctionnement marqué par le laxisme, a consacré l'apparition du *New Public Management*. Né en Grande Bretagne au début des années 80 (même si ses origines remontent à quelques années avant) sous le règne de Margaret Thatcher et dans bien d'autres pays de tradition

anglo-saxonne, le *New Public Management* est un mode de gestion qui vise (pourtant implicitement) à introduire dans l'administration publique les valeurs et modes de fonctionnement de la firme privée » (Yaya, 2005 :5).

Plusieurs noms, à côté de celui de « New public Management » ont caractérisé ce phénomène, à savoir « réinvention », « gouvernement d'entreprise ». C'était simplement une formule afin d'améliorer et d'aboutir à une administration publique performante. Pollitt (2000 :183), a ainsi dénombré différents slogans dans le monde occidental, comme US National Performance (NPR), ou encore « les avantages du NPM sont multiples car le Gouvernement fonctionne mieux et coûte moins cher ». Selon Amar et Berthier (2006),³ « il a pu s'agir d'un désir d'une gestion plus cohérente pour pallier à une inefficacité du secteur public (le cas du Japon par exemple), d'une volonté de s'inscrire dans une idéologie néolibérale (le cas du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande), de surmonter l'existence de crises financières (le cas du Canada entre autres), de résorber une crise économique et politique (le cas de l'Italie), d'un besoin de changement ou encore d'un processus d'imitation (notamment pour les administrations au niveau local) ».

1.1.2 LES FACTEURS D'EMERGENCE: LES CARACTERISTIQUES DU NPM ET DE SON APPLICATION

Pour Saint-Martin (1998) cité par Merrien (1999 :95), « la nouvelle gestion publique résulte de la conjonction de trois phénomènes de nature différente : des problèmes vécus sous un mode dramatique (dettes publiques, déficit commercial, délocalisation de la production), l'hégémonie progressive d'un corpus d'ides néolibérale et managériales, des réseaux d'experts offrant des solutions toutes prêtes à vendre ». Nous reviendrons ultérieurement sur le cas spécifique des pays en voie de développement.

En effet, les crises économiques et fiscales de l'Etat et l'évolution du contexte politique ont été de puissants facteurs de réformes dans la plupart des pays occidentaux. A partir de la fin des années soixante-dix, les idées de 'la Nouvelle Droite' ont trouvé leur place au sein du gouvernement conservateur arrivé au pouvoir au Royaume-Uni ainsi qu'aux Etats-Unis sous l'ère Reagan.

³ Les pages de ces articles ne sont pas numérotés

Selon Lamarzelle (2008), « Globalement, les Etats qui ont mis en place de telles réformes se sont engagés dans trois démarches. La première vise à simplifier les procédures administratives en se préoccupant prioritairement de l'avis et de la place du citoyen-usager vis-à-vis de l'administration. La deuxième concerne la mise en place d'une logique de résultat visant la qualité du service rendu. La troisième, qui est la résultante des deux premières, concerne la rénovation des structures administratives par une meilleure gestion des ressources humaines et le développement des outils de suivi et de contrôle financier ».

Le NPM a mis en cause l'organisation bureaucratique traditionnelle pour aller vers d'autres formes d'organisation. Au niveau opérationnel, le NPM s'inspire du style de management du secteur privé en adoptant des notions telles que la qualité totale, zéro défaut, la recherche de l'excellence. Il s'agit par exemple:

- d'être proche de ses clients;
- d'axer sur la performance (objectifs, normes) et non pas d'être régi par des règles;
- d'afficher un engagement d'amélioration continue de la qualité (encore une fois, des objectifs, normes);
- de contrôler les coûts.

« Globalement, de la fixation des objectifs jusqu'à l'évaluation finale, la volonté est de rompre avec l'ancienne organisation hiérarchique en promouvant l'autonomie et la participation. Si certains se sont lancés résolument dans l'ensemble de ces démarches, d'autres y ont été de manière plus douce, en mettant l'accent par exemple uniquement dans un premier temps sur ce qui leur semblait prioritaire. Il est vrai que, dans certains cas, ces démarches sont restées à l'état d'expérimentation malgré la volonté officielle de les systématiser. Mais dans de nombreuses autres situations, elles ont permis de redéfinir les missions des acteurs publics et de créer les conditions d'un dialogue désormais devenu incontournable » Lamarzelle (2008). En outre, toujours selon cet auteur « le management public permet aux responsables du secteur public de conduire les organisations dont ils ont la charge par la mise en œuvre de techniques et de méthodes déterminées. Cette démarche se concrétise autour d'une logique de déconcentration pour donner aux responsables locaux plus d'autonomie. De fait, on constate un accroissement de plus en plus net de la responsabilisation des dirigeants, surtout en termes de finance et de personnel. Le responsable d'un secteur devient garant de l'efficacité de son unité administrative, ceci en rapport avec des objectifs liés aux politiques publiques locales décidées par les politiques. Dans de nombreux pays, cette logique forte de responsabilisation accompagne le pilotage de l'action

publique». D'autant plus que, selon Bezes (2005:32), « La rationalisation des administrations passe désormais par des contrôles *ex post* qui reposent sur le calcul et sur le contrôle des coûts (tableaux de bord, statistiques, comptes prévisionnels), ainsi que sur la surveillance des réalisations et des résultats de l'activité administrative (mesures de performance par des indicateurs, etc.). Les contrôles de régularité font place à des contrôles d'efficacité (confrontation des objectifs affichés et des résultats obtenus) et d'efficience (confrontation des moyens utilisés et des résultats atteints, comparaison avec d'autres systèmes privés ou étrangers) ».

Reste à définir et à adopter les bonnes méthodes d'introduction du NMP pour satisfaire à la fois les objectifs retenus et les attentes des fonctionnaires. Une bonne gouvernance dans ce domaine implique obligatoirement de tenir compte des avis de l'ensemble des acteurs afin qu'ils s'approprient les réformes et que les résistances soient minimisées. Les solutions imposées ne sont pas viables, les intérêts individuels et collectifs doivent être conciliés. Les méthodes du NMP doivent également mieux tenir compte de la nature des organisations. Il ne s'agit pas de faire du « standardisé » mais du « prêt-à-porter ».

Quelles que soient les caractéristiques générales du NPM, telles que nous les avons présentées au début de cette section, nous mettons donc l'accent sur l'idée défendue par Lamarzelle (2008), qui a étudié le management public en Europe. Cet auteur affirme que « au vu des spécificités et de la culture de chaque Etat, il ne serait cependant pas envisageable de chercher à atteindre un modèle unique de management public européen. De plus, si les méthodes engagées sont loin d'être identiques d'un pays à l'autre, les priorités divergent parfois fortement. Certains pays ont ainsi abordé cela par une volonté de comparaison (voire d'assimilation) au secteur privé, d'autres se sont engagés sur des priorités nationales comme la lutte contre la corruption, la stabilisation financière, etc. D'autres encore avancent de manière plus sectorisée en fonction des contextes locaux liés aux groupes de pression plus ou moins prédominants que représentent les partenaires sociaux ».

Selon Pollitt (2003 : 123), « Nombre d'auteurs relèvent la fréquence à laquelle l'importation est "traduite", "éditée", "transformée" ou "localisée" pendant le processus d'acquisition. Les transferts aboutissent souvent à un échec ou à une métamorphose importante de la technologie elle-même: pour le meilleur ou pour le pire, elle devient quelque chose d'autre »

C'est ce qui s'est passé lors de la diffusion des pratiques du NPM, de leurs pays d'origine vers le reste des pays membres de l'OCDE, une diffusion que nous allons maintenant étudier dans la sous-section suivante. Retenons que nous venons de souligner la difficulté d'une telle

diffusion, d'un pays développé un autre. Qu'en sera-t-il lors du transfert vers des pays en voie de développement ? Cela deviendra-t-il encore plus complexe et difficile ? Commençons par approfondir le sujet de la diffusion du NPM dans les pays développés.

1.1.3 LA DIFFUSION DU NPM DANS LES PAYS DEVELOPPES

D'après le rapport de l'OCDE cité par Hood (1995:99), « l'application du NPM diffère d'un pays à un autre. A partir de la littérature, fragmentaire, sur les réformes du management public dans les années 80, les pays à haut degré de NPM pourraient très probablement inclure la Suède, le Canada, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et le Royaume-Unis, avec la France, le Danemark, les Pays-Bas, la Norvège et l'Irlande, montrant également nombre de changements marqués comme allant dans le sens du NPM. A l'opposé, le groupe à bas niveau de NPM pourrait très probablement inclure l'Allemagne, la Grèce, la Suisse, le Japon et la Turquie ».

Beaucoup de recherches ont été réalisées sur la diffusion du NPM en Europe de l'Ouest, en Amérique de Nord et en Australie (par exemple Pierre, 1995; Trosa, 1995; Flynn and Strehl, 1996; Hood, 1996; Olsen and Peters, 1996; Kickert, 1997; Lane, 1997; Pollitt&Summa, 1997; Peters, Savoie, 1998; Pollitt&Bouckaert 2000). Pollitt (2000:184), a pu conclure que les grands objectifs de ces différents pays, les styles et les méthodes adoptés par les différents gouvernements ont varié très largement. Et selon divers auteurs (Pierre, 1995; Kickert, 1997; Ministry of Finance, 1997; Pollitt and Summa, 1997; Guyomarch, 1999) les pays en outre n'ont pas démarré à partir du même point, que ce soit en termes de composition de leurs secteurs publics ou en termes de leur façon de penser sur le rôle et le caractère de l'Etat. En outre, les gouvernements ne possèdent pas tous les mêmes capacités à mettre en œuvre des réformes. Dans certains pays, comme l'Allemagne, modifier les structures de l'administration centrale est politiquement et juridiquement très difficile. Dans d'autres pays, comme la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, cela a été relativement facile. Selon Marty et *al.* (2006 :12), « tous les pays ne prennent pas le même chemin, et, en particulier, les réformes radicales mises en œuvre durant les années 1980 et début des années 1990 en Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ne sont certainement pas universellement considérées comme un modèle qu'il est souhaitable d'imiter » et selon le même auteur, « si la plupart des pays développés se sont inspirés de l'exemple du Royaume-Uni, il est particulièrement fructueux

de s'attacher aux cas de l'Italie et des États-Unis, dont les pratiques en la matière font apparaître des logiques spécifiques et représentatives de la diversité des déterminants du recours aux partenariats public-privé et des approches retenues. L'Italie, pays de droit romano-germanique, a adopté à partir de la fin des années 1990 des pratiques inspirées des PPP⁴ britanniques. En revanche, les États-Unis, réputés pour leur libéralisme économique et leur tradition de recours au secteur privé, ne connaissent pas de politique publique générale applicable aux partenariats public-privé ».

Le cas en France est différent car le déroulement de la mise en œuvre du NPM a été plus lent que dans les autres pays. Le secteur public représente à peu près 25% de la population active et plus de 40% du budget de l'Etat (Amar et Berthier, 2006), et ceci bien que la décentralisation ait été lancée dans les années 1980 et des expériences réussies dans les années 1990 (par exemple la modernisation du ministère de l'équipement, la création de la charte des services publics, etc.). En outre, contrairement à tous les pays qui ont commencé à appliquer les réformes administratives, ce n'est qu'en 2004 qu'a débuté un processus de réduction des effectifs. En dehors de cet aspect quantitatif, un deuxième phénomène, plus qualitatif est intervenu en 2001. Il s'agit de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) qui a son tour a poussé les administrations à la modernisation et à la gestion par la performance. Quant aux Etats-Unis, ils ont commencé une vraie réforme administrative en 1993 avec le Gouvernement qui a mis en place un système de gestion par la performance (*Performance Results Act*).

Si nous reprenons les différentes réformes qui ont été mises en place dans les pays occidentaux, nous constatons qu'il y a eu des réformes importantes comme au Royaume-Uni et des réformes plus souples comme aux Etats-Unis. Comme l'ont affirmé plusieurs auteurs (Schedler et Proeller, 2000 ; Christensen et Laegreid, 2001 cités par Amar et Berthier (2006)) : « il n'existe donc pas un système unique de NMP mais plusieurs systèmes dont l'ampleur et le contenu dépendent de la culture et des particularités de chaque pays ».

Afin de conclure sur la diffusion du NPM dans les pays développés nous pouvons affirmer que les vingt dernières années ont été marquées par les transformations du secteur public dans les pays occidentaux. Selon Lamarzelle (2008), « certains pays se sont résolument orientés vers des démarches volontaristes visant à refondre plus au moins complètement leur management public. D'autres s'y sont lancés de manière plus progressive, en fonction du

⁴ Purchasing power parity (PPP)

contexte local et de la conjoncture plus ou moins propice. D'autres encore en ont fait l'affichage sans se donner réellement les moyens d'y parvenir ». Mais, plusieurs chercheurs ont mis en cause l'idée d'une transposition générique, universelle du NPM entre les pays. Selon Pollitt (2003 :122), « il n'y a pas un ensemble d'outils généraux qui peuvent être transférés d'une juridiction à l'autre, partout dans le monde, en toute confiance qu'ils fonctionnent bien à chaque fois. Cela signifie que nous devons examiner attentivement le contexte, et aux 'termes de l'échange' chaque fois que nous pensons à emprunter une idée de bonne gestion venue d'ailleurs ». De même Amar et Berthier (2006), ont mis en cause ce mode de management dans les pays développés en posant plusieurs questions : « dans la plupart des pays développés, des notions de flexibilité, d'efficacité, d'efficience, de gouvernance et de contrôle des coûts ont peu à peu été introduites et répandues dans la sphère publique » Selon le même auteur, pour les pays occidentaux, la question essentielle était à quel point le transfert des méthodes du management du secteur privé vers le secteur public peut participer à la satisfaction des usagers et à la qualité des services publics, comment on peut introduire la logique du marché du secteur privé au secteur public et comment ce dernier peut s'adapter aux notions qui s'appliquent au secteur privé telles que la flexibilité, l'efficacité, l'efficience, et quelle est la compatibilité avec les idées principales du secteur public fondées sur le fait qu'il est rigide, coûteux, inefficace, excessivement bureaucratique, non innovant et se caractérise par une hiérarchie très centralisée.

Partant de ces questionnements nous nous demandons comment et pourquoi ce mode de management dont l'universalité est déjà mise en cause par les chercheurs dans un contexte de transposition d'un pays développé à un autre doit être appliqué dans les PVD.

1.2 LE NEW PUBLIC MANAGEMENT DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT

Précédemment, nous avons présenté le NPM comme un nouveau mode de management qui est apparu et a été appliqué dans les pays occidentaux. De même nous avons présenté ses composants, ses concepts et comment l'application de ce nouveau mode de management doit améliorer la performance de l'Etat, tout en adoptant les modes de gestion du secteur privé. Nous avons également examiné les conclusions qui ressortent du transfert de telles pratiques d'un pays occidental à un autre. Mais est-ce que la transposition du NPM des pays occidentaux vers les PVD donnera les mêmes résultats ? Est ce qu'il y a des textes qui peuvent aider ces pays à construire un modèle intégré de gestion du changement stratégique

qui permettra la réussite de ce nouveau mode de management dans les PVD ? Ces questions nous obligent à connaître et présenter les relations entre les pays développés et les PVD. Présentons désormais comment cette notion a évolué dans les PVD et dans quelles conditions.

1.2.1 LE ROLE JOUE PAR LES EX-COLONISATEURS DANS LES PVD

Dans un article consacré au secteur de la santé, mais que l'on peut extrapoler de manière plus large à l'ensemble des secteurs, Amaskane (2008), montre à quel point les pays en voie de développement possèdent des systèmes juridiques et organisationnels copiés de leurs anciens colonisateurs, ou qui sont l'héritage du camp qu'ils avaient choisi au moment de la guerre froide. Ainsi l'auteur affirme que «l'occupation étrangère de nombreux Pays en Voie de Développement (PVD), au temps de la colonisation, a façonné de manière indélébile leur passé, leur présent et leur avenir par rapport à plusieurs aspects. Les indépendances octroyées ou arrachées n'ont pas changé grand-chose à la donne tant les ingrédients de l'aliénation, de la dépendance et du mimétisme ont intégré profondément les structures, les approches et le fonctionnement des systèmes hérités au moment des indépendances. Ce constat est vérifié de manière flagrante au niveau, notamment des référentiels législatifs et réglementaires de nombreux pays. En effet, la majorité de ces textes datent de la période de l'occupation étrangère et demeurent en vigueur malgré les divers changements et évolutions qu'ont connus ces pays. Plus que cela, la production réglementaire reste très limitée (les processus n'existent pas ou sont bloqués pour différentes raisons) et lorsque des efforts sont faits (en général à l'occasion d'incidents ou d'événements majeurs), les nouveaux textes sont souvent des copies de textes promulgués par l'ancienne puissance occupante. Les contextes étant différents, un texte élaboré et appliqué efficacement ailleurs ne donne pas nécessairement les mêmes résultats lorsqu'il est simplement exporté dans un autre pays. Les exemples à ce sujet sont multiple et variés ». Cette opération de copier-coller a notamment été bien illustrée par Daniel, (2003) dans son étude de la réforme des règles de gouvernance des sociétés indonésiennes. Ces pays appliquent les concepts dans leur intégralité.

A partir des analyses proposées par Lacharrière (1971), Cling (2003,2006), PNUD (1999) et la Banque Mondiale (2005), nous présentons la conclusion de leur analyse sur la relation entre les pays développés et les PVD afin de comprendre l'influence économique de ces premiers sur les derniers. A la fin de la seconde guerre mondiale et la guerre froide, un

nouvel ordre économique mondial est apparu avec la création des institutions issues des accords de Bretton Woods comme le Fonds Monétaire International (FMI) et la Banque Mondiale. Durant cette période de nombreux pays en voie de développement ont pu obtenir leur indépendance. Certains ont essayé de construire leur propre modèle de développement en créant le mouvement des « non-alignés »⁵. Afin de moderniser leurs systèmes politiques et économiques, ces pays ont essayé d'accorder une place importante à l'Etat nation. Dans ce camps des non-alignés, les économies socialistes deviennent dominantes, mais les institutions financières internationales (IFI) de leurs part ont essayé de maintenir les pays du sud dans le camp occidental afin qu'ils n'adoptent pas les idées socialistes. Elles ont accordé des prêts à ces pays, non pas pour les soutenir mais plutôt afin de garder un certain contrôle sur leurs économies, d'où un accroissement de leur dettes.

Durant les années 1960 et 1970, de nouvelles théories sont apparues comme la théorie néo-marxiste sur les échanges inégaux. Cette période vient également avec l'apparition d'un nouveau mouvement nommé 'tiers-mondiste'. Ce dernier déclare son intérêt pour les problèmes du tiers monde et la nécessité d'être solidaire avec lui. Ce mouvement a profité de l'échec relatif des pays du sud afin d'avancer l'idée que le sous-développement est la conséquence de la domination des pays capitalistes développés sur les pays du Tiers monde, ce qui rend leur développement impossible.

Cependant, le rôle et la responsabilité des nouveaux dirigeants de ces pays ne doit pas être négligé. Les partis qui étaient au pouvoir dans ces Etats ont confondu leur intérêt propre avec celui des populations, au détriment de la satisfaction des besoins fondamentaux de ces populations. Ceci a créé, petit à petit, un contexte qui a amené les bailleurs de fonds à exiger des PVD qu'ils réforment leur Etat et améliorent leur gouvernance, et ouvrent leur économie. Cependant, pour ce faire, ces derniers dépendent de l'aide internationale, ce qui les maintient sous contrôle financier extérieur et accroît la responsabilité des bailleurs de fonds.

⁵ Le mouvement des pays « non-alignés » se définissent comme n'étant alignés ni avec ni contre aucune grande puissance mondiale. Le but de l'organisation tel que défini dans la « Déclaration de la Havane » de 1979 est d'assurer : « l'indépendance nationale, la souveraineté, l'intégrité territoriale et la sécurité des pays non alignés dans leur lutte contre l'impérialisme, le colonialisme, le néocolonialisme, la ségrégation, le racisme, et toute forme d'agression étrangère, d'occupation, de domination, d'interférence ou d'hégémonie de la part de grandes puissances ou de blocs politiques » et de promouvoir la solidarité entre les peuples du tiers monde. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/>)

1.2.2 LES TYPES D'AIDE ACCORDES PAR LES PAYS DEVELOPPES AUX PVD

D'après un rapport de la Banque Mondiale (1997 :151), « la littérature fournit la preuve que dans de nombreux, sinon dans la majorité des pays en voie de développement que la crise économique a été le facteur le plus important de conduite de l'introduction de réformes ambitieuses dans le secteur public depuis le début des années 1980 ». Selon Pollitt, (2003 :128) « Certains transferts ont une dimension postcoloniale pour eux. Les gouvernements de l'ex-Afrique occidentale française sont conseillés par des experts de Paris, les programmes de création d'agences en Jamaïque et en Tanzanie sont entrepris avec une aide substantielle et la direction de Londres (Pollitt et Talbot, 2003). Il n'y a pas forcément mauvaise intention, mais cela signifie que 'l'importateur' suit les conseils d'un 'voisin' beaucoup plus riche et plus puissant, qui a souvent d'autres éléments à son ordre du jour, en plus de la réforme de la gestion elle-même. Ainsi, certains transferts de technologie vers les pays en transition peuvent être conditionnées à des prêts et / ou d'autres formes d'assistance d'organisations internationales comme le FMI, la Banque mondiale ou l'Union européenne, (Stiglitz, 2003). Certains pays - l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni entre eux - sont fiers d'être à l'avant-garde de la réforme de la gestion, et d'envoyer leurs experts dans le monde entier. Peut-être dans certains cas, il n'existe pas un lien ex-colonial, ou une condition liée à un emprunt international, qui produit une inégalité dans la relation entre 'conseiller' et 'importateur' ; il s'agit plutôt alors de l'extension d'une communauté particulière de discours visant une position de domination internationale. Au début et au milieu des années 1990 le service de gestion publique (PUMA, maintenant la Direction GOV) de l'OCDE, que ce soit par accident ou par dessein, a semblé glisser dans le rôle de porte-parole mondial pour un modèle de réforme de la gestion spécifiquement anglo-saxon (Halligan, 1996; Pollitt et Bouckaert, 2000; Premfors, 1998). La norme est devenue un programme permanent de changement de style de NPM, et ce programme s'est établi comme une norme de référence autour de laquelle la plupart des débats ont eu lieu.

Les pays en voie de développement sont assistés par des organisations internationales sous la forme soit d'aides alimentaires, sanitaires, financières et autres. Il existe différents types et formes d'aides, soit multilatérales soient bilatérales. Les aides multilatérales sont organisées au sein des organisations internationales qui sont toujours financées par les pays occidentaux (comme par exemple dans le cadre de l'OMS). Tandis que les aides bilatérales correspondent

aux aides qui sont accordées par un pays industrialisé pour un pays en voie de développement
Ex. : USAID, FAC⁶, GTZ (Agence de coopération Allemande⁷).

1.2.3 LES LIMITES DE LA REFORME DANS LES PVD

Mais l'exigence des bailleurs de fonds de mettre en place une bonne gouvernance, par l'adoption du NPM, améliore-t-elle la situation des PVD et leur capacité à faire face aux différents crises? Selon Pollitt (2001), la «réforme de la gestion publique est généralement un processus à étapes multiples qui prend un temps considérable et implique de nombreuses itérations. Il peut y avoir débat sur une technologie spécifique, mais peu d'action. Il peut y avoir une décision formelle d'adopter, mais la mise en œuvre peut être enthousiaste, ou incompétente. La mise en œuvre peut être vigoureuse et pourtant les résultats escomptés ne peuvent toujours pas être atteints. Les détournements peuvent survenir à chaque étape et pour différentes raisons ». En ce qui concerne les réformes administratives, avec l'émergence du NPM dans les pays occidentaux, le changement organisationnel a pris une nouvelle ampleur. Mais dans les PVD, il faudrait une révision globale et profonde dans le mode de fonctionnement des administrations publiques en mettant le rôle de l'Etat en question, en même temps que sa structure organisationnelle. Le but de ce changement profond est de doter l'administration publique d'une grande flexibilité dans les modes et les pratiques de gestion répondant aux exigences de l'environnement national et international. Selon les rapports que nous analysons et selon notre revue de la littérature, nous pouvons déclarer que les facteurs de diffusion du NPM au sein des PVD sont des facteurs politiques plutôt qu'économiques. Selon Pollitt (2000 :182), « Les gouvernements produisent des livres blancs, des déclarations et des brochures dans lesquelles ils tentent de convaincre les législateurs, les médias, le public et les fonctionnaires eux-mêmes que leurs réformes sont vérifiées, bien intentionnées et susceptibles de produire une variété d'améliorations ». Selon lui, « les consultants et les autres conseillers ont également soit une démarche promotionnelle soit commerciale, de type 'how-to-do-it'. Souvent, ils vendent leurs systèmes (*re-engineering*, *Total Quality Management (TQM)*, le *benchmarking* ou autre) et, finalement, ils ne désirent rien d'autre que vendre leurs services aux gouvernements, organismes publics et entreprises. Les guides

⁶ Fonds d'aide et de coopération

⁷ Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) est l'agence de coopération technique allemande pour le développement

‘how-to-do-it’ supposent le succès de l’application des modes de management si les personnels suivent les bons conseils ».

Or, sous la pression extérieure et dans le cadre des programmes proposés (imposés ?), les PVD se sont engagés à des réformes de l’administration et de la gestion publiques, sans questionnement sur leur applicabilité par rapport à leurs caractéristiques socio-économiques ou juridiques. Ces pays appliquent les concepts dans leur intégralité alors que ces mêmes concepts font l’objet d’intenses débats au niveau des pays développés et ne sont pas transposés et appliqués de la même manière dans tous ces pays.

Ce constat nous amène à nous demander si les gouvernements des pays en voie de développement ont besoin de guides et de manuels pour mettre en place des réformes de bonne qualité, qui prennent en considération la culture des pays et des organisations ? Ou veulent-ils seulement des guides de réformes afin de répondre aux exigences des bailleurs de fonds ? Selon Pollitt (2003 :126), « Généralement il y a une ambiguïté quant à savoir si l’objectif prioritaire est d’économiser de l’argent, d’améliorer la qualité de service pour les utilisateurs de services ou de rendre le service plus efficace du point de vue du gouvernement. La procédure normale est que les promoteurs de la réforme prétendent que tous ces effets seront atteints, en rejetant ou en ignorant l’idée qu’il pourrait y avoir des compromis entre eux ». (Pollitt et Bouckaert, 2000, chapitre 6). Dans de telles situations il est très probable qu’il existe une certaine ambiguïté sur le ‘succès’ d’un transfert de technologie de gestion, car ce que l’objectif principal était censé avoir été en premier lieu n’est pas tout à fait clair. La deuxième source de complexité est sans doute encore plus menaçante pour le succès des transferts de technologie de gestion entre les différents pays. Cette deuxième source est l’encastrement de la ‘cible’ (le programme spécifique ou d’une organisation dans le pays importateur) dans un large réseau de relations, et dans une culture administrative particulière. Les réseaux sont "collants", de sorte que cette cible particulière ne peut être pleinement prise en compte sans faire appel à d’autres organisations, ou à des programmes, et sans comprendre la dynamique qui les relie »

C’est ainsi que des chercheurs ont identifié l’existence d’écarts entre la réalité et les discours sur les réformes du management public dans les PVD. D’après Dujardin et *al.* (2003), les facteurs responsables de cet écart sont les suivants:

- la population que l’aide internationale estime prioritaire n’est pas correctement choisie ;
- les institutions d’aide sont obsédées par l’évaluation de l’impact de leur aide ;

- il existe une redondance de l'aide internationale dans certains domaines avec la création de goulets d'étranglement ;
- parallèlement à ces goulets d'étranglements, l'aide internationale ne tient pas toujours compte des besoins exprimés par la population et certains d'entre eux ne font l'objet d'aucune aide ;
- il n'existe pas de solutions miracles aux problèmes des PVD.

D'après notre analyse du contexte (discours officiels, littérature, revue de presse) sur les PVD, nous ne constatons pas une formulation du NPM qui s'adapte aux valeurs des organisations publiques dans ces pays. La mise en œuvre des concepts du NPM a été effectuée sans adaptation, la pression des bailleurs des fonds sur les PVD était plus forte et ces derniers ne pouvaient y échapper. Dans la sous-section suivante nous illustrons la faillite de la mise en place de ce mode de management dans les PVD avec le cas de l'Égypte. Mais avant de passer au cas de l'Égypte il faut rappeler que la réussite du NPM est toute relative même dans les pays développés, puisque selon Lamarzelle (2008), « l'expérience des années passées montre que 'le New public management' est jugé assez positivement au Royaume-Uni, même si l'on a constaté dans les collectivités locales que « les conditions de travail sont en baisse et que l'esprit maison se perd ». Dans les faits, s'il y a eu une diminution du nombre de l'ensemble des fonctionnaires jusqu'en 2002, ce nombre est désormais en légère augmentation ». Mais Keraudren (1993), cité par Amar et Berthier (2006), parle d'un « échec relatif », « dans certains cas, les économies budgétaires n'ont pas engendré une augmentation de l'efficacité des services mais plutôt une dégradation. Cela s'explique par la démobilisation et le manque d'implication des fonctionnaires, notamment des hauts fonctionnaires, qui perdent certaines de leurs prérogatives. Si l'on met de côté le programme des *Next Steps*, introduisant de nombreuses agences prestataires de services, la logique de marché a peu pénétré l'administration. Dès lors, la réforme du secteur public n'a pu être totale ».

1.3 LE SYSTEME EGYPTIEN FACE A LA DEMANDE DE BONNE GOUVERNANCE: ILLUSTRATION

« Au cours de son histoire moderne, l'Égypte a connu nombre de transformations et de changements structurels fondamentaux, de l'âge libéral au socialisme en passant par une phase de *capitalisme dirigé*, laquelle a conduit à un *état des institutions* puis à une phase de *réforme* » (Ismail, 1996). Malgré ces différentes vagues de changement, la gouvernance égyptienne suit toujours le même modèle hiérarchique wébérien (dit 'bureaucratique') et un style de management fondé sur le monopole et la concentration des pouvoirs en haut de la hiérarchie. Ce mode se caractérise par sa rigidité. Le modèle de management bureaucratique en Egypte a entraîné de nombreuses frustrations. D'une part ce modèle est démotivant pour les employés et leur interdit d'exploiter pleinement leur potentiel, d'autre part le formalisme et la rigidité des procédures compromettent une quelconque influence sur leur interaction entre l'administration et les citoyens. En outre, le modèle de monopole du pouvoir reste toujours rigide face aux changements puisqu'il concentre les pouvoirs dans ces organismes entre les mains des acteurs centraux comme les présidents, les premiers ministres, les ministères des Finances, etc. Cette concentration a provoqué un certain nombre de dysfonctionnements qui ont conduit à des appels à des réformes de l'administration. Selon Peters (2009 :15), « le monopole dont jouissait le gouvernement central sur un grand nombre d'activités économiques et sociales a constitué le point central remis en cause par ces réformes ». L'Egypte fait donc partie des pays émergents ou PVD qui étaient mis sous la pression des bailleurs de fonds.

Dans cette partie, à partir d'un exemple précis, nous cherchons à montrer et illustrer cette demande de bonne gouvernance. Nous cherchons également à montrer, à partir d'un discours officiel représentatif, quelle est la réponse des autorités égyptiennes à cette demande. Pour cette illustration nous avons retenu un rapport de la Banque africaine de développement, des rapports de l'OCDE et des discours du ministre d'Etat pour le développement administratif égyptien.

Ce choix se justifie par le caractère représentatif de l'OCDE en tant qu'institution internationale. Ce qui est publié dans les rapports de cette institution ne diffère pas des recommandations d'autres institutions comme la FMI ou la BM. Pour ce qui concerne le Ministre de l'Etat pour le développement administratif, son champ d'action est justement la

réforme des administrations publiques égyptiennes. Nous sommes bien dans le champ du NPM.

1.3.1 LA DEMANDE DE BONNE GOUVERNANCE : 2007

A travers la lecture d'un rapport de la Banque Africaine de développement publié en 2007, nous avons identifié de multiples raisons qui expliquent les exigences des bailleurs de fonds vis-à-vis de l'Etat égyptien. Le premier groupe de raisons est lié aux dysfonctionnements de l'Etat égyptien à savoir :

- La détérioration de ses capacités à faire face à ses déficits budgétaires, à des dettes incontrôlables, la perte de crédibilité des institutions égyptiennes au sein de la population.

Le deuxième groupe de raisons est lié à des évolutions au niveau mondial, à savoir :

- La libéralisation croissante du commerce mondial et de la circulation des capitaux, qui placent l'Egypte en situation de concurrence avec d'autres pays.
- Le discours et l'idéologie accompagnant cette libération, sur la réduction du rôle de l'Etat et la nécessité de déréglementer le fonctionnement de l'économie, pour laisser agir le marché. Ce discours a été porté et diffusé par les grandes organisations internationales. Mais quelles est la nature de ces demandes ?

Pour compléter cette analyse, nous avons consulté deux rapports de l'OCDE (2007, 2010) et trois discours du ministre d'Etat pour le développement administratif (2006, 2008, 2010).

Nous avons choisi de concentrer notre attention sur la séquence suivante :

- Le rapport OCDE de 2007
- Le discours du Ministère d'Etat à la réforme administrative de 2008, prononcé à l'OCDE
- Le rapport OCDE de 2010

Nous pouvons ainsi disposer, en quelque sorte d'un état des lieux et de recommandations de l'OCDE, publiées en 2007, ensuite d'un discours officiel qui constitue une réponse, et enfin d'un document qui, deux ans, après dresse encore un état des lieux et émet à nouveau des recommandations.

Selon le rapport de l'OCDE de 2007, les entreprises tant étrangères que nationales restent confrontées à des sérieux obstacles en Egypte. Sur la base de cette étude, l'OCDE invite

l’Egypte à adhérer à la déclaration de l’OCDE sur l’investissement international et les entreprises multinationales.

Examinons maintenant le discours daté du 13 mars 2008, adressé à l’OCDE par Dr. Ahmed Darwish, Ministre d’Etat pour le développement Administratif, le chef de l’organisme officiel de la mise en œuvre des réformes de l’Etat égyptien. Son rôle principal est l’exécution de la simplification de processus pour réduire la bureaucratie, la corruption et améliorer la qualité de la livraison de services gouvernementaux, aider à faire évoluer le rôle gouvernemental d'un simple exécuteur à un décideur, un inspecteur et un régulateur, en donnant un plus grand rôle dans l'exécution au secteur privé afin de répondre aux exigences des bailleurs de fonds.

1.3.2 LA REPONSE DES AUTORITES EGYPTIENNES : 2008

Les vagues de réformes que le gouvernement égyptiens essaie de mettre en place doivent engendrer des changements dans le management du secteur public égyptien. Ces réformes doivent aider à améliorer l’efficacité et l’efficience de ce secteur tout en améliorant la participation des employés et les usagers. Les discours des responsables égyptiens en 2006, 2008, 2010, affirment que le pays poursuit différents programmes de réforme économique. Le gouvernement a choisi de profiter davantage des fonds pour la sécurité sociale, l’éducation et la santé.

Le discours sur lequel nous avons choisi de nous concentrer ci-après, celui du 13 mars 2008, est intéressant car il se situe chronologiquement entre deux rapports de l’OCDE. Il prend en quelque sorte acte du premier rapport et propose des actions à venir pour répondre aux recommandations du premier rapport. Le deuxième rapport permet de constater en quelque sorte comment ce discours s’est matérialisé, ou pas. Dans ce discours, le Ministre d’Etat pour le développement administratif commence par définir le rôle du gouvernement, face aux réformes exigées par les bailleurs de fonds. Nous présentons ci-après quelques extraits « Le bon gouvernement est composé d'un corps administratif efficace, et plus transparent pour les citoyens et une société civile active vigilante. Et par la suite notre stratégie est la création d'une Administration Publique professionnelle, efficace et responsable », « le fait de moderniser les structures administratives, les fonctions et les procédures est un effort permanent pour le gouvernement qui engage l'efficacité économique et les bons services publics », « l’Egypte poursuit activement et sérieusement un ordre du jour de réforme économique, en plus le gouvernement actuel a choisi de suivre un ordre du jour social,

particulièrement pour l'emploi et la sécurité sociale, l'éducation et la santé ». La vision à long terme de développement inclut deux buts principaux : l'accomplissement de la croissance haute et durable et le fait de soulager la pauvreté et la disparité de revenu, et cela à l'aide d'un plan de développement national de cinq ans qui cherche à accomplir la croissance en maximisant l'utilisation du secteur privé comme un catalyseur pour le développement, aussi bien en changeant le rôle du gouvernement dans la réussite de l'économie », « La simplification administrative a été identifiée comme un domaine politique clé dans les pays de l'OCDE et de la région MENA⁸. Elle essaie de réduire les charges administratives inutiles imposées aux organisations (le respect des obligations bureaucratiques).

Ces extraits de discours, qui dressent une vision idyllique du futur de l'Égypte comportent pourtant très peu d'éléments concrets, mais plutôt des éléments de principe sur lesquels il serait d'ailleurs difficile d'être en désaccord. Ainsi, si cet extrait de discours nous apprend qu'une administration doit être efficace et efficiente, et que cela passe par l'utilisation des NTIC, il ne contient aucun état des lieux sur la situation initiale, sur les obstacles, sur les résultats exacts obtenus, etc.

1.3.3 L'ABSENCE DE PROGRES REEL: 2010

Suite au discours de 2008, quels progrès ont été réalisés ? Le rapport 2010 de l'OCDE ne revient pas sur le rapport de 2007 et les recommandations qui ont été publiées à l'époque. Il est rédigé dans un style moins diplomatique que celui de 2007. Les recommandations qui sont effectuées sont plus nombreuses, plus directes et plus strictes.

Dans cette étude, l'OCDE a proposé à l'Égypte de procéder à [de profondes réformes] pour attirer davantage d'investissements étrangers et tirer pleinement parti du potentiel économique du pays. Ainsi, selon ce rapport, l'Égypte devrait d'urgence « actualiser sa réglementation des entreprises » et « trouver des financements pour les infrastructures industrielles ». Les responsables de l'État doivent « renforcer l'application de lois anticorruption » et « assurer aux travailleurs de la prochaine génération un meilleur niveau d'instruction et de qualification ». Cette étude a été réalisée en 2009 par une équipe composée de fonctionnaires égyptiens, d'experts du secteur privé et de spécialistes de l'OCDE. Son rapport final a été présenté au ministère de l'Investissement. Elle a dressé un bilan dans 12

⁸ Middle East and North Africa

domaines clés, contient un ensemble de recommandations précises pour l'amélioration des politiques, des institutions et des réglementations. Elle propose en particulier au gouvernement égyptien de rendre plus transparentes et plus prévisibles les décisions administratives concernant les entreprises, de rationaliser les procédures d'autorisation, d'assurer aux petites et moyennes entreprises un meilleur accès aux financements et d'améliorer l'accès au foncier. Ce rapport encourage par ailleurs les autorités égyptiennes à appliquer plus efficacement la politique de la concurrence récemment adoptée et à mettre fin aux quasi-monopoles pour certains produits et services nationaux. Pour sa part l'OCDE s'engage à poursuivre sa coopération avec les autorités égyptiennes pour soutenir les initiatives de réforme en cours.

Cette illustration nous montre que si les bailleurs de fonds ont bien conscience des problèmes dont souffre un pays comme l'Égypte, et émettent des recommandations, posent des conditions, la réponse du pays concerné ne dépasse pas le niveau du discours. Le rapport OCDE de 2010 dresse le constat que malgré les discours, la situation n'évolue pas entre deux rapports. Il est vrai que les obstacles sont nombreux et ne sont d'ailleurs pas spécifiques à l'Égypte, mais communs à de nombreux pays en voie de développement. Dans un extrait de la troisième réunion du comité de l'information des Nations Unies (2003) rédigé par le Professor Mohammed Salih. Nous trouvons une liste de ces obstacles, parmi lesquels :

- les infrastructures et les capacités institutionnelles inadaptées, vu le manque de transparence des responsables envers les problèmes et leur résolutions ;
- les capacités en ressources humaines inadaptées à l'application du nouveau mode de management ou des nouvelles techniques administratives ;
- la faible connaissance des nouvelles technologies (TIC), l'incapacité à les utiliser et les infrastructures médiocres des locaux égyptiens.

Dans la section 3 de ce chapitre, les obstacles aux changements seront abordés plus spécifiquement pour ce qui concerne justement le secteur de la santé.

CONCLUSION SECTION 1

En conclusion, nous avons pu constater que le NPM, développé dans des contextes bien particuliers, emprunte aux concepts du secteur privé pour les appliquer au secteur public. Même dans les pays où le NPM a été « inventé » et mis en œuvre de manière pionnière, cet emprunt des concepts du secteur privé a nécessité une adaptation problématique. Le transfert d'un pays développé à un autre n'a pas été facile. La transposition ne s'est pas faite selon une simple logique de « copier-coller » du concept d'origine mais a nécessité des adaptations au contexte. Les modes de transposition, l'étendue de la mise en place du NPM varient très grandement d'un secteur à un autre. Le transfert des pays développés aux pays en voie de développement du fait d'une différence de moyens financiers et d'Etats défaillants devrait être encore plus problématique. Pourtant c'est lors de ces transferts qu'on observe cette logique de « copier-coller » qui laisse à penser que nombre de pays en voie de développement ne font que répondre à des demandes des bailleurs de fonds, dont la démarche est souvent loin d'être désintéressée, malgré un discours sur la bonne gouvernance. Si besoin en était le discours du Ministre d'Etat égyptien pour la réforme administrative, en 2008, entre deux rapports de l'OCDE, illustre la posture de conformité d'apparence adoptée par la très grande partie des pays en voie de développement face aux exigences des bailleurs de fonds.

Gardons en tête ces éléments afin de nous intéresser présent à un autre élément du contexte de notre thèse, le secteur de la santé en Egypte.

SECTION 2 LE SYSTEME SANITAIRE EGYPTIEN

INTRODUCTION

Tout au long de la première section, nous avons essayé de présenter demande de la bonne gouvernance et l'application d'une nouvelle gestion publique (NPM) dans les pays développés et comment cette nouvelle notion a été transposée dans les pays en voie de développement à partir des exigences des bailleurs de fonds vis-à-vis de ces pays. Comme l'Egypte fait partie des PVD, il paraît indispensable d'étudier dans une deuxième section sa situation face aux bailleurs de fonds, en ce qui concerne son système de santé. Comment le gouvernement répond aux exigences des bailleurs de fonds et à son tour exerce une pression institutionnelle sur les différents acteurs que sont les acteurs du système de santé, notamment les hôpitaux et leurs départements. Tout au long de cette section nous présenterons le système de santé égyptien; les acteurs principaux dans ce système, sa structure les différentes formes des hôpitaux, leurs modes de financement et les différentes formes juridiques. Nous finirons par une présentation des bailleurs de fonds qui contribuent au financement de la santé en Egypte et, de fait, sont en mesure d'exercer des pressions importante sur les réformes hospitalières lancées par les autorités politiques égyptiennes. Nous terminerons par un schéma qui expose les différentes pressions auxquelles est soumis le secteur sanitaire égyptien, et qui constituent en quelque sorte son environnement institutionnel.

Cette section s'est appuyée sur des ressources documentaires telles que les publications du ministère de la santé égyptien, les discours de l'OCDE, les rapports de l'OMS et de l'USAID ainsi que les rapports internes de l'ambassade de France en Egypte et des revues de presse. Si la documentation en langue arabe est relativement abondante, elle est constituée surtout d'articles de presse qui sont illustratifs mais ne comportent pas de statistiques. Quant aux mémoires et thèses de doctorat que nous sommes allée consulter dans le domaine de la gestion à l'université Ain Shams, nous en avons trouvé très peu concernant le secteur de la santé. Les informations contenues dans ces mémoires et thèses étant contradictoires et difficiles à assembler de manière cohérente, nous nous sommes limitée aux publications du ministère de la santé et des organisations internationales, aux statistiques du CAPMAS⁹ et aux articles de presse.

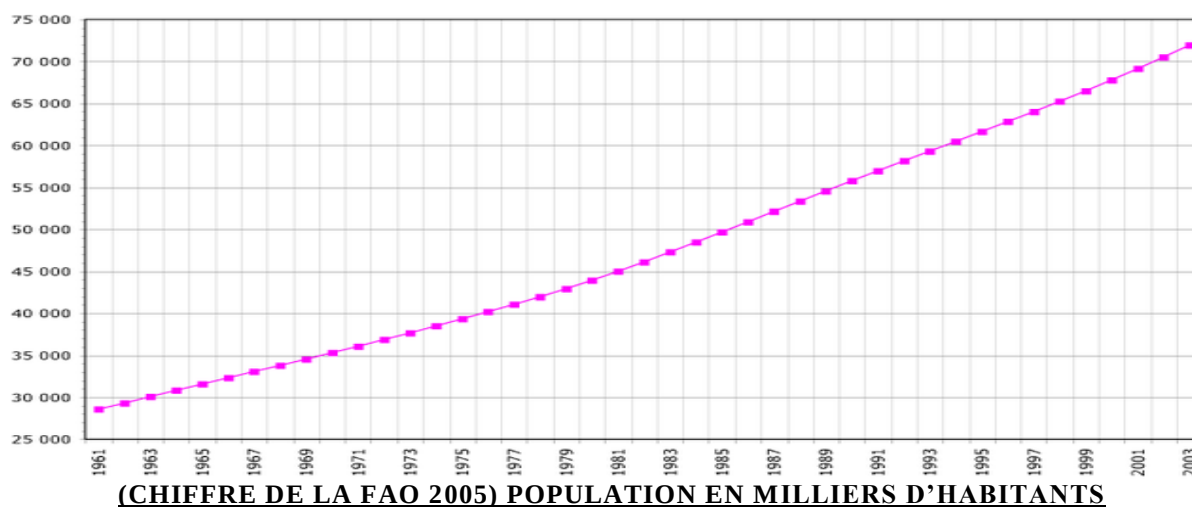
⁹ Equivalent égyptien de l'INSEE en France

2.1 LES ACTEURS INSTITUTIONNELS DU SYSTEME SANITAIRE EGYPTIEN

« Dans le contexte sanitaire international, l’Egypte se caractérise par une éducation sous-développée et une démographie galopante. L’Egypte étant un pays en voie de développement à revenu moyen elle fait partie des pays à niveau d’efficacité sanitaire faible, ce qui a une influence directe sur la qualité de service offerte dans ses institutions hospitalières » (Al Ashram, sept. 97).

Par ailleurs, le contexte démographique présenté dans la Figure 4, qui impose une réflexion sur la réorganisation des soins. Les problèmes liés au vieillissement massif de la population, à la démographie des professions médicales et paramédicales posent la question de l’organisation de la permanence des soins et de sa structuration territoriale. Ainsi, la situation économique de l’Egypte influe sur différents services offerts au public. On le constate clairement, dans le secteur hospitalier et plus généralement dans le secteur public. En 2008/2009, les dépenses publiques de l’Etat dans le domaine de la santé publiques étaient de 4.54% du total des dépenses de l’Etat. Les montants consacrés à la santé publique se partageaient de la manière suivante : 54% pour les équipements médicaux, 30.3% pour les services médicaux ambulatoires et 15.4% pour les services d’hébergement dans les hôpitaux, selon (CAPMAS, 2012)¹⁰

¹⁰ Agence centrale pour la mobilisation publique et les statistiques

FIGURE 4 L'EVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE ENTRE 1961 ET 2003

Du côté du citoyen égyptien, les dépenses moyennes annuelles de la famille égyptienne en matière de santé étaient de 1813,5 LE soit 23 euros, soit 6.4% des dépenses totales d'un foyer moyen. La dépense pour la santé vient au 3^e rang après la nourriture (43.6%), puis le logement (17.6%). Cette moyenne cache de grandes disparités entre une petite minorité de la population aux revenus élevés et l'immense majorité des Egyptiens, devant vivre avec moins de 2 dollars par jour et par personne. Ainsi, selon une étude de la Banque mondiale sur la pauvreté en Egypte, 3,2% de la population vit dans une situation d'extrême pauvreté. Les 16,5% suivants représentant les pauvres détenant des emplois du gouvernement avec des revenus entre 100 et 300 livres par mois (20 et 40 €) et 16% représentent une nouvelle catégorie dite de pauvreté relative avec des revenus compris entre 500 et 600 livres égyptiennes par mois (60€ et 75€). Selon les chiffres de l'Agence centrale pour la mobilisation du public et des statistiques de l'Egypte, il existe 3 degrés de la pauvreté en Egypte, l'extrême pauvreté représente 6% de la population qui est reconnue comme vivant sous le seuil de pauvreté. Le deuxième degré est celui de la pauvreté alimentaire, ce qui comprend la nourriture et autres dépenses représentent 21,5% et enfin le seuil supérieur de pauvreté, une descente près du seuil de pauvreté mondial.

Cette disparité existe aussi au niveau du secteur de la santé, qui présente une grande complexité, avec de multiples acteurs tant publics que privés. Les principaux acteurs sont le ministère de la Santé, le ministère de l'Education et l'Organisation de l'assurance maladie que nous allons présenter de manière plus détaillée dans les prochains paragraphes. Nous distinguons le secteur étatique, paraétatique et les autres acteurs.

2.1.1 L'ACTEUR PRINCIPAL: LE MINISTERE DE LA SANTE

Selon le site de l'Organisation Mondiale de la Santé en Egypte, (2008) et le rapport de l'Ambassade de France en Egypte (Mission Economique, 2008), la gestion du système de santé est centralisée au Ministère de la santé et de la population (MOH). C'est l'acteur principal du système de santé. « L'actuel système de santé égyptien est l'héritier fort malmené de la politique sanitaire socialisée mise en place par le pouvoir nassérien dans les années 1960, qui a largement étendu l'accès aux soins, notamment dans la population rurale. Le système est fondé sur une structure pyramidale. À la base, des unités de soins urbaines ou rurales offrent un service généraliste de consultations externes, et certains centres proposent des services spécifiques dans le cadre de la santé primaire (PMI, vaccination, contrôle des maladies diarrhéiques). Aux échelons supérieurs, les villes chef-lieu de districts puis de provinces ont des équipements hospitaliers de plus en plus importants, jusqu'à un secteur tertiaire parfois très sophistiqué et performant, centralisé au Caire pour l'essentiel. L'ensemble de ce système intégré, offrant en principe, du moins au départ, des soins gratuits, est placé sous la responsabilité du ministère de la Santé qui demeure le principal prestataire de services de santé dans le pays » Chiffolleau (2010:2).

Le ministère de la santé égyptien utilise près de 60% du budget alloué par le ministère des Finances aux dépenses de santé. Toutefois, l'Etat ne représente qu'une partie des dépenses consacrées à la santé en Egypte. Selon Clément (2007 :308), « en 2002, moins du tiers des dépenses nationales de santé transitent par le budget de l'Etat (29% dont 21% par les ministères de la santé et de l'Enseignement et 8% par l'assurance santé) ».

Les hôpitaux publics, rattachés au ministère de la santé, sont de deux types :

Les hôpitaux centraux : ils dispensent des soins gratuits. Leur budget est très faible.

Les dispensaires : ils fournissent des soins subventionnés à hauteur de 75% à 85% par l'Etat. Ils représentent une situation complexe pour les responsables sanitaires égyptiens. Cette complexité provient du fait qu'ils sont dispersés géographiquement dans les provinces entre le sud et le nord, ce qui rend le contrôle plus difficile. Ce type d'hôpital est soumis à des contraintes économiques (manque de financement), réglementaires (changement des lois et des règles avec chaque changement de ministre), et technologiques (accélération du progrès médical et des demandes du ministère de la santé d'améliorer la qualité des soins).

2.1.2 LE SECTEUR PARA-ETATIQUE

Le GOTH- General Organisation for Teaching Hospital Institute

Créé en 1975 sous la tutelle du ministère de la santé, cette entité a pour objectifs d'offrir à tous des services médicaux de qualité et d'améliorer la qualité du personnel soignant et administratif ainsi que de l'équipement.

L'Organisation de l'assurance maladie

Ses hôpitaux, dont les budgets de fonctionnement proviennent des cotisations sociales des adhérents, sont aujourd'hui saturés. Les patients paient 20-30% du prix des médicaments dans les hôpitaux qui dépendent de cette organisation, mais les soins sont gratuits.

Les Centres Hospitaliers Universitaires

L'Egypte compte 13 centres hospitaliers universitaires, disposant de 16 000 lits, soit 14% du total. Ces établissements, affiliés à des universités, sont sous la double tutelle du ministère de l'Education nationale et de la Santé.

Ces hôpitaux sont sous la direction de «l'autorité générale pour les hôpitaux et les établissements d'enseignements», créée en 1975 par un décret présidentiel. Ces établissements avaient comme but de fournir des services d'éducation médicale en plus d'une formation médicale très avancée et de contribuer effectivement dans le domaine de la recherche scientifique. Cette autorité se charge de mettre en place la politique de santé menée par le ministère de la santé, conformément à la politique de l'Etat, qui s'intéresse au développement des ressources humaines et à la modernisation des méthodes de travail, ainsi qu'à l'utilisation optimale des ressources afin d'offrir un excellent service médical au citoyen égyptien.

2.1.3 LES AUTRES ACTEURS

Les hôpitaux militaires

Il y a en Egypte 10 hôpitaux militaires et 2 centres de soins offrant gratuitement des soins de qualité pour les personnels militaires.

Les hôpitaux privés

Nous comptons 1 531 hôpitaux privés en Egypte dont 481 hôpitaux privés au Caire, 225 à Giza et 154 à Alexandrie (les 3 plus grandes villes d'Egypte). Une centaine couvre l'ensemble des spécialités médicales. La capacité moyenne de ces hôpitaux va de 10 à 300 lits (soit environ 11% du total des lits disponibles). Le secteur privé comprend à la fois des

organisations à but lucratif et à but non lucratif, comme les cliniques privées, les hôpitaux et les pharmacies. Les ONG sont actuellement l'un des secteurs à plus forte croissance. De manière directe ou indirecte, 50% de la population égyptienne bénéficie de l'aide d'une ONG.¹¹

Pourtant le secteur privé ne prend pas le relais du public et n'en compense pas les incapacités et échecs car il s'adresse à une clientèle riche avant tout. Les hôpitaux privés qui contiennent un grand nombre de lits et que l'on appelle 'hôpitaux d'investissements' se sont transformés en de véritables hôtels de tourisme médical dont l'objectif est de réaliser le maximum de profit au détriment des services médicaux de base. Il existe même des hôpitaux qui sont appelés semi privés ; ce sont des hôpitaux affiliés à l'université tel que l'hôpital Ain Shams affilié à la faculté de médecine de l'Université Ain Shams et Qasr el Einy affilié à la faculté de médecine de l'Université du Caire. Ce sont des hôpitaux qui offrent des services médicaux privés et qui se distinguent des autres hôpitaux publics universitaires. Par décision du ministère de la santé ces hôpitaux semi privés doivent s'engager à demander des tarifs raisonnables et traiter l'état de santé du patient plutôt que de s'occuper de son confort hôtelier.

Selon Clément (2007 :320) « le secteur privé, qui bénéficie de 70% des consommations de santé (en consultations et pharmacie essentiellement) avec moins de 16% de l'investissement matériel, est invité à prendre une part croissante à la prestation de soins, à la gestion des équipements et des caisses d'assurances, à l'investissement, à la production pharmaceutique et à la recherche médicale, en association avec les grands laboratoires et firmes de matériel médical¹² ». Pour récapituler les acteurs et les différents sortes d'hôpitaux en Egypte, un tableau de CAMPAS publié en 2009, le Tableau 4, nous aide à identifier les types d'hôpitaux et leur capacité d'accueil.

¹¹ Les O.N.G. sont des organisations privées à but non lucratif qui opèrent hors du cadre de l'administration publique, mais qui peuvent coordonner leurs programmes avec ceux des services publics. Les secteurs prioritaires dans lesquels les O.N.G. opèrent : sont l'agriculture, le développement rural, l'éducation, la santé, la formation, la protection de l'environnement, la promotion de la femme ainsi que l'accès au crédit.

¹² Les données de ses statistiques sont égyptiennes

**TABLEAU 4 LES ACTEURS ET LES DIFFERENTES SORTES D'HOPITAUX
EN EGYPTE PUBLICS**

Acteurs	Nb.d'hôpitaux	Nb.de lits
Total	658	103432
Ministère de la santé*	407	45287
Organismes dépendant du Ministère de la santé		
<i>Centres médicaux spécialisés</i>	39	5441
<i>Hôpitaux de santé mentale</i>	18	6283
<i>Hôpitaux et établissements d'enseignement</i>	18	5367
<i>Autorité générale de l'assurance santé</i>	37	7844
<i>Fondation clinique</i>	11	1922
Total organismes dépendant du ministère de la santé	123	26857
Total des organismes affiliés au ministère de la Santé	530	72144
Autres organismes gouvernementaux		
Universités	75	27225
Police et prisons	26	1382
Chemins de fer	3	288
Autres organismes gouvernementaux	24	2393
Total des autres organismes gouvernementaux	128	31288

*Inclut les hôpitaux publics et les centres médicaux spécialisés

Après avoir présenté les acteurs et les différents hôpitaux sur le territoire égyptien, il est légitime de se demander comment le travail de ces acteurs est organisé et géré. Les paragraphes qui suivent présentent le cadre juridique qui les régit ainsi que le mode financement des soins qui relève de la responsabilité de l'Etat.

2.2 LA REGULATION DU SYSTEME DE SANTE EGYPTIEN

Un rapport de la Banque Africaine de développement (2007) précise que « L'Égypte dispose d'un grand nombre de lois. Par ailleurs, le recours quasi systématique aux décrets présidentiels et ministériels a donné lieu à un très grand nombre de règles dont certaines se chevauchent et sont source de confusion ». Cette confusion a été créée par l'incohérence de la législation égyptienne. Nous tenterons cependant d'en présenter le cheminement, ainsi que les conflits organisationnels qui en résultent. Nous essaierons également d'éclairer le lecteur sur les modes de financement du système sanitaire égyptien, pour la partie de ce système prise en charge par l'Etat. Pour ce faire, nous nous sommes entretenue en 2008, avec M. Alaa Kotb¹³, pour obtenir des précisions.

2.2.1 LES TEXTES JURIDIQUES

A la complexité de ce secteur s'ajoute donc un autre type de complexité, présente dans les textes juridiques en matière de santé, et composés de lois, décrets présidentiels, arrêtés, circulaires, décisions administratives, instructions ou recommandations ministérielles règlements et procédures de travail. Nous commencerons par le cheminement des lois puisque c'est le texte plus important en matière de la législation. Tout d'abord il y a « le projet de loi », qui est transmis aux membres de l'Assemblée du peuple, au ministre ou au président de la République. Un vote au Conseil du peuple doit intervenir avant que ce texte ne devienne officiellement une loi. Quand la loi est votée, elle donne lieu à la publication de textes d'application qui peuvent prendre des noms différents comme les règlements, ou les procédures de travail. En cas de problèmes ou de circonstances particulières, un arrêté ministériel est publié ('décision ministérielle' ou 'décision administrative') pour résoudre le problème. Ce problème peut concerner soit l'application d'une partie d'une loi, soit un problème d'ordre public ou de bon fonctionnement qui n'a pas de lien direct avec un texte de loi. L'arrêté ministériel perd son effet à partir du moment où le problème est résolu, ou lorsqu'il est remplacé par un autre arrêté ministériel. En cas de contradiction ou de conflit entre deux textes de niveau juridique équivalent, une décision administrative décide du texte

¹³ Conseiller d'Etat

qui s'impose. En cas de conflits entre les arrêtés et les lois, ce sont les lois qui s'appliquent. En cas de conflit entre deux arrêtés, c'est le plus récent qui s'applique.

En dehors des lois, il existe également des décrets présidentiels qui ont force de loi, qui ne sont pas votés par l'assemblée du peuple et qui, comme les lois, font l'objet de textes d'application. En outre, pour le contexte sanitaire, il existe une « Loi du développement de l'administration », depuis une trentaine d'année à peu près, qui organise, entre autres, le domaine des services dans les hôpitaux. Cette loi est complétée par plusieurs arrêtés concernant la qualité des services et le contrôle de la qualité dans les hôpitaux. Ces arrêtés changent (et parfois progressent) avec chaque changement ministériel. Parmi ces arrêtés, deux arrêtés ministériels sur la réforme hospitalière ont été promulgués respectivement en 1995 et 2007. Après la révolution de janvier 2011, des initiatives ont été lancées pour remettre ces réformes en route, nous en parlerons dans la conclusion.

2.2.2 LES STRATEGIES DE FINANCEMENT

Après la 2^{ème} guerre mondiale, l'idée de la justice sociale et de la protection des citoyens par l'Etat est devenue très répandue et très demandée. Selon Clément (2007 :303), « la mutualisation des frais de santé, par l'impôt et par les prélèvements obligatoires, a permis plus ou moins de fournir des soins à tous les habitants, quel que soit leur revenu. Cette affirmation du droit à la santé s'est traduite par la création de l'OMS ».

Malgré l'idée dominante de justice sociale, la couverture maladie ne s'effectue pas par un remboursement complet des frais médicaux, mais par le traitement gratuit dans les hôpitaux publics. Selon des comptes définitifs de l'agence publique d'assurance santé cités par Clément (2007 : notes 85), « l'assurance maladie est financée aux trois quarts par les cotisations (3% du salaire pour l'employeur et 1% pour l'employé) et pour un quart par des taxes. L'assurance des accidents du travail est payée par les seuls employeurs (1% du salaire pour les fonctionnaires, 2% pour les employés du public, 3% pour ceux du privé). Les retraites et les veuves cotisent à 1% et 2% de leur pension. Depuis 1993, les parents payent 4 LE par élève et 5 LE par nourrisson¹⁴ ».

¹⁴ Soit 7 centimes d'euro environ

2.2.3 LE ROLE THEORIQUE DE L'ETAT DANS LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

Ayant examiné et étudié le système sanitaire égyptien malgré la difficulté à trouver des données et ayant étudié les documents techniques sur le rôle de l'Etat et le gouvernement égyptien dans le développement sanitaire (notons au passage qu'il s'agit de documents publiés par l'OMS et l'OCDE, et non par le gouvernement égyptien), nous avons pu constater que le gouvernement égyptien doit fait face à plusieurs défis d'ordre organisationnel et financier. Ajoutons à cela les valeurs sociétales qui soutiennent le développement sanitaire et l'engagement envers la santé comme droit de l'être humain et non pas un bien marchand. Le gouvernement doit être « conscient des nouvelles tendances dans la mise en œuvre des différentes fonctions des systèmes de santé et des préoccupations croissantes concernant l'équité dans l'accès à des soins de santé de qualité, l'augmentation de la vulnérabilité et la couverture limitée de la protection sociale » (OMS, 2006). Ce rapport exige que le gouvernement égyptien encourage l'investissement dans la santé afin de promouvoir une place centrale pour la santé, dans le développement, de telle façon à qu'elle joue son rôle essentiel. Comme indiqué dans ce rapport, le gouvernement égyptien doit :

- « promouvoir l'investissement dans le développement sanitaire compte tenu du bénéfice économique qu'il peut en tirer, et plaider en faveur de la place centrale de la santé dans toutes les initiatives de développement économique et social ; continuer de jouer un rôle directeur dans le développement sanitaire afin de protéger les valeurs sociétales d'équité, de solidarité et de justice conformément aux politiques et stratégies pour la santé pour tous, qui considèrent la santé comme un droit de l'être humain et non pas comme un bien marchand ; renforcer les capacités de gouvernance, notamment dans l'élaboration des politiques et de la réglementation ainsi que dans la gestion du partenariat public-privé ; protéger le rôle du gouvernement dans la prestation des services afin de garantir l'accès pour les groupes pauvres et vulnérables, et les populations rurales et éloignées ; accorder un intérêt particulier à l'amélioration des conditions de travail des professionnels travaillant à plein temps dans les établissements publics ; promouvoir la mise en place d'observatoires nationaux des systèmes de santé destinés à développer des forums pour évaluer l'équité et la performance des systèmes de santé et pour mieux adapter les réformes politiques aux nombreux changements qui se produisent dans les domaines politique, économique et social »

Compte tenu des faibles moyens financiers dont dispose le système étatique de santé, les recommandations qui figurent dans ce rapport, publié par une organisation internationale, sont une occasion de poser une nouvelle fois la question du rôle que jouent les bailleurs de fonds internationaux, pourvoyeurs d'aide au développement. C'est ce que nous allons faire dans les paragraphes qui suivent.

2.3 LES BAILLEURS DE FONDS ET LEURS ROLES COMME ACTEURS DANS LE SYSTEME SANITAIRE EGYPTIEN

Selon l'indicateur du développement humain du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a sensiblement augmenté au cours des dernières années, mais l'Égypte n'en reste pas moins placée au 119e rang sur 174 pays. La situation financière du pays est préoccupante: l'Égypte connaît un déficit budgétaire annuel de huit pour cent et un ratio dette/PIB de cent pour cent. L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) classe l'Égypte parmi les pays à faible revenu et à déficit vivrier. En 2007, le budget de l'Etat consacré aux dépenses de santé a atteint 10,7 milliards de livres égyptiennes, soit environ 7% du total des dépenses publiques. L'Égypte consacre 5.8% de son PIB aux dépenses de santé. Ce rapport indique que les dépenses de santé sont réparties entre les hôpitaux (60%), les soins primaires (23%), les services préventifs (15%) et l'administration (2%). Un établissement hospitalier sur deux aujourd'hui est en situation de déficit réel. L'augmentation des dépenses à laquelle sont aujourd'hui confrontés les centres hospitaliers explique en grande partie cette situation. « Il est clair que les ressources font une différence. Un service public sous-financé, sans médicaments ni équipement et sans un personnel compétent, et en plus mal payé, ne va pas rendre un service comparable à celui d'un prestataire privé qui dispose de moyens adéquats. Si les ressources sont présentes et la gamme de services est complète, la qualité et l'efficience vont dépendre de la productivité (visible) et de l'attitude conviviale du personnel vis-à-vis du patient et de la justification des soins (moins visible, du moins pour le patient). » Ferrinho P., *et al.* (2001 :29).

2.3.1 LES REFORMES DU SECTEUR DE LA SANTE : HISTORIQUE

Dès 1980, apparaît le terme ‘Partnership for Health Project’ un projet qui constitue une série d’études en vue de réformer le système de santé égyptien. Ce projet est engagé par le gouvernement américain avec le gouvernement égyptien. Le plan d’action qui résulte de ces études a été adopté par l’ex ministre de la santé Ismail Salam en 1995 et mis en œuvre en 1997. Il visait à améliorer la qualité dans les hôpitaux publics. Cette réforme a été globalement un échec à tel point qu’une nouvelle réforme en 2007 a été mise en œuvre. L’échec de ces deux réformes a largement été documenté ; de nombreux articles de journal, ainsi que des enquêtes de terrain pour notre master recherche montrent à quel point il existe un décalage entre les textes sur la qualité, (vraisemblablement) importés sans réflexion d’autres pays, et leur application (chapitre 1, section 3).

La réforme de 1995 a notamment donné lieu à la production de 25 documents portant sur le management hospitalier égyptien et plus précisément sur un projet de développement des hôpitaux égyptiens. Intitulés « Manuels opérationnels » ; ces ouvrages ont été développés en collaboration avec USAID, Université Research Corporation, Bric Hand Davis International, American Project Hope et Washington Healthcare International Corporation. Ces documents sont bien un produit de la réforme hospitalière lancée par le ministère de la santé égyptienne en 1995 pour les hôpitaux publics égyptiens. Chacun de ces manuels a fait l’objet d’une expérience d’application dans au moins un hôpital, qui est présenté dans chaque manuel. Un de ces manuels, que nous étudierons ultérieurement, concerne spécifiquement le sujet de la qualité. La réforme de 2007 a également été l’occasion de publier d’autres documents. Ainsi, pour ce qui concerne le sujet de la qualité, qui est l’objet de notre thèse, le gouvernement égyptien a fait publier à dix ou douze ans d’intervalle deux sortes de manuels sur « l’assurance qualité » dans les hôpitaux et la manière d’agir contre la non qualité qu’on rencontre fréquemment dans les hôpitaux égyptiens et spécialement dans les hôpitaux publics.

Mais entre les deux réformes étudiées (1995-2007), il y eu plusieurs essais de la part du gouvernement pour régler les problèmes de non qualité. Selon Clément (2007 :305), « Entre 2000 et 2005, le gouvernement expérimente différents moyens de présenter sa réforme. En 2000, il présente à la commission santé de l’Assemblée du Peuple un projet de loi qui suscite une telle opposition qu’il n’est pas soumis au vote (Desûqi, 2006). Entre 2002 et 2004, un nouveau ministre de la santé, Muhamammed Tâg al-Din, organise des consultations avec les

différents protagonistes. Parmi ces derniers, l'ONG Association for Health and Environmental (AHED) organise en janvier 2003 une conférence qui aboutit à des recommandations opposées à celles des donateurs étrangers (Sirrâg, 2003). En septembre de la même année, Gamal Moubarak¹⁵, président de la Commission des politiques, rend public que, lors du I^{er} congrès annuel du PND, la réforme du gouvernement élaborée avec les donateurs internationaux (PND, 2004). En juillet 2005, le Président Hosni Moubarak annonce dans son programme électoral l'extension de l'assurance maladie à la moitié de la population qui en est exclue. Face à ces tentatives non abouties, nous pouvons comprendre pourquoi la 2^{ème} réforme a été lancée et a été publiée. Cette réforme est intitulée « standards for healthcare organizations », issue du Ministère de la santé égyptien avec la collaboration d'une organisation qui s'appelle ISQUA, et se décrit de la manière suivante sur son site web « ISQua, l'International Society for Quality in Health Care. Cette organisation est à but non lucratif, non gouvernementale. Elle compte des membres dans plus de 70 pays. ISQua travaille à fournir des services pour aider les professionnels de la santé, les fournisseurs, les chercheurs, les organismes, les décideurs et les consommateurs, à atteindre l'excellence dans la prestation des soins à toutes les personnes, à améliorer continuellement la qualité et la sécurité des soins. »¹⁶. Cette organisation propose un modèle d'évaluation externe qui inclut l'accréditation.

2.3.2 LE ROLE DES BAILLEURS DE FOND

Selon Clément (2007:304), « Dans les pays en voie de développement, la Banque Mondiale, l'USAID, puis l'Union Européenne, ont investi le champ de la réforme des systèmes de santé dans le contexte de l'ajustement structurel ». « Le secteur médical égyptien présente une grande complexité, avec de multiples acteurs publics et privés. Le budget de l'État consacré à la santé reste largement insuffisant pour assurer le maintien et le renouvellement du réseau de soins gratuits. A l'exception de quelques grands hôpitaux, l'ensemble du système médical souffre d'un niveau d'équipement et d'une qualité de soins souvent faibles. Pour pallier ce problème, une réforme globale du secteur a été lancée par le gouvernement, consistant en la mise en œuvre du "Family Health Model" (modèle familial de la santé), qui se compose de

¹⁵ Le fils de l'ancien président Moubarak

¹⁶ ISQua a un bureau international à Dublin, en Irlande, avec le soutien du ministère de la santé et de l'enfance en Irlande. La Société est un organisme sans but lucratif, organisme indépendant, géré par un Conseil exécutif qui est élu tous les deux ans. membres actuels du Conseil sont l'Amérique du Nord, l'Europe et l'Asie / Pacifique. <http://isqua.org/2008>

mesures destinées à améliorer la qualité et la couverture par un ensemble complet de soins de santé de base. L'approche du gouvernement est soutenue par plusieurs bailleurs de fonds (UE, Banque mondiale, BAD et USAID), et a été adoptée dans plusieurs gouvernorats pilotes». Un rapport de la mission économique française au Caire mentionne que « Le système public de santé présente une réalité bien éloignée des ambitions qui avaient présidé à sa mise en place il y a quarante ans. Contrairement aux principes affichés, le dispositif s'est révélé incapable, faute de moyens financiers et de volonté politique, d'atteindre de façon efficace et durable les catégories les plus pauvres. L'émergence d'un secteur privé qui ne leur est guère accessible financièrement rend plus visible encore l'exclusion de ces catégories » (Chiffolleau 1997 :4).

Le système de santé souffre de larges insuffisances qui ont poussé le Ministre de la Santé à lancer un ambitieux programme de réforme en 1995 et 2007 axé principalement sur trois thématiques.

L'amélioration des infrastructures : La rénovation et la construction de nouveaux centres de soin sont planifiées. Un appel aux investisseurs privés a été lancé pour cogérer 50 nouveaux hôpitaux. 4000 dispensaires devraient également être créés pour les plus démunis. Enfin, un SAMU¹⁷ efficace notamment dans les zones rurales est étudié.

L'amélioration du personnel soignant : C'est une des priorités du ministère. Il était prévu une augmentation de la formation, des effectifs et des salaires des personnels soignants.

Les réformes institutionnelles : Plusieurs réformes étaient à l'ordre du jour comme la création d'un pack de soin de base ou encore l'instauration d'un médecin référent ou « médecin de famille ». Cette réforme serait accompagnée de la création d'un dossier médical informatisé où l'historique médical du patient serait consigné.

Selon le ministère de la santé, les objectifs essentiels des 2 réformes de 1995 et 2007 étaient les suivants : amélioration des services de soins; augmentation du personnel soignant ; fourniture des équipements nécessaires pour les hôpitaux, accroissement du budget pour la recherche alloué aux universités et centres de recherches scientifiques.

Par ailleurs, le directeur régional de l'organisation mondiale de la santé, (OMS, 2006) doit fournir les appuis techniques aux pays pour favoriser l'investissement dans la santé, incorporer les déterminants sociaux de la santé et promouvoir le rôle central de la santé dans le développement économique et social. Il doit soutenir les pays pour mieux évaluer les

¹⁷ SAMU: Service d'aide médicale urgente

fonctions de leur système de santé et surveiller le rôle du gouvernement à différents niveaux, utilisant les outils analytiques et les ajustements de l'OMS. Il lui est également demandé de surveiller l'évolution du rôle du gouvernement dans le développement sanitaire au niveau régional dans le cadre de l'Observatoire régional des systèmes de santé.

2.3.3 LES TYPES DE BAILLEURS DE FONDS ET LEURS DOMAINES D'INTERVENTION

Comme nous l'avons déjà indiqué, les PVD possèdent des budgets sanitaires limités et insuffisants et dépendent des aides des bailleurs de fonds. Ses derniers se concentrent sur le financement de l'achat de médicaments, des vaccinations, de la formation des personnels. Malgré toutes ces aides, nous constatons des défaillances dans les systèmes sanitaires de ces pays et un écart entre les offres d'aide et les besoins des populations. Le système sanitaire égyptien dépend en grande partie des organisations étrangères qui offrent des aides. L'OMS (2008) affirme que presque 50 % des dépenses nationales totales de santé proviennent de l'aide extérieure. Les organisations multilatérales, Banque mondiale, Banque africaine de Développement et Union européenne, fournissent une aide dont une grande partie est destinée particulièrement à la réforme du secteur de la santé.

Les Etats-Unis sont le partenaire bilatéral le plus important. Ils appuient la réforme du secteur, la santé maternelle et infantile, la planification familiale, la surveillance et la lutte contre les différentes maladies. L'Espagne, la Finlande, l'Italie, les Pays-Bas et la Suisse font aussi partie des donateurs bilatéraux de l'Egypte. L'OIT, l'OMS, l'ONUSIDA, le PNUD, l'UNFPA et l'UNICEF interviennent en fournissant un appui technique à l'éradication de la polio, à la lutte contre le VIH/sida, aux micronutriments, à la planification familiale et à d'autres programmes. Différents acteurs nationaux ont participé à la négociation sur la réforme du secteur de la santé comme condition, en plus d'une assistance économique et technique des organismes internationaux. Ils ont insisté sur le fait que les organismes multilatéraux de crédit doivent jouer un rôle important dans la détermination du contenu de la réforme du secteur de la santé afin de se conformer aux spécifications de prêt. Cela apparaît clairement dans un rapport de l'OMS (2010), « Les agences multilatérales : Banque mondiale, Banque africaine de Développement et Union européenne - fournissent une aide destinée particulièrement à la réforme du secteur de la santé. Deux réformes ont été mises en place en Egypte. Le premier projet de la réforme du secteur de la santé a été financé et

négocié entre le gouvernement égyptien, l'USAID et la Banque mondiale ; le 2^e projet a été financé par ces même acteurs, plus la Commission Européenne et la Banque Africaine de Développement. Regardons plus en détail le rôle exact joué par certains acteurs que nous présentons dans l'Encadré 1.

ENCADRE 1 LES BAILLEURS DE FONDS DANS LE SECTEUR SANITAIRE EGYPTIEN

L'USAID. Au cours des 30 dernières années, le gouvernement américain à travers l'Agence américaine pour le développement international (USAID) a apporté une contribution significative pour aider à améliorer la qualité de vie de tous les Egyptiens. Des programmes nationaux en matière de santé, d'éducation, de facilitation du commerce, les petites et les micro-entreprises, le tourisme et le développement des infrastructures ont été lancés. L'aide économique à l'Egypte à travers l'Agence Américaine pour le Développement International a totalisé plus de \$ 28,6 milliards depuis 1975. L'USAID, soutient le Ministère de la Santé pour exécuter son programme de réforme de secteur de santé, USAID soutient le développement des plans de main-d'œuvre à long terme, l'institutionnalisation des institutions de Santé et contrôler la performance de ce secteur¹⁸.

La Banque Mondiale. Dans le secteur de la santé, la Banque contribuera à faciliter l'accès aux soins des populations démunies ou dont le revenu est insuffisant pour leur permettre de bénéficier de soins plus coûteux : un prêt de 75 M \$ a été prévu en 2008 à cet effet. La Banque a également alloué 75 M \$ à l'amélioration de la protection sociale (Social Fundy IV).

La Commission Européenne. Entre 2007 et 2010, la commission européenne a apporté une aide de 120 millions € dans le secteur de la santé dans le cadre du programme indicatif pluriannuel (PIP) Ce financement s'inscrit dans le cadre de « L'Instrument européen de voisinage et de partenariat (IEVP) 2007-2010 ». Les priorités de la coopération de la communauté européenne avec l'Égypte sont le processus de réforme, le bien-être de la population, le renforcement du partenariat avec l'Union européenne.

La Banque Africaine de développement ; Dans le cadre de la réforme hospitalière de 2007 et avec un montant de 40M euros, le MOHP exécute une stratégie de modernisation de la connaissance infirmière, de la pratique, de l'attitude, de la performance et du comportement professionnel en vue d'améliorer les soins aux patients.

A l'issue de cette section et après la lecture de l'Encadré 1, nous pouvons nous étonner de voir qu'il existe quand même des moyens financiers importants qui sont mis à la disposition de l'Egypte et que les échecs constatés ne s'expliquent donc pas que par l'absence de moyens. D'où la nécessité d'aller plus loin dans l'analyse.

¹⁸ USAID supports the development of a long-term workforce plan, the institutionalization of National Health Accounts to monitor health system performance, and building the capacity of the Health Insurance Organization as a payer to extend health insurance coverage.

CONCLUSION SECTION 2

En conclusion, nous espérons avoir réussi à montrer les éléments suivants :

- Le système de santé égyptien a rencontré de nombreux problèmes liés à une forte croissance démographique et un sous-financement.
- Malgré l'intervention de nombreux bailleurs de fonds et l'existence d'une aide financière importante des problèmes structurels graves persistent. Ils sont liés à la rigidité de la bureaucratie égyptienne, à la complexité du système et des textes qui sont supposés le réformer.

Après cette vision macroscopique du système, la prochaine section examine les défaillances du système à partir d'observation dans des hôpitaux.

SECTION 3 LES DEFAILLANCES OBSERVEES DANS LE SYSTEME SANITAIRE EGYPTIEN

INTRODUCTION

Dans les deux premières sections de ce chapitre, nous avons pu constater que le New Public Management, développé dans un contexte bien particulier, en Grande Bretagne et aux Etats Unis, dans les années 80, s'est ensuite développé dans de nombreux pays développés et en voie de développement. Les bailleurs de fonds conditionnent désormais leurs aides à des réformes et à une amélioration de la gouvernance pour le secteur public, c'est la mise en place de programmes inspirés du New Public Management qui s'impose, l'Egypte n'échappe pas à cette demande de bonne gouvernance. Le secteur sanitaire, à la fois complexe et sous-financé, est une illustration ce phénomène.

L'environnement institutionnel de la réforme à laquelle nous nous intéressons dans cette thèse pourrait ainsi être présenté de la manière suivante : les bailleurs de fonds conditionnent leur aide à des réformes et exercent une pression sur le gouvernement égyptien ; le gouvernement vote des lois qui vont dans le sens des demandes internationales ; le ministère de la santé est sommé de les mettre en œuvre ; il exerce une pression sur les hôpitaux sans prendre en considération les défaillances dont ils souffrent.

C'est justement un aperçu de ces défaillances dans les hôpitaux publics égyptiens, à partir des travaux de notre mémoire de master recherche, que nous nous proposons ici de passer en revue pour compléter ce panorama de l'environnement institutionnel.

En 2007 nous avons effectué des entretiens auprès de l'ensemble des catégories d'acteurs concernés par la qualité, dans trois hôpitaux de statuts différents¹⁹. Il paraissait nécessaire pour cette recherche d'interviewer les directeurs, le corps médical, le corps paramédical et les patients. Dans cette section nous reprenons l'enquête de terrain déjà présentée dans notre mémoire de master recherche, intitulée « la contribution du contrôle de gestion à l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux publics égyptiens ». Lors de cette recherche, nous avons pu constater des défaillances apparentes pour tous les employés, les patients et même les visiteurs. Nous avons extrait les parties qui nous aident dans notre recherche de thèse et qui traitent du management de l'hôpital, des acteurs, des problèmes rencontrés. Nous avons sélectionné les parties de notre terrain qui concernent les types de managements rencontrés, les discours et leur influence directe sur le fonctionnement de l'hôpital pour tout ce qui concerne les employés (corps médical/ corps paramédical/ corps administratifs), ainsi que les équipements et le traitement des patients. Tout au long de cette section nous nous appuyons sur des exemples concrets observés, présentés en trois sous parties. La première est consacrée à la direction de l'hôpital et aux départements, à leur manière de faire face aux différents conflits organisationnels et culturels. La deuxième est consacrée aux défaillances observées dans le traitement des personnels et des équipements. La troisième concerne le traitement des patients.

¹⁹ **I. l'hôpital El Demerdash.** Un des grand CHU au Caire, nous avons mené notre étude dans l'hôpital de la médecine interne. (L'hôpital El Demerdash est dans le même bâtiment que l'hôpital de médecine interne où nous avons effectué notre observation de recherche de thèse et il est rattaché au même groupement hospitalier que l'hôpital de médecine interne).

II. La Croix rouge : C'est un hôpital chirurgical qui possède quatre départements spécialisés dans la chirurgie osseuse. Cet hôpital était l'un de ceux choisis par le ministère de la santé comme site pilote pour l'application de la mise en place d'une politique qualité. Malgré son nom, cet hôpital ne dépend pas du tout, d'une manière ou d'une autre de l'ONG la croix rouge. Il possède la particularité d'avoir une section privée et une section publique. L'Etat égyptien n'ayant pas fourni à la section publique les budgets qui devraient lui revenir, c'est, de fait, la section privée qui finance la section publique.

III. Dar el Shefa : Cet hôpital est sous la direction du ministère de la santé depuis 1999 (ordonnance no. 472). Cet hôpital a fait l'objet de rénovations sur la période 2000-2006, et il s'agissait d'un des hôpitaux publics égyptiens qui offre une qualité de service de haut niveau au patient si on le compare avec les autres établissements.

3.1 LE FONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL

L'enquête déjà réalisée en 2007 avait clairement montré que la gestion de la qualité n'était pas identifiée comme prioritaire par les directeurs des hôpitaux visités, malgré son exigence de la part du ministère de la santé. Les sujets de préoccupation actuels pour les directeurs des hôpitaux apparaissent dominés par les questions financières, la sécurité sanitaire et les questions organisationnelles. Ils témoignent d'un niveau de préoccupation très élevé à l'égard de la situation et des perspectives financières de leur établissement. La santé financière de leur établissement et la capacité à investir sont les deux premiers sujets de préoccupation des directeurs interrogés. En revanche, les autres domaines étudiés lors de notre mémoire de recherche, l'accréditation et les démarches qualités, ne sont pas dans leur agenda quotidien, sauf s'il y a des rapports demandés par le ministère de la santé concernant la qualité, comme par exemple un problème d'infection nosocomiale. L'hôpital Dar el Shefa fait toutefois une exception à ce constat (3.1.1).

Ceci est cohérent au moins en apparence avec les observations de Lauade *et al.* (2010 :94), en France sur l'activité des directeurs : « Leur activité est constituée d'une somme de micro activités individuelles et collectives, certaines étant prévues, d'autres non, le tout dans un agenda rempli. Les dirigeants d'hôpital, comme cela semble souvent être le cas dans les activités de direction, « courent après le temps ». Ainsi les problèmes d'assurance, de qualité, le climat de travail constituent pour eux des sujets de préoccupation de deuxième degré et cela à cause du manque de temps. Les décideurs hospitaliers ont visiblement décidé de hiérarchiser leurs décisions budgétaires : en conclusion, comme ils l'ont affirmé, « ils gèrent les priorités ».

L'enquête qualitative réalisée a permis de relever l'expression d'un certain nombre de critiques. Les moyens dont les hôpitaux disposent actuellement sont en totale inadéquation avec les objectifs politiques souhaités. Ce discours proposé n'est évidemment pas sans lien avec ce qui a été dit précédemment dans la section 2 au point 2.3.3). L'élément principal mis en avant reste celui du manque de temps pour effectuer toutes les missions qui sont imparties au Directeur Général, notamment face à la multiplication de textes et de lois.

3.1.1 PRESENTATION GENERALE DU TYPE DE MANAGEMENT AU SEIN DE L'HOPITAL PUBLIC EGYPTIEN

Selon nos observations et nos entretiens, nous avons pu constater des contradictions dans les discours. Par exemple, les directeurs des hôpitaux se montrent moins critiques lorsque nous leur posons des questions sur leur propre établissement.

Cette distorsion de perception est d'ailleurs un phénomène classique très connu dans les enquêtes d'opinion : « l'évaluation de l'environnement global est souvent plus négative que celle de l'environnement proche » (Thiétart, et *al*, 1999). Le constat, cette fois ramené à l'établissement dont ils ont directement la charge, est ainsi plus nuancé. Selon les différents entretiens menés, nous avons pu identifier deux types de dirigeants au sein des hôpitaux, qui adoptaient deux discours différents.

Le premier type de discours est celui d'un **discours réaliste** qui consistait à ne pas nier les difficultés rencontrées au quotidien, mais aussi qui se traduisait par une production de documents et de procédures, rédigés en conformité avec les exigences du ministère afin d'être prêt à faire face à tous types de questionnements de la part de l'autorité de tutelle. C'est ce type de discours et d'attitude que nous avons rencontré à l'hôpital Dar El Shefa.

Le deuxième type de discours peut être qualifié de **discours d'apparence**, et se caractérisait par sa déconnexion de la réalité. Il s'agissait de proposer un plan de travail en vue d'améliorer la qualité des services offert seulement pour être présenté durant les réunions et qui garantit un minimum de ressemblance avec les rares départements qui ont vraiment appliqué et réussi la mise en place de normes qualité.

En parallèle, nous avons constaté deux profils de management. En premier lieu **l'Homme de pouvoir protecteur** C'est celui qui est là pour protéger non seulement une situation de qualité mais aussi protéger ses employés et leur donner un sentiment de la sécurité. Et en deuxième lieu **l'Homme de pouvoir pharaon** Le terme pharaon désigne les souverains d'Égypte durant l'antiquité égyptienne ; nous utilisons ce terme pour expliquer à quel point ce directeur est un homme autoritaire, pas forcément soucieux de bien exercer son pouvoir, mais plutôt de l'exercer pour rester au pouvoir.

Insistons bien sur le fait que ces qualificatifs ne sont pas issus d'une revue de littérature mais de nos observations lors du terrain de notre mémoire de master recherche. Nous avons pu observer d'une part la forte personnalisation du pouvoir, qui est une caractéristique liée à la

culture égyptienne (comme nous l'avons abordé lors de l'introduction) et d'autre part des modes d'exercice du pouvoir que nous avons observés et pour lesquels nous avons cherché les qualificatifs les plus descriptifs possibles.

Le directeur de l'hôpital « Dar el Shefa » incarnait les deux types de pouvoir, protecteur et pharaonique. Cet établissement est considéré le meilleur hôpital public au Caire et qui applique les critères de la qualité. Mais ce qui diffère dans cet hôpital est que son directeur a commencé à appliquer la qualité avant la réforme exigée par le ministère de la santé. Pour lui il traite le malade comme un être humain, les médecins, les infirmiers, les administrateurs, les financiers comme des collègues et a mis en place des systèmes de communications très adaptés et adéquats. Par observation, il est très sévère, la qualité pour lui est un mode de vie. Il a formé à peu près trente-cinq employés de différents départements pour étudier la gestion et spécifiquement la gestion de la qualité (médecin, infirmier, gestionnaire).

Par opposition dans les deux autres hôpitaux, les styles de management que nous avons rencontré ne relèvent que de l'exercice d'un pouvoir de type « pharaonique », avec un discours plus orienté sur la gestion des apparences et le contrôle²⁰, surtout lorsqu'il s'agissait de parler de leur établissement.

Pour compléter cette présentation des discours des dirigeants d'hôpitaux face aux demandes du ministère de la santé, soit de conformité réelle, soit d'apparence, étudions maintenant l'état des lieux en termes d'infrastructure, de conflits culturels, de gestion du personnel ainsi que de traitement des patients.

3.1.2 ABSENCE DE PRISE EN COMPTE DES REALITES DE L'INFRASTRUCTURE

Commençons par l'infrastructure. D'après un entretien effectué avec le responsable du département sécurité et santé au travail à l'hôpital El Demerdash, l'hôpital a été bâti en 1940, et le bâtiment n'a pas fait l'objet de maintenance régulière. Même sur le plan le plus élémentaire, comme celui de la signalisation, qui constitue un des droits des patients, aucun progrès n'a été fait.

Durant mon terrain de Master Recherche, nous nous sommes perdue plusieurs fois dans et autour des bâtiments de cet hôpital, car rien n'est indiqué clairement. Il n'y a vraiment

²⁰ Ainsi, à l'issue de mes rendez-vous, et lors d'une dernière visite au directeur d'un des hôpitaux, ce dernier m'a demandé très directement si les infirmières qu'il m'avait proposé d'interviewer avaient bien répondu conformément à ses instructions.

aucune signalisation. Les patients se perdent dans un bâtiment gigantesque. En ce qui nous concerne, toutes les personnes avec qui nous prenions rendez-vous nous indiquaient qu'il était possible de garer notre voiture sur le parking juste à côté de l'accueil. Nous avons fini par le trouver au bout de trois semaines. Nous n'avons jamais osé demander où est l'accueil, en pensant que si nous ne le trouvions pas cela était de notre faute. Alors, où se trouve-t-il ? Dans un autre bâtiment, à 300 mètres de l'hôpital. Cet accueil, non signalisé, difficile à trouver, est le point par lequel doivent passer tous les patients qui entrent à l'hôpital. Il est aisé d'imaginer le temps perdu par tous les patients qui se présentent pour la première fois à cet hôpital et ne trouvent pas l'accueil là où il devait normalement se trouver, dans l'entrée du bâtiment de l'hôpital.

3.1.3 ABSENCE D'ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT ET DE GESTION DES CONFLITS ORGANISATIONNEL ET CULTUREL

Les conflits organisationnels prennent des formes multiples. Nous donnerons ici celui de la **gestion de la dose des médicaments** à l'hôpital El Demerdash, pourtant réputé être un excellent hôpital public. Une nouvelle procédure avait été mise en place pour la dose des médicaments afin d'éviter les gaspillages et les vols de médicaments. Avant la mise en place de cette nouvelle procédure, la distribution était faite en une seule fois selon le dossier médical, pour toute la durée du traitement. Les médicaments pouvaient ainsi, par exemple, être livrés pour un mois entier de traitement et placés à côté du patient sans aucune supervision. Afin d'éviter les erreurs de médication, et les vols éventuels, la nouvelle procédure prévoyait que la dose soit distribuée à temps, au fur et à mesure, et supervisée par le personnel infirmier. Les résultats étaient très satisfaisants, mais suite à l'absence de la coordinatrice du département de la qualité pour une semaine, le responsable de la pharmacie est retournée à l'ancien système. C'est le temps qu'il a fallu pour faire échouer la nouvelle procédure et à son retour la coordinatrice a échoué dans ses tentatives de la remettre en route²¹. Dans ce même hôpital, apparaissent des difficultés d'ordre culturel liées à l'application du **Code Blue** (réflexes d'urgence du personnel médical en cas d'arrêt respiratoire). Quand une personne est en arrêt respiratoire, les employés (médical/paramédical) doivent avoir des réflexes d'urgence envers ce patient. C'est l'urgence

²¹ Il faut dire que dans ses tentatives, elle n'avait pas été soutenue par le directeur de l'hôpital.

médicale. En réalité le code bleu est applicable seulement dans les CPR (soins intensifs) et pas à l'accueil de l'hôpital, ni dans les différents départements. Les personnels des différents départements ne sont pas bien formés. Il existe des locaux réservés pour les patients code bleu, mais il s'agit de bureaux réservés aux professeurs, qui sont fermés à clef en leur absence. Les directeurs, tous comme les professeurs, n'ont pas conscience de l'urgence et de la gravité du problème et sont plus concernés par le fait que leur bureau ne soit pas occupé par d'autres qu'eux. A travers ces deux exemples, nous avons voulu illustrer le décalage entre ce qui préoccupe les responsables des hôpitaux et la gravité de certains problèmes de signalisation et de mise en place de procédures. Pour compléter cet état de déconnexion, nous continuerons avec le management face aux problèmes des ressources, soit humaines avec le personnel, soit de matériel avec les équipements.

3.2 UN MANAGEMENT DIFFICILE DES RESSOURCES HUMAINES ET DES EQUIPEMENTS

Nous avons pu conclure, de la comparaison entre les entretiens menés avec les directeurs d'hôpitaux, et de nos observations lorsque nous nous déplaçons dans les hôpitaux, que ces premiers ne s'intéressaient pas à la gestion en tant que discipline. Ils géraient sans avoir eu d'études en gestion et sans réelle connaissance des outils de la gestion. La quasi-totalité des directeurs d'hôpitaux interviewés s'accordait à considérer que l'hôpital est aujourd'hui, en Egypte, en crise (sauf le leur peut-être !). Pour la très grande majorité d'entre eux, cette crise est structurelle, plutôt que conjoncturelle. Cette crise concerne différents domaines : le climat social, les capacités d'investissement ou encore le recrutement, les rémunérations, etc. Selon eux, les capacités de financement de l'investissement sont jugées aujourd'hui insuffisantes. Les directeurs déclaraient qu'ils avaient un problème de financement et un manque d'autofinancement, puisque l'Etat qui assume la charge financière des patients, ne paie pas ce qu'il doit. Exemple, le directeur des opérations de l'hôpital de la croix rouge est confronté à un problème dans le financement des fournitures pour les opérations osseuses. Parfois une opération peut coûter plus de 10.000 euros. En outre l'hôpital est en surcapacité avec beaucoup de liste d'attentes. L'Etat doit à cet hôpital, jusqu'à 2007, à peu près 5 millions de livres égyptiennes. Dans les faits c'est la section privée de cet hôpital qui supplée et finance la section publique, mais cet apport de la section privée à la section publique devait

normalement être un appoint, apporter un confort supplémentaire, et pas remplacer le financement de l'Etat.

En plus, il existe toujours des problèmes et des conflits entre les directeurs des hôpitaux et les directeurs financiers, même si ces derniers sont placés hiérarchiquement sous la responsabilité des directeurs d'hôpitaux, et cela à cause du manque de financements. Par exemple, ces conflits peuvent concerner la maintenance des équipements. Lorsqu'un directeur d'hôpital approuvera une opération de maintenance ou de remplacement de pièces détachées sur un équipement, il s'opposera au directeur financier, qui voudra refuser toute dépense, faute d'avoir les budgets pour le faire.

3.2.1 UN CERTAIN NOMBRE DE DEFAILLANCES DANS LA POLITIQUE DE FORMATION

Les actions de formation ne sont pas absentes. Elles existent, même si ce n'est pas en nombre suffisant, dans les trois hôpitaux où nous avons effectué des entretiens pour notre mémoire de master recherche. La formation touche tous les employés de l'hôpital, soit le corps médical/paramédical soit administratif. Pourtant, pour les formations existantes nous avons pu observer, à partir des réponses fournies par les personnes interrogées, les problèmes suivants :

- Un manque de coordination et d'action entre l'ensemble des actions de formation, chaque domaine (médical, paramédical, technique, administratif) étant considéré isolement et indépendamment des autres.
- L'insuffisance de la transmission de l'expérience (savoir-faire), le manque de matériel, le manque de formation et de personnel d'encadrement des stages et l'absence de préparation de ces personnels aux tâches qu'ils assument.

En plus de cela, le constat est celui du manque d'adaptation des programmes de formation aux besoins des services de santé et à la demande des publics visés et du manque de participation des personnes concernées comme en atteste le résumé présenté dans le tableau 5.

TABLEAU 5 LA FORMATION DES ACTEURS

	Formation en gestion
Corps médical	*Leur intérêt est le développement scientifique et médical plus que l'intérêt dans la carrière de gestion. *S'il existe des séminaires de gestion, la participation des médecins est très rare.
Corps paramédical	*80% affirme qu'ils ne participent pas aux formations pour différentes raisons : manque de temps, manque de volonté, manque de moyens. Les 20% restants, ce qui n'est pas une grande proportion, assistent aux formations.
Corps administratif	*En ce qui concerne les stages très peu de personnes y participent, ils ne sont pas motivés pour participer puisqu'ils ne sont pas rémunérés pour ces formations.

3.2.2 UNE GESTION DIFFICILE DES PERSONNELS

La gestion du personnel est l'une des tâches les plus délicates et les plus importantes dans la mesure où de son bon déroulement découleront les bonnes conditions et l'ambiance de travail, et par conséquent la bonne qualité du service rendu. Recrutement, affectation, répartition, transfert, mutation, rémunération, formation, avancement, promotion, sanction, retraite, conditions de travail, telles sont les principales tâches de la gestion du personnel.

La grande difficulté que rencontre à notre avis le bon déroulement de cette tâche dans les trois hôpitaux était la puissance du corps médical et le faible niveau généralisé des salaires. Par exemple, le directeur prend une décision et le médecin refuse de l'appliquer : une telle situation n'est pas rare. On peut prendre l'exemple de l'application du nouveau dossier médical qui exige la description détaillée des maladies des patients et leur signature. Les médecins refusent d'utiliser le nouveau dossier et ils continuent d'utiliser l'ancien.

On peut constater très facilement que les jeunes diplômés juristes, gestionnaires, refusent de travailler dans le secteur sanitaire public vu le peu d'avantages qu'offre ce dernier. Ceux qui y travaillent depuis le chef de département jusqu'au simple infirmier cumulent au moins un emploi dans le secteur hospitalier privé avec leur emploi public. D'où un taux d'absentéisme important. Pourtant dans le secteur privé se trouvent les mêmes personnes qui se conforment à des systèmes de gestion de la qualité.

En plus, nous avons pu constater que la gestion du corps paramédical est une des tâches les plus délicates. Ils sont la source de plusieurs problèmes et à l'origine de tensions entre le

corps administratif et le corps médical et entre patient et corps médical. Nous avons pu interroger 5 infirmiers. L'absentéisme des infirmiers dans un des hôpitaux visités est un problème important. A l'hôpital de la Croix Rouge, sur 15 infirmiers devant être théoriquement présents la nuit, pour 50 patients, nous n'en avons trouvé que 2. Les raisons de cet absentéisme sont liées à la fois à l'absence de sanctions, aux salaires très bas qui incitent les personnels hospitaliers à cumuler les emplois et à l'absence totale d'une culture de responsabilité. Il est important de souligner que les personnes que nous avons interrogées, quel que soit l'hôpital, étaient celles présentes à leur poste de travail. A propos des services qu'ils offrent, ce sont la direction (administrative) et le chef de service (médical) qui décident. Le corps paramédical ne choisit pas lui-même le service où il veut travailler.

Par ailleurs, au sein des trois hôpitaux visités, le personnel paramédical ne semble pas participer dans sa grande majorité aux réunions organisées concernant les conditions de travail. Comme nous le montre le tableau 6, les réunions de service concernent très rarement la discussion d'un cas médical. Les causes de cette « rareté » sont attribuées soit aux médecins, soit aux administratifs, soit au manque de temps.

TABLEAU 6 LA PARTICIPATION DES ACTEURS AUX REUNIONS

	Participation à des réunions
Corps médical	* Seuls les responsables des unités participent aux réunions, ils débattent de questions purement médicales. Ils discutent très rarement des problèmes d'organisation et de gestion, d'organisation des services, d'organisation de l'enseignement, de la gestion de l'hôpital. * Le budget de l'établissement est le point le plus important de gestion, à leur avis, qu'ils peuvent discuter.
Corps paramédical	* Leur participation aux réunions est très rare, pour discuter les conditions de travail, de l'organisation de service offerte aux malades, des cas médicaux dont ils se chargent.
Corps administratif	*20% de ce corps participe à des réunions une fois par mois ; ce sont les directeurs des départements seulement.

Concernant le recrutement et l'ambiance de travail, le tableau 7, regroupe les réponses des employés. Ces difficultés sont partagées par une très grande partie des directeurs d'établissement, au-delà des trois que nous avons interrogés pour notre mémoire de master recherche. D'une manière générale, le corps paramédical « infirmier » préfère travailler dans les établissements privés plutôt que dans les établissements publics et cela est dû à la différence de salaires entre les deux secteurs. Le directeur de la croix rouge témoigne ainsi que : « Mon établissement n'est pas un établissement attirant puisque je travaille dans un domaine très sophistiqué et délicat, tout comme les établissements privés. C'est

principalement pour ça que j'ai des problèmes de recrutement. J'ai dû mettre en place des politiques particulières, même pour recruter des spécialistes, et leur permettre de travailler à temps partiel, selon leur cas dans l'hôpital ».

Concernant le corps médical, il existe en Egypte un critère géographique qui, plus que la taille de l'établissement, s'avère ici discriminant. Si les établissements situés au Caire connaissent peu de difficultés en matière de recrutement de médecins par rapport aux établissements de province, le recrutement de personnels infirmiers s'avère plus problématique. Les raisons invoquées par les directeurs concernés par ces difficultés de recrutement tiennent d'ailleurs en premier lieu au salaire.

TABLEAU 7 LE RECRUTEMENT ET L'AMBIANCE DU TRAVAIL

	Ambiance et condition de travail
Corps médical	*Les relations des médecins entre eux sont des relations amicales *Les relations entre les médecins et les malades sont des relations fonctionnelles. * Leurs relations avec les directeurs sont hiérarchiques. * La plupart des médecins préfèrent ne pas quitter les établissements publics, ils estiment qu'ils acquièrent une expérience accrue, très difficile à trouver dans les autres hôpitaux, mais en même temps ils trouvent qu'ils sont très mal payés.
Corps paramédical	* 80% d'entre eux refusent de quitter leur établissement parce qu'ils risqueraient ne pas trouver un autre travail malgré les mauvais salaires et le mauvais environnement de travail. Ils ont un contrat à durée indéterminée.
Corps administratif	*Environ 35% pensent, d'une part que leur travail est très fatigant, d'autre part que leur travail est très mal payé. Au contraire le reste veut rester et surtout les femmes parce qu'elles obtiennent des avantages qu'elles ne peuvent pas trouver dans le secteur privé ²² . En outre ils risquent de ne pas trouver un autre travail.

En conclusion, il ressort que les difficultés dans la gestion du personnel sont liées aux causes suivantes :

- la puissance du corps médical et paramédical,
- l'absence de personnel administratif qualifié,
- le niveau très bas des salaires, à la fois pour les personnels administratif et médical,
- la possibilité d'un emploi dans le secteur privé de même nature pour le personnel médical et paramédical ; cependant le personnel administratif n'a pas les mêmes possibilités de double emploi que le personnel hospitalier,

²² A titre d'exemple : l'assurance maladie, les congés maternels qui comptent 6 ans, la retraite,...

- les relations entre médecins et corps administratif sont, la plupart du temps, la source de désaccords; les relations sont seulement hiérarchiques et/ou fonctionnelles.

3.2.3 UNE MAINTENANCE ET UNE GESTION DES EQUIPEMENTS INADAPTEES

Selon les responsables des différents départements visités à l'hôpital Demerdash, la maintenance est négligée, en ce qui concerne les points suivants : surveillance, entretien, travaux de mise en état et répartition des équipements biomédicaux, bâtiments et équipements de génie civil (électricité, chauffage, climatisation, etc.).

Lors de notre recherche nous avons relevé les points suivants :

- manque de politiques, de procédures et de plans de sécurité et de santé à jour,
- manque de comité pour les problèmes de la sécurité et la santé,
- manque de comptes rendus de différentes réunions,
- manque de plan clair pour l'entretien préventif des équipements médicaux,
- manque de liste des dispositifs médicaux contenant la date de la dernière maintenance,
- manque de plans clairs pour l'évacuation des bâtiments en cas d'incendie,
- manque de politiques et de procédures claires pour faire face aux accidents du travail,
- manque de politiques claires et à jour pour interagir avec les déchets dangereux.

Ces problèmes ont un impact sur la qualité de la prise en charge des patients. Les praticiens se plaignent que parfois, ils reçoivent les dossiers des patients incomplets ; le service radiologie leur transmet des radios floues ; par conséquent elles ne sont pas interprétables et parfois ne correspondent pas à leur demande ; les résultats des analyses ne sont pas livrés à temps ; ils ne sont pas prévenus des patients entrants et hospitalisés. Ceci nous amène à présenter les problèmes qui sont en relation avec les patients.

3.3 LE MANAGEMENT DES PATIENTS

Les principales tâches de la gestion des malades interviennent dès que le malade franchit l'entrée de l'hôpital ; il faut le prendre en charge, par les soins d'un service qui assure son admission, son hospitalisation, la tenue de ses dossiers, sa sortie, la facturation et le recouvrement des frais. L'essentiel de la gestion des malades consiste à :

- établir le dossier médical du malade,
- assurer l'accueil et l'information du malade,
- élaborer le dossier administratif du malade.

La bonne gestion des malades devrait attirer le maximum d'attention des responsables hospitaliers, et pourtant cette tâche suscite hélas très peu d'intérêt en Egypte.

3.3.1 UNE MAUVAISE GESTION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS

Si on part du principe que les trois hôpitaux où nous avons été pour notre mémoire de master recherche sont représentatifs, alors les institutions hospitalières égyptiennes publiques souffrent du manque de cadres administratifs qualifiés et d'une mauvaise organisation des services qui fait qu'il n'y a aucune délimitation claire et précise entre les tâches des différentes catégories professionnelles.

Par contraste, les points forts des institutions hospitalières privées sont leur gestion. En effet, elles bénéficient de cadres administratifs compétents et de systèmes de gestion clairs. La gestion des malades ne fait pas exception ; elle est même avancée :

- enregistrement de tous les mouvements des malades (entrées, transferts de service ou d'établissements, sorties),
- informations diverses concernant le malade (état civil, etc.),
- saisie des actes médicaux et paramédicaux (radiologie, analyse, chirurgie, etc.),
- recouvrement (reconnaissance des débiteurs, facturation, etc).

Par ailleurs, la différence la plus importante à notre avis sur cette tâche entre les deux types d'institutions (publiques/privées) est l'intérêt porté aux malades ; en effet les malades dans les hôpitaux privés sont non seulement mieux accueillis, mieux servis, mieux traités mais aussi et surtout mieux informés. Le malade est considéré de moins en moins comme un objet et sa gestion est de plus en plus individualisée.

3.3.2 UN DOSSIER MEDICAL INADAPTE

Lors de notre recherche dans les trois hôpitaux nous avons pu constater que le dossier médical est un problème national. La restructuration interne d'un nouveau dossier médical qui retrace l'histoire des patients de leur arrivée jusqu'à leur départ n'est pas considérée comme un élément essentiel pour l'amélioration des services, ni comme un outil de transparence entre les différents départements, alors même qu'un patient peut effectuer plusieurs visites dans différents département (en cas de maladies chroniques).

Comme ce dossier doit retracer tout ce qui concerne le patient, information personnelle, médicale, etc., il est indispensable d'avoir une archive informatisée. En 2011, bien longtemps après notre mémoire de master recherche, ce projet de dossier n'est toujours pas mis en place, dans aucun des trois hôpitaux visités. L'hôpital El Demerdash possède une base de données mais elle n'est pas utilisable. En effet, en examinant le dossier médical dans cet hôpital, nous avons pu constater qu'il ne contenait pas tous les éléments nécessaires qui permettent d'identifier le patient, sa position administrative, sa couverture sociale et les différentes autorisations requises par la réglementation (autorisation d'opérer pour les mineurs, etc.). Les responsables de l'hôpital ont essayé de mettre en place un nouveau dossier médical ; ce dossier n'a pas été mis en œuvre dans tous les départements, les employés refusaient et résistaient devant ce changement, sachant que ce nouveau dossier devait faciliter leur travail. Par contre il fonctionnait bien dans d'autres départements où des directeurs sévères ont pu contraindre leurs employés à adapter ce nouveau système. Cette réussite est partielle puisque très liée au directeur de chaque département.

3.3.3 UNE DESHUMANISATION DES INSTITUTIONS HOSPITALIERES

L'hôpital public égyptien traite ses malades et les considère comme des « numéros », des « cas » L'humanisation, dans les hôpitaux égyptiens est sacrifiée :

- repas mal préparés et mal présentés,
- toilettes pas propres,
- délivrance lente des médicaments,
- pas d'espace entre les lits, salles communes,
- personnel (infirmier) non efficace ou absent, relation infirmier - malade mal assurée,

- salles pas propres et mal ordonnées,
- températures élevées et hygiène douteuse dans les salles,
- mauvais accueil, pas d'informations fournies aux patients sur leurs maladies,
- enregistrement lent dans les documents de l'hôpital,
- distribution de couvertures pas toujours propres, changements des draps non quotidiens,
- visites des proches mal organisées,
- insalubrité générale.

Nous illustrerons ces observations par quelques exemples.

Mauvaise réception. Nous avons rencontré une femme de 70 ans environ avec sa famille. Elle avait un problème au dos et aux jambes, elle s'est adressée à l'hôpital afin de subir une opération chirurgicale. Pour entrer à l'hôpital sa famille a eu beaucoup de difficultés pour parler avec quelqu'un. Elle est restée sur un lit à côté du mur plus de 5 heures en espérant qu'un docteur s'informe de son cas.

Mauvaise hygiène des salles. Monsieur x est un employé dans une usine de textile. Il est âgé de 45 ans. Il a subi une opération pour appendicite (opération très facile). Il devait rester 2 jours seulement mais, il est resté plus de 15 jours à l'hôpital parce qu'il a eu une autre maladie, en raison de la mauvaise hygiène des salles.

Lits pas confortables. Madame y, une femme de 50 ans, a subi une opération chirurgicale du dos. Une opération très complexe. Elle a affirmé que les lits ne sont pas confortables et qu'il est très difficile d'y dormir. Alors elle laisse son lit et dort par terre la plupart du temps.

Repas de mauvaise qualité. Les repas offerts au malade sont de mauvaise qualité ; c'est pour cela que leur famille leur apporte des repas bien cuits et plus propres de leur maison, ce qui devrait être interdit.

CONCLUSION SECTION 3

Compte tenu de cette présentation de notre terrain de master dans trois hôpitaux publics égyptiens, nous pouvons confirmer que la démarche qualité n'est pas en cours dans les hôpitaux publics égyptiens. Les causes de cet échec s'expliquent notamment par l'insuffisance et l'absence d'un système de coordination interne dans l'hôpital et externe avec le ministère de la santé, à l'absence de moyens mis en place par le gouvernement, mais peut-être aussi à une volonté de l'ensemble des acteurs de se conformer, pour ce qui concerne les démarches qualité, à une logique de conformité d'apparence.

Les dysfonctionnements que nous avons identifiés se résument comme suit :

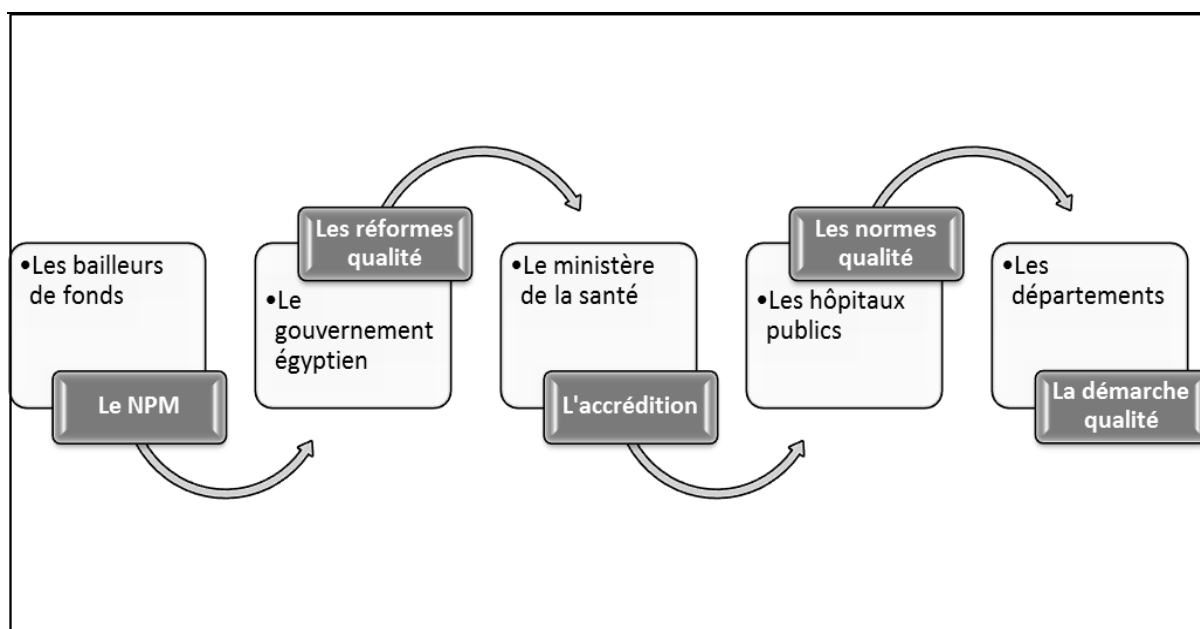
- mauvaise répartition des ressources, des équipements et des personnels sanitaires,
- formation du personnel sanitaire et hospitalier inadaptée aux conditions réelles de l'hôpital,
- infrastructure insuffisante, très mal organisée, mal exploitée et mal gérée,
- absence de cadres sanitaires et hospitaliers administratifs suffisamment qualifiés en gestion, absences d'initiations financières,
- matériel inadapté,
- non-respect des procédures administratives de la part du corps médical.

Malgré toutes ces défaillances structurelles et organisationnelles le ministère de la santé exige une démarche qualité au sein des hôpitaux égyptiens. Le problème est que cette réforme qualité ne vise pas à s'attaquer aux causes premières de la non-qualité qui ont été présentées ici. L'échec de ces réformes qualité est une conséquence logique. Toutefois durant la recherche effectuée en 2007 des rares cas de succès nous sont apparus, et étaient une surprise pour nous, ce qui nous a donné l'occasion de constater que malgré toutes ces défaillances et ces problèmes observés, il y avait des cas de succès. Reste à les analyser pour les expliquer.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Après avoir identifié les différents acteurs dans le système de santé égyptien et les différents type de pressions, tentons de les représenter à l'aide de la Figure 5 pour visualiser la position des acteurs, les types des pressions ainsi que leurs influence et impact les uns sur les autres. Cette chaîne commence par la pression la plus structurante, celle des bailleurs de fonds sur tous les autres acteurs. Puis vient le gouvernement égyptien. Cette chaine se termine par les différents départements dans les hôpitaux. La Figure 5 sera utilisée comme aide dans l'interprétation des résultats issus de notre étude des cas de succès.

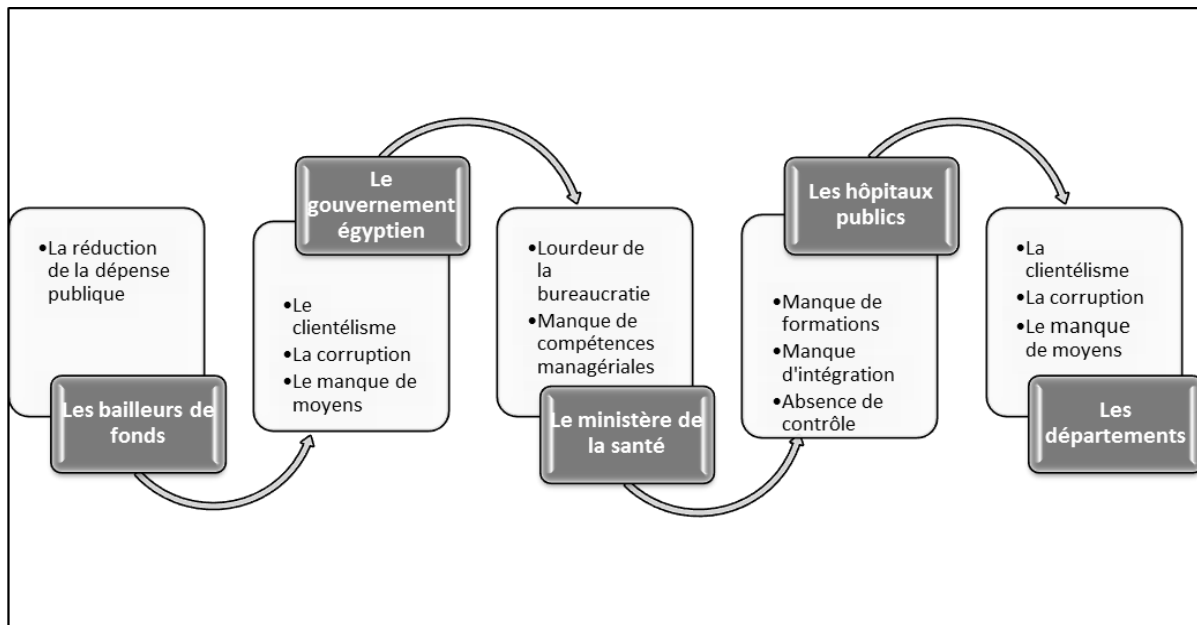
FIGURE 5 LES DIFFERENTS ACTEURS ET LES TYPES DE PRESSIONS INSTITUTIONNELLES



La Figure 5 présente ainsi la chaîne des pressions. Dans les rectangles en blanc le nom des acteurs, et dans les petites carrés les outils, les procédures ou les concepts que les acteurs ont mobilisés pour exercer une pression en invitant les autres à les adopter. A la fois le gouvernement égyptien, puis le ministère de la santé, puis les hôpitaux publics égyptiens, puis les départements doivent adopter des solutions qui ont chacun à leur niveau une reconnaissance internationale. A chaque étape il existe des documents (textes de lois, manuels, résultats d'audit) qui peuvent être montrés à l'extérieur pour justifier que chaque acteur a répondu à la demande qui lui était faite. Dans les faits, et malgré l'existence de documents, on constate que la mise en œuvre de solutions proposées est un échec en termes

d'amélioration concrètes de la qualité. La Figure 6 nous montre pourquoi nous considérons ces demandes comme des pressions inabouties, et pas une réforme de fonds. La première pression exercée par les bailleurs de fonds pour mettre en place le NPM vient se heurter au fonctionnement d'un Etat qui rencontre des problèmes liés au clientélisme, à la corruption et au manque de moyens. Au deuxième niveau institutionnel le ministère de la santé, malgré la lourdeur de la bureaucratie, le manque de compétence managériale, est sommé de mettre en place une réforme. De son côté il exige des hôpitaux qu'ils soient accrédités malgré les problèmes d'infrastructures, les problèmes liés aux managements des personnels, des équipements et des patients.

FIGURE 6 LES OBSTACLES SUR LESQUELLES SE HEURTENT LES PRESSIONS INSTITUTIONNELS



Pourtant, rappelons que dans la conclusion de la section 3 de ce chapitre, nous avons souligné l'existence de rares cas de succès. Ceci était un étonnement que de tels succès puissent exister dans un contexte pareil. Les premiers éléments à notre disposition indiquaient qu'ils étaient les résultats d'initiatives individuelles. Ces cas de succès n'ont pas été explorés et méritent d'être étudiés. Comment des acteurs peuvent-ils réussir, dans un contexte aussi lourd, à implanter une démarche qualité. Quel sont les repères théoriques qui permettent à la fois de tenir compte d'un environnement institutionnel très pesant et des marges de liberté des acteurs. Cette question est abordée dans le chapitre 2.

CHAPITRE 2
LES REPERES THEORIQUES ET CONCEPTUELS

CHAPITRE 2 LES REPÈRES THÉORIQUES ET CONCEPTUELS

INTRODUCTION

Dans le premier chapitre de notre thèse, nous avons montré en quoi la mise en place de réformes de santé par le gouvernement égyptien est une réponse aux demandes des bailleurs de fonds et une adaptation de l'Etat égyptien à un environnement institutionnel international où le développement de nouvelles méthodes de gestion publique est interprété comme un signe de bonne gouvernance. Dans la suite de ce premier chapitre nous insistons sur le fait qu'au-delà des textes juridiques produits par l'Etat égyptien, que ce dernier met en avant pour montrer sa bonne volonté, les deux réformes de santé ont globalement été un échec. Ceci illustre ainsi un décalage entre les discours officiels et les pratiques réelles. Nous montrons aussi comment, dans ce contexte d'échec généralisé des cas de succès émergent, expliqués principalement par l'initiative d'acteurs. Quel est le cadre théorique qui nous permettait d'avoir les repères les plus pertinents pour analyser ces cas. Dans les travaux sur le management hospitalier, les travaux de Mintzberg sont souvent utilisés selon Nobre, (1999 :76) « Mintzberg nous montre que les caractéristiques de l'hôpital en ce qui concerne :

- le mécanisme de coordination principal (la standardisation des qualifications)
- la partie clé de l'organisation (le centre opérationnel),
- la complexité des tâches,
- le processus de formation et de socialisation,

permettent au corps médical de s'attribuer une place prépondérante dans le système de pouvoir au sein de l'hôpital au détriment de la direction ». Ces travaux sont utiles pour comprendre et décrire les formes d'organisation qui existent, émergent, se mettent en place et quels sont les facteurs qui les expliquent. Ce n'est pas l'objet de notre travail.

Dans des études sur le NPM, nous voyons également apparaître des études qui mobilisent les concepts de convergence et de divergence pour expliquer comment s'adaptent et se répandent les discours et les applications du NPM. Ce n'est pas l'objet de notre travail. Face à l'observation du découplage entre discours et pratiques, une autre piste avait pu être mobilisée, le concept d'hypocrisie organisationnelle le (Brunsson, 1985, 1989, 2002), ce concept est utile pour comprendre comment des organisations peuvent tenir différents

discours, à différentes parties prenantes, tout en ayant des pratiques déconnectées de ces discours. Ceci n'est non plus l'objet de notre travail de recherche.

En effet, nous nous intéressons à l'existence de rares cas de succès. Cela a constitué pour nous une surprise, que des succès puissent exister dans un contexte pareil. Les premiers éléments à notre disposition indiquaient qu'ils étaient les résultats d'initiatives individuelles. Ces cas de succès n'ont pas été explorés et méritent d'être étudiés.

Comment des acteurs peuvent-ils réussir, dans un contexte aussi lourd, à implanter une démarche qualité ? Quel sont les repères théoriques qui permettent à la fois de tenir compte d'un environnement institutionnel très pesant et des marges de liberté des acteurs ? Cette question est abordée dans le chapitre 2

C'est parce que notre terrain de recherche combine l'étude d'un environnement institutionnel très présent, et celle de cas de succès individuels, que la théorie Néo-institutionnelle (TNI), grâce à ses récents développements, nous a paru intéressante et pertinente. Conjointement à la TNI il nous a également paru intéressant de mobiliser un cadre théorique compatible avec la TNI, qui est celui de la théorie de la structuration (TS) puisque selon Husser (2010 :39), « la théorie de la structuration permet en fait de combiner de nombreux courants de recherche en sciences humaines et de les organiser en fonction de leur capacité à renseigner la structuration de l'individu, des interactions entre acteurs et de l'organisation ». Cela nous mène donc à une étude plus approfondie de la théorie de la structuration dans la mesure où elle offre les premières clefs pour étudier les différentes actions des différents types d'acteurs dans un environnement institutionnel tels que l'hôpital public égyptien.

Dans la première section de ce chapitre, nous présenterons la théorie néo-institutionnelle et ses évolutions. La deuxième section présentera la théorie de la structuration et ses différents concepts utilisés lors de notre recherche. La troisième section étudiera les relations entre les deux cadres théoriques mobilisées. En conclusion nous présenterons les questions auxquelles notre terrain doit essayer de répondre.

SECTION 1 LA THEORIE NEO-INSTITUTIONNELLE

INTRODUCTION

La théorie néo-institutionnelle (TNI) est abordée dans les écrits de Meyer et Rowan (1977), DiMaggio & Powell, (1983) et Scott et *al*, (2008) qui affirment que les organisations s'adaptent aux attentes de l'environnement institutionnel. La TNI permet de dépasser la vision de l'organisation purement économique. Par opposition à la théorie économique néoclassique, elle est un endroit qui comprend des règles et des normes. Cette théorie s'efforce d'expliquer le phénomène de l'homogénéité dans les organisations et aussi l'influence de l'environnement institutionnel sur les organisations. Désormais, les dernières évolutions de la TNI mettent aussi en évidence le rôle que les individus jouent dans le changement institutionnel. Ces évolutions se sont appuyées sur les notions d'entrepreneur institutionnel et de travail institutionnel. Nous aborderons en premier lieu la notion de l'institution, en deuxième lieu la notion de l'acteur institutionnel et en troisième lieu le travail institutionnel.

1.1 L'INSTITUTION

En fonction des auteurs, cette notion peut correspondre à deux visions : soit à une organisation ayant des propriétés particulières, soit à des acteurs qui ont une même pratique ou un ensemble de pratiques semblables. La première vision est notamment portée par Pesqueux (2010 :21), selon qui «l'institution se caractérise par la place accordée à la souveraineté (c'est à dire son évidence indiscutable) qui, justement fait de l'objet visé une institution. Il s'agit en particulier de la mission qui lui est propre et de la manière de la réaliser dans une perspective où les caractéristiques économiques restent au deuxième plan, par exemple comme pour l'hôpital. Il y a de l'obstination dans l'institution. C'est en cela que l'institution est considérée comme créant de la certitude ». Dans la deuxième vision, la notion d'institution est distincte de celle d'organisation et doit se comprendre comme une pratique ou un ensemble de pratiques. Par exemple, pour Rojot (2000 :55), « les institutions sont les pratiques organisées récursivement qui ont la plus grande extension spatio-temporelle dans ces totalités sociétales. Elles sont les traits les plus persistants de la vie sociale ; les propriétés structurelles des systèmes sociaux qui leur donnent solidité dans le temps et dans l'espace ».

Boitier et Rivière, (2008 :5) ont pu identifier plusieurs dimensions de l'institution : « la dimension de reproduction sociale (Burns & Scapens, 2000), la dimension de stabilité (Scott, 2001) ou la dimension discursive (Hasselbladh & Kallinikos, 2000 ; Phillips & al, 2004) ». Malgré leurs différences, ces définitions reviennent toutes à l'idée que l'institution est une pratique ou un ensemble de pratiques. Elles sont synthétisées selon Boitier et Rivière, (2008 :5) dans le Tableau 8. Dorénavant, et pour la suite de notre travail, c'est cette deuxième vision de l'institution, distincte de celle d'organisation, que nous retiendrons pour notre recherche.

TABLEAU 8 DÉFINITIONS DE L'INSTITUTION

Articles	Définition des institutions
Barley & Tolbert (1997)	Ensemble de règles et typifications qui identifient des catégories d'acteurs sociaux et leurs activités ou relations appropriées.
Burns & Scapens (2000)	Une façon de penser ou d'agir qui a une prévalence et une permanence, qui s'inscrit dans les habitudes d'un groupe ou de personnes. induisent une cohérence sociale autour de l'activité humaine, à travers la production et la reproduction d'habitudes de penser et d'agir.
Hasselbladh & Kallinikos (2000)	Les institutions sont conçues comme consistant en idéaux basiques qui sont développés à travers des manières distinctes de définir et d'agir sur la réalité (i.e. des discours au sens de Foucault), soutenus par des systèmes élaborés de mesure et de documentation pour contrôler les résultats des actions.
Phillips & al. (2004)	Les institutions sont des constructions sociales issues de l'activité discursive qui influencent les actions. Le discours construit ses propres conventions, donnant du sens à la réalité à travers sa façon propre d'autoriser ou d'interdire certaines façons de penser ou d'agir.
Dillard & al. (2004)	Un ordre établi qui comprend des pratiques sociales standardisées et limitées par des règles
Lecca (2006)	Les institutions sont définies comme des structures et des usages qui donnent du sens et de la stabilité au comportement social des agents (Scott, 2001). Elles sont fondamentalement cognitives et culturelles, à la fois habilitantes et contraignantes.

1.2 LES ENTREPRENEURS INSTITUTIONNELS

Dans ses premières versions et selon Martin *et al.* (2007), « les auteurs du courant néo institutionnel stipulent que l'environnement institutionnel est le principal facteur explicatif du comportement des organisations ». Cette théorie ne donnait que peu de poids aux acteurs. « De manière très générale, le néo-institutionnalisme conçoit les organisations comme compréhensibles seulement s'il est tenu compte du fait qu'elles sont, d'une part connectées entre elles, et d'autre part construites par leur environnement. Cet environnement exerce ainsi des pressions qui influencent leurs structures et auxquelles elles cherchent à s'adapter » (Meyer et Scott, 1983) cité par Rojot (2003 :403), tout en négligeant l'idée de la relation entre les institutions et l'activité des individus dans celles-ci.

Mais durant les années 1980, la notion d'entrepreneur institutionnel est apparue et DiMaggio (1988), a défendu la thèse que les institutions ne limitent pas les actions des individus ; au contraire, ces institutions sont d'abord et avant tout le produit de l'action de ces individus ; Il a défendu le rôle des acteurs qui mobilisent toutes les ressources pour créer de nouvelles institutions ou transformer celles qui existent. Selon lui (1988 :14), cité par Acquier (2007 : 207), « des nouvelles institutions apparaissent [ou se transforment] lorsque des acteurs organisés, détenant des ressources suffisantes (*les entrepreneurs institutionnels*) y voient une opportunité de concrétiser des intérêts auxquels ils accordent de l'importance »

Slimane *et al.* (2010 :57) ont identifié deux types d'entrepreneurs institutionnels. Le premier, celui qui joue le rôle héroïque, selon eux : « agit contre le système, bousculant ses repères et ses normes et destituant ses acteurs dominants ». Selon Garud, *et al.* 2007. Holm, 1995 cités par Slimane *et al.* (2010 :57), « L'entrepreneur institutionnel est pris dans un jeu à caractère paradoxal puisqu'il essaie de changer les mêmes institutions qui contraignent ses actions et dans lesquelles il est encasté ». Ces entrepreneurs institutionnels doivent avoir des caractères exceptionnels, ayant la capacité de convaincre leur entourage afin de les rejoindre. Mais cette approche a été mise en cause à plusieurs reprises, puisqu'elle se focalise sur un seul acteur étant considéré comme le « Héros », qui exclut les autres acteurs dans n'importe quel changement institutionnel.

L'autre type d'approche du changement institutionnel présente un caractère collectif. L'entrepreneur institutionnel n'est pas un acteur, mais un groupe d'acteurs. Selon Greenwood et Suddaby, (2006 :42), il existe trois types d'acteurs institutionnels :

- périphériques, qui ne sont pas rattachés aux institutions et exercent une pression extérieure ;
- élites, qui sont en position de pouvoir, à l'intérieur de l'institution et exercent une pression interne pour préserver leurs intérêts ;
- centraux, qui sont en position de pouvoir, disposent des ressources nécessaires, mais subissent les évolutions institutionnelles, sans pouvoir s'y adapter.

Les changements institutionnels sont un processus complexe et demandent l'implication de plusieurs acteurs. Selon Slimane *et al.* (2010 :59), « les processus institutionnels sont des processus ouverts, collectifs, et donc incertains, il n'est pas certain de pouvoir prédire que le résultat correspondra à l'intention initiale du, ou des, entrepreneurs institutionnels qui initient le processus ». Plutôt que d'utiliser le terme d'entrepreneur institutionnel et de mettre l'accent sur des acteurs en particulier, ces auteurs utilisent le terme de travail institutionnel, qui reflète ce caractère collectif ouvert.

1.3 LE TRAVAIL INSTITUTIONNEL

Ainsi, si les premières évolutions de la TNI se sont focalisées sur le rôle de l'acteur qui provoque les changements (l'entrepreneur institutionnel, DiMaggio, 1988), d'autres approches ont développé le concept de travail institutionnel pour une vision plus large de la relation entre acteurs et institutions (Lawrence et Suddaby, 2006; Oliver, 1991).

Lawrence et Suddaby, (2006 :215), cités par Slimane *et al.* (2010 :54), définissent comme suit cette notion : « le travail institutionnel c'est « l'action intentionnelle des acteurs ou des organisations visant à créer, maintenir ou déstabiliser les institutions »],[« ouvrant ainsi de nouvelles perspectives pour notre compréhension des relations entre acteurs et institutions, ainsi que des processus institutionnels ».

Cette approche défendue par (Lawrence et Suddaby, 2006), permettra de prendre en compte les activités des acteurs vis-à-vis des institutions. Ils s'intéressent aux activités des acteurs qui créent, et mettent en place de nouvelles règles puisque le courant des entrepreneurs institutionnels s'intéresse seulement aux groupes d'acteurs qui modifient des activités. Selon

Slimane *et al.* (2010 :59), « la notion de travail institutionnel permet de s’émanciper de la figure de l’entrepreneur institutionnel héros et de rendre compte de la multiplicité des acteurs engagés dans les processus institutionnels. Le travail institutionnel nécessaire n’est pas mené par un seul mais par de multiples acteurs, dans un effort collaboratif, soit tous à égalité, soit certains soutenant l’initiative d’autres».

CONCLUSION SECTION 1

Après cette présentation de la TNI et de ses évolutions nous pouvons confirmer son intérêt pour notre étude empirique, de telle sorte que nous utilisons ces trois notions de la TNI, selon laquelle les organisations subissent et s’adaptent aux pressions de l’environnement institutionnel (isomorphisme, légitimité), mais aussi selon laquelle les acteurs peuvent changer les institutions (notion d’entrepreneur institutionnel), collectivement, pour faire évoluer leur environnement institutionnel (notion de travail institutionnel).

SECTION 2 LA THEORIE DE LA STRUCTURATION

INTRODUCTION

Comme mentionné précédemment, les évolutions récentes de la TNI permettent d’étudier le rôle des acteurs ou des groupes d’acteurs (entrepreneurs institutionnels) et les processus par lesquels les organisations peuvent influencer leur environnement institutionnel (travail institutionnel) qui nous propose une vision plus large sur l’action stratégique qui touche les institutions. Mais ce cadre théorique rencontre des limites lorsqu’il s’agit d’étudier les interactions entre acteurs au sein des organisations et de faire un lien entre le niveau micro (les interactions entre les acteurs) et le niveau macro (l’environnement institutionnel). Dans la théorie de la structuration (TS) les organisations sont désignées par le concept de systèmes d’acteurs. Nous y reviendrons ultérieurement. Il nous semble donc que les travaux de Giddens sur la théorie de la structuration (1979, 1987, 1991) peuvent être mobilisés en complément de la TNI.

1.1 PRESENTATION GENERALE DE LA TS

La TS peut se concevoir non pas dans une relation de la structure sur l'action ou inversement, mais dans une dynamique qui relie ces deux dimensions. C'est une théorie qui s'intéresse au social et aux apports sociaux, autrement dit aux interactions sociales. Pour Husser (2010 :40), « les travaux de Giddens (1979, 1987, 1991) complétés, entre autres, par ceux de Weick (1995a, 1999), de Boudon (1984, 1993), de Garfinkel (1967), de Schütz (1987), de Goffman (1974a, 1974b) et de March (1991) permettent de définir trois axes de structuration intéressant pour les managers : « l'organisation des systèmes sociaux par routinisation et institutionnalisation » évoque les valeurs que les acteurs utilisent dans les interactions de leur vie quotidienne pour se construire une réalité ; « les dimensions structurelles comme conditions et résultats de l'action » déterminent les dimensions structurelles et leur rôle de régionalisation du temps et de l'espace qui opère une médiation du structurel et du contextuel par contraintes et contingences ; « la reproduction des systèmes sociaux dans les interactions de l'action » montre comment l'action se développe dans les interactions »

Chacune de ces trois dimensions fait appel à des concepts que nous commencerons par présenter séparément avant de les mettre en relation les uns avec les autres. Commençons par une présentation des notions d'acteur, d'action, d'activité sociale et de systèmes d'acteurs. Les acteurs sont déterminés non pas en fonction de ce qu'ils sont, mais de ce qu'ils font et de la manière dont ils parlent de leurs actions. Ainsi selon Rojot (2000 :48) « les acteurs ne déterminent pas leur comportements, ces comportements sont les raisons de faire ce qu'ils font et ils sont capables d'exprimer ces raisons d'une manière discursive. L'action dans la TS est contextuelle et s'accomplit ». On ne s'intéresse donc pas à ce que sont les acteurs, mais à ce qu'ils font en interaction les uns avec les autres. Ceci ne signifie pas que les acteurs ne sont pas intéressants ou pertinents, mais ce n'est pas l'objectif de qui est observé dans la TS. Les actions ne sont pas des actes et ce ne sont donc pas ces actes qui doivent être étudiés en tant que tel. Par exemple l'écriture de procédures qualité est un acte, l'organisation d'une réunion pour expliquer ces procédures qualité est un autre acte. Ces actes obligent les acteurs à interagir pour se relier entre eux à un moment donné (le temps), à un endroit donné (l'espace), ce qui inclut l'interaction. Cet ensemble (l'acte, ou les actes, les interactions à différents endroits et à différents moments) constitue un flot d'expériences que la TS désigne

sous le nom d'action. Ainsi selon Giddens (1984, cité par Rojot, 2000 :49), « l'action n'est pas une combinaison d'actes, mais un flot continu d'expériences vécues ». L'action a été définie de plusieurs façon selon les chercheurs : « elle est toujours située dans l'espace-temps qui inclut le cadre de l'interaction, les acteurs présents et leurs communications entre eux », « elle est le fait d'individus agissant physiquement, de par leur corps, dans le processus qui se déroule autour d'eux » ; « faire et ce faisant faire » ; « l'action enfin est conçue comme encadrée et satisfaite. » (Rojot, 2000 :49).

Dans le cadre de la théorie de la structuration, les organisations sont analysées comme étant le résultat des interactions entre acteurs. Lorsque ces interactions durent dans le temps, qu'elles concernent des acteurs qui ont quelque chose en commun, lorsque ces interactions obéissent à des règles que les acteurs mobilisent, alors on voit se structurer des organisations, désignées dans la TS comme étant des systèmes d'acteurs. Cette notion de système d'acteurs inclut des niveaux très divers puisqu'elle englobe des organisations comme une communauté de fans sur internet, un club de quartier, mais aussi des organisations plus structurées comme les entreprises, les administrations publiques, etc.

1.2 LA STRUCTURE

Pour comprendre comment les acteurs, les systèmes d'acteurs et l'activité sociale sont reliés, en d'autres mots pour comprendre ce que font les acteurs, il faut faire appel à la notion de structure.

La structure en tant que telle n'est pas un objet ou un élément matériel, elle existe dans la tête des acteurs, sous forme de routines, de règles et de représentations qui ont du sens. Ce n'est que par souci didactique qu'elle est représentée séparément des acteurs dans tous les schémas qui servent à décrire cette théorie. La structure est le résultat de l'action passée des acteurs. Elle se renforce et se reproduit quand les acteurs, dans l'action, utilisent les routines, les règles et les représentations qu'elle comporte. Elle se modifie lorsque des acteurs, volontairement ou involontairement, agissent dans un sens différent de celui de la structure.

1.3 LA STRUCTURE ET SON INFLUENCE SUR LES ACTEURS

Ayant défini la TS et comment cette théorie nous permet d'étudier le niveau micro (les acteurs), examinons plus en détail la composition de la structure et comment elle exerce une influence sur les acteurs à travers :

- Les routines → actions de légitimation
- Les règles → actions d'affectations de ressources et de sanctions
- Les représentations → actions de signification, qui donnent du sens

Nous avons résumé ces éléments ci-dessous dans le Tableau 9

TABLEAU 9 DEFINITIONS DE LA COMPOSITION DE LA STRUCTURE

Notions	Définition
Légitimation	L'existence des structures dépend des normes, règles, codes moraux et convictions. Elles permettent aux acteurs de se situer, soit en les habilitant dans le respect de l'ordre établi, soit en les obligeant par les sanctions. La légitimation « s'intéresse aux normes, aux routines et au respect des codes et des valeurs à travers la conscience pratique et la conscience discursive » (Husser, 2010 :39)
Domination	Les acteurs exercent leurs pouvoirs à travers l'allocation des ressources. La domination correspond à «la mobilisation des ressources d'allocation et au contrôle réflexif des objets, des individus et de leurs interactions » (Husser, 2010 :39)
Signification	Repose sur des règles qui donnent aux acteurs la possibilité de construire un sens. La légitimation « prend forme à travers les schémas d'interprétation des acteurs, schémas qui guident leurs actes et ce qu'ils attendent des autres acteurs » Husser (2010:39)

CONCLUSION SECTION 2

Pour passer d'un niveau macro à l'aide de la théorie néo-institutionnelle à un autre niveau micro, nous mobilisons la théorie de la structuration qui nous aide à étudier les acteurs et leurs actions au sein de l'organisation étudiée. Selon Rojot (2000 :56), si la théorie de structuration est pertinente pour les sciences de gestion : « c'est parce qu'elle abolit la différence entre macro-social et micro-social qu'elle est particulièrement utilisable en sciences de gestion. » Mais son utilisation s'avère délicate du fait de sa complexité, de même Rojot l'a justifié en soulignant Whittington qui a affirmé que cette théorie « comporte des risques importants d'erreurs. Pour être pertinente, elle ne doit pas perdre de vue cette contrainte de cohérence interne ». De plus Romealer (2000 cité par Husser 2010 :39) a affirmé qu'elle est « fondamentalement » incomplète car elle ne tient pas compte des

contextes de rencontres ni des interdépendances entre ces contextes ». D'ailleurs ce même auteur, recommande de ne pas l'utiliser seule, mais en combinaison avec d'autres cadres théoriques. Selon lui, « la théorie de la structuration permet en fait de combiner de nombreux courants de recherche en sciences humaines et de les organiser en fonction de leur capacité à renseigner la structuration de l'individu, des interactions entre acteurs et organisation ». C'est ce que nous nous proposons de faire en combinant la TS avec la TNI. La prochaine section expliquera ce que ces deux cadres théoriques ont de commun et que ce chacun peut apporter à notre analyse.

SECTION 3 LA THEORIE DE LA STRUCTURATION ET SA RELATION AVEC LA THEORIE NEO-INSTITUTIONNELLE

INTRODUCTION

Dans cette section nous allons préciser en quoi la TNI et la TS permettent d'apporter des regards complémentaires mais compatibles entre eux. Les premiers travaux sur la TNI mettent l'accent sur l'environnement institutionnel comme un ensemble de règles, de codes, de représentations que les organisations sont poussées à adopter pour réussir ou/et paraître légitimes. Tout en tenant compte du fait que « la légitimité est un concept qui comporte plusieurs facettes, et même si les catégorisations proposées dans la littérature en gestion sont nombreuses, elles découlent toutes, de près ou de loin, des types de pressions exercées par l'environnement institutionnel mis en évidence par DiMaggio et Powell (1983), cité par Buisson (2005 :154). Selon le même auteur, les catégories de légitimité normative, réglementaire et cognitive citées par Scott, (1995) sont les plus utilisées. Pour se légitimer, plusieurs stratégies sont possibles telles que :

Comportement d'évitement (adoption d'une apparence) : donner l'image de conformité aux valeurs en cachant les non-conformités (en les omettant) : « La légitimité est acquise en se conformant aux normes, aux croyances et aux règles de leur système d'appartenance » (Deephhouse, 1996 ; DiMaggio et Powell, 1983 ; Meyer et Rowan, 1991 ; Scott, 1995) mais en respectant seulement les apparences.

Comportement de manipulation (action sur l'environnement) : influencer les pressions institutionnelles et les valeurs dominantes (exemple le lobbying ou l'achat d'espaces

publicitaires en quantité importante dans les journaux – pour tenter d’influencer indirectement le contenu rédactionnel)

Comportement de conformité (isomorphisme) : se conformer aux attentes de la société et chercher à anticiper les évolutions de la réglementation et des valeurs.

3.1 COMMENT LES ORGANISATIONS SE CONFORMENT-ELLES?

Les organisations peuvent être « forcées » à se conformer sous peine de subir des sanctions ou de ne plus avoir accès à certaines ressources. On parle alors d’isomorphisme coercitif, qui se caractérise par des pressions exercées par les Etats afin d’imposer certains comportements notamment pour favoriser et mettre en place des comportements communs. Comme l’a défini Buisson (2005 :151), la « nature coercitive (lois et réglementations qui régulent le pays dans lequel évolue l’organisation et qui traduisent les valeurs qui y prédominent) ». Elles peuvent aussi être plus « proactives » et choisir d’imiter les actions de leurs concurrents afin de leur ressembler et de « capter » ainsi une partie de leur réussite. On parle alors d’isomorphisme mimétique identifié par DiMaggio et Powell (1983), cité par Pesqueux (2010 :18), « le processus mimétique se caractérise par l’adoption de modèles d’organisation identiques au regard de l’expérience et de la croyance du bien-fondé de leur forme ». De même selon Buisson (2005 :151), la mimétique ce sont les « pressions concurrentielles qui amènent les entreprises à copier les modes de fonctionnement de leurs adversaires les plus rentables. Ainsi, pour se conformer aux normes, règles et valeurs de leur environnement, et rester comparables aux autres entreprises du marché, les organisations vont-elles devenir isomorphes entre elles et avec cet environnement. »

Concernant la dernière catégorie, normative, elle consiste à mettre en place des normes qui devraient aider les acteurs dans leur prise de décisions. Selon Buisson (2005 :151), « les normes professionnelles, mais aussi les normes plus implicites liées à la détermination de ce qu’est un comportement approprié, constituent un cadre cognitif contraignant ». On parle alors d’isomorphisme normatif. Ce dernier se distingue de l’isomorphisme coercitif par le fait que les normes, si elles ont un caractère contraignant, ne sont pas obligatoires comme peuvent l’être les textes juridiques.

3.2 LA COMPLEMENTARITE TNI/TS

Ce regard macroscopique est celui que nous avons déjà utilisé dans le chapitre 1, sans toutefois mobiliser le vocabulaire de la théorie, pour comprendre comment les bailleurs de fonds influencent le comportement des autorités égyptiennes, et comment ces dernières répondent à une demande de bonne gouvernance. La TNI explique comment les organisations vont répondre aux demandes de l'environnement institutionnel non pas seulement pour améliorer leur performance à court terme, mais aussi pour continuer sur le moyen et le long terme à rester acceptées par les autres organisations qui font partie de cet environnement institutionnel. Cette acceptation rend l'organisation légitime. Cette légitimité est le résultat des différents types de comportement que nous avons identifiés.

Par ailleurs, pour compléter cette analyse macroscopique, nous descendrons au niveau organisationnel et individuel dans les hôpitaux. Les dernières évolutions de la TNI nous le permettent car elles recommandent d'étudier ceux des acteurs qui sont entrepreneurs institutionnels, et d'analyser les actions qu'ils conduisent dans l'intention de changer la structure de leur environnement organisationnel ou institutionnel.

Nous avons trouvé que les concepts de la théorie de la structuration sont utiles pour observer l'activité sociale (ce que font les acteurs). Nous allons montrer quelles correspondances existent entre les notions de légitimité et d'isomorphisme coercitif, mimétique et normatif dans la TNI et celles de signification, de domination, et de légitimité dans la TS. Dans les deux cas la légitimité est le résultat de la conformation en apparence ou sur le fond aux règles, normes et croyances.

Dans la TS la notion de signification désigne les règles qui donnent aux acteurs la possibilité de construire un sens dans l'espace, le temps, l'action et l'interaction entre eux. Elle explique le pourquoi de l'action. Dans la TNI, le fait qu'une organisation se comporte dans un sens compris par les acteurs de son environnement institutionnel correspond à l'isomorphisme normatif.

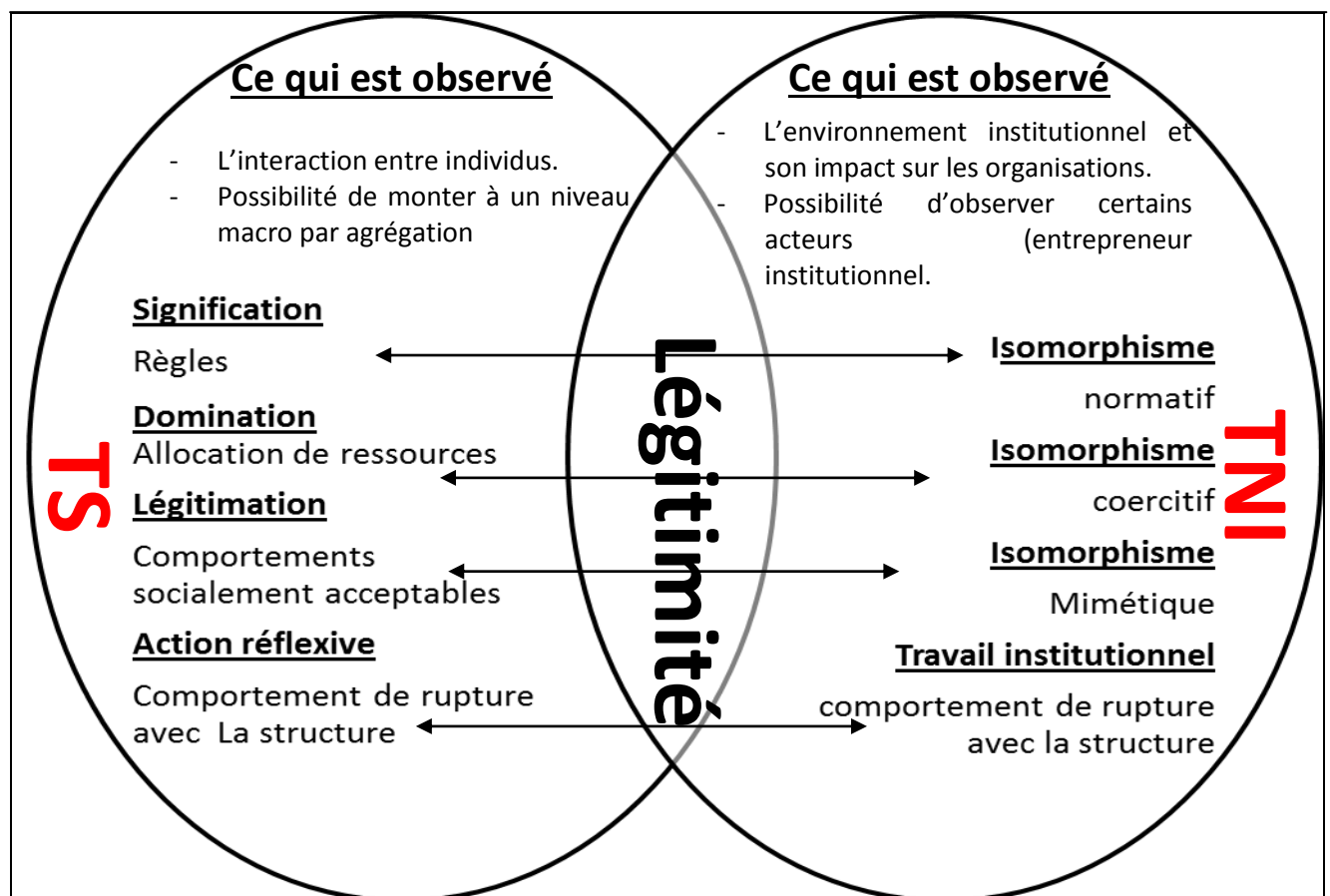
Dans la TS la notion de domination désigne les ressources que les acteurs utilisent afin d'exercer leurs pouvoirs (sanctions, attribution de ressources financières, etc.), dans la TNI le fait de s'adapter à cette domination correspond à l'isomorphisme coercitif. Dans la TS la

notion de routine désigne toutes actions qui sont faites par automatisme, en référence à des catégories de comportement préexistant qui ont démontré leur succès. Il s'agit en quelque sorte d'imiter ces comportements préexistants, c'est en ce sens que dans la TNI ceci correspond plutôt à l'isomorphisme mimétique.

Dans la TS, l'action est dite réflexive. Cela signifie que les acteurs ont la possibilité d'adopter des comportements nouveaux, en rupture avec l'existant, qui ont pour résultat de changer la structure. Dans la TNI ceci est identifié comme un comportement de manipulation de l'environnement ou, si on veut donner un sens plus positif à ce terme, à la notion de travail institutionnel et d'entrepreneuriat institutionnel. La seule correspondance que nous n'avons pas réussi à établir porte sur les comportements d'évitement, définis par la TNI et qui n'ont pas d'équivalent dans la TS.

Nous pouvons récapituler la liaison entre les deux notions en identifiant les complémentarités et les correspondances entre les notions de la TNI et de la TS comme le montre la Figure 7 comme suit.

FIGURE 7 LA LIAISON ENTRE LA TNI/TS



3.3 LA DIALECTIQUE ACTION/STRUCTURE

La TNI est utile à un niveau macroscopique. Elle part de l'environnement et étudie son influence sur les organisations. Elle possède un caractère directif car elle postule que l'on doit observer comment les organisations adaptent leur fonctionnement aux pressions de l'environnement institutionnel, et comment leurs modifications sont une réponse ou une adaptation aux pressions de cet environnement (Chapitre 1). Elle nous aide à expliquer le pourquoi de la mise en place de démarches qualité dans les hôpitaux publics égyptiens (chapitre 4). Des développements récents de la TNI permettent d'étudier la relation en sens inverse pour observer comment certaines organisations, ou acteurs, influent sur leur environnement (chapitre 5) pour que des cas de succès apparaissent malgré l'échec général des réformes qualité, prévisible rien qu'à travers l'analyse de manuel qualité et accréditation associés à deux tentatives de réforme (chapitre 4).

Pour faciliter cette lecture nouvelle, la TS est utile car elle part des interactions sociales, de la structure du système d'acteurs et elle permet par agrégation successives de remonter au niveau de l'organisation, puis de l'environnement institutionnel. Notamment elle nous intéresse pour notre recherche dans la mesure où elle nous propose un cadre d'analyse qui aide à mieux comprendre les individus dans les organisations, sans imposer d'autres explications a priori pour les actions qu'un cadre général expliquant les relations entre les acteurs.

Ceci est utile dans la mesure où les rares cas de succès que nous allons analyser reposent sur des individus et des actions individuelles. La TS met l'accent sur le poids des individus. Par ailleurs, nous avons pu montrer que la plupart des concepts principaux de la TNI (légitimité, isomorphisme) sont compatibles et en correspondance avec ceux de la TS (signification, domination et routination). D'ailleurs comme le souligne Slimane *et al.* (2010 :61), « Le travail de *création institutionnelle* correspond à la mise en place de nouvelles pratiques, de nouvelles routines et de nouveaux standards. Ce travail recouvre les opérations visant à la fois à assurer une légitimité à ces nouvelles pratiques vis-à-vis des parties prenantes les plus susceptibles de favoriser, ou d'empêcher, ainsi que les opérations visant à doter l'activité de règles de fonctionnement propres. Ceci passe tant par la constitution de normes coercitives ou

indicatives que par la constitution de réseaux d'acteurs susceptibles de soutenir leur diffusion ».

CONCLUSION SECTION 3

Cette section nous montre comment la théorie néo-institutionnelle (TNI) et ses derniers développements nous aident à expliquer le phénomène d'isomorphisme coercitif qui pousse les autorités égyptiennes à mettre en place des réformes qualité. En complément, avec la théorie de la structuration propose un cadre d'analyse pour comprendre l'interaction entre action et structures (*agency/structure*) et étudier ce qui se passe à l'intérieur des hôpitaux.

CONCLUSION CHAPITRE 2

Notre recherche porte sur la mise en place d'une démarche qualité imposée aux hôpitaux publics égyptiens dans le cadre d'une réforme. La réforme peut être vue comme une tentative inachevée de modifier l'environnement institutionnel afin de faire émerger la notion de qualité comme préoccupation pour tous les acteurs. Cette tentative est un échec, mais les rares cas de succès nous ont amenée à poser la question centrale de notre recherche « **Les actions des individus peuvent-elles, ou pas, échapper aux structures qui encadrent leur comportement ?** » en mobilisant la TS et la TNI comme repères théoriques principaux. A l'aide de ces deux cadres théoriques, nous allons articuler les niveaux macro (structure) et micro (action) pour étudier les rares cas de succès dans la mise en place d'une démarche qualité dans les hôpitaux publics égyptiens. Les apports de ces deux théories peuvent permettre de comprendre comment une démarche qualité peut, malgré tout, être mise en œuvre dans un contexte aussi difficile que le contexte public égyptien avec tous ses composants.

Ce chapitre nous a montré comment mobiliser les deux théories ; nous formulons notre questionnement de recherche selon l'analyse de l'interaction entre les actions et les structures pour comprendre les cas de succès comme suit :

- **Dans un contexte structurel qui entraîne l'échec de tentatives de réformes, comment expliquer de rares cas de succès ?**
- **Les individus qui sont vraisemblablement à l'origine de ces cas de succès sont-ils des entrepreneurs institutionnels, participent-ils à un travail institutionnel ?**

CHAPITRE 3

LE DESIGN DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 3 LE DESIGN DE LA RECHERCHE

INTRODUCTION

Dans notre deuxième chapitre, nous avons présenté notre question de recherche. Selon Thiétart, *et al.* (1999 :151), « identifier les informations nécessaires pour répondre à la problématique suppose que le chercheur connaisse la théorie ou des théories susceptibles d'expliquer le phénomène étudié ». Dans le chapitre 2, nous avons justement identifié deux cadres théoriques pertinents susceptibles de nous éclairer : la théorie Néo institutionnelle (TNI) et la théorie de la structuration (TS).

Après avoir posé le contexte très général de notre recherche (chapitre1) et après avoir identifié notre question de recherche et les théories mobilisées (chapitre 2), nous voici désormais en mesure d'aborder le terrain ou les terrains de recherche intéressants pour notre question de recherche.

A partir d'une immersion comme stagiaire au sein du service qualité, nouvellement créé, d'un hôpital public universitaire de la capitale de l'Égypte nous avons pu :

- avoir un accès sans restriction à tous les documents de ce service ainsi qu'aux manuels qualité et accréditation publiés dans le cadre des réformes de 1995 et 2007 ;
- assister à toutes les réunions organisées par la responsable du service qualité avec les chefs de département et l'ensemble du personnel hospitalier ;
- conduire des entretiens, sous forme de conversation libres, informelles, avec des employés de l'hôpital appartenant aux corps médical, paramédical et administratif.

Cette immersion a eu lieu de début janvier à fin avril 2010, au moment où cet hôpital commençait la mise en place de démarches qualité en vue d'obtenir son accréditation. Notre travail de recherche est double, il part tout d'abord sur l'environnement institutionnel. Les réformes qualité sont une tentative de réformer cet environnement pour faire émerger la qualité comme préoccupation pour tous les acteurs. Les manuels qualités sont une manifestation concrète de cet effort qui doit théoriquement permettre de créer un système de règles, d'allocations de ressources et de comportements acceptables qui incitent les acteurs à modifier leurs comportements.

L'analyse des manuels qualités, en tant que manifestations concrètes de cet effort nous permet d'émettre une opinion sur leur rôle : ont-ils favorisé, ou, non les cas de succès étudiés, grâce

à leur contenu, ou sont –ils au contraire un des éléments visibles de l'échec des réformes qualité dans les hôpitaux publics égyptiens ? En fonction de la réponse à cette question le poids accordé aux individus dans l'explication des cas de succès ne sera pas le même.

Ensuite, notre immersion nous a donné accès à des documents internes, des réunions, des entretiens, qui nous ont permis de contraster, à l'intérieur même de cet hôpital, des cas d'échec avec des cas de succès, afin d'expliquer ces derniers et d'en montrer à la fois la portée et les limites.

Tout au long de ce chapitre nous exposons à la fois nos modes de collecte de données et nos méthodes d'analyse, à partir de deux ouvrages de références (Wacheux, 1996 ; Thiétart *et al.* 1999).

SECTION 1 LA NATURE DES DONNEES COLLECTEES ET LES METHODES DE COLLECTE

INTRODUCTION

Notre recherche est une recherche de nature qualitative et interprétative. Notre présence dans un hôpital pendant quatre mois possède de multiples avantages. Le premier est d'accroître notre familiarité avec le contexte et les informations recueillies, puisque nous produisons une explication sur une réalité. D'autre part, cela nous aide à inventer les outils qui nous aident à interpréter les résultats. Le travail de collecte de données nécessite cette présence qui provoque les interactions avec les acteurs à travers les entretiens / les observations et donne accès aux traces des réalités à travers les documents / les archives. Mais une difficulté provient de la contradiction entre les sources qui se présentent, sous forme des documents, des entretiens et de la réalité observées. Cette difficulté a été défendue par Wacheux (1996 :92), par le fait que : « cette difficulté est une richesse. Le chercheur-qualitatif a la satisfaction d'élaborer une image fidèle et valide de la réalité observée, et de la proposer aux acteurs-participants, de comprendre les situations concrètes, et quelquefois de les résoudre »

Notre méthode vise à comprendre le phénomène des cas de réussite isolés et les acteurs qui ont aidé à faire réussir cette démarche qualité. Elle s'appuie sur des documents, des entretiens, des observations. Nous avons repris les quatre éléments principaux identifiés par Thiétart *et al.* (1999 :152), qui sont : « la nature des données collectées, le mode de collecte de données, la nature du terrain d'observation et de l'échantillon et les ressources de données ».

Dans cette sous-section, nous présentons comment nous recueillons nos données pour être pertinente avec notre questionnement et avec notre choix de la méthode utilisée.

1.1 LES DOCUMENTS ET LES ARCHIVES

Selon Wacheux (1996 :220), « l'analyse des documents et des archives est une opération de structuration d'informations éparses, pour aboutir à un résultat original utilisable pour le chercheur ». Pour notre recherche, l'objectif de l'analyse des documents est triple : comprendre les événements, chercher dans le passé ce qui peut nous aider à comprendre le présent et le comparer avec le présent ; d'autre part, valider les discours des acteurs collectés lors des entretiens et des réunions, comparer la réalité avec les discours, à la fin, pour trianguler les données (les entretiens / les observations/ les documents).

Tout au long de notre présence sur le terrain, nous avons divisé les documents en deux catégories, la première correspond aux documents externes exigés par le ministère de la santé tels que les lois, les règlements internes de l'hôpital, les rapports officiels, les suivis des administrations et les rapports du contrôle et audit externe. La deuxième catégorie correspond aux documents internes à l'hôpital, les comptes rendu des réunions, les rapports du contrôle et audit interne délivré par le département de la qualité, les notes de services (Check-list).

Cette analyse documentaire nous sert à établir une chronologie précise de la démarche qualité exigée au sein de l'hôpital, c'est un moyen puissant afin de construire des questions précises aux acteurs sur leur quotidien à l'hôpital. Selon Wacheux (1996 :222), « un document s'appréhende, non pas par rapport aux événements, mais dans sa relation à d'autres documents (Miquel, 1991) et dans la confrontation aux concepts explicatifs ».

1.2 LES ENTRETIENS

Le deuxième mode de collecte de données, ce sont les entretiens. Selon Wacheux, (1996 :202), ce mode est « un moyen privilégié d'accéder aux faits, aux représentations et aux interprétations sur des situations connues par les acteurs ». Selon lui, « en sciences de gestion, particulièrement, la plupart des recherches qualitatives s'alimentent aux « mots d'acteurs » pour comprendre les pratiques organisationnelles et les représentations des expériences », et, selon lui (1996 :209), « les entretiens représentent un instrument puissant, à

condition de s'y préparer, d'en maîtriser le déroulement et de déployer des techniques systématiques d'enregistrement, de codification et d'analyse ».

Les entretiens nous permettent de trouver ce qui correspond à notre problématique et à notre design de recherche. En termes de méthode, nous utilisons les entretiens semi-directifs centrés (directeurs et corps médical) et les entretiens non-directifs (corps paramédical et administratifs). Ces deux types d'entretien identifiés nous aident à recueillir les traces des comportements des acteurs, les interactions sociales entre eux et les perceptions de leurs discours et paroles.

En termes de données de recherche nous cherchons dans nos entretiens à motiver les gens, à avoir une perception claire des situations étudiées, et à établir une relation entre les événements observés et les documents qui sont à notre disposition. L'essentiel de ces entretiens portait sur les procédures, les formalisations écrites visant à l'amélioration de la qualité, mais aussi sur les relations au travail de manière générale, surtout avec le personnel paramédical et administratif car les entretiens non directifs, sous forme de conversation, sont adaptés pour recueillir ce type d'informations.

1.3 LES OBSERVATIONS

Une autre technique utilisée lors de notre recherche est l'observation. Notre observation était d'une part participante et directe, nous étions considérée comme un des acteurs dans le départements de la qualité, en participant au travail quotidien. L'objectif est de nous mettre au niveau de l'acteur, de comprendre leur vécu quotidien au sein de l'hôpital, de capter les interactions entre les acteurs et comment les événements surviennent dans le contexte de la mise en œuvre d'une démarche qualité. Cela nous aide à étudier les phénomènes des rares cas de succès au sein de l'hôpital. Selon Wacheux (1996 :211), « une observation participante permet de dépasser le symptôme des revendications, pour analyser la relation des individus à l'organisation, les stratégies des groupes et la perception de la situation à partir de plusieurs points de vue ». D'autre part, nous étions observateur passif dans les départements visités puisque nous avions l'autorisation d'être présente au sein de l'hôpital et les différents départements pour regarder la réalité quotidienne, assister aux différentes réunions, aux événements pour les enregistrer et les analyser, ce qui nous aidé à mieux comprendre l'environnement institutionnel.

Ces méthodes de collecte des données nous permettent de combiner trois niveaux d'observations :

- Une vision macro du système de santé égyptien où nous observons les interactions des organisations entre elles.
- Une vision organisationnelle où nous considérons l'organisation comme un système d'acteurs. Nous observons les relations entre les acteurs à l'intérieur de ce système.
- Une vision micro où nous partons des acteurs et cherchons à donner du sens à leurs actions, à repérer les structures qui les guident en remontant progressivement vers les niveaux organisationnel et macro.

SECTION 2 LES ETUDES DE CAS COMME MOYEN DE RESITUER LES DONNEES ET NOTRE ANALYSE

INTRODUCTION

Notre recherche est positionnée comme une étude de cas, sous forme de cas multiples enchâssés dans un cas unique. Notre choix est approprié du fait que notre question de recherche commence par « comment »: « comment les acteurs ont-ils réussi à mettre en place une vraie démarche qualité dans un contexte global d'échec ? » L'étude de cas nous aide à étudier et à suivre les processus ont été mis en place, ainsi que l'enchaînement des événements dans le temps, entre 1995 et 2007. Elle nous aide à comprendre la rareté des cas de réussite tout d'abord par l'analyse des processus (la prise de décision de la mise en place d'une vraie démarche qualité), puis par la mise en évidence des causalités récursives (comment les acteurs ont-ils formé leurs stratégies pour faire face aux différentes pressions ?) tout en prenant en considération les différents aspects qui sont liés à un contexte particulier (l'échec généralisé de la réforme qualité). Selon Wacheux (1996:89), «la méthode des cas se définit comme une analyse spatiale et temporelle d'un phénomène complexe par les conditions, les événements, les acteurs et les implications ». Selon lui, elle nous aide à enregistrer les pratiques des acteurs sur le terrain, et à donner une explication valide selon les deux cadres théoriques choisis la TNI et la TS, puisque notre étude s'intéresse à la connaissance de l'acteur et met l'accent sur la participation de ces acteurs au sein du groupe ou de l'organisation dans un contexte structurel souvent déterminé. De plus elle s'emploie

pour appréhender la réalité des structures organisationnelles, le style de management et les changements qui se déroulent.

Nos études de cas sont de trois sortes ; la première est une analyse de documents externes, qui met l'accent sur le manuel qualité, publiés dans le cadre des deux réformes, afin de déterminer leur rôle soit dans l'échec global; des réformes qualité, soit dans les rares cas de succès. Le deuxième est une étude détaillée du département de la qualité et la troisième est l'étude de cas de succès, contrastés avec des cas d'échec, au sein de l'hôpital où nous avons été en immersion.

2.1 LES ETUDES DE CAS DOCUMENTAIRES: LA PRESENTATION DES REFORMES QUALITE

Nous avons commencé cette étude de cas par une analyse documentaire détaillée des réformes qui ont été mises en œuvre au sein de l'hôpital. En outre nous avons confronté le manuel issu de la première réforme à un ouvrage de référence nord-américain traitant de la qualité dans les établissements de santé. Nous nous sommes efforcée ainsi de montrer que la démarche qualité imposée aux hôpitaux publics égyptiens a été mise en œuvre, sans adaptation à partir d'un modèle importé des États-Unis. Ce manuel représente "typiquement" l'état des connaissances au début des années 1990 sur le management hospitalier en Amérique du Nord. A partir d'une comparaison détaillée des contenus des deux manuels nous montrons que de très larges extraits de ce manuel de référence ont été copiés sans guère de réflexion dans le manuel égyptien de 1995.

Outre l'étude et la comparaison détaillée des contenus des manuels, nous pratiquons également la méthode des rapports d'étonnement. Cette méthode consiste à relever chacun de nos étonnements, car ils révèlent un écart entre ce à quoi nous nous attendions et ce que nous lisons. Nous essayons, suite à chaque étonnement d'aller plus loin dans l'analyse pour en expliquer les causes.

2.2 L'ETUDE DE CAS SUR LE DEPARTEMENT DE LA QUALITE

Après l'analyse des documents externes nous passons aux études de cas sur le terrain. Nous commençons notre terrain par une étude détaillée du département qualité qui, à son tour, va nous aider à sélectionner les cas à étudier. Ce département nous donne une vision globale sur tous les départements.

Au sein du département de la qualité, nous organisons, de manière thématique, toutes les informations auxquelles nous allons nous intéresser, et sur lesquelles nous souhaitons soit collecter des documents, soit poser des questions. Nous commençons par le département de la qualité, nous construisons une grille d'évaluation des documents du service qualité et en plus une grille de collecte des informations pour les autres départements étudiés selon lesquels nous pouvons évaluer le degré d'engagement dans la démarche qualité. Pour savoir plus sur le département de la qualité au moment de la mise en œuvre la réforme qualité, nous divisons notre travail en deux parties. La première consiste en des entretiens avec le chef du département et les employés de ce département. Les entretiens portent pour la plus grande partie, sur leur pratique de la qualité : outils et méthodes de travail utilisés, difficultés rencontrées, mais également sur leur représentations de la démarche qualité et leur perception de l'hostilité de leur environnement de travail. A d'autres moments nous avons accompagné la chef du département qualité dans ses visites dans les départements. C'était toujours informel et non planifié. Une fois faites les présentations, nous nous sommes appuyée sur des réunions auxquelles nous avons assisté pour poser des questions.

2.2.1 LES THEMES A ANALYSER AU SEIN DU DEPARTEMENT DE LA QUALITE

Pour organiser notre collecte, nous nous inspirons d'un atelier organisé à Dakar par la Banque Mondiale²³. Le Tableau 10 nous montre le cadre détaillé des séquences de préparation de notre terrain au sein du département de la qualité (observation, réunions, entretiens) avec les responsables du département qualité avant d'étudier les cas d'échec et les cas de réussite au sein de l'hôpital.

TABLEAU 10 LE CADRE DETAILLEE DES SEQUENCES DE PREPARATION DE NOTRE TERRAIN

I. Contexte			
La situation et les enjeux	Les objectifs et la place de la réforme de cet hôpital par rapport à la réforme du système de santé égyptien	Les processus suivis et que faut-il on retenir?	Les principaux acteurs et leur rôle dans le processus
II. Le cadre juridique et l'environnement			
Le plan et les dispositifs et leurs conséquences	Les départements couverts par les plans d'amélioration	Le degré et la nature de l'implication de la société civile dans le plan ²⁴	L'impact de la politique de décentralisation
III. Le processus de mis en œuvre la réforme			
Les étapes de la réforme	Les diapositifs de suivi		Le suivi et les indicateurs de mesure
I. Les résultats et les perspectives			
Les changements du cadre institutionnel	La dynamique managerial	La culture de l'évaluation	La prise en compte de certaines dimensions culturelles
II. Evolution des stratégies et de l'aide			
L'accréditation	Rôle de l'hôpital pour atteindre l'accréditation	Nouvelle stratégie de l'aide et réforme hospitalière	Nouvelles perspectives : évolutions ou changement de paradigme

²³ L'idée de ce tableau est inspirée des Rencontres Hospitalières sous l'égide du Ministère sénégalais de la santé et de la prévention médicale de la Banque Mondiale (WBI et AFTH) et du Ministère français des affaires étrangères « La politique hospitalière et le financement de l'hôpital en Afrique » Dakar du 6 au 10 décembre 2004

²⁴ C'est-à-dire le niveau de participation des populations et de la société civile au processus de développement; au degré d'appropriation de celui-ci et à l'habilitation des différents acteurs à travers les connaissances et les compétences nécessaires à sa pérennisation et enfin à la qualité des services publics et à l'efficacité de la gestion économique et financière

Cinq objectifs ont été visés pour les séquences de préparation de notre terrain

- 1- D'avoir un état précis et pertinent de la situation actuelle pour le statut, l'organisation, les différents départements, la gestion, l'équité de la répartition des ressources entre les départements.
- 2- De connaître le processus adopté afin de mettre en œuvre la réforme, tout en soulignant les principaux facteurs favorables et défavorables pour une réforme,
- 3- De connaître le rôle de chaque acteur concerné et sa contribution, sa capacité éventuelle à faire obstacle
- 4- D'avoir tous les détails sur les principaux objectifs de la réforme et les résultats attendus de la réforme
- 5- De connaître les recommandations du département qualité pour l'application de la réforme avec plus de succès malgré tous les obstacles.

2.2.2 LA CONSTRUCTION D'UNE GRILLE D'EVALUATION DES DOCUMENTS DU SERVICE QUALITE

Pour compléter notre préparation du terrain, nous avons analysé les documents du département qualité de deux manières différentes. Tout d'abord nous avons souhaité « nous mettre dans la peau » d'un responsable de département autre que le service qualité, et d'essayer de comprendre la politique de qualité à mettre en place. Le Tableau 11 présente ce que nous trouvons ou pas dans les documents diffusés par le service qualité, ainsi que ce que nous avons compris ou pas. Par la suite, lors de nos entretiens et lors de nos réunions nous avons cherché à savoir si notre degré de compréhension/incompréhension est semblable à celui des personnes travaillant les différents départements.

Dans un deuxième temps, nous avons cherché à analyser la manière dont le service qualité préparait et conduisait ses inspections qualité. Pour ce faire nous avons réalisé un état de l'art de ce que devrait être une inspection qualité, toujours en nous inspirant de ce même atelier organisé à Dakar sur la réforme qualité par la Banque mondiale. Nous avons comparé cet état de l'art aux pratiques observées au sein du département qualité. Ces observations ont été collectées à l'aide des tableaux ; Tableau 11 et Tableau 12.

**TABLEAU 11 GRILLE D’EVALUATION DES ETAPES DE MISE EN ŒUVRE
LA REFORME QUALITE**

Les étapes de la réforme	Non trouvé	Trouvé mais pas expliqué clairement	Clair	Parfaitement clair et applicable
	0	1	2	3
Les étapes de la réforme sont formulées sous forme d’objectifs, moyens, chronogramme et monitoring				
La logique qui guide le choix des étapes et leur mis en œuvre				
L’articulation entre guide de gestion et règlement interne				
Les principaux facteurs de blocage				
Les critères de choix des acteurs qui sont responsables et engagés dans l’hôpital afin de mettre en œuvre une culture qualité et par la suite une réforme.				

**TABLEAU 12 GRILLE D’EVALUATION DU SUIVI DE MIS EN ŒUVRE LA
REFORME**

Le suivi de la réforme	Non trouvé	Trouvé mais pas réalisé de manière explicite	Réalisé	Parfaitement réalisé et appliqué
	0	1	2	3
La mise en place de commissions/ groupes de suivi la réforme				
Les formules pour intégrer le suivi dans le cadre sectoriel (tables rondes, cercle de qualité..)				
Les choix des critères d’évaluation				
Les systèmes d’informations et leur pertinence avec les objectifs de la réforme				
L’interprétation des monitorings afin d’être pris en compte pour adapter/faire évoluer la réforme				
La relation entre évolutions de la qualité et allocation de moyens				
La réflexion sur la procédure d’accréditation				
La mesure des améliorations des service et des soins pour piloter la réforme				
Le responsable de la mesure des améliorations des services et des soins pour piloter la réforme				
Le suivi de la mesure des améliorations du ; service et des soins pour piloter la réforme				

2.3 L'ORGANISATION THEMATIQUE DES INFORMATIONS COLLECTEES : LES ETUDES DE CAS SELECTIONNEES

Après avoir analysé les documents externes et après avoir vécu le quotidien du département de la qualité, des études de cas sélectionnées ainsi que les évaluations faites par le ministère de la santé nous ont aidées à étudier et à analyser les cas d'échecs et les rares cas de succès dans cet hôpital. Nous présentons des départements ayant échoué dans la mise en place de démarches qualité. Ce n'est qu'en dernier que nous montrons, dans un non-système, où rien n'incite à la qualité, que des acteurs qui détiennent un pouvoir font des choix fondés sur leurs valeurs personnelles, d'où quelques cas de succès observés. Cette sous-section explique comment les cas de succès sont étudiés en détail lors de notre étude empirique à l'aide de tableaux qui clarifient le degré d'engagement des différents acteurs rencontrés lors des réunions ou des entretiens après ou avant les réunions, en plus de nos observations.

2.3.1 LA CONSTRUCTION D'UNE GRILLE DE COLLECTE DES INFORMATIONS POUR LES DEPARTEMENTS ETUDIES

Après la période d'observation et de codification des données collectées, nous passons à l'étape explicative des événements. Nous avons adopté la logique d'analyse des cas de deux façons. La première consiste à analyser spécifiquement chaque cas de succès et d'échec. La deuxième consiste à les comparer. Pour répondre à notre questionnement, nous avons en outre, identifié les thèmes à analyser pour les différents départements qui ont vraiment réussi la démarche qualité. Le Tableau 13 précise comment nous avons collecté des données et la manière dont notre cadre théorique éclaire nos observations.

TABLEAU 13 THEMES A ANALYSER ET MODES DE COLLECTE DE L'INFORMATION

		Directeurs	Corps medical	Corps paramédical	Dialectique Action/structure (Agency/structure)
I.	Partage/ non partage de la même notion de qualité	Participation à des réunions	Entretiens	Entretiens	Signification
II.	Conscience de l'existence du manuel de 2007	Idem	Idem	Idem	Signification
III.	Conscience de la notion de qualité	Idem	Idem	Idem	Signification
IV.	Existence de procédures écrites	Idem	idem Observation des modes de travail	idem Observation des modes de travail	Légitimation
V.	Adaptation de ces procédures écrites aux besoins du département	Idem Évaluation par le département qualité	Idem	idem	Légitimation
VI.	Mise en œuvre de ces procédures	Idem	Idem	Idem	Domination

2.3.2 LES THÈMES À ANALYSER

Ces thèmes ont été inspirés par nos observations. A présent nous expliquons le contenu et l'importance de chaque thème.

Partage / non partage de la même la notion de qualité : Après deux réformes lancées par le gouvernement égyptien, l'hôpital public reste toujours paralysé devant la notion de la qualité, puisque cette notion peut être traitée de manière différente selon les acteurs. Par exemple, le médecin peut traiter cette notion comme « qualité de soins ». Par contre le directeur peut la traiter comme « qualité de la performance des employés ». Chacun a sa propre interprétation pour cette notion. Nous devons évaluer dans quelle mesure ils se réunissent sur le même concept et la même définition.

Conscience de l'existence du manuel de 2007 : Est-ce que les acteurs de l'hôpital ont été informés sur le fait que leur hôpital a un plan d'accréditation et qu'il existe un manuel de réforme publié en 2007 par le ministère de la santé? Cela veut dire qu'un changement organisationnel aura lieu aussitôt que possible.

Conscience de la notion qualité. Existence de procédures écrites : Théoriquement les procédures reflètent l'activité du département et c'est la première exigence de la part du ministère de la santé pour entrer dans les phases d'accréditation, et si les employés ont conscience de leur existence.

Adaptation de ces procédures écrites aux besoins du département : Les procédures sont établies, documentées, appliquées et tenues à jour, afin de constituer un outil de direction pour tous les employés, ce qui permet l'homogénéité du département et la vérification des informations qui à leur tour peuvent être facilement diffusées à tous les acteurs. Pour cette raison nous vérifions; si les procédures et les politiques déjà identifiées sont respectées par les acteurs du département qui ont été chargés de les écrire.

Mise en œuvre de ces procédures : Ici nous cherchons à vérifier un point plus délicat, à savoir si les rapports d'évaluation écrits sur les procédures correspondent à un état des lieux réel de la situation, ou s'agit-il de faux rapports d'audit destinés à montrer une conformité d'apparence. Ceci peut être vérifié en comparant l'autodiagnostic présenté par le chef de département avec les résultats des audits réalisés par le service qualité.

SECTION 3 LES NIVEAUX DE L'ETUDE EMPIRIQUE

INTRODUCTION

Notre présence dans le département de la qualité nous a permis d'avoir des relations cordiales avec les gestionnaires et le corps paramédical ; avec eux nous avons mené des entretiens non directifs sous forme de conversations libres, ouvertes. Notre rôle était d'écouter et d'accepter leurs discours, paroles sans aucune interruption. Tous les entretiens se sont déroulés d'une manière peu formalisée, en fonction des opportunités qui se présentaient dans la journée. Par exemple lorsqu'un infirmier venait au département de la qualité pour présenter ses salutations, une employée du service qualité me présentait à cette personne, en expliquant que j'étais une étudiante stagiaire de la chef du département qualité. Une fois effectuées les présentations d'usage et une fois notre présence expliquée, nous pouvions poser à cette personne des questions sur son travail, sur l'ambiance du département auquel il était attaché, sur son directeur ou sa directrice/son directeur.

Notre statut d'étudiante stagiaire nous permettait de poser des questions à des personnes sans que cela ne soit suspect. Souvent, nous nous appuyions sur une réunion à laquelle nous avions assisté, nous mettions en avant les aspects positifs qui avaient été abordés lors de la

réunion, sur le département d'appartenance de la personne, et nous demandions des informations complémentaires, en fonction de critères de collecte d'information que nous avions définis. Juste après ce type d'entretien, nous analysions ces paroles telles qu'elles avaient été prononcées, après avoir effectué un travail de filtrage, en notant les perturbations éventuelles, les éléments non-verbaux. L'objectif de ces deux types d'entretien était de comprendre le sens, la construction du sens et l'interprétation des situations. Ce type de recueil de données nous a permis d'explorer le contexte de la réforme du point de vue des acteurs.

La complexité du contexte égyptien influe sur les entretiens ; il faut construire la confiance avec les acteurs, leur permettre de comprendre ce que signifie un stagiaire, les convaincre que nous ne sommes pas sur le terrain pour évaluer leur travail auprès des directeurs ou du ministère de la santé ou même pas une journaliste qui fait une enquête.

Une autre difficulté à noter c'est l'analyse des discours et des paroles des acteurs qui ne sont pas toujours « réels » au sens où elles correspondent à des perceptions, parfois partielles car les acteurs ne partagent pas tous les mêmes informations ni les mêmes manières de voir les choses, c'est-à-dire la même structure.

En tout, nous avons rencontré 47 personnes, pour un total de 50 entretiens en face à face comme nous le montre le Tableau 14 qui précise les conditions de déroulement des entretiens.

TABLEAU 14 RECAPITULATIF DES PERSONNES RENCONTREES

Les départements	Directeurs	Corps médical		Corps paramédical			Total
		Médecins stagiaires	Professeurs	Cadre infirmière	Chef de service	Personnel medico-technique	
Département qualité	1 (2)			3			4
La sécurité et santé au travail	1	-	-	-	-	-	1
La cuisine	-	-	-	1	2	-	3
La blanchisserie	-	-	-	2	1	1	4
L'accueil	-	1	-	2	1	-	4
Les laboratoires centraux	1	1	1	1	-	2	6
Dépt.12 médecine interne ⁱ	1 (2)	2	1	2	1	-	7
Dép. 5 médecine interne	-	1	-	2	1	-	4
Départ. Chirurgie thoracique cardiovasculaire	1 (2réunions)	2	1	2	1	-	7
Accueil des personnes recevant des soins préliminaires	1	2	-	2	1	1	7
							47

Entre parenthèses, dans le Tableau 14, nous faisons figurer le nombre d'entretiens directs réalisés, lorsque celui-ci était supérieur au nombre de personnes. Le nombre de réunions, lorsque cela était possible, a également été indiqué entre parenthèses. En complément nous avons des notes de terrain, pour retranscrire les événements, les faits, les activités. Cela a été extrait des conversations, interactions et des réunions comme le montre le Tableau 15.

TABEAU 15 LES REUNIONS AUXQUELLES NOUS AVONS ASSISTE

Département	Date	But
Qualité	3/2010	Évaluation trimestrielle
Qualité	6/2010	Évaluation trimestrielle
Qualité	1/2010	Évaluation trimestrielle
Qualité	4/2010	Présentation Lean production
Qualité	3/2010	Mettre en place le nouveau dossier médical
Qualité et directeurs		Feedback de l'évaluation du département de la qualité centrale de l'université
Département qualité et pharmacie		Mettre en place un nouveau système de dosage du médicament

3.1 LES TROIS NIVEAUX ENVIRONNEMENT/ORGANISATION/ ACTEUR

Ayant posé les concepts des théories mobilisées en chapitre 2 et posé les méthodes utilisés lors de notre étude empirique, nous élaborons maintenant des schémas qui nous positionnent comme chercheur au sein de notre terrain sur trois niveaux. Dans un premier temps nous nous positionnons à un niveau macro (l'environnement de la santé), dans un deuxième temps à un niveau organisationnel (l'hôpital) et en dernier au niveau micro (des acteurs au sein des départements). Notre attention et notre observation de l'acteur et ses actions sur le terrain se déterminent en fonction des éléments suivants :

- L'individu (l'acteur); ses attitudes sur le lieu de travail, ses missions, afin de comprendre son comportement et l'implication dans sa vie professionnelle, pour expliquer sa capacité à maîtriser son environnement institutionnel, au moment où les chefs de départements exercent une pression afin de mettre en place une démarche qualité.
- La relation entre les individus (acteurs) ; les relations interpersonnelles et la réalité de ces interactions au moment de la mise en œuvre d'une démarche qualité,
- Le ministère de la santé, l'hôpital, les départements; les réalités internes entre eux et les individus, mais aussi les relations externes (le ministère de la santé), afin d'étudier le comportement de ces agents et ses conséquences sur les individus.

Notre observation directe nous a permis de participer aux événements quotidiens de l'hôpital, ce qui rend les données plus variées et plus riches mais plus compliquées, car nous relevons des contradictions entre les documents que nous collectons et notre observation des discours des acteurs lors des réunions et leurs discours/paroles lors des entretiens.

A la fin de nos observations, nous avons analysé nos thèmes selon des grilles d'analyse, nous avons enregistré nos impressions et nos interprétations tout en faisant le lien entre le terrain et les théories mobilisées.

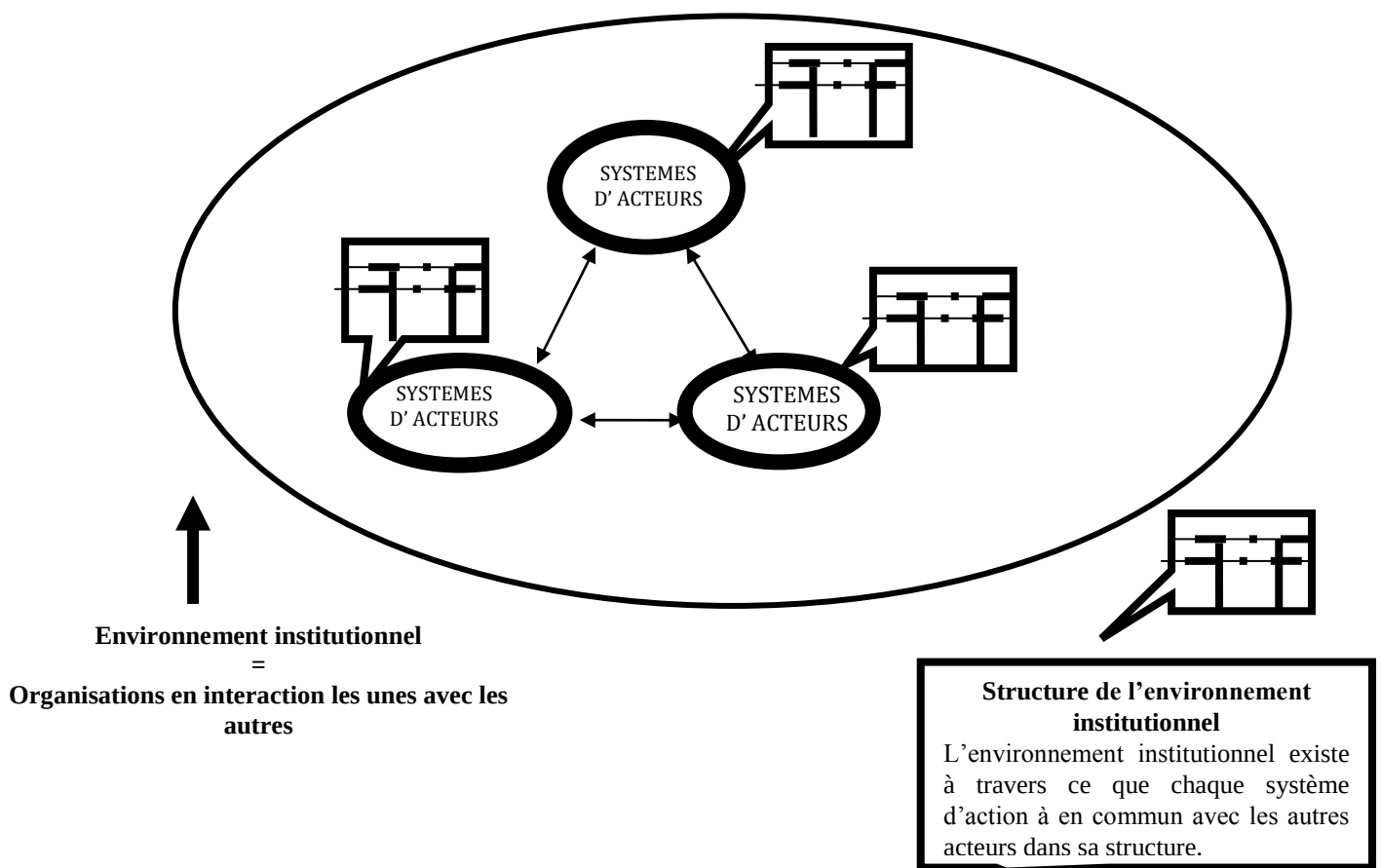
3.1.1 NIVEAU MACROSCOPIQUE DU TERRAIN

Le niveau macroscopique consiste en une vision élargie du système de santé égyptien, en observant les interactions des organisations entre elles. Lorsque la structure d'une organisation possède des éléments en commun avec celle d'autres organisations avec lesquelles elle est en interaction, alors nous pouvons observer l'existence d'un environnement institutionnel, comme cela est illustré dans la Figure 8. En plus ce niveau nous montre comment la TS rejoint la TNI. En prenant les concepts de la TS, un environnement institutionnel peut être défini comme un système d'interaction entre systèmes d'acteurs, d'autant plus que les systèmes d'acteurs ne sont eux-mêmes des systèmes d'interactions entre acteurs. Dans la Figure 8, chaque phylactère représente symboliquement, la structure de chaque système d'acteurs. La même convention est appliquée pour les figures suivantes

FIGURE 8 VISION MACRO DU SYSTEME DE SANTE EGYPTIEN

On se focalise sur les systèmes d'acteurs qui sont l'unité d'analyse et que l'on considère, pour l'observation, comme des acteurs.

Environnement institutionnel
Application : le secteur de la santé en Egypte



3.1.2 NIVEAU ORGANISATIONNEL DU TERRAIN

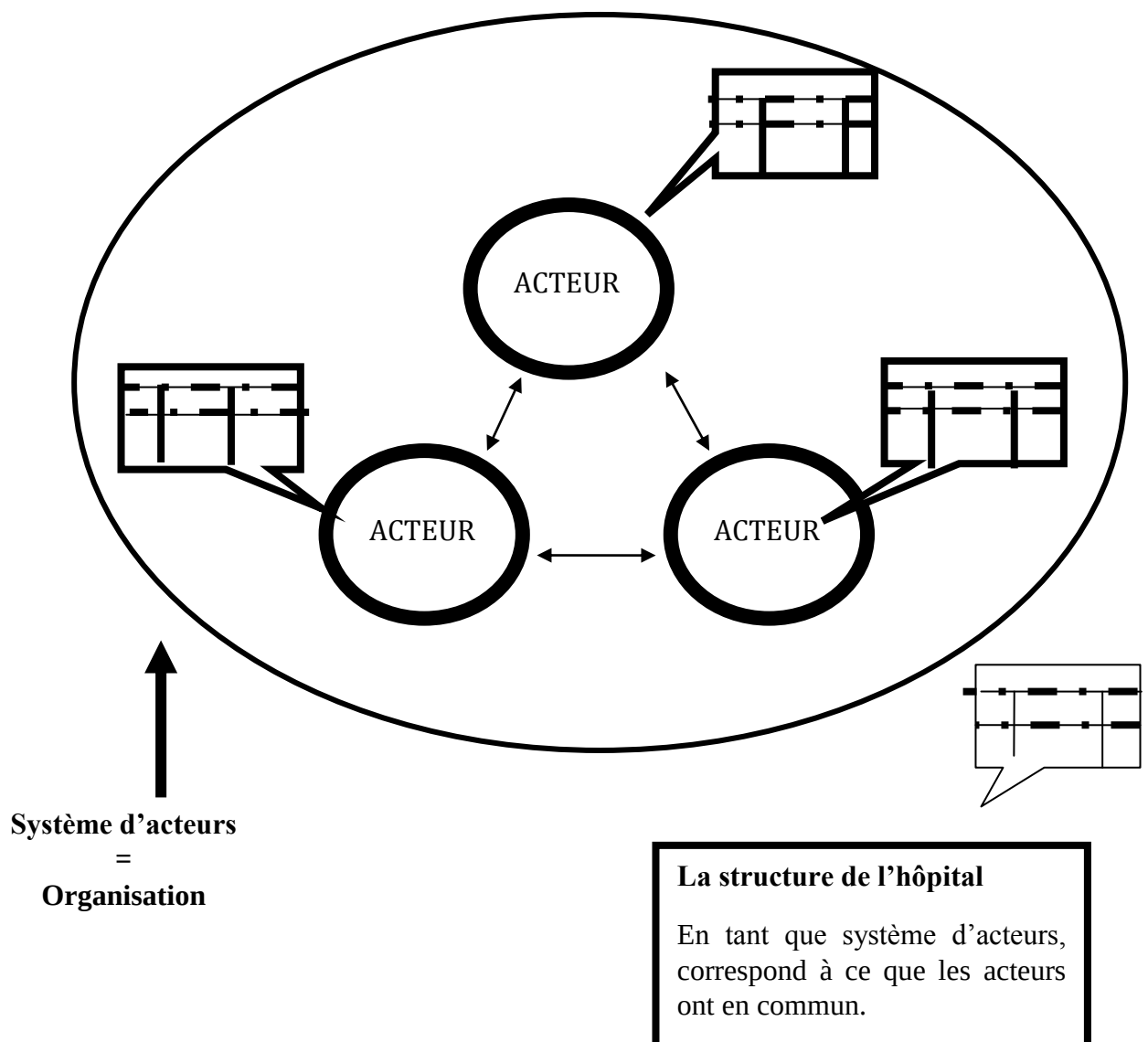
Essayons maintenant d'examiner ce schéma en situant les acteurs à l'intérieur d'un système d'acteurs (c'est-à-dire une organisation). Si une organisation se détache du reste de l'environnement institutionnel et peut être analysée séparément, cela signifie certainement que chaque acteur qui y participe possède en commun avec les autres des éléments de structure qui rendent possible l'existence de l'organisation. Ceci est reflété par la Figure 9

FIGURE 9 VISION ORGANISATIONNELLE

On part des individus pour aller à l'organisation

Environnement institutionnel

Application: l'hôpital

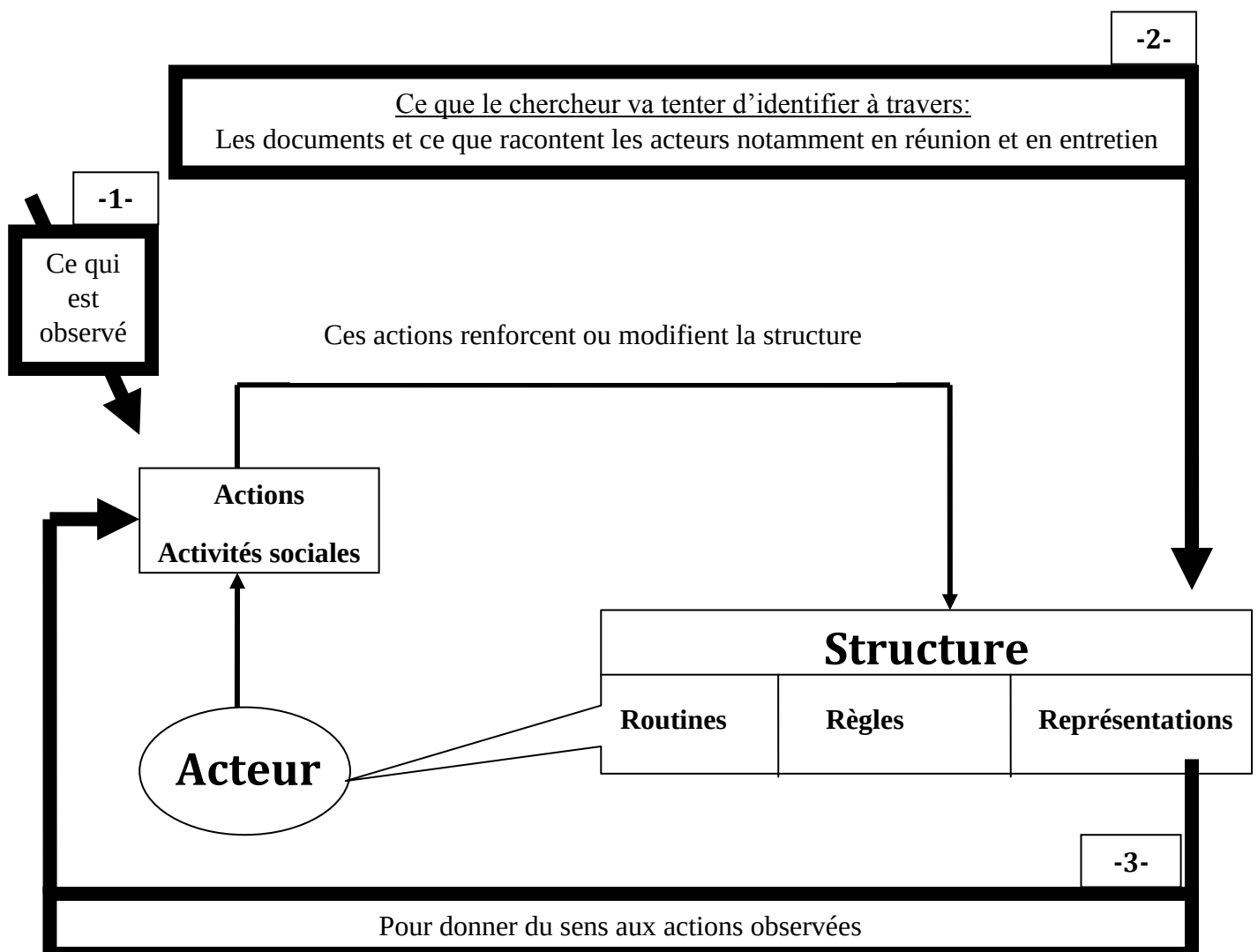


nous pouvons tirer comme conclusion de ce schéma que l'organisation en tant que telle peut être observée comme un acteur et que la structure de cet acteur agrégé correspond à ce qui est commun dans la structure à tous les acteurs qui la font exister par leurs interactions.

3.1.3 NIVEAU MICRO DES ACTEURS

Ceci étant posé, il apparaît désormais possible d'aller à un niveau supplémentaire de détail, positionnons- nous au niveau d'un acteur. La Figure 10 nous montre que le chercheur observe l'action, les interactions. Nous cherchons à leur donner du sens en essayant de comprendre la structure qui guide l'acteur. N'ayant pas la capacité à lire les pensées, le seul moyen de nous faire une image de la structure est d'analyser les discours des acteurs en réunion, en entretiens et à travers des sources documentaires.

FIGURE 10 NOTRE OBSERVATION SUR L'ACTION DES ACTEURS



CONCLUSION CHAPITRE 3

Le but de notre étude empirique au sein de l'hôpital et au sein des différents départements est d'étudier et analyser les dialectiques entre les systèmes et les acteurs. Lors des réunions et des entretiens nous avons également été attentifs à une liste de thèmes et de mots clefs utiles pour tester notre cadre théorique, avec les questions suivantes ;

- Cette réforme de l'environnement institutionnel est-elle aboutie ou pas aboutie ?
- Comment la structure, composée de règles, de ressources et de comportements socialement acceptable envoie-t-elle aux acteurs des messages ? Sont-ils cohérents ou porteurs de contradictions ?
- Quel type de domination pousse-t-elle à mettre ou ne pas mettre en œuvre les réformes qualité ?

Notre présentation du concept de qualité, et celle du concept de culture fournissent des repères complémentaires pour comprendre cette situation (cf. Introduction générale).

Nous observons comment les acteurs individuels et les organisations gèrent les contradictions de la structure avec plusieurs stratégies possibles :

- Le découplage
- Les différentes formes de conformité/légitimité
 - Comportement de conformité : se conformer aux attentes de la société et chercher à anticiper les évolutions de la réglementation et des valeurs
 - Comportement d'évitement : donner l'image de conformité aux valeurs en cachant les non-conformités.
 - Comportement de manipulation : influencer les forces pressions institutionnelles et les valeurs dominantes → lobbying, notamment auprès des bailleurs de fonds

Pour conclure, en sélectionnant nos études de cas nous avons pris en considération la satisfaction des critères de la représentativité théorique, nous respectons le principe de l'hétérogénéité et la variabilité des concepts de la problématique de telle sorte que pendant notre présence sur le terrain, nous nous intéressons aux différences plus qu'aux régularités dans les départements étudiés. Nous appréhendons la réalité de la structure des départements étudiés, le style de management et les changements qui s'y déroulent. Puisque selon Wacheux, (1996 :95) « les acquis théoriques sont nombreux, l'observation de multiples

situations permet de s'intéresser aux régularités et aux différences pour discuter la validité ». En configurant les cas sélectionnés, nous abordons leurs réalités par l'analyse, selon notre saisie des situations rencontrés dans son ensemble, nous examinons les processus organisationnels afin de comprendre les causalités complexes rencontrées. Selon lui (1996:96), « les analyses ont pour objectif principal de comprendre les comportements dans un contexte spécifique. Elles permettent de contourner la critique forte aux approches généralistes, sur la similarité des individus et des environnements dans lesquels ils agissent quotidiennement ». Notre travail d'analyse des cas consiste à identifier les phases de processus qui débutent par la reconstitution chronologique des événements sur lesquels porte l'étude.

Lors de ce chapitre nous avons présenté comment notre étude qualitative a été mise en place, les méthodes utilisées (les études de cas) et les méthodes pour le recueil des données. Nous avons également décrit la préparation de notre terrain au sein du département qualité, nous organisons de manière thématique toutes les informations auxquelles nous allons nous intéresser, et sur lesquelles nous souhaitons, soit collecter des documents, soit poser des questions. Nous avons commencé par le département de la qualité et pour notre étude des cas de succès, contrastés avec des cas d'échec.

Tout ce travail de « design » de notre recherche est destinée à montrer comment les cas d'échec sont le reflet de la structure, à la fois au niveau de l'hôpital et de l'environnement institutionnel. Par contraste, nous analysons ce qui a joué lors des cas de succès. Nous poserons alors la question de savoir si les acteurs à l'origine des cas de succès sont ou pas des entrepreneurs institutionnels, s'ils réalisent un travail institutionnel et s'ils sont capables de modifier les règles de signification, domination et de création de routines.

PARTIE II
LES ETUDES DE CAS

PARTIE II LES ETUDES DE CAS

INTRODUCTION

Après avoir présenté notre contexte et étudié le contexte sanitaire égyptien en étudiant l'environnement institutionnel et les pressions exercées sur cet environnement, désormais, nous irons plus loin pour bien comprendre cet environnement de plus près, pour savoir, comment et pourquoi il y a des cas de succès malgré tout ce que nous avons présenté lors de notre partie 1 qui invite à une faillite dans tout le système.

Désormais, nous présentons dans la partie II notre étude empirique, qui nous aide à répondre à notre question de recherche telle que définie précédemment. Cette partie est divisée en deux chapitres, chapitre 4 et 5.

Le chapitre 4 est notre première étude empirique documentaire, il est divisé en 3 sections. Ce chapitre étudie les 2 réformes qui ont été imposées dans les hôpitaux égyptiens et une étude comparative entre un manuel américain et le manuel égyptien. Cette étude confirme notre hypothèse de copier /coller, identifiée par ailleurs dans la littérature. Nous voyons combien cette réforme qualité est une transplantation hâtive de concepts nord-américains dans un contexte égyptien.

Dans le chapitre 5, nous présentons notre deuxième étude empirique. Nous sommes allée avec toutes les informations nécessaires collectées lors de notre première étude documentaire (les manuels) afin de connaître les causes réelles des cas de succès, malgré toutes les défaillances et les problèmes perçus dans les deux manuels. Ce chapitre se divise en 3 sections consécutives, la première présente le contexte où se déroule notre stage, la 2^{ème} présente le constat des cas d'échecs et des cas de réussites sélectionnées et la 3^{ème} présente une première analyse et une première interprétation de notre terrain.

Dans le chapitre 6, nous interprétons les résultats de notre terrain en retournant vers les repères théoriques que nous avons abordé lors du chapitre 2. Ce chapitre se divise en trois sections. Les sections 1 et 2 abordent l'interprétation des pressions externes et internes au secteur de la santé. La section 3 interprète l'analyse de la chaîne des pressions déjà présentée dans la conclusion du chapitre 1.

CHAPITRE 4

LA PREMIERE ETUDE DE CAS:

L'ANALYSE DES DOCUMENTS EXTERNES

CHAPITRE 4 LA PREMIERE ETUDE DE CAS: L'ANALYSE DES DOCUMENTS EXTERNES

INTRODUCTION

Après avoir présenté les différentes pressions en jeu et l'évolution de la notion qualité ainsi que sa relation avec les pressions sous forme de la demande d'une bonne gouvernance par l'adoption des concepts du NPM. Il est temps de présenter ces pressions concrètement sous forme des réformes exigées de la part des bailleurs de fonds. Dans la partie 1 nous décrivons les réformes qualité de 1995 et 2007 comme des tentatives inabouties de changer l'environnement institutionnel. Les documents publiés en 1995 et 2007 à l'occasion de ces réformes nous permettent d'accéder à la structure du sens, de règles et de normes que les autorités souhaitaient mettre en place. Avant de passer à l'étude des rares cas de succès de mise en œuvre de ces réformes, il nous a paru important d'étudier ces documents afin de nous faire une opinion sur leur contenu : contribuent-ils à expliquer l'échec des réformes qualité, constituent-ils au contraire un support qui a permis à quelques rares cas de réussite d'émerger ? Cette étude des documents est donc une étape préalable indispensable, dans nos études des relations entre structures et action, dans le contexte de la réforme qualité des hôpitaux publics égyptiens. Ceci nous amènera parfois à donner des éléments de contexte supplémentaires à ceux exposés dans la partie I.

Dans une première section nous raconterons l'origine du premier manuel d'assurance qualité, publié en 1995, lors de la première tentative de réforme. Nous analyserons ce manuel en utilisant la méthode du rapport d'étonnement. Dans une deuxième section, nous analyserons un manuel nord-américain, publié en 1992, et dont nous pensons qu'il représente typiquement l'état des connaissances au début des années 1990, aux Etats-Unis, sur le management hospitalier. Nous faisons l'hypothèse qu'il contient toutes les connaissances en management de la qualité, qu'un consultant américain spécialisé dans le management de la santé, peut mobiliser dans son travail. Dans une troisième section, nous présentons le manuel d'accréditation publié dans le cadre de la réforme 2007. Nous concluons ce chapitre sur comment ces manuels ont pu soit faire pencher les réformes dans le sens de l'échec, soit peut-être contribuer à des cas de succès.

SECTION 1 LE PROJET DE DEVELOPPEMENT DES HOPITAUX EGYPTIENS: REFORME 1995

INTRODUCTION

Le gouvernement égyptien a lancé en 1995 une réforme visant à améliorer la qualité dans les hôpitaux publics. Cette réforme a été globalement un échec à tel point qu'une nouvelle réforme en 2007 a été mise en œuvre. Pour identifier l'échec de la réforme de 1995 mise en œuvre en 1997 et comment cette réforme n'a pas donné ses fruits ; le gouvernement égyptien a lancé une autre réforme complètement différente en collaboration avec un bureau de consultants privés. Ce bureau de conseil s'appelle ISQua « international Society for Quality in Health Care inc. ».

« Le secteur médical égyptien présente une grande complexité, avec de multiples acteurs publics et privés. Le budget de l'État consacré à la santé reste largement insuffisant pour assurer le maintien et le renouvellement du réseau de soins gratuits. A l'exception de quelques grands hôpitaux, l'ensemble du système médical souffre d'un niveau d'équipement et d'une qualité de soins souvent faibles. Pour pallier ce problème, une réforme globale du secteur a été lancée par le gouvernement, consistant en la mise en œuvre du "Family Health Model" (modèle familial de la santé), qui se compose de mesures destinées à améliorer la qualité et la couverture par un ensemble complet de soins de santé de base. L'approche du gouvernement est soutenue par plusieurs bailleurs de fonds (UE, Banque mondiale, BAD et USAID), et a été adoptée dans plusieurs gouvernorats pilotes. » (Medibtikar, 2006)²⁵

En 1995, une première tentative de réforme du système hospitalier avait été lancée et a connu un échec. Les raisons de la réforme de 2007, restent les mêmes que celles qui ont poussé le gouvernement égyptien à lancer une réforme en 1995. Un rapport de la mission économique française au Caire mentionne que « le système public de santé présente une réalité bien éloignée des ambitions qui avaient présidé à sa mise en place il y a quarante ans.

²⁵ Le nom Medibtikar vient de Med pour Méditerranée et Ibtikar (Innovation en arabe). Le programme dispose d'un budget de 7,3 millions EUR, et s'achèvera le 31 décembre 2009. Les pays bénéficiaires sont : l'Algérie, l'Égypte, Israël, La Jordanie, le Liban, le Maroc, la Syrie, l'Autorité Palestinienne, la Tunisie et la Turquie. Les organismes bénéficiaires finaux sont les organisations publiques et privées qui soutiennent le développement de la compétitivité des PME. Medibtikar est basé au Caire, en Égypte. Le programme est géré par la Délégation égyptienne au nom de la Commission Européenne.

Contrairement aux principes affichés, le dispositif s'est révélé incapable, faute de moyens financiers et de volonté politique, d'atteindre de façon efficace et durable les catégories les plus pauvres. L'émergence d'un secteur privé qui ne leur est guère accessible financièrement rend plus visible encore l'exclusion de ces catégories » (Chiffolleau, 1997).

1.1 UN RAPPORT A L'ORIGINE DE L'ASSURANCE QUALITE DANS LES HOPITAUX PUBLICS EGYPTIENS

Un groupe de travail de l'OMS a été réuni à Genève en 1994 pour examiner les principes de l'assurance qualité dans les PVD. Il a publié un rapport à partir de l'expérience des pays suivants en matière d'assurance qualité: l'Egypte, la Malaisie, les Etats-Unis, la Zambie. Ce rapport a été publié un an avant l'apparition officielle de la réforme qualité dans les hôpitaux publics égyptiens. Son objectif est de partager l'expérience de l'assurance de la qualité entre différents pays. Ce rapport pose les bases de la première réforme qualité mise en œuvre en Egypte, dans les hôpitaux publics.

La réunion a été organisée par l'OMS pour examiner quatre aspects concernant l'assurance qualité dans les PVD, ses objectifs étaient les suivants :

- passer en revue le programme d'activités actuel et prévu des organismes et des pays participants dans le domaine de l'assurance qualité;
- étudier les moyens qui aident à mettre en œuvre l'action de l'assurance qualité ;
- identifier les domaines où l'assurance qualité reçoit peu d'attention des responsables et centrer l'action sur ces domaines ;
- mener une action en collaboration, sous la forme d'un partage d'expérience, dans le domaine de l'assurance qualité.

Nous présentons ce rapport suivi d'une analyse détaillée du manuel de la réforme de 1995.

1.1.1 LES OBJECTIFS DU RAPPORT DE L'OMS : 1994

L'objectif de ce rapport est de mettre l'accent sur les domaines de l'assurance qualité qui retiennent peu l'attention de la part des responsables dans les hôpitaux. Pour définir ces domaines, il faut déterminer avec soin à qui s'adresse la qualité et comment cette qualité est perçue, puisque les problèmes sanitaires rencontrés dans les pays occidentaux sont différents de ceux que l'on rencontre dans les PVD. Les questions passées en revue sont les suivantes :

Dans l'optique de l'utilisation efficace des ressources. Afin de répondre aux besoins des usagers ainsi que de la communauté, du point de vue des responsables, dans ce rapport l'assurance qualité pourrait être considérée comme un moyen d'exercer un certain contrôle sur les ressources et sur les individus, ce qui n'est pas facile ou faisable à cause des ressources limitées des PVD.

La faiblesse du revenu moyen par habitant. Comment ces pays peuvent-ils s'organiser pour faire accepter les concepts de qualité et d'assurance qualité ? Cette dernière pourrait porter sur des cibles ponctuelles, plutôt que sur l'ensemble du secteur de la santé.

Comment peut-on établir un équilibre entre les attentes des usagers et les objectifs des professionnels dans le secteur sanitaire en matière d'assurance qualité ? Une sorte d'apprentissage interactif sera nécessaire tant pour les usagers que pour les professionnels de la santé.

Les financements. Comment les projets qui sont financés par les donateurs (bailleurs de fonds) sont-ils élaborés au niveau national ? Sachant que généralement ces projets ne tiennent pas compte des priorités locales de sorte que les résultats sont le plus souvent médiocres ; voire négatifs.

Les normes. Comment les personnels peuvent-ils participer à la création de normes d'assurance qualité ? En effet, par expérience les normes établies sans consultation des personnels concernés sont peu appliquées et cela engendre des attitudes négatives et de méfiance de la part des personnels.

Constatons que les auteurs du rapport se sont posés des bonnes questions et que l'échec de la réforme n'est donc pas liée à une absence de questionnements.

1.1.2 L'EXPERIENCE DES ORGANISMES EN MATIERE D'ASSURANCE DE LA QUALITE : 1994

Dans ce rapport, les participants se sont appuyés sur les expériences de différents organismes afin de guider l'exécution de l'assurance qualité de manière à répondre aux besoins spécifiques de chaque pays en voie de développement. Pour la suite de cette sous-section, nous avons sélectionné, dans ce rapport, ce qui concerne directement l'Egypte :

Commençons par le '**Quality Assurance Project -Center for Humann Services (QAP)**' : le rôle de ce centre est de fournir l'assistance technique aux pays en voie de développement, pour améliorer la qualité ; en « instituant le recouvrement des coûts et en raison de la nécessité d'accroître l'efficacité pour économiser leurs maigres ressources ».

L'objectif essentiel de ce projet est de donner une expérience positive de l'application de l'assurance qualité et de promouvoir l'institutionnalisation de l'assurance qualité pour l'amélioration des soins.

Le programme d'assurance qualité adopté par ce centre est une démarche simple pour aider de nombreux pays à élaborer un programme d'assurance qualité. Parmi ces pays on trouve la Bolivie, le Chili, l'Equateur, l'Egypte, le Guatemala, l'Indonésie, le Niger, le Tobago. En Egypte, le QAP a donné une assistance au ministère de la santé pour institutionnaliser l'assurance de la qualité dans cinq hôpitaux avec pour objectif d'améliorer le recouvrement des coûts qui étaient théoriquement à la charge des patients.

Depuis 1985, l'Agence for International développement des Etats-Unis a investi près de 24 millions de dollars dans des activités concernées par l'assurance qualité dans les PVD. Elle a fourni des assistantes techniques à court et à long terme. Elle a élaboré une série de formations sur l'assurance de la qualité. Les thèmes abordés lors de ces formations portaient sur la sensibilisation à l'assurance qualité et ses problèmes. Le rapport ne donne pas plus de détail sur les interventions de cette agence en Egypte.

Avant 1990 **La Banque Mondiale** ne soutenait pas les questions d'assurance qualité ni les programmes d'amélioration de la qualité des soins. Selon le rapport, c'est à la demande des pays emprunteurs que la BM commence à s'engager sur des programmes en faveur de l'assurance qualité, sur des formations de partage d'expérience entre pays et sur la publication de bulletins d'information. L'objectif est d'aider ces pays à utiliser les ressources d'une manière rationnelle pour réduire les coûts.

Depuis sa création *l'organisation mondiale de la santé (OMS)* concentre ses efforts sur deux grands domaines ; le premier à travers l'assistance technique aux PVD dans des cadres spécifiques, comme par exemple les programmes axés sur la lutte contre la tuberculose ; le second, consacré aux activités centrées sur les infrastructures dans le secteur sanitaire, par exemple la mise en place d'un système d'informatique pour avoir une base de données complètes.

Lors de cette réunion, l'OMS a étudié la possibilité d'organiser des réunions destinées à promouvoir l'assurance qualité, dans les Régions d'Afrique et de la Méditerranée orientale. Il a été proposé que les réunions s'intéressent d'une part à la qualité du service, en mettant l'accent sur la validité technique compte tenu des ressources limitées des PVD, ainsi que sur les contraintes culturelle différentes selon les pays ; d'autre part, à la qualité des prestations, de l'administration et à la gestion des services, compte tenu des ressources disponibles et des impératifs politiques.

Un objectif plus stratégique de l'OMS consistait à soutenir l'organisation de réunions entre bailleurs de fonds et pays bénéficiaires de l'aide (les PVD).

1.1.3 L'EXPERIENCE DE L'EGYPTE EN MATIERE DE QUALITE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE: 1994

Selon le rapport, les projets d'assurance de la qualité exécutés au sein des hôpitaux en Egypte étaient tous soutenus par des financements extérieurs. Parmi ces aides, l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique (USAID) a présenté son programme décennal global d'assurance qualité qui allait jusqu'en 1995 et a mis à la disposition des responsables égyptiens des matériels de formation en faveur de l'assurance qualité, supposés adaptés à la situation de l'Egypte. Lors de la réunion de l'OMS qui a donné lieu au rapport que nous analysons, (1994 :8), le cas de l'Egypte en matière d'assurance qualité a été exposé par le Dr.W.M.Jackman²⁶ qui a présenté la situation du ministère de la santé.

Selon lui, « le ministère de la santé égyptien a choisi deux hôpitaux publics pilotes, pour exécuter un programme de recouvrement des coûts pour la santé (CRHP), ayant pour but d'améliorer la qualité des soins et de faire en sorte que les patients aient une meilleure

²⁶ Directeur, quality assurance project, university Research Corporation, Center for Human service. USA

perception de la qualité des services pour qu'ils acceptent d'en supporter le coût » , « le *Quality Assurance Project (QAP)* doit aider à réaliser des activités d'assurance qualité dans ces deux hôpitaux (Hôpital du 15 mai et el Kantara Ghrab au bord de la Mer rouge). Des ateliers sur les principes et les méthodes de l'assurance qualité ont été organisés à l'intention du personnel du Ministère de la santé, du CRHP, de la représentation de l'USAID en Egypte, des hôpitaux pilotes et d'autres hôpitaux »

Toujours selon lui, « des comités d'assurance de la qualité ont été créés à l'Hôpital du 15 mai. Dans le cadre de la planification de la qualité, plusieurs domaines où des améliorations sont nécessaires ont été mis en évidence, et des équipes ont été chargées d'évaluer les procédures en salle d'opération et dans les services de pédiatrie, d'obstétrique et gynécologie , de lutte contre les infections, et d'orthopédie, ainsi qu'à l'accueil de l'hôpital ». Selon lui « Des progrès ont été enregistrés et documentés, des études sur l'infrastructure et l'organisation sont en cours pour assurer la continuité de l'assurance qualité au sein de ces deux hôpitaux ».

Malgré le fait que ce qui est présenté dans ce rapport comme un cas de succès ne l'ait pas été comme tel, c'est pourtant ce cas pilote, et peut être d'autres qui ont été utilisés pour rédiger le manuel d'assurance qualité que nous allons maintenant analyser.

1.2 LE PROJET DE DEVELOPPEMENT DES HOPITAUX EGYPTIENS : REFORME 1995

Ce document est un produit de la réforme hospitalière lancée par le ministère de la santé égyptienne en 1995 au sein des hôpitaux publics égyptiens, sous forme de 25 manuels opérationnels portant sur le management hospitalier égyptien et plus précisément un Projet de développement des hôpitaux égyptiens.

Nous avons repris les informations telles quelles tout en les commentant à chaque fois que nécessaire.

1.2.1 PRESENTATION GENERALE DES 25 MANUELS OPERATIONNELS DE 1995

Ces 25 manuels ont été développés en collaboration avec USAID, Université Research Corporation, Bric hand Davis International, American Project Hope et Washignton Healthcare Internatinal Corporation. Ce projet de réforme a été financé par l'USAID, contrat no. dbi-5992-8-00-0050-00²⁷.

Chacun de ces manuels a fait l'objet d'une expérience d'application dans au moins un hôpital, qui est présentée dans chaque manuel. L'Encadré 2 présente la liste complète de ces manuels.

ENCADRE 2 LA LISTE COMPLETE DU MANUEL DE 1995

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">1- Manuel de gestion du développement des hôpitaux2- Système Conseil d'administration4- Système du corps médical5- Système d'assurance de la qualité6 - Système de gestion financière7- Système de la section de service social.8- Système du personnel9- Système de la formation10- Système de la commercialisation11- Gestion des systèmes d'information12- Système de dossiers médicaux13- Système de gestion des services de soins et des infirmiers14- Système de contrôle de l'infection15- Système de services de chirurgie16- Système récepteur et d'urgence17- Système des cliniques externes18- Système de pharmacie19- Système des laboratoires20- Système de radiologie21- Système d'ingénierie médicale22- Système de la gestion du matériel23- L'entretien du système d'ingénierie pour les hôpitaux24- Système des services hôteliers25- Système d'évaluation des programmes de développement dans les hôpitaux |
|---|

Ce qui nous intéresse dans notre recherche c'est le manuel no.5 qui est à notre disposition et qui traite de la qualité et de l'assurance qualité dans les hôpitaux publics égyptiens. Ce manuel se compose de 168 pages écrites en arabe littéraire standard. Il commence par un

²⁷ En consultant le site de l'USAID...rien n'est noté sur ce contrat

remerciement du, Ministre de la santé à l'époque Dr. Ismail Salam. Il est suivi par une préface signée par les délégués des 2 pays ;

Prof. A. MANSOUR – Directeur du projet (côté égyptien)

Prof. Albert HAN - chef du groupe des experts (côté américain)

Dans cette série de manuels publiée en 1995, le manuel sur la démarche qualité présente une démarche reconnue comme classique avec une approche de type PDCA²⁸. Les mots scientifiques relatifs à la qualité ne sont pas traduits en arabe mais figurent en anglais dans le texte arabe (peut-être parce que la notion de qualité est nouvelle dans le vocabulaire égyptien, de même que les concepts qui lui sont associés).

Tout au long de cette sous-section, qui est consacré à l'analyse de ce manuel, nous traduisons le manuel tel qu'il est présenté en langue arabe, mais cela n'empêche pas à ajouter des commentaires au fur et mesure, nos commentaires seront en caractère italique surlignés pour simplifier l'enchaînement aux lecteurs.

1.2.2 DESIGN DU MANUEL NO.5: SYSTEME D'ASSURANCE DE LA QUALITE

Ce manuel est composé d'une introduction de deux grandes sections et d'une annexe. L'introduction comporte une présentation générale sur les différentes normes, sur le contrôle qualité, sur comment résoudre les problèmes liés à la qualité, et un schéma qui illustre la roue de DEMING (PDCA). Ce schéma se répète plusieurs fois tout au long de ce document, tel qu'illustré dans la Figure 11. Tout au long de l'introduction nous trouvons des termes anglais comme le QAP(1.1)²⁹, Quick start guide ; MOHP³⁰, QA³¹, QAC³². Notons que ces terminologies ne sont ni traduites en arabes, ni expliquées³³. Une partie de cette introduction est présentée sous forme de questions posées aux différents employés dans l'hôpital. Une réponse positive traduit l'existence d'un problème. Exemple :

- l'équipe est incomplète pendant la nuit ;

²⁸ Plan, Do, Check, Act

²⁹ Quality Assurance Programme

³⁰ Ministry of Health and Population ;

³¹ Quality Assurance ;

³² Quality assurance committee

³³ Le manuel contient des explications à partir de l'étape 5 jusqu'à la fin, sachant que l'étape 1 à 5 ne sont pas expliquées sans que cela ne soit justifié dans le manuel.

- l'arrivée d'un grand nombre de visiteurs, qui entrave la prestation des soins de santé et les soins infirmiers ;
- certains médicaments ne sont pas disponible dans la pharmacie hospitalière ;
- la durée de l'attente des patients dans la salle d'urgence est importante ;
- les données dans les dossiers des patients sont incomplètes ;
- le retard dans la livraison des résultats des analyses de laboratoire cause des retards dans le traitement.

La section I présente un guide de démarrage rapide de mise en place d'une démarche qualité. Cette section est divisée en 3 phases. La phase 1 traite de la planification du développement pour assurer la qualité. La phase 2 traite de l'évaluation et de la volonté d'assurer une formation de qualité. La phase 3 s'intéresse à la mise en œuvre des activités d'assurance qualité. **La section 2** a pour objectif de présenter une vision complète, pas à pas, sur la qualité et l'assurance qualité. Cette section est divisée en six phases comme le montre l'Encadré 3.

ENCADRE 3 LES SIX PHASES DE LA SECTION 2

Phase I	: la réglementation pour assurer la qualité
Phase II	: l'évaluation et de la volonté d'assurer une formation de qualité
Phase III	: la mise en œuvre de l'assurance qualité
Phase IV	: l'évaluation de l'assurance qualité
Phase V	: l'assurance de la qualité dans les cliniques
Phase VI	: l'élargissement de la base de la réussite (l'expansion)

A la fin de ce manuel, après la phase VI et avant les annexes, sont présentés plus en détail les outils de résolution des problèmes qui ont été abordés dans les phases IV, V, VI du manuel. Ce chapitre de présentation des outils n'apparaît pas dans la table des matières. A la fin de ce manuel figurent des annexes dont la composition est présentée dans l'Encadré 4

ENCADRE 4 LES ANNEXES

Annexe A	: Tableau de l'amélioration de la qualité
Annexe B	: Journal des neuf cas
Annexe C	: Matrice
Annexe D	: Agenda de l'atelier
Annexe E	: « Storytelling » le livre récit narratif de l'assurance qualité
Annexe F	: Plan d'action
Annexe G	: Mise en œuvre des solutions d'amélioration des
Annexe I	: Questionnaire d'évaluation

Planification et contrôle de la qualité



Cette section pose la démarche générale. C'est essentiellement sur la section 2 que nous allons nous attarder, car c'est à ce stade que se situent les étonnements intéressants.

Section 2 Phase I³⁴ : la réglementation pour assurer la qualité (pp.24-34)

Son Objectif est de déterminer les activités nécessaires pour assurer le démarrage du programme. Son but est d'avoir une bonne planification des activités ainsi que de bien expliquer à l'ensemble du personnel, médical, paramédical et administratif, les enjeux de la qualité tout en créant un sentiment d'appartenance.

Le manuel explique que la mise en place d'un programme qualité doit passer par les étapes suivantes :

- 1- Sélectionner les Coordinateurs de la qualité,
- 2- Choisir le Comité de l'assurance qualité(CAQ),
- 3- Vérifier les activités du Comité de l'assurance qualité
- 4- Mettre en œuvre les procédures et les règles d'action (règles, procédures de fonctionnement de la Commission sur l'assurance de la qualité), fixer des priorités pour les zones qui ont des problèmes qui ont été identifiées, déterminer les responsabilités,
- 5- Obtenir une approbation pour mettre en place des plans d'activité.

Dès cette phase les responsables commencent à donner des exemples, au sein de l'hôpital choisi « Hôpital Mai 15³⁵ ». Le manuel propose un plan pour assurer une meilleure qualité de la salle d'urgence

- 2-³⁶ Développer la stratégie
- 3- Avoir un système de surveillance pour évaluer la performance de la salle d'urgence
- 4- Sélectionner les indicateurs pour l'audit de performance
- 5- Choisir une stratégie pour la collecte de données
- 6- Déterminer la structure organisationnelle
- 7- Vérifier la situation
- 8- Evaluer la satisfaction des patients

³⁴ Le style de numérotation reprend celui du manuel

³⁵ Un hôpital public hors la capitale (le Caire)

³⁶ Dans le manuel, les items sont numérotés de 2 à 10... nous avons reproduit cette erreur dans la description, en plus c'est un exemple théorique. De même les résultats qui sont obtenus sont présentés d'une manière trop vague, ce que nous allons voir dans les pages suivantes de ce manuel.

9- Améliorer la qualité des relations personnelles entre l'équipe / le patient, et entre les Membres de l'équipe de travail et certains d'entre eux

10- Avoir une formation continue dans le domaine des relations humain pour le corps Médical et le corps paramédical.

Il est difficile de savoir si ce plan est « théorique » ou s'il a été réellement mis en œuvre. La lecture du manuel ne permet pas de le savoir.

Section 2 Phase II : l'évaluation et la volonté d'assurer une formation de qualité (pp.35-41). Son objectif est de développer les compétences et les capacités au sein de l'établissement pour préparer et mettre en place un programme d'assurance qualité par des séminaires de sensibilisation à l'assurance de la qualité. Le but de ces séminaires est de construire les compétences et les capacités techniques des dirigeants à l'hôpital (ou clinique) et celles des membres du comité d'assurance qualité. La description de cette phase, dans le manuel, ne contient pas d'exemples.

Section 2 Phase III : la mise en œuvre de l'assurance qualité (pp. 42-48). C'est la phase qui concerne la création et l'application de concepts d'assurance qualité à des activités visant à améliorer les systèmes de l'hôpital pour influencer positivement sur la qualité des soins aux patients et surmonter les problèmes, à travers la planification et l'élaboration de normes (étapes 1-3) de la par l'intermédiaire du Comité sur l'Assurance Qualité – du groupe de planification (normes), par un contrôle (étape 4) et à la fin par la résolution des problèmes pour améliorer les procédures (étapes 5-10). A noter que seules les étapes 5 à 10 sont expliquées dans ce manuel.

Section 2 Phase IV : l'évaluation de l'assurance qualité (pp. 49-60)

Plusieurs notions sont présentées lors de cette phase. **La notion du Contrôle de la qualité (p.49)** est abordée en premier. Son objectif est d'élaborer des indicateurs de qualité pour identifier et contrôler les problèmes de qualité des soins. Ainsi **la notion du contrôle** est abordée sous forme d'une question « Qu'est-ce qu'un contrôle ? » D'après ce guide le contrôle est la collecte périodique de données, l'analyse des indicateurs choisis qui permettent aux gestionnaires de déterminer si les principales activités menées sont bien conformes au

schéma déjà dessiné de l'établissement. **Certains concepts de base** apparaissent à la **page 52**. Par exemple, tout service ou activité peut être décrit en termes d'ordres qui nécessitent des intrants (de personnel, de fonds, de fournitures et de matériel... et le matériel requis pour la réalisation des travaux). Les chaînes de procédures correspondent à des activités qui utilisent ces ressources en vue d'obtenir des résultats (des changements dans l'information et dans les connaissances, les attitudes et les comportements et de la faisabilité économique et autres mesures de performance et les changements dans l'état de santé). **La solution aux problèmes est abordée (p. 58)**, elle nécessite de: comprendre les différents outils de l'assurance qualité pour les utiliser dans l'analyse et la résolution des problèmes. Selon les auteurs de ce manuel la résolution des problèmes est un des outils les plus précieux pour mettre en place des procédures d'assurance qualité. C'est la partie la plus complexe. Ceci nous amène à l'amélioration continue de la qualité.

Tout au long de cette phase l'Hôpital du 15 Mai est repris en exemple, mais pas le cas de la salle des urgences qui est abandonné (c'est dommage) au profit du cas du service gynécologie et obstétrique du même hôpital.

Sans expliquer la transition, le manuel passe directement aux indicateurs choisis, sans les expliquer, et sans expliquer la démarche de choix.

A. Indicateurs de santé maternelle

B. Indicateurs de nouveau-nés

C. Indicateurs gynécologiques

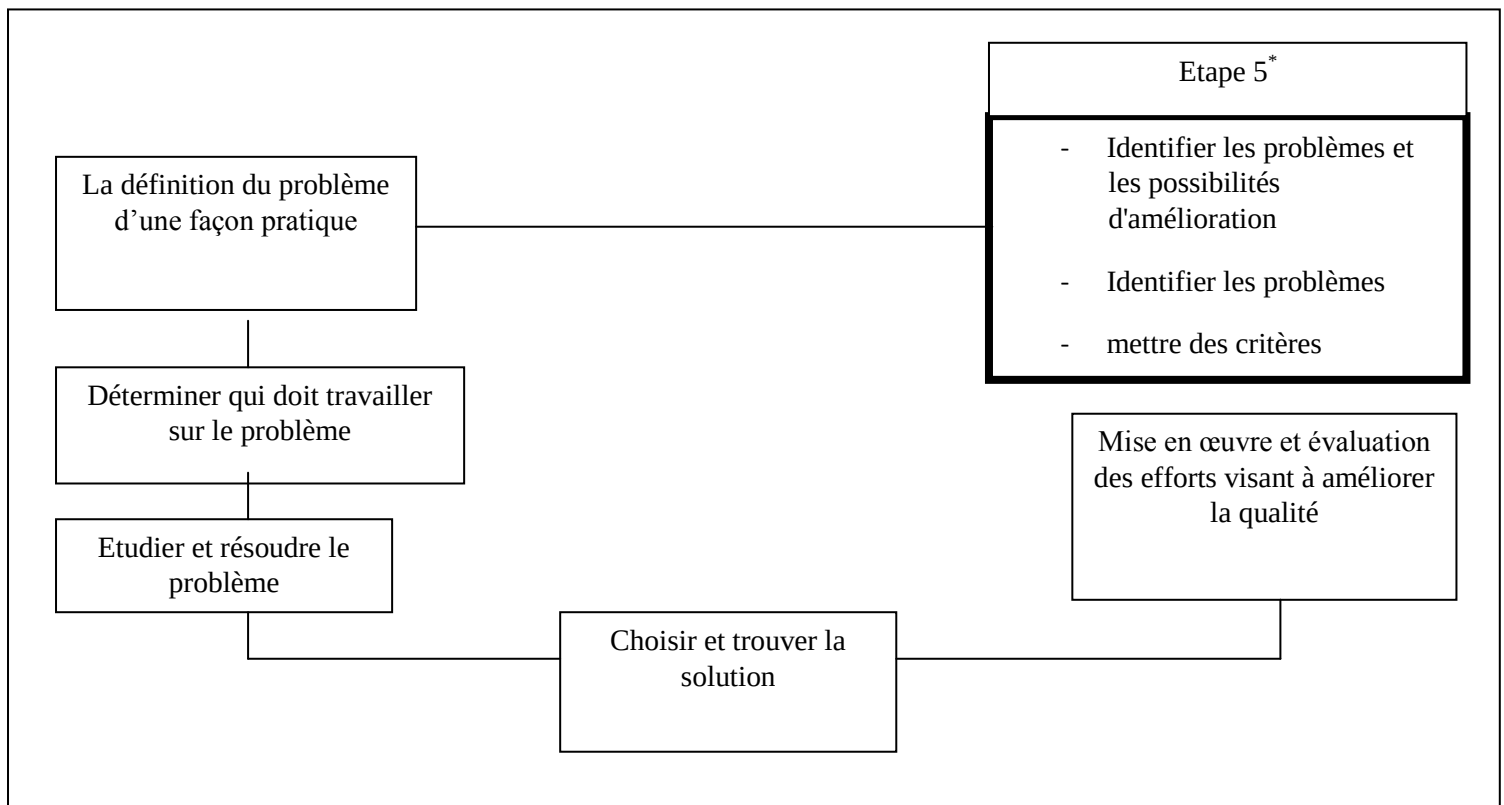
Exemples d'indicateurs de gynécologique

- entrée après plusieurs visites à la salle d'urgence pour le même problème
- infection non présentes lors de l'entrée
- retour à la salle d'opération pour une même intervention chirurgicale

Le Diagramme de causes et effets (modèle d'Ishikawa) est collé sans explications dans le manuel, après la partie sur les indicateurs, sans que le nom du diagramme ne soit donné et sans donner le nom de son auteur qui est KARAOU ISHIKAWA et sans aucune explication)

Section 2 phase V : La résolution des problèmes pour améliorer les procédures (étapes 5-10) Nous reproduisons les étapes expliquées dans cette réforme, les schémas sont reproduits tels quels sont avec toutes leurs insuffisances. A noter que les étapes ne sont pas claires, c'est nous qui avons entouré chaque étape en gras. Dans les schémas qui expliquent les 10 étapes, il n'y a pas de format identique. Une fois ce sont des simples lignes, une autre fois ce sont des flèches. Désormais, tout ce qui est entre parenthèse correspond à notre commentaire et ne correspond pas aux textes. Il est à noter que ces schémas vont nous servir lors de l'analyse du manuel américain exploré en section 2. Commençons par **l'étape 5: Identifier les problèmes et les possibilités d'amélioration (p 59)**. Cette étape commence par l'identification des problèmes et des possibilités d'amélioration de la qualité des services de santé. Ceci qui suppose la mise en place d'outils d'identification et de mesure, bien que certains soutiennent que la mesure doit être en dehors du processus d'amélioration mais c'est la seule façon de commencer. L'objectif de cette première étape est de choisir un problème ou une série de mesures sur lesquelles se concentrer. Il est important de choisir avec soin où nous allons concentrer les efforts pour améliorer la qualité comme le montre la Figure 12

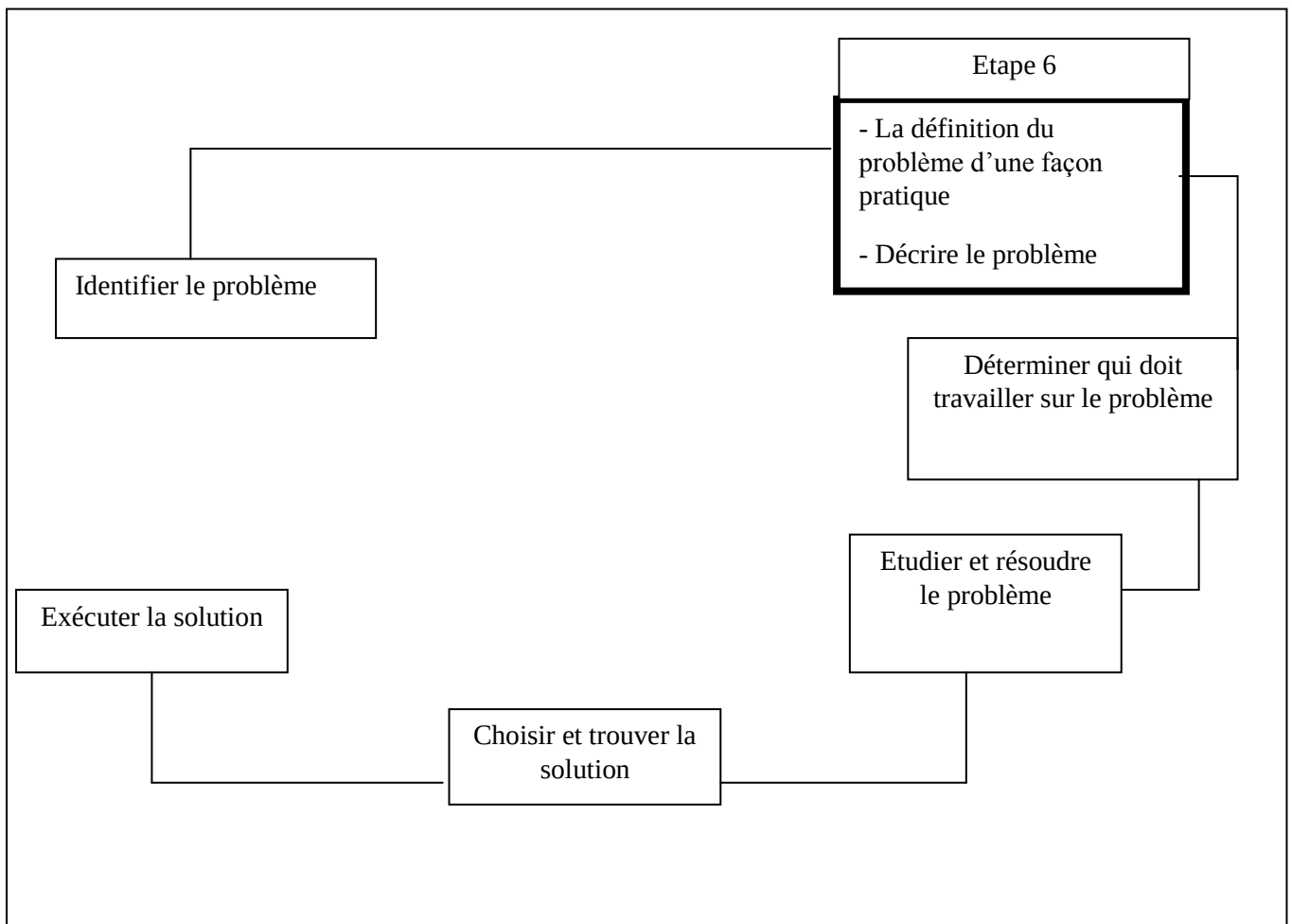
FIGURE 12 IDENTIFIER LES PROBLEMES : ETAPE 5



. (*) Pas d'exemple qui vient pour appuyer ce schéma

Étape 6 Définir le problème d'une façon pratique (p. 69) ; l'objectif est de formuler le "problème" clairement, cette étape est ciblée sur la définition du problème comme le montre la Figure 13.

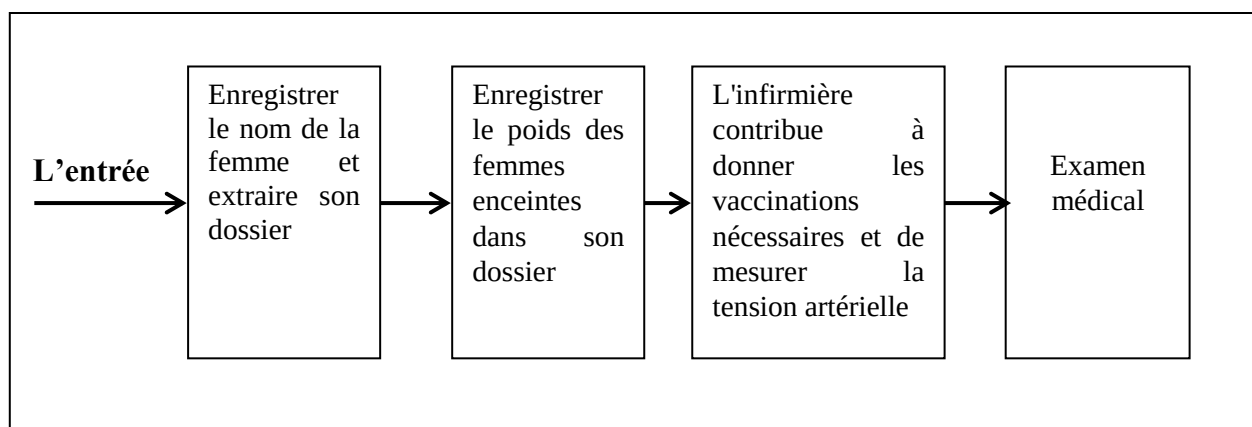
FIGURE 13 L'OBJECTIF EST DE FORMULER LE "PROBLEME" CLAIREMENT, CETTE ETAPE EST CIBLEE SUR LA DEFINITION DU PROBLEME : ETAPE 6



Etape 7: Déterminer qui va travailler sur le problème (p. 75) ; lors de cette étape un exemple est utilisé « Services de soins pour les femmes enceintes ». Les thèmes suivants sont abordés : le temps d'attente, le processus de soins pour les femmes enceintes (plan d'action: le premier niveau)

Le Groupe de travail a constaté que le problème est que le temps d'attente peut durer trois heures entre l'entrée dans le centre et l'examen par une sage-femme. C'est une raison de l'échec des quatre visites nécessaires aux soins de grossesse. Ayant décidé de mettre en place le plus haut niveau possible de prise en charge des femmes enceintes, la Figure 14 est établie dans le manuel afin d'identifier les personnes impliquées dans ces procédures.

FIGURE 14 PROCEDURES DU TEMPS D'ATTENTES

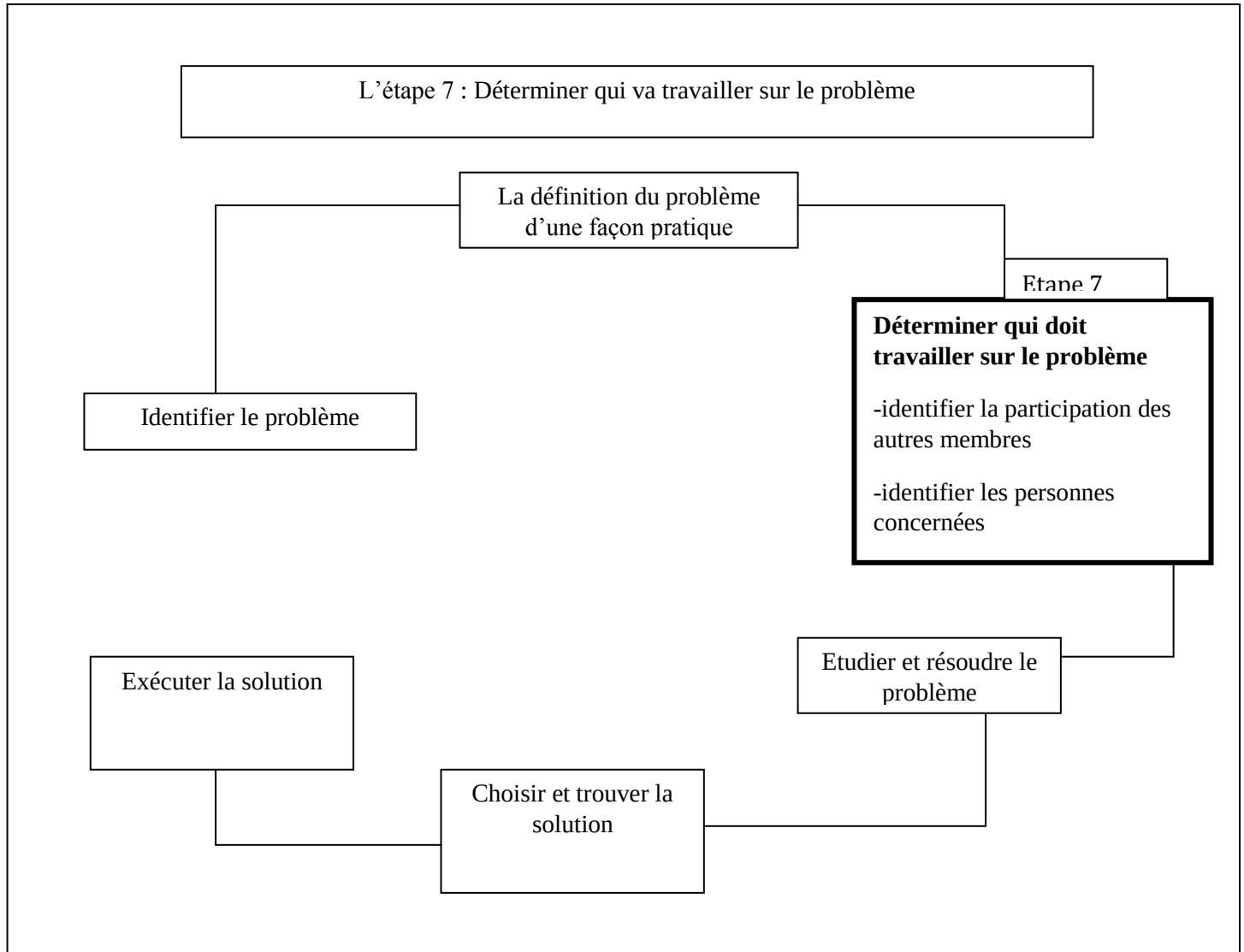


Les responsables qui doivent améliorer ces processus sont les suivants :

- Réceptionniste, travaille dans le processus décrit ci-dessus
- Aide infirmière, travaille dans le processus
- Aide-soignante, doit posséder des compétences techniques
- Surveillante de soins maternels et infantiles zone de service, possède l'expertise et la capacité de prendre des décisions
- Directeur du Centre de santé, prendre des décisions à l'égard de ce processus

La Figure 15 nous montre l'étape 7 et sa relation avec les autres étapes

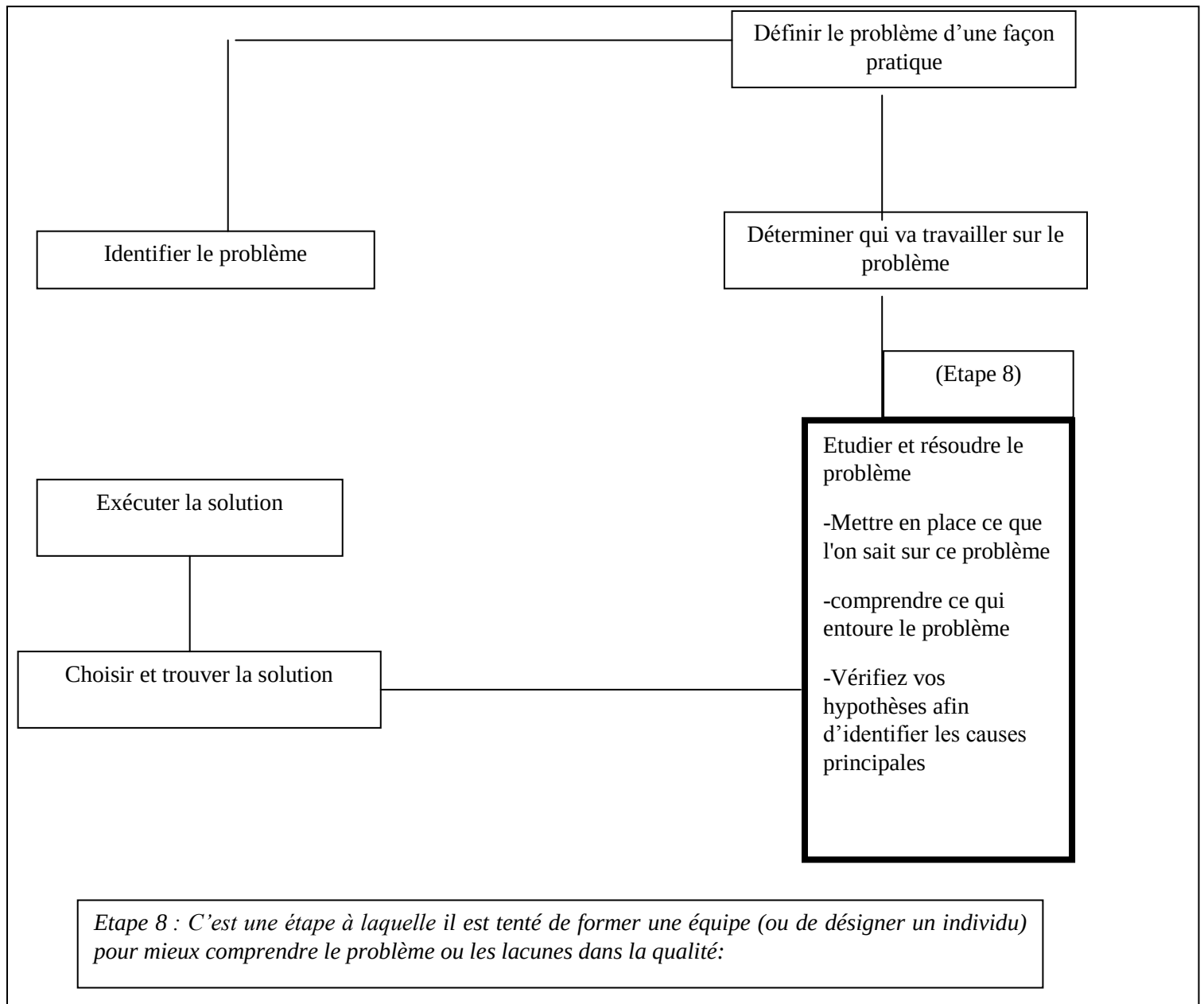
FIGURE 15 DETERMINER QUI VA TRAVAILLER SUR LE PROBLEME :
ETAPE 7



Étape 8: Étudier et résoudre le problème (p.81) ; C'est une étape pour laquelle il faut tenter de former une équipe (ou de désigner un individu) pour mieux comprendre le problème ou les lacunes dans la qualité. Son objectif est d'identifier les principales causes du problème afin de sélectionner la meilleure solution. Pour que cela se produise, selon ce guide, les gens qui identifient le problème et qui pensent tout savoir sur ce problème (y compris les causes), qui ont en tête des solutions, et, qui les mettent en œuvre, trouvent souvent que le problème existe toujours. Pourquoi? Parce qu'ils n'ont pas élargi leur manière de voir, parce qu'ils n'ont

que des hypothèses et pas de vraies informations sur le problème. La démarche, qui sera expliquée ci-après est le point focal indispensable au processus de qualité, car elle répond à la question: Qu'arrive-t-il maintenant en réalité?

FIGURE 16 ETUDIER ET RESOUDRE LE PROBLEME : ETAPE 8



Deux exemples sont annoncés lors de la présentation de cette étape ; seul un exemple est cité: comment améliorer le système de traitement des infections respiratoires aiguës³⁷. Voici comment l'exemple est présenté :

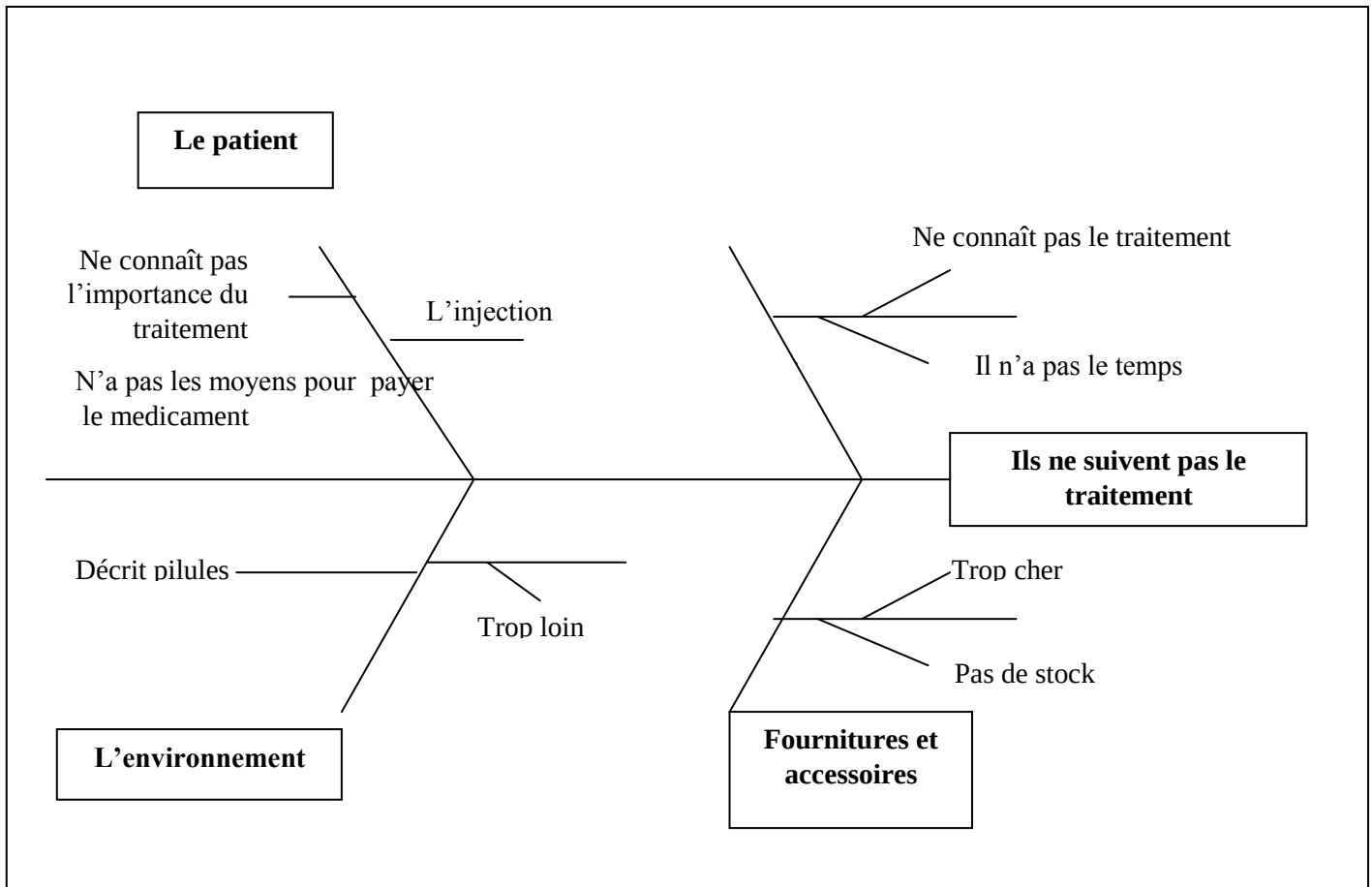
Une réunion comprend le superviseur, l'infirmière, le pharmacien et deux représentants de la communauté afin de discuter de ce qui est connu sur le problème. **Où:** Ils pensent qu'ils n'ont aucune donnée sur l'ampleur des problèmes existants, s'ils touchent tous les patients. Combien de patients n'ont pas commencé le traitement qui leur a été prescrit ? Combien ne l'ont pas terminé? **Quand?** Ils ne savent pas si le problème est saisonnier ou dure toute d'année. **Pourquoi?** En fait les patients ne complètent pas leurs traitements, ils les jettent parfois, d'autres ne vont pas à la pharmacie pour la distribution de leur traitement, il n'y pas de suivi afin de prendre le reste de l'injection, et parfois les patients reviennent à la clinique avec un état de santé pire encore.

Nous voyons que ce problème est présenté de manière incomplète ou autrement dit n'est pas logique, car pendant notre étude empirique pour le mémoire de master recherche nous avons constaté que les patients ont des problèmes pour avoir un rendez-vous pour une consultation. En plus il est connu que les pharmacies dans les hôpitaux ont des stocks de médicaments insuffisants. Alors ce qui n'est pas logique c'est qu'un patient qui a attendu son tour et qui a réussi à avoir un médicament ne complète pas son traitement. Peut-être ce cas est-il inspiré d'un exemple d'un hôpital dans un pays riche ce qui n'est pas la réalité en Egypte. Autrement dit, nous posons la question de savoir si ce cas est vraiment issu d'un cas pilote dans un hôpital égyptien.

Mais voyons où cet exemple va nous mener, Les membres du Comité ont décidé de diriger le processus d'analyse en utilisant le système de cause à effet pour les aider à voir les différents aspects du problème comme le montre la Figure 17, qui est un extrait du manuel et traduite de l'arabe. Ils ont identifié au début les catégories de raisons possibles: le patient, les fournisseurs de soins de santé, l'environnement, les matériaux, les fournitures. Ils ont ensuite utilisé la méthode sélectionnée et l'ont appliquée au système de traitement

³⁷ A noter qu'il n'y pas de lien avec les exemples précédents, ce qui rend difficile le suivi de ce manuel.

FIGURE 17 SYSTEME DE CAUSE A EFFET

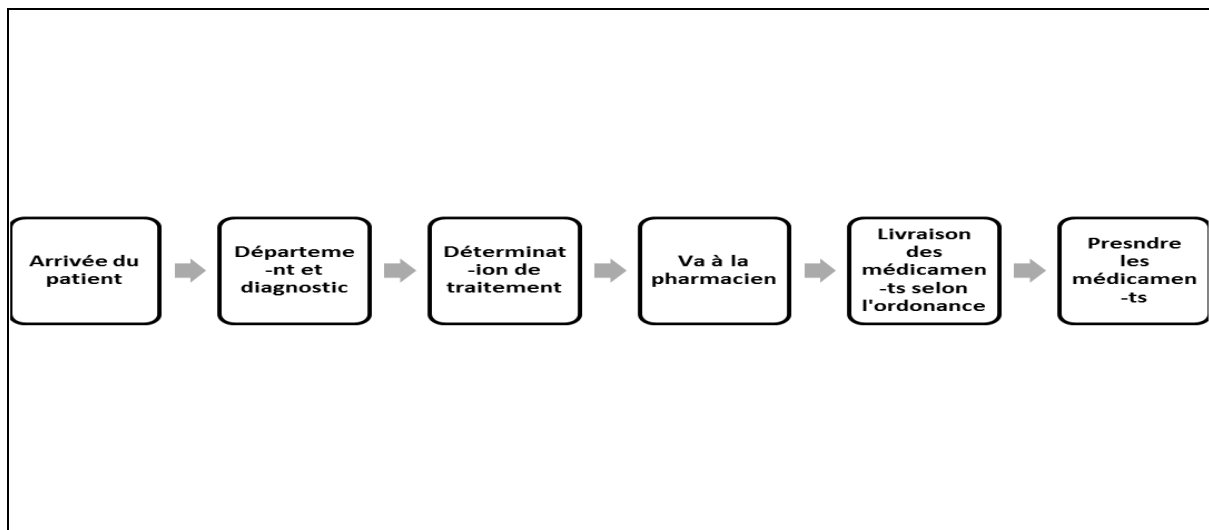


Ensuite ils ont discuté les raisons les plus fréquentes :

- Les patients ne savent pas qu'ils doivent compléter le traitement dont ils ont besoin
- Ils aiment les injections et pas les médicaments
- Personne ne leur explique leur traitement

Les responsables ont dessiné un plan dès l'arrivée du patient qu'ils ont présenté sur le tableau sous forme de « story board » la Figure 18 est un extrait du manuel et traduite de l'arabe

FIGURE 18 STORY BOARD



A noter que dans cette étape, ils n'ont même pas expliqué à quoi correspond le schéma du diagramme en arête de poisson d'Ishikawa, ils n'ont donné aucune référence, ni expliqué à quoi cela sert, et comment cela fait partie d'un système de management de la qualité. Le manuel n'explique pas non plus ce qu'est un story board.

A la fin de cette étape; les responsables de ce projet ont donné quelques remarques :

Il faut faire ce qui suit :

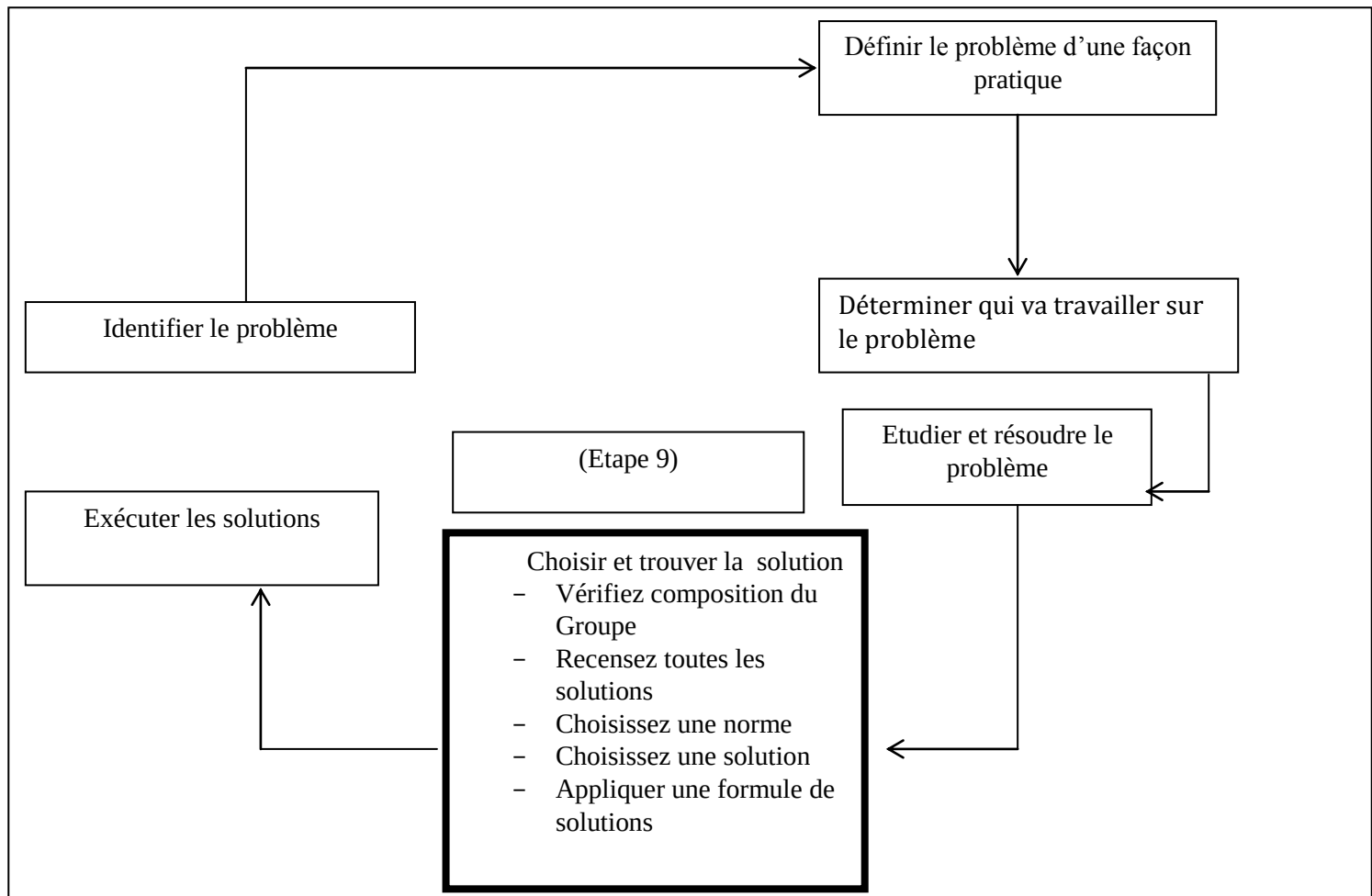
- 1- Éliminer le temps de collecte des informations
- 2- Essayer de passer rapidement à des mesures, sans effectuer la collecte de données

Mais comment prendre des mesures sans collecter l'information nécessaire ?

D'après les auteurs de ce manuel, il est important de savoir quand est ce qu'on doit cesser de chercher, et bien qu'il n'existe pas de règles strictes de telle sorte que chaque problème à sa propre description, il faut bien connaître les principales raisons et les causes de chaque problème

Etape 9 Choisir et trouver la solution (p. 95) ; l'objectif de cette étape est de développer une solution susceptible de résoudre le problème et d'éliminer ses causes comme le montre la Figure 19 A noter que la plupart des équipes et des individus sont soucieux de parvenir à cette étape: « la solution », car c'est la raison cachée derrière les efforts visant à améliorer la qualité - faire mieux les choses.

FIGURE 19 CHOISIR ET TROUVER LA SOLUTION : ETAPE 9



Selon le manuel trouver une solution n'est pas une tâche facile. Beaucoup de solutions échouent parce que les responsables n'ont pas pensé profondément avant de la mettre en œuvre. Il est maintenant temps de choisir une solution après tous ces efforts dans la sélection et l'analyse du problème. La meilleure façon est d'avoir l'esprit ouvert et créatif, et de commencer les travaux en faisant une liste des solutions possibles, puis de passer en revue toutes les alternatives avant de faire un choix, en assurant la sélection et la conception de solution en plusieurs étapes:

- recenser toutes les solutions possibles,
- choisir un critère pour déterminer les meilleures solutions ;
- choisir une solution pour la mettre en œuvre ;
- rendre possible le processus d'élaboration d'une solution ;

Le manuel reprend l'exemple 1 : le régime de traitement des infections respiratoires aiguës. Sur la base des résultats de l'optimum de Pareto (c'est la première fois qu'ils mentionnent ce mot, il s'agit d'une référence à l'économiste PARETO et à l'optimum qui porte son nom ... mais le manuel ne le précise pas).

55% des patients ont rapporté que la taille du médicament est trop grande et qu'ils ne peuvent pas l'avaler.

Les membres de l'atelier ont proposé les options suivantes comme solutions au problème:

- Remplacer les médicaments actuellement utilisés (par un autre plus petit)
- Informer le patient qu'il peut le diviser, ce qui facilite l'ingestion.
- Informer le patient qu'il peut le dissoudre dans l'eau, puis boire.

Pour passer à l'étape suivante le comité doit se poser les questions suivantes: Pouvez-vous faire ce travail? Voulez-vous le faire? Les autres permettront-ils de le faire ?

Si l'équipe a été en mesure de répondre «oui» à toutes ces questions, cela signifie qu'elle est prête à passer à la planification et doit commencer la mise en œuvre, dès que l'équipe estime qu'elle est convaincue de la solution et qu'il existe des incitations suffisantes. S'il y a quelques divergences d'opinion ou un état d'incertitude, le comité doit examiner une fois de plus la solution pour l'améliorer ou pour trouver d'autres solutions.

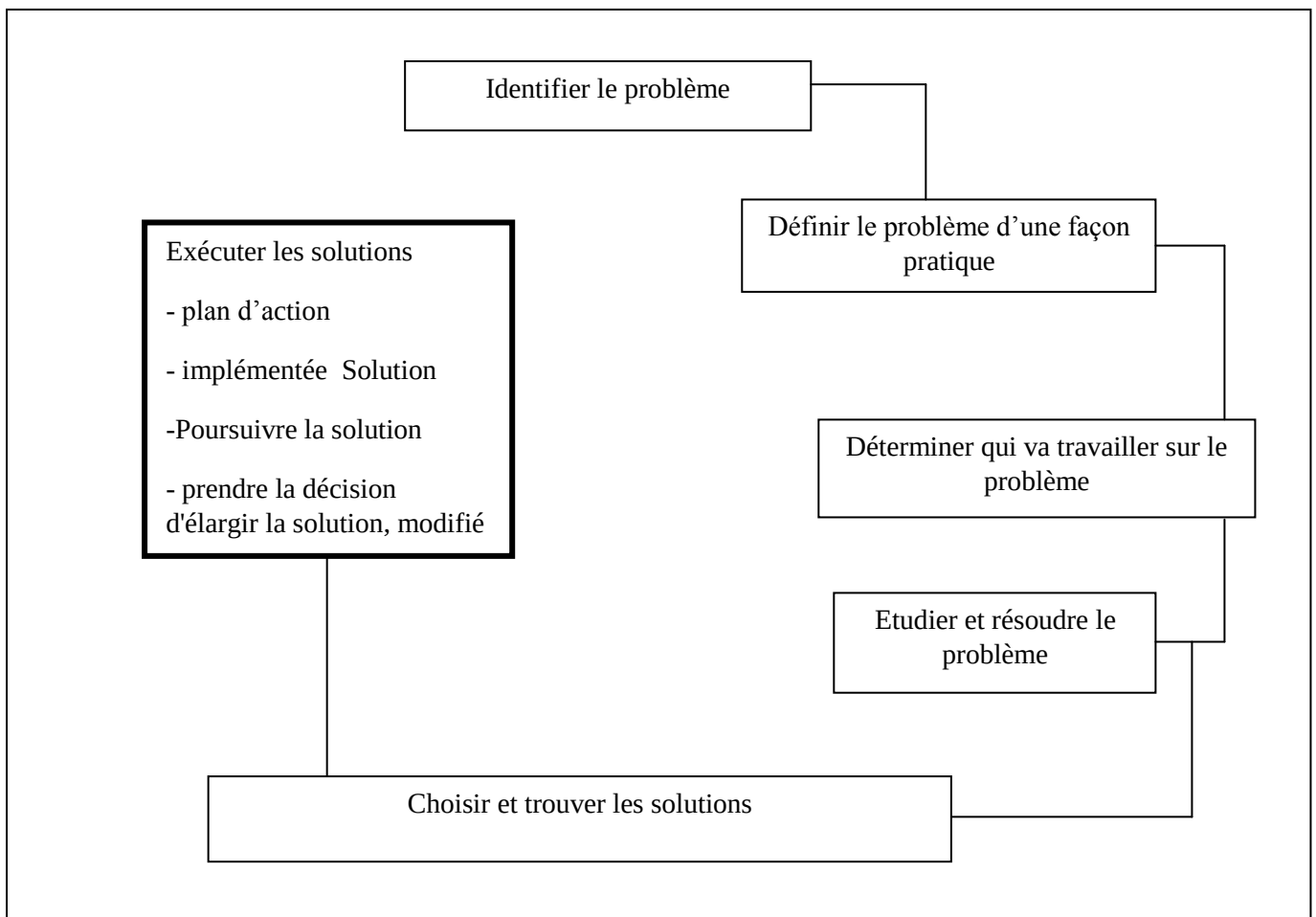
Il est dommage que cet exemple de la taille du médicament soit nouveau et déconnecté de l'exemple de l'étape précédente. Le lecteur aurait pu vouloir que l'exemple des soins aux femmes enceintes soit poursuivi jusqu'au bout.

Étape 10: Exécuter la solution (p102), présenté dans la Figure 20, *le titre n'est pas cohérent avec cette figure qui vise à exécuter la solution et dans le guide à la page 102 le titre de cette étape est de Mise en œuvre et évaluation des efforts visant à améliorer la qualité.*

D'après le manuel améliorer la qualité dépend de la mise en œuvre effective de solutions appropriées. Choisir la solution ne résoudra pas le problème sans la planification, l'exécution et le suivi, et cette dernière étape est connue sous le nom de PDCA ou "Roue de DEMING"

- La planification des modalités de mise en œuvre de la solution (Plan)
- La mise en œuvre de la solution (Do)
- Le suivi pour déterminer l'efficacité et la valeur pratique de la solution (check)
- Les mesures à prendre relative au renforcement des solutions prises en œuvre ou à des corrections éventuelles (ACT).

FIGURE 20 ÉTAPE 10: EXECUTER LA SOLUTION



Après avoir passé en revue ces étapes, il est maintenant temps de faire quelques observations générales. Lors de notre l'analyse de ces étapes nous n'avons pas constaté comment les responsables des hôpitaux vont vraiment ;

- améliorer le niveau de performance jour après jour,
- offrir un meilleur service pour les patients,
- vérifier la satisfaction de tous les clients des différentes catégories,
- s'assurer du bon fonctionnement de l'équipe,
- vérifier la performance économique.

L'exemple de la salle d'urgence n'a pas été complété par les responsables en appliquant ces procédures. Comme nous l'avons montré, il est difficile de suivre les étapes car ce sont à chaque fois, des exemples différents qui sont développés, quand il y a des exemples. Dans cette partie où ils ont expliqué les étapes, beaucoup d'outils sont présentés sans explications, sans références. Certains de ces outils sont expliqués mais pas tous, dans un chapitre séparé après les étapes (et non mentionné dans la table des matières) au lieu d'être avant les étapes, ce qui rend difficile une lecture linéaire (de la 1^{ère} à la dernière page) du manuel.

Phase V: l'assurance de la qualité dans les hôpitaux (p.110)

Son objectif est de s'assurer des travaux de préparation et d'application du programme d'assurance qualité dans tous les secteurs de services cliniques au sein de l'hôpital.

- Soins Infirmiers (interne / chirurgie)
- Services de nutrition
- Services d'urgence
- Section des situations critiques
- Laboratoire
- Services de chirurgie (anesthésie, les opérations)
- Services ambulatoires
- Contrôle de l'infection
- Pharmacie
- Dossiers médicaux

Phase VI: l'élargissement de la base de la réussite (l'expansion) (p.113)

L'objectif de cette phase est de fournir une vision globale de la qualité comme discipline ainsi que l'assurance qualité, afin d'améliorer le niveau de performance jour après jour, d'offrir un meilleur service pour les patients, de vérifier la satisfaction de tous les patients, de s'assurer du bon fonctionnement de l'équipe et de vérifier la performance économique. A la fin de ce manuel, après la phase VI et juste avant les annexes, un chapitre qui n'apparaît pas dans la table des matières est consacré pour une présentation détaillée des outils de résolution des problèmes qui ont déjà été introduits aux phases IV, V et VI :

La Phase IV: l'évaluation de l'assurance qualité

Son objectif est de mettre en place une méthode formelle grâce à laquelle il est possible d'évaluer les réalisations du programme d'assurance de qualité et d'apporter des modifications en fonction de ce qui est découvert. Cette partie propose des indicateurs qui sont tous des ratios avec un numérateur et un dénominateur.

1.2.3 UN RAPPORT D'ETONNEMENT: SYNTHESE

Dans cette sous-section, nous rédigeons un « rapport d'étonnement ». Le rapport d'étonnement consiste à lire le document analysé et de noter systématiquement tout ce que nous trouvons étonnant par rapport à nos connaissances. Ces étonnements sont l'indication d'une question à approfondir : soit relative au document étudié, soit relative à nos connaissances.

La forme La table des matières de ce manuel figure en annexe 2 ni au début, ni à la fin du document. Cette table des matières est très difficile à suivre.

La principale difficulté de l'analyse de ce manuel a été celle d'une lecture linéaire de la 1^{ère} à la dernière page du manuel. Le suivi des phases, des étapes, et des exemples donnés n'est pas évident, les schémas ne sont pas numérotés. Beaucoup d'outils sont présentés sans explications, sans références. De nombreux termes ne sont pas définis, la citation des références n'est pas claire et ne nous a pas permis de trouver les références citées souvent il manque une ou plusieurs informations importantes comme le nom, la date, l'éditeur.

Les auteurs de ce document donnent deux définitions de la qualité et affirment que celle-ci n'a pas besoin d'être expliquée ; une définition de la qualité par l'OMS 1988 ; et une citation de Dr. Donabidan (*sans date*) concernant l'assurance de la qualité.

L'arabe est vraiment difficile à suivre même pour une Egyptienne dont l'arabe est la langue maternelle. Vu la formulation des phrases et les tournures employées nous devinons qu'il s'agit d'une traduction mal faite d'un texte en anglais. Les tournures de phrases et les expressions donnent l'impression d'être anglaises mais écrites avec des lettres arabes. Il n'est pas compliqué d'imaginer que si, pour nous, la lecture de ce texte a été difficile pour les raisons ci-dessus, il en serait de même pour un médecin, une infirmière ou un employé administratif dans un hôpital public. Que leur évoqueront les termes employés et ces tournures de phrase si étranges en arabe ?

Le fonds Outre les problèmes mentionnés au fur et à mesure de notre présentation du manuel, nous avons repéré les problèmes de fonds suivants :

Les responsabilités Lorsque nous consultons l'organigramme « idéal », présenté dans le manuel pour un hôpital nous sommes confrontée à la surprise suivante :

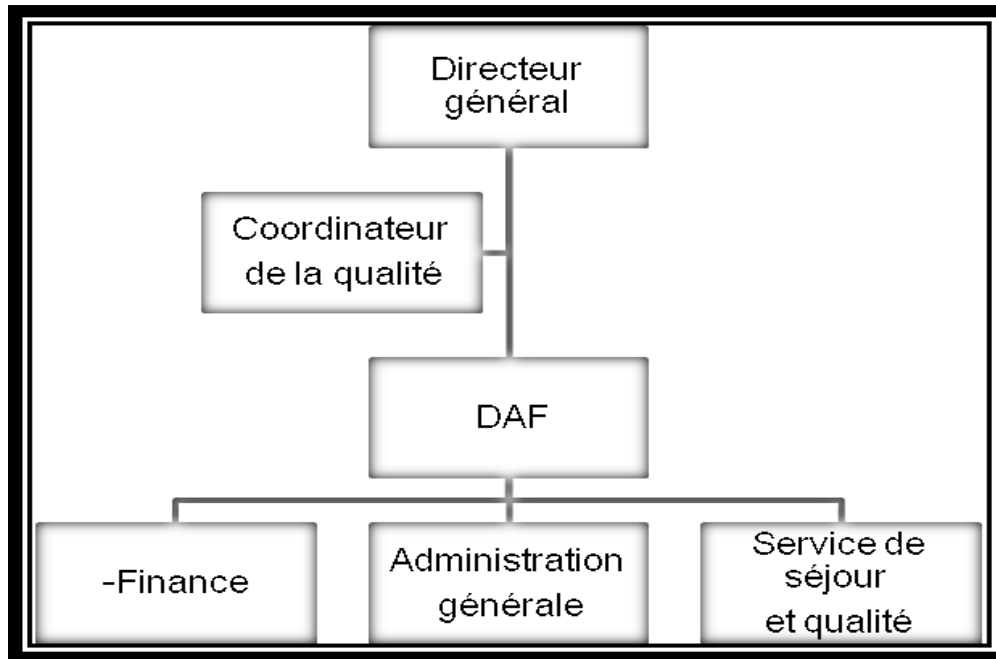
- Il existe un département qualité directement sous l'autorité du directeur général.
- Il existe également sous l'autorité du directeur administratif et financier (DAF) les services suivants : finance, GRH, administration générale et services de séjour hospitalier et qualité

Nous retrouvons donc le département de la qualité sous deux autorités différentes :

- le directeur général
- le directeur administratif et financier

Ceci est illustré dans la FIGURE 21, extrait du manuel

FIGURE 21 LE DEPARTEMENT DE LA QUALITE DANS LE DIAGRAMME DE LA REFORME



Par ailleurs, le manuel présente une démarche sans préciser, qui dans l'organigramme, doit s'occuper de quels aspects de la démarche et à quel niveau hiérarchique

D'autre part dans ce manuel les responsables de ce projet confirment que les hôpitaux qui sont sous la surveillance du ministère de la santé et qui ont appliqué le programme de l'assurance qualité ont évalué et audité leurs systèmes suivants :

- la structure organisationnelle ;
- la planification (*y compris les objectifs et les méthodes d'utilisation des Informations existantes ;*)
- les normes et les manuels, les politiques ;
- la surveillance (systèmes d'information et de son utilisation) ;
- l'identification des problèmes et leurs solutions ;
- la surveillance de l'administration hospitalière ou de la gestion du personnel ;
- la surveillance de l'administration hospitalière et de la formation.

Nous pouvons constater la différence entre ce qui se trouve dans ce manuel et la réalité quotidienne des hôpitaux publics que le travail de terrain du mémoire de master a permis de constater. Rien de ce qui est écrit dans cette liste n'existe dans les hôpitaux publics, sauf quelques rares exceptions sur lesquelles nous allons d'ailleurs nous interroger. On peut donc penser que ce manuel est une première manifestation d'un écart entre le discours sur la

qualité et ce qui se passe dans les hôpitaux public. Ceci nous amène à penser que la conformité d'apparence a été la stratégie la plus largement employée par l'Égypte pour répondre à la demande des bailleurs de fonds (chapitre 1, section 2).

La philosophie du manuel Dans sa philosophie, ce manuel fait l'hypothèse qu'il s'adresse à des personnes ayant l'autonomie, le pouvoir et la formation nécessaire pour effectuer une « autoformation » à la qualité. Dix nouveaux mots sont fournis en anglais, sans traduction, et sans explication.

- | | |
|------------------|-----------------------------|
| - QA Coordinator | - QA Cycle |
| - QA Committee | - Standards |
| - QA Tenets | - Monitoring and evaluation |
| - PDCA | - Problem Solving |
| - QA Program | - PTI |

La formation Le sujet de la formation à la qualité que doivent recevoir tous les personnels concernés est très peu abordée, ce qui nous semble pourtant être une condition préalable. De même le manuel préconise la formation d'un comité d'assurance qualité en précisant que le rôle, la composition et les attributions de ce comité doivent être définis, mais il n'explique pas de quoi il s'agit, ce qu'il doit faire, quelles sont ses attributions et comment il doit fonctionner. Or nous nous demandons quelle est la capacité de l'équipe dirigeante d'un hôpital public égyptien à définir les attributions et la composition d'un comité d'assurance qualité, sans formation préalable. Pourtant le rapport de 1994 de l'OMS souligne l'importance de la formation.

Les indicateurs Ils sont mentionnés sous forme d'une liste mais sans justification. Pourquoi ces indicateurs et pas d'autres et à quoi ça servent-ils ? Aucune réponse n'est apportée à ces questions. Un exemple est décrit dans l'Encadré 5.

ENCADRE 5 DES EXEMPLES D'INDICATEURS

Indicateur n ° 1

Nb. de travailleurs qui ont participé au prog de formation à la sensibilisation pour assurer la qualité /
Le nombre total d'employés au cours de cette période.

Indicateur n ° 2 Nombre de fois où une réunion du comité d'assurance de la qualité a discuté de
sujets d'assurance qualité de l'hôpital au cours de cette période

Indicateur n ° 3 Nombre de membres du Comité sur l'Assurance Qualité dans chaque réunion /
Le nombre de membres du Comité l'assurance de la qualité

Indicateur n ° 4 Activités d'amélioration par le Comité sur l'assurance de la qualité au cours de cette
période. (Est-ce que c'est un indicateur)

Indicateur n ° 5 Taux de satisfaction des patients envers la qualité des services et la qualité des soins
hospitaliers au cours de cette période

Les outils de résolution des problèmes (P.112) Nous y trouvons une partie complètement
séparée comme nous l'avons déjà écrit et qui n'est pas mentionnée dans la table des
matières. C'est une partie qui concerne les outils d'aide à la résolution de problèmes. Les
différents outils sont :

- Analyse de cause à effet digramme en arrête de poissons d'ISHIKAWA
- Analyse des freins et des moteurs à la résolution d'un problème

Le mode de fonctionnement de ces outils n'est pas exploré, ni comment ces outils peuvent
aider à résoudre les problèmes de la qualité dans les hôpitaux. Le lien avec les 5 étapes
présentées précédemment n'est pas évident. Par exemple, la roue de DEMMING est déjà
mentionnée dans l'étape 10. Le manuel annonce que c'est intentionnellement que les outils
sont abordés à la fin, sans explication. Par ailleurs, lors de la présentation des différentes
phases, jamais ce chapitre final n'est mentionné pour que le lecteur puisse s'y référer s'il
souhaite comprendre les outils utilisés. De même aucune référence complémentaire n'est
fournie sur les outils présentés.

En conclusion temporaire, suite à l'étude de ce manuel, nous ne pensons pas qu'il soit
suffisant pour servir de support à un acteur qui décide d'appliquer la démarche qualité. Selon
nous, à ce stade, ce n'est pas l'existence de ce document qui contribue à expliquer les cas de

succès auxquels nous nous sommes intéressée. Au contraire, les imperfections de ce manuel sont plutôt le produit de défaillances institutionnelles auxquelles nous allons maintenant nous intéresser.

1.3 UN MANUEL QUALITE BACLE QUI NE RESOUT RIEN

Après une analyse détaillée du manuel qualité de 1995, replaçons maintenant ce manuel dans son contexte institutionnel. Trois facteurs expliquent la défaillance de ce projet.

La première cause est la faiblesse institutionnelle vue dans la gestion des ressources humaines et la stratégie de formation des personnels de santé. La deuxième cause se traduit par le fait que les offres de soins ne sont pas équitables. La troisième est le résultat des deux premières causes, à savoir une qualité de soin non satisfaisante. Le manuel étudié ne répond pas à ces problèmes, ne reconnaît même pas leur existence et ne propose aucune piste, aucune réflexion sur la manière de mener une politique qualité avec de tels handicaps. En plus de cela, il comporte, comme nous l'avons constaté, de nombreux défauts.

Plusieurs problèmes sont en relation avec la faiblesse institutionnelle constatée dans le système sanitaire égyptien. Comment peut-on mettre en place une réforme qualité avec un système qui souffre d'une faiblesse institutionnelle ? Nous pouvons dénombrer ces faiblesses comme suit : un partage des ressources mal organisé, le cadre juridique qui définit mal qui est responsable de quoi et quels sont les droits et les devoirs respectifs des hôpitaux et des autorités de tutelle, l'ancienneté des textes juridiques interne; les textes qui aident à diriger les hôpitaux, les statuts administratifs et financiers inadaptés au projet de la réforme, le manque de renforcement des capacités de régulation du système de santé, l'insuffisance dans la collecte des données sanitaires, nous la constatons par exemple dans l'absence d'une base de données qui aide au suivi de la consommation des médicaments, ce qui cause une rupture dans les stocks.

CONCLUSION SECTION 1

Comme nous l'avons constaté tout au long de cette section, même dans un environnement institutionnel qui ne présenterait pas de faiblesses, le manuel qualité comporte un grand nombre de défauts. Les exemples sont insuffisamment développés. Ils donnent peu de détails sur les difficultés de mise en œuvre et sur la manière de les résoudre. Chaque phase ou presque comporte un nouvel exemple déconnecté du précédent, alors que l'on aurait aimé suivre le même exemple sur l'ensemble des étapes. Une partie de la terminologie est donnée en anglais, sans explication. Les outils de management de la qualité sont présentés, pas toujours expliqués. Le manuel ne comporte aucune discussion sur la nécessité, ou pas, d'adopter ces outils au contexte égyptien et sur les faiblesses institutionnelles que nous avons signalées dans le chapitre 1, comme si elles n'existaient pas. En conclusion, c'est peut-être une erreur de supposer que l'infrastructure des hôpitaux publics à la fois sur le plan matériel et sur le plan de l'organisation et des ressources humaines permet une utilisation fructueuse de ce manuel. Analogie du sapin de Noël que l'on voudrait planter en plein désert. Mettre en place une réforme qualité dans un tel contexte s'apparenterait ainsi à valoir planter un sapin de Noël en plein désert. Comment s'étonner de l'échec d'une telle tentative.

En outre, sur le plan de la forme, le manuel est écrit dans un arabe peu compréhensible, même pour un natif du pays. Les schémas et les titres des parties sont mal numérotés.

A l'issue de cette analyse, en notre âme et conscience, nous ne pensons pas que le manuel de 1995 ait pu servir de « boîte à outil » qui aurait pu faciliter les cas de succès si certains acteurs avaient fait les choix de l'utiliser. Nous pensons au contraire qu'il s'agit d'un document défaillant, qui est le produit d'un environnement institutionnel défaillant. La section qui suit nous renforcera dans cette conviction.

SECTION 2 UN MANUEL AMERICAIN DE 1992: SOURCE D'INSPIRATION OU « COPIER-COLLER » ?

INTRODUCTION

Notre première section de l'étude de cas documentaire s'intéressait à la présentation et à l'analyse de la 1^{ère} réforme qui a été mise en œuvre en 1995. Notre deuxième partie s'intéresse désormais à étudier un manuel qui traite du management hospitalier aux Etats-Unis. Nous pensons que cet ouvrage représente "typiquement" l'état des connaissances au début des années 1990 sur le management hospitalier en Amérique du Nord, dont le management de la qualité est une partie intégrante. Nous faisons l'hypothèse, très vraisemblablement, qu'il contient l'ensemble des connaissances qu'un consultant américain, spécialisé dans le management de la santé, peut mobiliser pour son travail. Et par la suite nous pensons que les connaissances contenues dans cet ouvrage représentent celles qui ont été utilisées par les consultants américains qui ont aidé le ministère de la santé égyptien à développer les 25 manuels opérationnels sur management de la qualité dont le manuel no.5 a été étudié précédemment. L'objectif de cette section est d'étudier comment ces connaissances sont présentées dans leur contexte d'origine et comment éventuellement, elles ont pu être "transformées" dans le manuel sur la gestion de la qualité dans les hôpitaux développés en Egypte. Nous avons donc effectué une étude comparative des deux manuels.

2.1 ARCHITECTURE DES MANUELS AMERICAIN ET EGYPTIEN

Il apparaît utile de se concentrer sur la structure et le contenu des deux manuels de manière critique afin de comparer leurs approches en matière de qualité et d'assurance qualité afin de voir dans quelle mesure l'hypothèse du « copier / coller » (Pollitt, 2003) se vérifie. Pour rappel, cet auteur affirme que les pays occidentaux offrent des solutions, toutes faites, prêtes à porter, inadaptées aux spécificités des pays visés.

Commençons par une analyse des premières pages des deux manuels sous forme d'un TABLEAU 16 pour faciliter la lecture.

TABLEAU 16 OUVRAGE AMERICAIN/MANUEL EGYPTIEN

Le manuel américain	Le manuel égyptien
Le titre	
Managing Health Services Organizations	Projet de développement des hôpitaux « Manuels opérationnels. »
Les Auteurs	
Beaufort B. Longest, Jr., Ph.D, Fache Université de Pittsburgh Kurt Darr, J.D., Sc.D, FACHE Université de George Washington Jonathon S. Rakich, PhD Université d'Akron	Ces manuels ont été développés en collaboration avec USAID, Université Research Corporation, Bric hand Davis International, American Project Hope et Washington Healthcare International Corporation.
Les éditeurs	
the Health Professional Press HPP ³⁸	Ministère de la santé égyptienne
Année de publication	
1992	1995
Présentation général	
Il se présente sous la forme d'un livre de 699 pages... divisé en 7 parties. Chaque partie est divisée en plusieurs chapitres. Nous présenterons la partie V étant donné que c'est la partie qui s'intéresse à la qualité c'est-à-dire " la résolution de problèmes, l'amélioration de la qualité et le contrôle des services de santé " cette partie est divisée en trois chapitre. <u>Chapitre 10</u> : la gestion de la résolution de problèmes et la prise de décision. <u>Chapitre 11</u> : la qualité et l'amélioration de la productivité. <u>Chapitre 12</u> : le contrôle, la gestion des risques, l'amélioration et l'allocation des ressources.	Il se présente sous la forme de 25 manuels opérationnels portant sur le management hospitalier. Ce qui nous intéresse dans notre recherche c'est le manuel no.5 qui est à notre disposition et qui traite de la qualité et de l'assurance qualité dans les hôpitaux publics égyptiens comme nous l'avons présenté Ce manuel se compose de 168 pages écrites en arabe littéraire standard et se divise en parties et sous parties.

³⁸HPP éditeur aux Etats-Unis, publie des états de l'art pour les professionnels intéressés par les thèmes du bien-être et par la gestion des soins de santé.

2.2 CE QUE RACONTE LE MANUEL AMERICAIN SUR LE MANAGEMENT DE LA QUALITE

Intéressons-nous au contenu des chapitres 10 à 12 et comparons-le au contenu équivalent que de nous avons pu identifier dans le manuel égyptien.

Chapitre 10: la gestion de la résolution de problèmes et la prise de décision

Chapitre 11: la qualité et l'amélioration de la productivité

Chapitre 12: le contrôle, la gestion des risques, l'amélioration et l'allocation des ressources

2.2.1 LA GESTION DE LA RESOLUTION DE PROBLEMES ET LA PRISE DE DECISION: CHAPITRE 10

Ce chapitre se concentre sur la résolution des problèmes et la prise de décision à l'hôpital. Les auteurs expliquent comment la résolution de problèmes est une activité que les gestionnaires, les directeurs de ces établissements effectuent en permanence pour amener à des changements accrus et efficaces, afin d'avoir les résultats souhaités. En plus cette partie précise la distinction entre la résolution de problèmes et la prise de décision, ainsi que les types de décisions de gestion qui sont décrites et bien définies. Les conditions qui admettent la résolution de problèmes sont les opportunités/ les menaces, les crises, les écarts, et l'amélioration. Les activités de résolution de problèmes ou de mesures, présentées d'une façon détaillée, comprennent les éléments suivants: l'analyse du problème (y compris le problème de la reconnaissance et la définition), les hypothèses, l'identification de solutions alternatives, la solution alternative par rapport à l'évaluation, des critères de décision, la sélection d'une solution de rechange, et la mise en œuvre et l'évaluation des résultats. Les attributs de chaque étape et les implications pour le gestionnaire sont discutés.

Un certain nombre de facteurs influent sur le processus de résolution de problèmes et de la qualité des résultats, tels que l'expérience et les valeurs ainsi que les facteurs liés à la situation, tels que l'urgence, les facteurs externes liés à l'environnement hospitalier, tels que les contraintes juridiques et la concurrence, et les facteurs internes à l'hôpital, y compris les objectifs et la culture.

Les auteurs de ce manuel ont bien précisé qu'au sein de chaque établissement il doit y avoir un groupe de travail pour la résolution de problèmes, ainsi que des cercles de qualité qui sont

décrits comme une technique officialisée pour la résolution de problèmes, en particulier dans le cadre de l'amélioration de la qualité.

Cette partie de ce livre met l'accent sur la participation des salariés, non seulement pour améliorer la qualité, la définition du problème et sa résolution, mais également pour augmenter leur engagement à l'hôpital.

2.2.2 LA QUALITE ET L'AMELIORATION DE LA PRODUCTIVITE: CHAPITRE 11

Le chapitre 11 s'intéresse au changement des hôpitaux en matière de qualité et son influence sur les services offerts. Il explique comment la qualité doit intégrer la volonté du patient et la façon dont les attentes des clients sont satisfaites.

La philosophie d'amélioration continue (CDI³⁹) est décrite et modélisée. Le CDI est défini comme un processus continu, qui engage les gestionnaires et les employés à l'amélioration de la qualité et les implique dans le suivi et l'évaluation de toutes les activités hospitalières : les intrants, les processus et les sorties pour les améliorer.

Le CDI est un modèle qui repose sur deux piliers:

- 1- l'amélioration de la qualité de la sortie,
- 2- l'amélioration des processus.

Grâce à ces deux piliers, l'amélioration de la productivité PI (Productivity Improvement) se produit pour que l'hôpital ait une position concurrentielle renforcée et l'amélioration de la qualité des soins.⁴⁰

En outre, le profil de trois experts de qualité; W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, et Philip B. Crosby – est présenté. La présentation des profils de ses experts a été un moyen de mobiliser, à travers cette présentation, différents outils et de bien les situer dans leur contexte historique : à quelle époque ont-ils été créés, par qui, dans quelle organisation ?.

Deux modèles d'amélioration des processus sont présentés, le FOCUS-PDCA (FOCUS; Find, Organize, Clarify, Understand, select) (PDCA : Plan, Do, Check, Act) et le QMMP (Quality Measurement and Management Project).

³⁹ Clinical documentation improvement

⁴⁰ A ce stade on peut déjà faire remarquer que l'amélioration de la position concurrentielle s'inscrit dans un contexte typiquement Nord-Américain

Les deux sont similaires. Ils proposent des mesures pour améliorer les processus. Diverses approches de la PI sont présentées: l'analyse et l'amélioration des systèmes de travail, la conception des postes de travail, la planification des capacités, le contrôle de la production, la planification et la distribution de matériaux.

2.2.3 LE CONTROLE, LA GESTION DES RISQUES, L'AMELIORATION ET L'ALLOCATION DES RESSOURCES: CHAPITRE 12

Le contrôle, la gestion des risques, l'amélioration et l'allocation des ressources sont présentés tout au long du chapitre 12. Le contrôle comprend la collecte de l'information et la surveillance des activités hospitalières, en comparant la réalité et les résultats escomptés. Il comprend aussi les mesures correctives, réalisables, par l'introduction de changements dans les intrants ou dans le processus. Les auteurs mettent bien l'accent sur le fait que le contrôle dépend en grande partie de la planification⁴¹.

Ce chapitre indique également comment élaborer les normes et les objectifs de productivité. Les résultats sont basés sur les plans organisationnels et les objectifs. Les trois points de surveillance sont:

- 1- les résultats, ou le contrôle a posteriori,
- 2- les procédés, et la comparaison avec les concurrents,
- 3- les intrants, où l'organisation peut être prospective.

Dans ce chapitre, le modèle de contrôle intègre le CDI et utilise une approche systématique pour contrôler les hôpitaux. Les résultats souhaitables / la performance doivent dépasser les normes/les attentes, ce qui encourage l'amélioration continue dans les établissements.

Le contrôle de l'information doit se développer. Une gestion efficace des systèmes d'information est essentielle pour que les gestionnaires soient capables de planifier, de résoudre le problème, de contrôler et d'allouer de façon appropriée les ressources. En ce qui concerne les systèmes d'aide à la décision médicale et leur extension, ils aident les gestionnaires et les cliniciens à exercer un plus grand contrôle sur les activités de l'hôpital et la qualité des soins. La gestion des risques est une structure et une méthode de contrôle des programmes importante à l'hôpital. L'évaluation de la qualité et l'amélioration des éléments de contrôle est partiellement ou totalement intégrée à la gestion des risques.

⁴¹ Bien que le mot "management control" ne soit jamais utilisé, on retrouve ici les attributs ou contrôle de gestion

Pour les auteurs le contrôle n'est pas le hasard. Le budget est le moyen le plus répandu, parmi les méthodes traditionnelles de contrôle. Les budgets sont des plans chiffrés qui montrent les ressources disponibles pour les hôpitaux et les plans d'activités. D'autres méthodes de contrôle utilisables sont présentées, comme l'analyse financière et l'analyse des ratios.

Les auteurs indiquent dans ce chapitre, que la programmation est une méthode particulièrement pertinente pour la planification de projets.

A travers des études de cas et des questions de réflexion, ce manuel donne une vision concrète, appliquée, de l'utilisation efficace des ressources par le changement des systèmes, qui a son tour permet aux gestionnaires de comprendre théoriquement les effets des changements dans des activités telles que les flux de matériaux, la capacité de conception, les dotations en personnel, de services aux patients, les délais d'attente, et la réaffectation de lits entre les services. A partir de résultats simulés, les ressources peuvent être affectées ou réaffectées, assurant ainsi un plus grand contrôle sur leur utilisation. Après avoir présenté les trois chapitres qui traitent la qualité et les outils utilisés dans le livre américain, désormais, nous présentons une analyse comparative des deux travaux (égyptien/américain), la manière dont une question identique est traitée, dans le manuel américain, puis dans le manuel égyptien.

2.3 LES INDICES D'UN MAUVAIS « COPIER-COLLER »

Le meilleur résumé de la comparaison serait de conclure que le manuel égyptien est une mauvaise copie du manuel américain, de laquelle on a retiré les explications les plus importantes.

Nous présentons les deux éléments de cette conclusion.

- 1- le plagiat : l'introduction du manuel égyptien est plagiée sur l'introduction du manuel américain. Les phrases sont traduites telles quelles et inchangées. L'ouvrage de référence américain n'est pas cité dans le manuel égyptien, mais aucun doute n'est possible. Ceci valide l'hypothèse que nous avons faite selon laquelle les consultants qui ont travaillé sur le manuel égyptien avaient entre les mains le manuel américain. Les phrases ci-après que nous avons traduites en français, sont identiques dans les manuels égyptiens et américains. Il ne s'agit pas d'un exemple isolé.

« Les employés des hôpitaux doivent être capables d'améliorer la qualité d'une façon continue. Beaucoup de gestionnaires n'ont pas de temps, particulièrement pour les cadres supérieurs à consacrer à la résolution des problèmes. Pour eux, la résolution des problèmes n'est souvent pas facile et peut être trop longue. Souvent, les situations sont complexes, non structurées, non routinières, et parfois au-delà du contrôle direct du directeur »

- 2- A chaque fois que le manuel américain développe un schéma ou présente un outil, c'est toujours accompagné de commentaires. Ce n'est pas le cas du manuel égyptien.

Nous pouvons aussi constater que l'évaluation des résultats est absente du manuel égyptien.

Reprenons d'autres exemples pour la résolution des problèmes de base illustrée dans le

Tableau 17.

**TABLEAU 17 L'EVALUATION DES RESULTATS, MANUEL
EGYPTIEN/AMERICAIN**

Manuel américain	Manuel égyptien
- Analyser et identifier le problème - Faire des hypothèses - Evaluer les alternatives et appliquer les critères de la décision - Choisir les alternatives de solution qui répond le mieux aux critères - Mise en œuvre - Evaluation des résultats.	- Identifier les problèmes et les possibilités d'amélioration - Définir le problème d'une façon pratique - Déterminer qui doit travailler sur le problème - Etudier et résoudre le problème - Choisir et trouver la solution - Exécuter les solutions

En ce qui concerne les outils utilisés dans les deux manuels, à chaque fois que le manuel américain utilise un de ces outils, il présente ses avantages et ses inconvénients tout en expliquant son mode d'utilisation. Par contre dans le manuel égyptien, le nom de l'outil est simplement mentionné en donnant un exemple sans aucune clarification. Reprenons les outils utilisés dans les deux manuels :

- 1- Roue de DEMING (PCDA)
- 2- Diagramme d'Ishikawa (en arête de poisson)
- 3- Monitoring

2.3.1 LA ROUE DE DEMING

Le Tableau 18 effectue une comparaison qui nous montre à quel point le manuel égyptien annonce les outils sans aucune clarification ou explication ce qui n'est pas le cas chez le manuel américain.

TABLEAU 18 ROUE DE DEMING, MANUEL AMERICAIN/EGYPTIEN

Manuel américain	Manuel égyptien
- Introduction sur Edwards Deming - Deming réaction en chaîne « qualité, coût, amélioration de la productivité, position concurrentielle ». - Ce manuel utilise non seulement la roue de DEMING mais aussi le FOCUS-PDCA⁴² (voir Annexe 3)	« Améliorer la qualité dépend de la mise en œuvre effective de solutions appropriées. Choisir la solution ne résoudra pas le problème sans la planification, l'exécution et le suivi, et cette dernière étape est connue sous le nom de PDCA ou "Roue de DEMING" » Aucune explication n'est fournie sur DEMING ni sur la structure PDCA

2.3.2 LE DIAGRAMME EN ARETE DE POISSON

De même le Tableau 19 nous montre le manque de référence dans le manuel égyptien et comment un même outil est traité de deux façons différentes pour même contexte, le contexte hospitalier et durant la même époque les années 1995

TABLEAU 19 DIAGRAMME EN ARETE DE POISSON, MANUEL EGYPTIEN/AMERICAIN

Manuel américain	Manuel égyptien
Ce manuel explique ce diagramme avec une figure détaillée, tout en précisant que ce diagramme doit être dessiné après une session de brainstorming	Cette partie ne donne aucune référence, ni explication de ce à quoi il sert, et comment cela fait partie d'un système de management de la qualité.

⁴² Le nom technique est le cycle de Shewhart, du nom de Walter Shewhart, qui l'a développé. En raison des travaux du Dr. Deming, il est connu sous le nom de cycle de Deming au Japon

A noter que deux outils ne sont pas repris dans le manuel égyptien

- Le Diagramme de Pareto qui sert à classer les phénomènes par ordre d'importance, 80% des effets sont dus à 20% des causes. Autrement dit les 20% des facteurs expliquent 80% des résultats. De cette répartition nous pouvons distinguer quels sont les problèmes plus importants que d'autre afin de donner des priorités et concentrer l'action sur des cas critique et sévères pour les résoudre
- Le Diagramme de dispersion (nuage de points) qui sert à déterminer la relation entre deux variables ex. le taux de la mortalité et les interventions chirurgicales.

CONCLUSION SECTION 2

Pour conclure la deuxième section de notre étude de cas documentaire, de comparaison entre les deux manuels, nous affirmons que le gouvernement égyptien n'a pas suffisamment étudié ou fait étudier aux employés les différents concepts pour faire réussir le nouveau système. La superficialité du gouvernement égyptien a mené cette réforme à l'échec. Il n'a pas étudié :

- 1- Comment être conforme aux règles
- 2- Comment inciter les employées à utiliser des nouvelles règles, concepts, culture comme la culture de la qualité
- 3- Comment maîtriser les coûts, ex. l'assurance médicale
- 4- Comment faire pour satisfaire des exigences latentes

En conclusion, la question, de recherche que nous avons posée, celle du succès de la démarche qualité dans certains services d'hôpitaux publics devient d'autant plus intéressante que l'analyse des manuels égyptiens et américains nous amène à affirmer que les bases de la culture qualité n'ont jamais été posées dans les hôpitaux publics égyptiens.

Ce travail nous permet de valider l'hypothèse selon laquelle les démarches qualité que le gouvernement égyptien a tenté de mettre en œuvre sont issues d'un contexte nord-américain et n'ont pas été adaptées au contexte égyptien. En plus les éléments suivants poussent à valider cette hypothèse, à savoir:

- l'intervention de consultants américains;
- la relative proximité des thèmes abordés dans les deux manuels ;

- les cas de "copier-coller" manifestes que nous avons identifiés, nombreux et troublants.

Malgré ce copier-coller, il apparaît que le manuel égyptien ne retient du manuel américain que ses aspects les plus superficiels à savoir:

- Le vocabulaire spécialisé, sans toujours l'expliquer
- Les abréviations, sans les expliquer par exemple:
 - QA Coordinator
 - QA Committee
 - QA Tenets
 - QA Cycle
 - Standards
 - Monitoring and evaluation
 - Problem Solving
 - PTI
 - PDCA
 - QA Program
- Les outils, sans montrer comment ils peuvent être appliqués.

D'après notre recherche bibliographique, ce manuel américain a été mis à jour. Une nouvelle édition est parue sur le marché en 2008. Cela signifie une vraie continuation de ce qui a été commencé en 1992. Dans la nouvelle édition du manuel américain de 2008, se trouvent

- 56 études de cas, nouvelles ou révisées
- Une mise à jour sur les technologies de la santé
- Plus de chiffres et de tableaux
- De nouvelles questions à débattre sur les évaluations proposées
- Une révision détaillée avec les cas qui ne sont pas inclus dans le texte
- Un index
- Une bibliographie complète non seulement après chaque partie mais aussi après chaque chapitre.

Le manuel égyptien n'a jamais été mis à jour; une autre réforme est venue se rajouter et remplacer la précédente avec un manuel totalement différent que nous allons aborder dans la troisième partie de notre étude de cas documentaire.

L'affirmation de Pollitt (2003) selon laquelle l'introduction du concept d'application du NPM dans les PVD propose des solutions toutes faites, sans adaptation en adoptant un système de « copier-coller » sans réflexion d'outils créés dans des pays développés se trouve largement confirmée par notre étude de cas.

SECTION 3 CHANGEMENT DE STRATEGIE: LA REFORME 2007

INTRODUCTION

Les sections 1 et 2 ont été l'occasion, à partir de documents externes, d'identifier la genèse de la première réforme qualité dans les hôpitaux publics égyptiens. L'analyse du manuel issu de cette première réforme montre qu'il est le produit d'un environnement institutionnel qui a été incapable de faire fonctionner cette réforme. Il n'est en aucun cas une boîte à outil miracle qui pourrait expliquer les rares cas de succès rencontrés. La comparaison avec un manuel de référence américain dans la section 2 vérifie l'hypothèse du « copier-coller ». Désormais, dans la section 3, nous explorons notre dernier document externe intitulé « Hospital, primary care and ambulatory care standards for healthcare organizations », issu du Ministère de la santé égyptien avec la collaboration d'une organisation qui s'appelle ISQua (International Society for Quality in Health Care). Il s'agit d'un organisme sans but lucratif, organisme indépendant qui compte des membres dans plus de 70 pays. A noter que l'ISQua travaille à fournir des services pour guider les professionnels de la santé, les fournisseurs, les chercheurs, les décideurs et les consommateurs à atteindre l'excellence dans la prestation des soins à toutes les personnes, et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins⁴³, en offrant un modèle d'évaluation externe qui inclut l'accréditation. Ce manuel marque un changement de stratégie dans les tentatives pour imposer le management de la qualité dans les hôpitaux égyptiens.

Nous reprenons la même structure d'analyse que pour la première réforme. Nous nous intéressons en premier lieu à l'origine de cette réforme, son mode de financement en nous appuyant sur l'article de Rafeh *et al.*(2006) publié par l'USAID. Nous analysons aussi le document original de la réforme issu du ministère de la santé égyptien (2007), et à la fin nous présentons les résultats de ce projet de réforme en nous appuyant sur les deux documents cités avant et sur le dernier discours égyptien sur cette réforme par El Hosseiny, (2010).

⁴³ ISQua a un bureau international à Dublin, en Irlande, avec le soutien du ministère de la santé et de l'enfance en Irlande. La Société est un organisme sans but lucratif, organisme indépendant, Géré par un Conseil exécutif qui est élu tous les deux ans. Membres actuels du Conseil sont l'Amérique du Nord, d'Europe et d'Asie / Pacifique. <http://isqua.org/2008>.

3.1 L'ACCREDITATION COMME NOUVELLE STRATEGIE

Selon Rafeh *et al.*(2006), l'USAID est un partenaire important dans le financement et l'organisation des réformes de la santé dans les pays en voie de développement. En Egypte, un projet a été lancé et qui sur cinq ans (2000-2005) sous le nom du PHRplus, met l'accent sur la participation communautaire, la surveillance des maladies infectieuses, et la mise en place un système d'information qui prend en charge la gestion et la prestation de services de santé appropriés aux patients.

Le manuel d'accréditation publié en 2007, dans le cadre de la deuxième réforme qualité lancée par le ministère de la santé, est un produit de ce projet PHRplus. Il marque la volonté de mettre les hôpitaux sous pression en les obligeant à être accrédités pour fonctionner.

Les objectifs de ce nouveau projet (PHRplus) ont été identifiés par Rafeh *et al.*(2006). et selon le ministère de la santé égyptien (2007) et auraient dû être les suivants :

- la mise en œuvre d'une réforme appropriée au système de santé égyptien ;
- la production des nouveaux modes de financement pour le système de santé, ainsi que l'utilisation efficace des fonds et des ressources existants ;
- la conception et la mise en œuvre d'un système d'information sanitaire qui aide à la surveillance des maladies ;
- la qualité des services offerts par les personnels de la santé aux patients ;
- l'utilisation appropriée des produits de santé disponible ;

Plusieurs étapes importantes avaient dû être réalisées lors de la conception de ce programme, nous en citons certaines :

- développer, définir le rôle et les responsabilités de la structure organisationnelle égyptienne au sein des hôpitaux en adoptant les principes du 'NAB⁴⁴' qui dirige et supervise tous les programmes d'accréditation ;
- former les groupes de enquêteurs/auditeurs afin d'identifier ceux qui sont qualifiés pour être certifiés ;
- développer les programmes de formation pour former les futurs auditeurs ;

⁴⁴ NAB :National Accreditation Board, en Egypte

- élaborer des normes hospitalières et tester leur validité et leur applicabilité dans certains hôpitaux secondaires et tertiaires ;
- réviser les normes de SSP⁴⁵ pour identifier les normes hospitalières applicables.

Lors de ce projet, cinq cas pilote ont été choisis et ont pu rejoindre le programme d'accréditation

- représentant des CHU → Hôpital obstétrique et gynécologie, Université d'Ain Shams ;
- représentant des hôpitaux d'enseignement → Al Galaa ;
- représentant des hôpitaux spécialisés → Hôpital Abbassia pour les maladies pulmonaire ;
- représentant des hôpitaux privés → Hôpital El Sherouk ;
- représentant des MOHP → Hôpital Monsheyet El Bakry.

L'article de Rafeh et *al.*(2006), et les publications du ministère de la santé sont toutefois rédigés de manière ambiguë. Difficile à savoir si les objectifs annoncés pour 2000-2005 ont vraiment été atteints ou pas. Nous sommes en tout cas surpris de découvrir que les cinq cas pilote présentés pour rendre compte des résultats pour Rafeh et *al.*(2006) ne sont pas les mêmes que ceux qu'ont été présenté par le ministère de la santé dans un rapport de 2010.pour rendre compte de l'état d'avancement. Selon El Hosseiny (2010), ces cas sont les suivants :

- Institute Nasser
- Dar El Shefa
- El Helal
- El Salam
- Al Haram

Ces hôpitaux présentés comme des cas pilotes de la mise en place d'un système d'accréditation avaient en fait, bien avant la réforme de 2007, la réputation d'être des cas de succès.

⁴⁵ Soins de santé primaires

3.1.1 L'ORIGINE DE LA DEUXIEME REFORME

En 2003, le ministre de la Santé et de la Population a lancé un programme national d'accréditation par un décret ministériel n° 271. Ce décret a fait appel à la création d'un Conseil National d'Accréditation (NAB) et un comité exécutif pour aider le PHRplus à fournir une assistance technique pour développer et tester des normes d'accréditation et de renforcer la capacité institutionnelle pour le programme. La mise en place de l'accréditation au sein du système de santé égyptien était un choix d'orientation pour la mise en place d'une deuxième réforme qualité.

La procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins délivrés aux patients. Cette procédure devait être conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé, sous l'autorité du ministère de la santé égyptien.

Selon le manuel de l'accréditation, publié à l'occasion de cette deuxième réforme, en 2007, les établissements hospitaliers égyptiens sont soumis à une transformation dans leur environnement institutionnel puisqu'ils sont obligés de se soumettre à une bonne gouvernance par la mise en place d'une réforme qualité, de telle sorte que cette réforme aide à améliorer la performance de l'hôpital. Cette réforme a été divisée en 3 phases;

- **Phase 1 :** Elle a duré d'août 2006 à décembre 2007, son objectif était de développer des programmes de formation et des stages pour les employés des hôpitaux choisis comme cas pilotes, de guider ces hôpitaux en utilisant les nouvelles normes, de les aider à mettre en place des plans d'action de développement et de développer des indicateurs de performance pour le suivi de ces hôpitaux.
- **Phase 2 :** elle a duré de janvier 2008 à septembre 2009, son objectif était de mettre en œuvre les formations développées lors de la première phase 1, de commencer l'évaluation initiale des hôpitaux qui ont mis en œuvre les normes qualité exigées dans la réforme, de mettre à jour les normes de la qualité de service dans les cas pilote.

- **Phase 3** : elle devait durer d'octobre 2009 à décembre 2010; selon les responsables du ministère de la santé, les 2 premières phases ont été exécutées et finies dans le temps prévu. Cette troisième phase, jusqu'à fin 2011, n'était pourtant pas encore terminée. Cette phase a été commencée avec l'assistance des organisations internationales, qui devaient aider le gouvernement égyptien à préparer l'environnement institutionnel égyptien pour mettre en place le programme d'accréditation d'ISQua.

3.1.2 LE MODE DE FINANCEMENT ET LA NEGOCIATION DE LA REFORME

Selon les interlocuteurs que nous avons rencontrés au ministère de la santé⁴⁶, et selon les informations fournies par le site du ministère de la santé égyptien, plusieurs intervenants ont été impliqués dans le processus de négociation afin de déterminer les objectifs et le contenu du projet de réforme du secteur de la santé. Le financement initial pour le développement de l'accréditation de soins de santé (1997-2000) et plus tard pour le développement de l'accréditation des hôpitaux (2003-2005) ont bénéficié de l'assistance de l'USAID. Le manuel que nous allons étudier a été construit grâce à une combinaison de financements multilatéraux (World Bank, Union Européenne, Asian Development Bank (ADB), et bilatéraux (USAID). Il a été publié par le ministère de la santé égyptienne et intitulé « Soins de santé égyptiens, Organisations d'accréditation, Normes pour les Hôpitaux ». Il est daté de Juillet 2007. En complément de l'assistance économique et technique des organismes internationaux, différents acteurs nationaux ont participé à la négociation sur cette réforme (le ministère de la santé, les ONG, le ministère des finances). Ils ont insisté sur le fait que les organismes multilatéraux de crédit doivent jouer un rôle important dans la détermination du contenu de la réforme du secteur de la santé afin de se conformer aux spécifications du prêt. « Presque 2 % des dépenses nationales totales de santé proviennent de l'aide extérieure. Les agences multilatérales : Banque mondiale, Banque africaine de Développement et Union européenne - fournissent une aide destinée particulièrement à la réforme du secteur de la santé. Les Etats-Unis d'Amérique sont le partenaire bilatéral le plus important. (OMS, 2010).

⁴⁶ Deux médecins qui travaillent dans un hôpital sous l'autorité du ministère de la santé.

3.2 UNE PRESENTATION GENERALE DU MANUEL DE 2007

Le programme d'accréditation en Egypte est conçu comme un modèle « quasi-public ». Ceci indique qu'il est un programme indépendant du gouvernement qui inclut tous les acteurs du secteur de la santé. Ce manuel est présenté sous forme de tableaux avec des standards et des abréviations comme le montre le Tableau 20.

Tableau 20 DESIGN DU MANUEL 2007

	Score		Standards
			- Les droits et les responsabilités des patients
A	MNNN	PR 1 ⁴⁷	Les procédures et les politiques définissent au moins les droits des patients suivants
		PR 1.1	Définis par la législation et la réglementation
		PR 1.2	Droits d'accès aux soins s'ils sont fournis par l'organisme

Ce manuel se compose de 13 chapitres comme le montre l'Encadré 6

ENCADRE 6 LES CHAPITRES DU MANUEL DE 2007

- 1- Le droit du patient et ses responsabilités, l'éthique de l'organisation (PR)
- 2- L'accès des patients et l'évaluation des patients (AP, AP)
- 3- La fourniture des soins, des services de diagnostic, banque de sang et services de transfusion, procédures invasives, les patients et l'éducation familiale (PC, DS, BB, IP, PE)
- 4- La gestion des médicaments (MM)
- 5- La sécurité des patients, le contrôle des infections, et la sécurité environnementale (PS, IC, ES)
- 6- La lutte contre l'infection, la surveillance et la prévention de sécurité –
- 7- Les installations et de l'environnement
- 8- Le système d'information (GI)
- 9- L'amélioration des performances (PI)
- 10- La gestion de l'organisation (OM, RH, NS, MS)
- 11- Les ressources humaines
- 12- Le personnel médical
- 13- L'implication communautaire

⁴⁷ PR Patient rights

A la fin de ce manuel figure un glossaire, qui contient des définitions (sans explications) des termes utilisés dans le manuel. Ces définitions ont été copiées de deux références : le glossaire de ISQua (2006) et le manuel JCAHO (2006). *Comprehensive accreditation manuel for hospitals, the official handbook*, (2006).

3.2.1 LE DESIGN DE LA REFORME SELON LE MANUEL

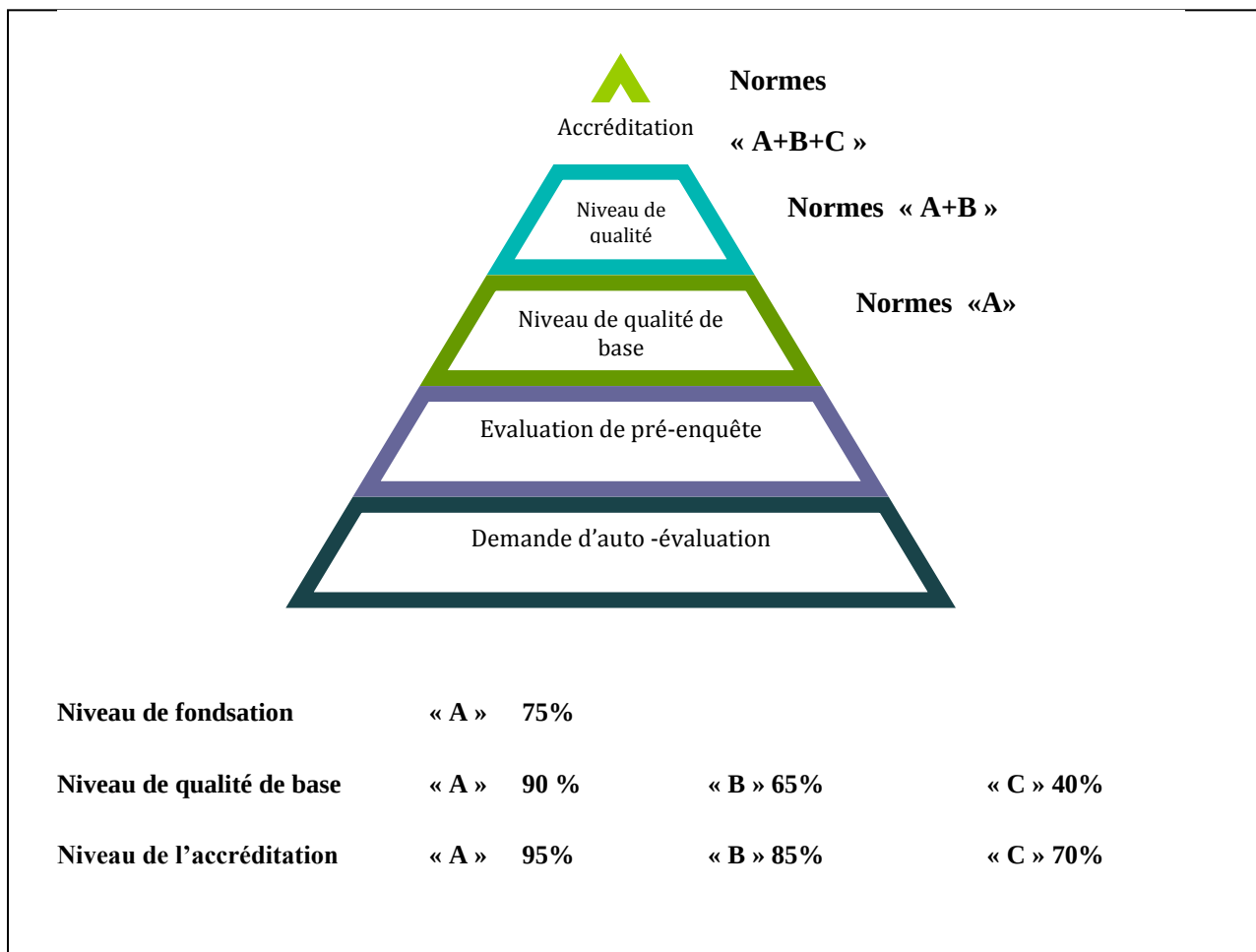
Au début de la présentation du manuel, il est mentionné que ce projet de réforme du secteur de la santé a été financé par le gouvernement de l'Égypte, la Banque mondiale, la Commission européenne, la Banque africaine de développement et l'USAID. L'introduction de ce manuel a été signée par Prof. Dr. Hatem El GABALY (Ministre de la santé et de la population à l'époque). La préface a été également rédigée par lui : « En Juillet 2007, les normes d'accréditation égyptienne pour les hôpitaux, les cliniques de soins ambulatoires et de soins de santé primaires ont été accréditées par la Société internationale pour la qualité de soins de santé (ISQua)- (accreditors of the accreditors). L'Égypte est le premier pays du Moyen- Orient à obtenir l'accréditation des normes d'ISQua. Ces normes constituent à la fois un défi important et une feuille de route claire pour tout le monde pour travailler en collaboration, pour améliorer la qualité de la performance dans les établissements de soins de santé. Un processus en trois étapes permettra aux établissements de santé d'améliorer continuellement leurs fonctions et leurs résultats pour les patients, tout en travaillant pour obtenir l'accréditation. Ma vision est que tous les établissements de soins de santé puissent obtenir cette accréditation en 2020. Effectuer ce voyage vers la qualité entraîne une meilleure qualité et sécurité des soins de santé pour tous les Égyptiens. Avec la diffusion de ces normes, tous les établissements sont invités à entreprendre cette démarche de qualité maintenant. L'Égypte peut réussir dans la prestation des soins de santé de haute qualité ».

De cette introduction signée par le ministre de la santé égyptienne nous remarquons que d'après lui le fait de signer cette accréditation changera automatiquement le système de santé égyptien. Cette réforme ne concerne plus seulement les hôpitaux publics, mais aussi les hôpitaux privés, les cliniques ambulatoires, celles de soins de santé primaire, ainsi que les unités de santé familiale. Chaque programme possède ses propres Manuels. Nous présenterons ici celui qui concerne les hôpitaux. Après l'introduction, ce manuel de réforme débute par un schéma qui présente les niveaux requis pour l'accréditation, et le processus pour que les hôpitaux puissent être accrédités. Ce schéma est intitulé « Pyramide d'excellence

d'accréditation en soins de santé » et nous l'avons reproduite dans la Figure 22. Cette pyramide nous montre les niveaux requis afin d'obtenir l'accréditation du ministère de la santé. Ces niveaux sont évalués par des inspections et des audits des responsables du ministère de la santé. Ils sont classés comme suit : niveau de fondation (infrastructure), niveau de qualité de base (matériaux et état des lieux des équipements) et niveau de l'accréditation.

Selon le manuel, une évaluation de performance doit avoir lieu après environ 18 mois de mise en œuvre de cette réforme. Cette évaluation consiste en une corrélation entre l'auto-évaluation et une enquête faite sur place par une équipe spécialisée. A la troisième année, il est également prévu qu'une enquête et une évaluation sur place soit faite par des experts. Mais le manuel ne précise pas ce qui doit se passer après la troisième année.

FIGURE 22 PYRAMIDE D'EXCELLENCE D'ACCREDITATION EN SOINS DE SANTE



3.2.2 Processus d'élaboration des normes selon le manuel

Selon le manuel, les normes sont classées trois type A, B et C. Ceci permettra le développement des hôpitaux. Tout d'abord les hôpitaux doivent commencer par le niveau (A) ensuite graduellement mettre en œuvre les normes B et les normes C

Les normes "A"

M	P	N	NA
---	---	---	----

Les normes « A » représentent les infrastructures matérielles et administratives managériales de l'hôpital, c'est le niveau de fondation. Cette norme inclut les politiques et les procédures, les plans, les règlements intérieurs, et les différents types de comité. L'hôpital doit passer une évaluation auprès du ministère de la santé et obtenir 75% au minimum de conformité aux normes de niveau A, pour valider le niveau 1 dans la pyramide d'excellence dans les soins médicaux pour avoir accès à l'accréditation.

Les hôpitaux sont évalués sur la base d'une liste de critères, selon une logique binaire, de la manière suivante :

- M = Met (atteint)
- N = Not met (non atteint)
- NA = Non applicable.

Mais pas de P = Partially met (partiellement atteint)

Les normes "B&C"

M	P	N	NA
---	---	---	----

Les normes B & C sont des normes de mise en œuvre. La base de l'évaluation de ces normes est faite à partir d'observations, et de documents.

Les différences entre les normes B et C sont

- La difficulté croissante dans la mise en œuvre de processus de normes C
- L'assurance de la conformité avec les normes C
- L'application de cette norme nécessite au moins la preuve, documentée, de 4 mois de mise en œuvre des procédures concernées.

L'évaluation des normes de niveau B et C n'est pas de type binaire comme le niveau « A ». On peut renseigner le fait qu'un critère est partiellement atteint seulement. Le design du processus d'accréditation est flexible. Une organisation peut vouloir chercher une accréditation complète ou elle peut vouloir accomplir l'accréditation au cours d'une période en faisant des améliorations progressives du développement et de l'implémentation de processus et de systèmes.

3.3 UN SUIVI DE LA DYNAMIQUE DE LA REFORME EGYPTIENNE: RESULTATS DU PROJET DE L'ACCREDITATION DE 2007

Nous présenterons ici les résultats de cette réforme selon nos analyses documentaires. Nous constatons que les normes d'ISQua ont été mises en œuvre au début de 2008 et utilisées en fin 2008, sans aucun changement organisationnel. D'après le manuel « une révision approfondie sera effectuée au cours des 6 premiers mois de 2009. La publication de tout changement dans les normes devait avoir lieu en juillet 2009. Toutes les modifications apportées aux normes seront en vigueur en janvier 2009. Les clarifications mineures, avec des changements de formulation au cours de toute période devront être publiées. Toutes les modifications aux normes seront publiées sur le site Web de l'organisme en charge de l'accréditation des organisations. Et les annonces seront faites par courrier électronique auprès des organismes accrédités, ces organisations sont en préparation ». En fait, après 4 mois de terrain, nous avons essayé de chercher ces modifications mais sans succès. Une consultation du site web en 2010 montre qu'aucune adaptation ou reformulation n'a été publiée pour ce manuel. Nous en tirons la conclusion que ce manuel de 2007 a été publié mais qu'aucun management des mises à jour n'a été effectué, qu'aucune animation n'a eu lieu pour faire remonter des enseignements issus des utilisations de ce manuel, pour le faire évoluer, comme cela aurait normalement dû être le cas. Par ailleurs nous n'avons pas pu obtenir d'informations sur le déroulement du processus d'accréditation. A l'issue de notre terrain en 2010, aucun hôpital n'avait été accrédité.

Selon nous, trois raisons expliquent les causes de cet échec :

- un manque d'articulation entre la réforme et la culture égyptienne ;
- un manque d'articulation entre les normes requises et les acteurs ;
- un manque d'articulation entre la réforme et le changement de l'environnement institutionnel.

Nous les développons ci-après. Et pour aller plus loin nous présentons en (annexes 4) les principes clés pour la réussite du développement de ce programme de réforme de 2007 qui n'ont pas été pris en considération lors de l'application de cette réforme.

3.3.1 UN MANQUE D'ARTICULATION ENTRE LA REFORME ET LA CULTURE EGYPTIENNE

Dans notre introduction, nous avons présenté les grands traits de la culture de travail égyptienne. Nous constatons qu'elle présente des incompatibilités avec la culture de travail qu'exigeait le manuel d'accréditation. En effet, ce manuel repose sur l'idée d'un contrat à respecter : entre le ministère et l'hôpital, entre l'hôpital et ses employés et entre employés chargés de travailler ensemble.

En effet, les normes reposent sur des procédures qui définissent qui doit faire quoi et qui vont donc régir les relations entre employés. Ceci n'est pas sans rappeler la logique du contrat, présente dans la culture américaine, qui régit les rapports professionnels. Or, les relations professionnelles en Egypte sont tout d'abord établies sur la base de la qualité des relations personnelles, sur une relation de un à un avec chaque collègue et avec son supérieur. La qualité de la relation, le respect de l'honneur de chacun dans sa totalité, y compris sa vie personnelle, sont autant d'éléments de la relation et ce qu'elle implique en termes de personnalisation.

3.3.2 UN MANQUE D'ARTICULATION ENTRE LES NORMES REQUISES ET LES ACTEURS

L'un des objectifs dans la sélection des hôpitaux comme cas pilote était de valider l'exactitude et l'applicabilité des normes à tous les types d'hôpitaux. Selon Rafeh et *al.* (2006), il existe 700 normes, aucune n'a été éliminée comme n'étant pas valable ou applicable, une norme a été ajoutée, et environ 15 ont été modifiées d'une certaine façon. Les premiers efforts d'auto-évaluation ont eu tendance à être plutôt superficiels, afin de déterminer s'il y a eu des preuves tangibles que la norme avait été respectée ou pas. Il y a eu aussi une tendance de la part des auditeurs à marquer la norme comme respectée s'il était convenu que cela allait être fait plutôt que si cela avait été réellement fait. Il y avait une certaine confusion initiale sur ce qu'on entend par une norme non-applicable. Certains établissements ont même effectué leur auto-évaluation en indiquant que certaines normes étaient non applicables, non pas parce que l'hôpital n'avait pas ce service ou ce type de soin, mais parce que, d'après eux « nous ne faisons pas de cette façon ».

Nous notons que les normes les plus difficiles à mettre en œuvre au sein des hôpitaux égyptiens sont notamment, **les normes de soins infirmiers**, elles représentent une manière de faire différente pour les soins infirmiers que ce qui a été traditionnellement autorisé. Ces normes décrivent les processus de soins infirmiers qui sont enseignés à tous les infirmiers égyptiens au cours de leur formation mais le problème est que dans l'hôpital, ils n'ont pas toujours été autorisés à utiliser ces compétences.

Les normes liées à la documentation des dossiers médicaux sont également difficiles à mettre en œuvre. Bien qu'il n'y ait pas un désaccord entre les acteurs sur la nécessité d'une documentation d'enregistrement médical précise, l'application et la mise en œuvre de cette norme ont été lentes suite à la résistance des employés comme nous l'avons démontré lors du chapitre 1 section 3.

3.3.3 UN MANQUE D'ARTICULATION ENTRE LA REFORME ET LE CHANGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL

Pour mettre en place une réforme qualité, plusieurs concepts doivent être changés ou introduits et être acceptés de manière institutionnelle. Nous prenons à titre d'exemple les concepts liés aux corps médical ;

- faire évoluer le degré d'engagement du corps médical envers les patients en termes de qualité ;
- faire accepter l'idée de l'évaluation continue de la performance, pas seulement pour les médecins débutants mais aussi pour les directeurs et les chefs de département ;
- faire accepter l'idée de la rotation au sein des départements ;
- améliorer la communication interne :
 - o Entre le corps médical : il a été remarqué que pour les patients gérés par plus d'une spécialité, leurs démarches de soins pouvait être inappropriée en raison du manque de communication.
 - o Entre le corps médical et les infirmières.
 - o Entre eux et les patients, de façon à être transparent sur leur cas et leur traitement.
- améliorer la qualité des soins en appliquant la stratégie gagnant-gagnant.
 - o Pour le mieux-être des patients et leurs familles
 - o Pour le meilleur fonctionnement de l'organisation

Ces concepts sont très présents, implicitement, dans les normes d'accréditation. Or, le manuel d'accréditation a été diffusé et sa mise en œuvre a été testée, sans que les autorités ne s'assurent de la concordance entre ces concepts, présents dans le manuel, et les valeurs, la culture de travail des personnes concernées par ce manuel.

Selon Hosseiny (2010), afin de mettre en place une démarche qualité, le système sanitaire égyptien a besoin d'efforts en matière de l'engagement des directeurs des hôpitaux ainsi que les chefs de département, l'engagement de tous les dispensaires de soins et adopter le concept de que le patient vient en premier lieu.

CONCLUSION SECTION 3

Notons que les cinq cas pilotes choisis et présentés par Hosseiny (2010), pour tester le manuel d'accréditation, étaient déjà réputés comme des cas de succès bien avant que cette réforme ne soit appliquée. Nous avons d'ailleurs présenté un de ces cas de succès à titre d'exemple dans la section 3 du chapitre 1. Cette information nous permet d'affirmer que l'impact de la mise en place d'un programme d'accréditation et la diffusion d'un manuel correspondant à ce programme ne constituent pas à des éléments qui expliquent les cas de succès que nous avons rencontrés.

CHAPITRE 5

L'ETUDE SUR LE TERRAIN

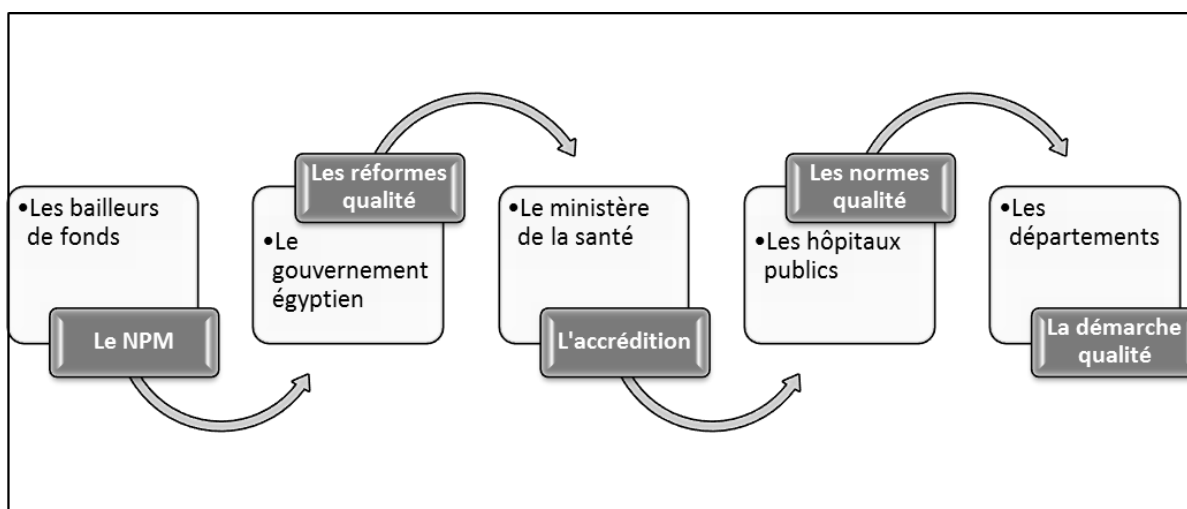
CHAPITRE 5 L'ETUDE SUR LE TERRAIN

INTRODUCTION

Après avoir présenté l'environnement institutionnel du secteur de la santé en Egypte, et les pressions qui s'exercent sur les acteurs et les organisations et après notre première étude de cas qui consistait à étudier et analyser, à partir de documents, les deux réformes qualité mises en place par le gouvernement égyptien dans le secteur de la santé, il est temps de présenter notre deuxième étude de cas, à partir d'un terrain d'observation en immersion dans un CHU de la ville du Caire.

Rappelons brièvement quelques éléments qui aident le lecteur à situer ce terrain dans son contexte. Le système de santé égyptien bénéficie d'un apport financier substantiel de la part d'organismes multilatéraux et bilatéraux. En contrepartie de leur apport financier ces derniers exigent des réformes. Nous avons pu montrer que les réformes étudiées dans le cadre de notre thèse s'inscrivent plus largement dans un contexte de transposition des principes du NPM, depuis les pays riches vers les pays en voie de développement. Les conditions de tels transferts ont été largement critiquées dans la littérature que nous avons passée en revue et certaines de ces critiques ont pu être confirmées par notre première étude de cas. La Figure 23 résume comment se sont répercutées les différentes pressions au sein de l'environnement institutionnel, pour tenter de faire aboutir la mise en œuvre de démarches qualité.

**FIGURE 23 LES PRESSIONS INSTITUTIONNELLES DANS LE CONTEXTE
SANITAIRE EGYPTIEN**



Les raisons de l'échec de ces réformes ayant été largement documentées. Par ailleurs, nous avons fait le choix de nous intéresser aux rares cas de succès. Dans ce chapitre, nous les étudions et les contrastons avec des cas d'échec : tout d'abord pour identifier quels sont les modes d'action spécifiques au cas de succès, ensuite pour démontrer effectivement à quel point ce sont des acteurs qui font la différence entre l'échec et le succès, puis pour montrer comment et quelles règles ils réussissent à imposer.

Ce chapitre est structuré en 3 sections. La section 1 porte sur le contexte de l'hôpital public égyptien et de l'hôpital de médecine interne puis du département qualité dans lequel nous avons effectué notre stage. Nous y constatons l'échec général de la démarche qualité qui y a été mise en œuvre. Dans la section 2 nous abordons le rôle des acteurs, qui réussissent à imposer le succès dans un environnement défaillant, par l'analyse des études de cas de différents départements sélectionnés. Dans la section 3, nous présentons les interprétations des résultats en combinant les aspects théoriques et empiriques de notre travail.

SECTION 1 PRESENTATION DU TERRAIN

INTRODUCTION

Nous commençons notre travail de recherche au sein d'un hôpital. Nous nous appuyons sur nos analyses théoriques des réformes qui ont été imposées au sein de l'hôpital, ce qui nous a obligée à chercher un terrain soumis à la pression de la mise en place d'une réforme qualité. Cet hôpital est intéressant car il vit une période de mise en place d'une démarche qualité, avec des résultats et des situations très contrastés selon les différents départements qui le composent.

Notre terrain d'observation s'est situé dans l'un des plus grand CHU en Égypte, au Caire, plus précisément à l'hôpital de médecine interne. Tout au long de cette section nous présentons une vision globale de l'hôpital où s'est déroulée notre étude, de sa structure, puis du département qualité et enfin nous dressons le constat de l'échec des démarches qualité mises en place au sein de cet hôpital.

1.1 L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL DE L'HOPITAL ET SA STRUCTURE

Pour rappel de ce que nous avons présenté lors de notre contexte présenté dans le chapitre 1, section 2, (les principaux acteurs du système sanitaires égyptiens), en ce qui concerne les CHU, deux types de statuts sont possibles: privé à but non lucratif (ou semi privé) et public. Le CHU où nous avons effectué notre terrain possède des départements qui ont des statuts très différents ; public payant à but non lucratif, avec gratuité soumise à condition et public payant à but lucratif, avec gratuité soumise à condition.

L'accès à cet hôpital nous a été rendu possible par la personne récemment nommée directrice qualité de cet hôpital, qui nous a acceptée comme étudiante stagiaire, elle a ouvert les portes de son service et nous donné accès à tous les documents de son service. Elle nous a autorisée à participer à toutes les réunions qu'elle a organisées et elle nous a recommandé aux interlocuteurs que nous souhaitons rencontrer dans l'hôpital. Toutes les réunions auxquelles nous avons assisté ont été enregistrées et nous avons pu les réécouter autant de fois que nécessaire.

1.1.1 UNE DESCRIPTION DE L'HOPITAL DE MEDECINE INTERNE

Notre étude de terrain se déroule au sein des départements de l'hôpital de médecine interne. Cet hôpital possède 33 départements médicaux dédiés aux services médicaux et 2 aux spécialités chirurgicales (chirurgie cardiothoracique et ophtalmologie) et en plus 7 unités de soins intensifs. Les effectifs dans cet hôpital se composent de 100 médecins stagiaires (internes), en plus de 150 Professeurs et de 459 employés en paramédical divisés en deux parties : 58 diplômés des institutions spécialisées supérieures, le reste diplômé des institutions intermédiaires, 100 personnes de service, 780 lits. Sur un mois on compte en moyenne 2280 entrées et 2250 sorties, pour des hospitalisations supérieures à une journée.

Lors de notre étude de terrain, neuf départements ont été sélectionnés; parmi ces départements quatre peuvent être considérés comme des cas de succès et les autres comme des cas d'échec. Précisons que cet hôpital possède plusieurs caractéristiques structurelles qui auraient, sur le papier, pu favoriser l'émergence d'un succès global en matière de gestion de la qualité (il est localisé dans la capitale, est le 2^e hôpital universitaire en Égypte de par sa

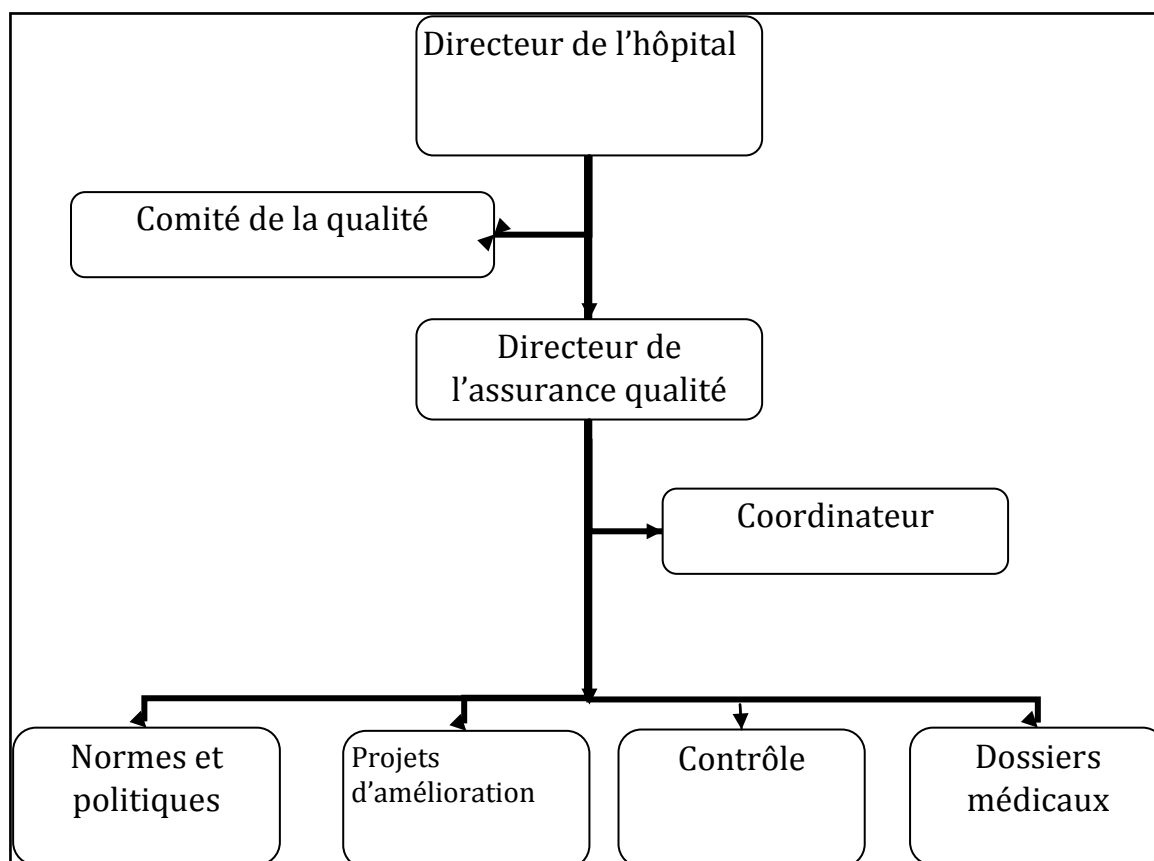
taille, il concentre un personnel médical qualifié qui forme les autres professionnels de la santé, il possède une proximité géographique avec les ministères de la santé et de l'éducation). Par comparaison, la situation d'autres hôpitaux, moins bien dotés, plus loin du Caire, est moins bonne.

1.1.2 UNE DESCRIPTION DU DEPARTEMENT QUALITE

Suite à la réforme de 1995, un département qualité a été créé à l'intérieur de cet hôpital. L'organigramme est présenté ci-après dans la Figure 24. La création de ce département qualité n'est pas le résultat de la volonté du directeur de l'hôpital. Cette création lui a été imposée par le ministère de la santé. Tout au long de notre terrain nous observons l'indifférence du directeur de l'hôpital au fonctionnement de ce service. Nous faisons même l'hypothèse que la responsable de ce service qualité, après la fin de notre terrain, a été promue par le directeur de l'hôpital pour qu'elle quitte ses fonctions de directeur qualité.

Selon le règlement interne de l'hôpital, les missions principales de ce service sont les suivantes :

- participer à la planification d'un hôpital dans le domaine de l'amélioration de la qualité du service ;
- unifier et diriger le programme de qualité au sein de l'hôpital ;
- se coordonner avec les commissions compétentes pour améliorer la qualité de la performance ;
- déployer et soutenir une culture de qualité au sein de l'hôpital ;
- identifier les priorités et les plans d'amélioration au sein de l'hôpital ;
- travailler sur l'application des critères de l'hôpital et en conformité avec les normes de l'autorité égyptienne pour l'adoption des soins de santé ;
- appliquer les systèmes du contrôle de qualité et les projets d'amélioration à l'hôpital ;
- faire correspondre les normes nationales avec les normes internationales ;
- mettre à jour les politiques et les procédures avec les départements médicaux/ non médicaux.

FIGURE 24 L'ORGANIGRAMME DU DEPARTEMENT

Lors de notre présence dans ce département et à l'occasion de chaque rencontre avec un chef de département, un médecin, un employé, la chef du département qualité nous présentait et accompagnait toujours sa présentation par un commentaire « de maître d'école » sur la performance du département visité « c'est un des meilleurs départements », ou « ils doivent encore faire des efforts ».

L'âge de la directrice de ce département, 47 ans, le fait que de nombreux médecins stagiaires aient été ses anciens étudiants, lui donnait une autorité à la fois maternelle et professionnelle sur de nombreux employés qui lui permettaient de porter de telles appréciations. C'est autant cette posture positive personnelle, que sa fonction officielle, qui faisait que ses commentaires étaient écoutés.

Mais avant de passer aux différents cas d'échecs constatés, dans cet hôpital, nous faisons notre diagnostic sur ce département dont la mission consiste à déployer la démarche qualité au sein de l'hôpital. Nous avons pu observer un certain nombre de dysfonctionnements. Ainsi, malgré des preuves indiscutables que certains départements audités par le service qualité sont des cas d'échecs, nous avons pu observer des managements de la part de ce service qualité, à savoir ;

- le manque d'un système d'informations ;
- la base de données incomplète ;
- les évaluations qui ont été fait par le ministère de la santé notamment pour les départements de service (cuisine, blanchisserie) ne sont pas refaites par le département de la qualité et vice versa. Il n'y a pas de pré-évaluation du service qualité avant l'évaluation de ministère de la santé, pour les départements les plus sensibles, comme si le service qualité ne voulait pas créer de problèmes en interne ;
- les check list utilisées par ce département sont incomplètes et incompréhensibles exemples :
 - L'effectif du corps paramédical, pas toujours complet dans les documents ;
 - la lutte contre les infections, comment lutter contre les infections ?;
 - la propreté, la propreté de matériels, la propreté des salles, etc. ;
 - le dossier médical, qui est toujours incomplet ;
 - la sécurité environnementale.

Dans les *check list* d'évaluation du service qualité, nous avons également observé que le département de qualité rédige des recommandations qui ne sont pas pertinentes, avec des solutions qui ne peuvent pas aider les responsables à améliorer leur département, sachant que la feuille d'évaluation est un tableau avec un score obtenu en fonction de réponses positives ou négatives à la check list, suivi d'un commentaire très bref sans explications ou suggestion. En Encadré 7, nous présentons deux exemples qui seront abordés en détails tout au long des sections 2 et 3.

ENCADRE 7 EXEMPLES DES DEPARTEMENTS EVALUEES

« **L'accueil:** besoin du renouvellement en raison du vieillissement des lieux et des équipements »

« **Le département1 médecine interne** : doivent être punis, puisqu'ils possèdent un nombre d'employés suffisants pour accomplir leur travail

En conséquence, suite à l'analyse des documents du service qualité, nous concluons que :

- la politique qualité de l'hôpital et ses objectifs ne sont pas toujours expliqués et compréhensibles ;
- les évaluations qualité évitent les départements sensibles ; elles ressemblent plus à un bulletin de notes avec une appréciation qu'à un audit assorti de recommandations, mais malgré tout, les départements que l'on considère comme des cas de succès obtiennent des bonnes notes ;
- il n'existe aucune analyse qui permette de comprendre les cas de succès et de transférer les bonnes pratiques d'un département à un autre, ni aucun mécanisme d'apprentissage qui permettrait d'éviter aux mauvaises pratiques de se répéter.

Lors de notre étude empirique, nous avons essayé de collecter le maximum d'informations pour notre étude afin de mettre l'accent sur les causes d'échecs, mais suite à un manque de système d'information, les données ne sont pas complètes ni toujours pertinentes. Nous illustrons ces manquements dans le Tableau 21 qui nous montre les évaluations menées au sein de cet hôpital à titre d'exemple. Nous constatons le manque d'informations même dans le département de qualité. On peut se demander comment avoir une qualité sans un système d'information pour l'hôpital même au sein du département de la qualité.

TABLEAU 21 RECAPITULATIF DES EVALUATIONS

Département	Évaluation dépt. de la qualité	Effectifs	Évaluation Ministérielle
La sécurité et la santé au travail	Pas de pré-évaluation de la part du département qualité	Informations manquantes dans les documents du dept. de qualité	15%
La cuisine		87	0%
La blanchisserie		5	15%
Les laboratoires centraux		Informations manquantes dans les documents du dept. de qualité	40%
L'accueil		19 Corps paramédical	-10%

Pour compléter notre présentation du management général de l'hôpital, analysons maintenant la mise en place de démarches qualité département par département. A travers cette présentation nous démontrerons notre hypothèse sur le poids des acteurs dans les cas de succès.

1.2 LES METHODES DE CHOIX DES CAS D'ECHEC ET DES CAS DE SUCCES

Après avoir analysé les évaluations du ministère de la santé, nous avons sélectionné avec la coordinatrice du département qualité, les cas qui illustraient l'échec de la réforme qualité et ceux au contraire qui illustraient les cas de succès. C'est à partir de cette sélection que nous avons mené des entretiens pour compléter les évaluations du ministère de la santé. Comme notre objectif était de comprendre les cas de succès, notre collecte d'information a été plus poussée dans ces départements. Quels sont les critères qui ont déterminé le classement d'un département soit comme un cas de succès, soit comme un cas d'échec : ceci est en partie lié à la note obtenue lors des évaluations mais pas seulement.

Pour illustrer l'échec de la démarche qualité, nous nous appuyons sur des évaluations externes menées par le ministère de la santé dont l'objectif est d'imposer l'accréditation aux hôpitaux. Ces évaluations ont été faites par des auditeurs sous forme de visites prévues et annoncées. Ces auditeurs sont perçus comme des juges qui se sont rendus à l'hôpital afin de donner des bonnes ou des mauvaises notes à l'établissement. Nous nous appuyons également sur des évaluations internes menées par le département de la qualité. Cette situation a obligé les responsables de l'hôpital à formuler des règles qui ne sont pas toujours approfondies mais qui sont conformes aux demandes des inspections. Nous utilisons également nos propres entretiens et nos notes d'analyse.

CONCLUSION SECTION 1

Lors de cette section, nous avons présenté le lieu où s'est déroulé notre travail de recherche, avant d'aller visiter les départements. Notre constat est celui d'une non-qualité même dans le département qui est sensé aider les départements à mettre en place une démarche qualité. De plus les gestionnaires du département de la qualité dans cet hôpital nous ont affirmé qu'après plus de deux ans d'installation d'un département qualité afin d'être accrédité, ils ont essayé

en coopération avec les différents départements de mettre en place des procédures pour garantir un bon fonctionnement, mais sans succès, sans oublier que l'hôpital a un problème majeur d'infrastructures. L'évaluation globale de l'hôpital est de 31% pour la sécurité environnementale, qui inclut la cuisine, la blanchisserie, les conditions du travail 25%, les radiographies 30% et les laboratoires 40%. Pour être accrédité l'évaluation doit dépasser la note de 75% comme nous l'avons indiqué dans la section 3 du chapitre 4.

Dans la section suivante nous présentons dans un premier temps les départements sélectionnés ayant échoué dans la mise en place de démarches qualité et nous terminons par une synthèse.

SECTION 2 PRESENTATION DES CAS D'ECHEC ET DE SUCCES SELECTIONNES

INTRODUCTION

Cette section est le résultat d'un stage de 4 mois au sein de l'hôpital de médecine interne. Tout au long de cette section nous présentons des cas d'échec et de succès. En premier lieu les cas d'échecs, pour lesquels nous utilisons les évaluations menées par le ministère de la santé, le constat des employés au sein de ces départements et le commentaire des responsables qualité de cet hôpital. Mais les cas d'échecs ne nous intéressent pas autant que les cas de succès. Par conséquent en deuxième lieu, ces cas seront présentés en détail à partir des entretiens menés, des réunions auxquelles nous avons pu assister et de notre observation en immersion.

Dans un troisième temps, nous proposons une première analyse et interprétation du terrain afin de clarifier les causes réelles des cas de succès rencontrés lors de notre étude empirique tout en mobilisant les repères théoriques choisis pour formuler et répondre à notre question de recherche.

2.1 LES CAS D'ECHEC: LA REGLE GENERALE

Nous avons repris les évaluations effectuées par le ministère de la santé et nous sommes allée visiter les départements évalués qui sont considérés trop loin des normes de l'accréditation. Cela avait pour objectif d'observer leur situation actuelle et si possible d'interviewer les responsables de ces départements. Nous avons commencé notre étude par l'accueil « le premier maillon de la chaîne de soins », en poursuivant par une visite de la cuisine et de la blanchisserie puisque les deux dernières se situent dans le même bâtiment et au même étage. Nous sommes ensuite allée visiter différents départements administratifs. Nous avons sélectionné le département de la sécurité et la santé au travail et le traitement des patients. Nous avons terminé enfin par un cas non évalué par le ministère de la santé ni par le département de la qualité et que nous avons identifié au hasard de nos déplacements dans l'hôpital. Il s'agit du département d'ophtalmologie.

2.1.1 L'ACCUEIL

Selon le dernier rapport du ministère de la santé daté de 2011, l'accueil a eu comme évaluation -10%. **Une évaluation négative**

D'après les codes de qualité et les documents de l'hospitalisation, l'accueil est la vitrine de l'organisation, c'est la première impression qui dure. En outre, la qualité de l'accueil de l'hôpital représente ce à quoi le patient va faire face avec les différents acteurs de cet hôpital. Les employés de cet endroit doivent bien communiquer avec le reste de l'hôpital, dans une véritable dynamique d'équipe. L'accueil peut soit faciliter soit compliquer la relation entre le patient et l'hôpital.

Mais le cas de l'hôpital où nous avons effectué notre terrain, d'après les documents étudiés, mais aussi d'après nos observations, se présente ainsi ;

- manque total de visibilité et de signalisation de l'accueil, ce département se trouve en dehors du bâtiment de l'hôpital ;
- accès à l'accueil difficile en raison de la présence d'obstacles tels que des voitures garées à l'entrée ;

- manque de place pour la classification et le tri des patients en fonction de leur maladie (manque de place pour isoler les malades contagieux) ;
- surface de l'accueil insuffisante par rapport au nombre de patients (plus de 200 patients /jour, surface de 100m² ;
- insuffisance des salles d'examen médical ;
- manque de formation aux premiers secours des employés.

Selon la coordinatrice du département qualité, pour que l'accueil soit accrédité, les dirigeants de l'hôpital doivent faire de l'accueil une des priorités à améliorer. Ils doivent mettre en place une Commission d'accueil qui se compose de personnels de soins et de personnels administratif. Leur principale mission est de réfléchir sur les différentes manières de rendre l'accueil à l'hôpital plus humain. Selon le responsable du département qualité, il faut que l'accueil soit dans le même bâtiment que le reste de l'hôpital. Il faudrait déménager une partie du rez-de-chaussée où se trouve un grand hall difficile à aménager avec un escalier en colimaçon, ainsi que les bureaux de la direction de l'hôpital, et quelques services administratifs. En supposant toutefois que ces bureaux puissent être déménagés force est de constater que de toute façon, ce bâtiment n'est pas conçu pour être un hôpital. C'était à l'origine une résidence pour convalescents.

2.1.2 LA CUISINE

En révisant le document de ce département, nous avons trouvé **un zéro** pour l'évaluation de la cuisine de la part du ministère de la santé. Et d'après nos observations, ce département le mérite. Normalement, la cuisine doit se situer au rez-de-chaussée, d'une manière qui ne gêne ni les patients, ni les personnels, soit pour le bruit, soit pour les odeurs. Mais la cuisine de cet hôpital est située au 5^e étage, ce qui ne garantit pas le bon déroulement du travail de livraison, le stockage des aliments et la préparation et distribution des repas.

En termes de sécurité, les conséquences d'un incendie seraient catastrophiques. En plus d'être située au 5^e étage, la cuisine se situe au milieu de département médicaux. Ceci ne facilite pas les différentes tâches effectuées qui commencent par la réception des marchandises et leur stockage. La préparation des aliments, la cuisson, la conservation des aliments préparés, la distribution, l'élimination des déchets, le lavage de la vaisselle sale, ne disposent pas d'espaces séparés et distincts. En outre les matériaux utilisés tels que les tables, appareils, matériel métallique pour la préparation des repas comme les casseroles, les poêles etc. ne sont

pas en bon état. Les chariots repas allant vers les unités de soins ne sont pas séparés de ceux revenant des unités de soins.

Toutes les observations dans la cuisine nécessitent une intervention urgente et la mise en place de politiques et de procédures, suivies par une formation pour les employés. Certains problèmes d'infrastructure (localisation au 5^e étage) seront peut être difficile à régler à court terme ; d'autres problèmes peuvent être résolus facilement par la mise en place de procédures et l'application de ces procédures.

2.1.3 LA BLANCHISSERIE

15% c'est l'évaluation du ministère de la santé pour le service de la blanchisserie.

Théoriquement, la blanchisserie représente une partie importante dans le budget des hôpitaux. Normalement un lit utilise plus de deux kilos de linge chaque jour, et beaucoup plus dans le cas des opérations chirurgicales. Cette quantité énorme de linge nécessite des machines, des personnels, des normes qualité adaptés à ce type de service immense, qui répondent non seulement à la quantité quotidienne mais aussi à la qualité. En effet l'hôpital constitue un environnement favorable pour l'accroissement des infections nosocomiales et représente donc des risques à la fois pour les patients et le personnel soignant. Le linge est en rapport immédiat avec toutes les sources de contamination aérienne. La blanchisserie de cet hôpital entretient le linge hygiène du CHU des malades seulement et pas des personnels ce qui ne respecte pas les règles d'hygiène. 87 personnes travaillent dans la blanchisserie qui est responsables des tonnes de linge qui sont entretenues chaque jour.

Les produits utilisés sont des détergents, de l'eau de Javel, des neutralisants, des antibactériens et de l'eau oxygénée.

Les règles d'hygiène doivent être respectées de manière stricte, mais ne le sont pas. Par exemple, la blanchisserie doit avoir deux portes, une porte pour l'entrée de linge et l'autre pour la sortie. Cependant, d'après notre observation, elle a un problème d'infrastructure : elle a une seule porte. En plus il n'y a pas de séparation entre les locaux. Par exemple, il n'existe pas de local pour le stockage du linge sale avant le transport en blanchisserie.

Les employés dans ce département ne portent pas de blouses spéciales, ni de coiffes ou de chaussures jetables. Là encore, les problèmes d'infrastructure ne peuvent être résolus à court

terme. En revanche la mise en place de procédures qualité constituerait une amélioration importante.

2.1.4 LE DEPARTEMENT SECURITE ET SANTE AU TRAVAIL

Selon les différents documents concernant ce département, nous avons pu comprendre pourquoi ce département a eu comme **évaluation 15%** bien qu'il possède une commission qualité. Nous avons relevé les points suivants :

- manque de politiques, de procédures et de plans de sécurité et santé à jour ;
- manque de comité pour les problèmes de la sécurité et la santé ;
- manque de comptes rendus de différentes réunions ;
- manque de plan clair pour l'entretien préventif des équipements médicaux ;
- manque de liste des dispositifs médicaux contenant la date de la dernière maintenance ;
- manque de plans clairs pour l'évacuation des bâtiments en cas d'incendie ;
- manque de politiques et de procédures claires pour faire face aux accidents du travail ;
- manque de politiques claires et à jour pour interagir avec les déchets dangereux ;
- manque de description de poste pour le coordinateur de la commission.

2.1.5 LE DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE

Du fait de la vocation universitaire de cet hôpital, ce département s'adresse aux étudiants, professeurs, chercheurs, médecins et professionnels de la santé. Ce département accueille et forme les médecins ophtalmologistes de demain. Un des problèmes de ce département, c'est son infrastructure. Il est situé au 4^e étage malgré la gravité ou la complexité des maladies traitées, qui attaquent les yeux. Les patients sont soit des malvoyants, soit des aveugles. Ce département donne sur une cour intérieure en plein air, les barrières de protection n'empêchent pas les chutes et on enregistre plusieurs morts de patients tous les ans à cause de cette absence de protection.

De manière générale, aucun dispositif n'est mis en place pour aider les patients à se déplacer dans le département. Ce département n'a encore fait l'objet d'aucune évaluation, ni de la part du ministère de la santé, qui s'est concentré dans un premier temps sur les départements de service (accueil, cuisine, blanchisserie) et administratif (santé et sécurité au travail), ni de la part du département qualité de cet hôpital.

2.1.6 SYNTHÈSE

Cette présentation de cas d'échec dans une sélection de départements nous a amenée à vouloir plus d'informations et mieux identifier le rôle joué par les acteurs clef. Nous avons interviewé la coordinatrice du département de la qualité, au cours d'un entretien en profondeur qui a duré environ 60 min. Nous avons essayé de respecter l'ordre chronologique des événements survenus à l'hôpital, de la visite des auditeurs jusqu'à la publication de leur évaluations.

Il nous a été difficile d'exploiter cette interview et cette personne a eu du mal à répondre avec précision à nos questions car aucun des documents conservés au sein du département qualité n'est daté. Nous savons juste que les évaluations du ministère, tout comme celles conduites par le département qualité, ont eu lieu en 2009. Une telle lacune dans le système documentaire d'un département qualité en dit long sur l'échec général de la mise en place d'une réforme qualité au sein de cet hôpital.

Cette personne a affirmé que beaucoup de dysfonctionnements sont dus à l'absence de moyens mais aussi à l'insuffisance et à l'absence de système de coordination interne dans l'hôpital. Cette absence de coordination se trouve aussi dans le cas français puisque Nobre, (2001 :137), l'a relevée en écrivant que «c'est surtout l'insuffisance d'articulation entre les activités successives d'un même processus exercées au sein d'unités différentes qui provoque ces perturbations ». En plus du manque de coordination verticale entre les cadres et les subordonnés, « la coexistence de logiques d'acteurs fortement différenciées au sein d'une même unité et, a fortiori, dans des unités différentes, provoque également des ruptures dans le développement des processus » (id.)

Toutes fois, dans le cas Français, les conséquences d'un manque de coordination n'ont pas l'ampleur de celle constatées en Egypte, ou d'autres défaillances encore plus graves viennent s'ajouter à ce facteur.

2.2 LES CAS DE SUCCES: L'EXCEPTION

Passons maintenant à l'étude des cas de succès, pour lesquels il nous a été beaucoup plus facile d'effectuer des entretiens auprès des membres du corps médical et paramédical et des autres employés. En effet, il est toujours plus facile d'aller voir les gens et de leur expliquer que l'on s'intéresse au succès que représente leur département. Dans ces conditions, il est plus facile d'obtenir des entretiens.

Les thèmes abordés lors de ces entretiens portaient sur la mise en œuvre de la démarche qualité imposée par le ministère de la santé, sous la forme d'une réforme qualité. Nous nous appuyons sur la situation actuelle des réformes selon leur propre expérience professionnelle. Nous avons eu également accès à la documentation du programme de la réforme (rapports officiels, procès-verbaux des comités de la gestion de la qualité). Lors de notre stage nous avons consulté tous les documents officiels des départements visités.

Nous présentons désormais le cas de quatre départements qui sont des cas de succès. Nous y analysons le rôle joué par des acteurs qui ne sont pas entièrement déterminés par leur environnement institutionnel. S'ils l'avaient fait, tout aurait dû les pousser à ne pas mettre en place de démarches qualité, et au mieux, à adopter une stratégie de conformité d'apparence en réponse aux nouvelles pressions institutionnelles issues de la tentative de mettre en place des réformes qualité. Nous analysons également la portée et les limites de ces succès : ces acteurs sont-ils des entrepreneurs institutionnels, réalisent-ils un travail institutionnel susceptible de faire évoluer leur environnement ?

2.2.1 LES LABORATOIRES CENTRAUX: UN SUCCES CONTRAINT ET LIMITE

Examinons pour illustrer la volonté de certains acteurs, le cas des laboratoires centraux. Les laboratoires centraux pourraient être considérés comme un cas d'échec, si nous en tenons à la seule évaluation réalisée par le ministère de la santé. En effet, en incluant l'ensemble des laboratoires de l'hôpital, la note globale de ce service est de **40%**. Malgré cette note, c'est pourtant l'un des meilleurs endroits au sein de l'hôpital et un des plus proches de l'adoption de normes qualité selon les conclusions des spécialistes du ministère de la santé qui ont audité ce service. Des modifications mineures permettraient d'améliorer les procédures

existantes. Selon les entretiens que nous avons menés avec un membre du corps paramédical et un responsable qualité, les points à améliorer étaient les suivants :

- manque d'application de quelques plans déjà rédigés, comme l'élimination immédiate des produits chimiques expirés ;
- les réfrigérateurs du laboratoire ont besoin d'un mode d'entretien ;
- manque de carte qui indique la maintenance faite pour les équipements.

La responsable des laboratoires se pose beaucoup de questions. Dans une des réunions des chefs des départements à laquelle nous avons assisté, la directrice de ce département a relevé les problèmes et les obstacles auxquelles elle doit faire face chaque jour dans les domaines suivants :

Domaine financier: le budget total des laboratoires est de 3.000.000 livres égyptiennes équivalent à 24 000 € seulement, ce qui est insuffisant pour servir 25 départements

Domaine économique: les analyses sont coûteuses, les analyses sont faites gratuitement pour les personnels académique et l'administratif avec 50% de réduction pour leur famille ; les patients ne payent rien. Non seulement le budget est insuffisant, mais les conditions économique tarifaires aggravent encore les choses.

Domaine technologique : le progrès médical dans ce domaine s'accélère et il n'y a pas de budget pour la formation.

Domaine de la qualité : leur travail leur demande une amélioration continue, et il est impossible de faire un travail de qualité indépendamment des autres. Les autres départements n'aident pas car ils peuvent demander une seule analyse plusieurs fois sans avoir reçu le résultat de leur première demande. Par ailleurs, six départements seulement suivent leurs instructions et leurs processus de travail dans leurs relations avec le laboratoire.

Sa question était « comment puis-je gérer un département avec toutes ces contraintes qui sont en dehors de ma volonté, même si nous sommes un des meilleurs départements selon la dernière évaluation de la part du ministère de la santé ? ».

2.2.2 LE DEPARTEMENT DE CHIRURGIE THORACIQUE CARDIOVASCULAIRE

Ce département se caractérise par son infrastructure solide qui est conforme aux normes de qualité. C'est un département qui fournit des soins gratuitement pour ceux qui fournissent une autorisation du ministère de la santé ; ceux qui n'ont pas d'autorisation peuvent bénéficier de soins mais doivent payer. Ce département est à but non lucratif, mais du fait de son statut ne dépend pas que des ressources de l'État égyptien. Ce département a été inauguré il y a une douzaine d'années quand il n'existait pas ce type de chirurgie en Égypte. Toutes les procédures et le style de travail ont été importés par un personnel médical égyptien ayant réalisé ses études à l'étranger. De plus les médecins étrangers sont toujours des visiteurs dans ce département pour faire des opérations chirurgicales, ce qui a influencé positivement les employés de ce département. Par conséquent les personnels sont pleinement conscients de la notion de qualité, à tel point que le chef du département qualité a demandé s'il était possible qu'un représentant de ce département soit présent à toutes les réunions inter-département et travaille avec elle sur l'écriture des procédures qualité. Cette demande est restée sans suite. Notre étude de cas est illustrée dans le Tableau 22, qui présente la situation des différents acteurs ou groupes d'acteurs de ce département vis-à-vis de la notion de qualité.

**TABLEAU 22 DEPARTEMENT DE CHIRURGIE THORACIQUE
CARDIOVASCULAIRE**

Les acteurs Critères d'observation	Directeur	Corps Médical	Corps paramédical
Partage/non partage de la notion de qualité	Il est pleinement conscient de la notion globale de la qualité totale même avant le début du programme d'accréditation en Égypte. Il partage la même définition de la qualité que le service qualité.	Il est pleinement conscient du concept de la qualité par exemple : - le respect des normes de la lutte contre les infections, - le respect des normes de doses des médicaments	
Compréhension de la notion de qualité	La nature sensible des patients de chirurgie cardiaque, et la nouveauté de ce type de chirurgie en Égypte renforce pour lui la nécessité d'appliquer les normes de qualité.		

Suite Tableau 22 Département de Chirurgie thoracique cardiovasculaire

Les acteurs Critères d'observation	Directeur	Corps Médical	Corps paramédical
Acceptation ou refus du concept de qualité	Acceptation complète de la notion de qualité		
Existence des documents nécessaires, leur mise à jour et leur pertinence	Ces documents existent et sont appliqués. Le directeur soutient moralement et matériellement les personnes du département chargées d'écrire et de mettre à jour ces documents. Mais le département fonctionne de manière coupée du reste de l'hôpital.	L'un des premiers départements, qui a commencé à rédiger toutes les politiques et les procédures nécessaires ainsi que des protocoles de traitement des patients.	Les politiques et les procédures ont été rédigées pour les soins infirmiers
Existence des politiques et procédures écrites qui garantissent la qualité	Il ne participe pas à toutes les réunions qualité. Les questions relatives au management général de l'hôpital ne l'intéressent pas, au point de refuser d'aider les autres départements quand ils manquent de lits.	Les documents contiennent des procédures écrites pour décider quels patients seront admis ou pas dans le département. Ce système d'admission des patients est déterminé non pas selon la personne que l'on a face à soi mais selon un système de règles	
Reconnaissance et l'interaction avec le programme d'accréditation	Il y a une compatibilité entre la démarche qualité mise en place dans ce département et le système d'accréditation mis en place par le gouvernement égyptien dans la réforme 2007	Reconnaissance et interaction avec le programme d'accréditation	
Leur application : les procédures, et leur mise en place dans le département et la mise en œuvre de politiques écrites	Révision permanente et périodique des méthodes qui ont été mises en œuvre.	Ont commencé la mise en œuvre de ces procédures et protocoles.	Mise en œuvre partielle de cette phase.
Réévaluation de ces politiques et procédures pour plus de qualité	Il n'y a ni l'intention ni la pensée de la réévaluation. On révisé l'existant, mais sans évaluer la pertinence de l'existant ni pour le faire évoluer de manière significative.		

Pour compléter le Tableau 22 voici quelques informations complémentaires concernant ce département.

- L'hospitalisation : les patients sont accueillis par un membre de l'équipe soignante. Le déroulement du séjour lui est expliqué et il est informé d'une manière détaillée de son cas. Tous les employés de ce département travaillent en collaboration et assurent ensemble la prise en charge du patient.
- Le bloc opératoire : il est conforme aux normes qualité et propreté, des carnets de maintenance indiquent la date de la dernière maintenance sur chaque appareil.
- Les soins intensifs : les infirmiers ont une vue sur les chambres de soin intensif et peuvent intervenir en cas d'urgence.
- Banque de données des infirmiers : tout est propre et en ordre. Les dossiers des patients sont complets et clairs.

2.2.2 L'ACCUEIL DES PERSONNES RECEVANT DES SOINS PRELIMINAIRES

Sur la base de nos observations et des documents à notre disposition, nous observons dans ce département des problèmes d'infrastructures que les démarches qualité ne peuvent pas résoudre à savoir :

- une mauvaise infrastructure, une zone trop étroite pour offrir un soin aux patients
- un manque d'espace adéquat d'isolation, puisqu'il existe 8 lits seulement
- un manque de ressources financière

En revanche, ce département applique avec succès des procédures qualité, le TABLEAU 23, illustre nos observations, nos entretiens et les réunions auxquelles nous avons assisté avec les différents acteurs.

**TABLEAU 23 L'ACCUEIL DES PERSONNES RECEVANT DES SOINS
PRELIMINAIRES**

Les acteurs Critères d'observation	Directeur	Corps Médical	Corps paramédical
Partage/non partage la notion qualité	Au début, le directeur n'était pas intéressé par la qualité.	Il n'y avait pas de système de soins.	Résistance dans le démarrage de la notion de qualité.
Compréhension de la notion de qualité	Résistance dans le démarrage de la notion de qualité, Obstacles : les ressources financières insuffisantes.	Absence complète de la notion de qualité dans ce département à cause des conditions de ressources limitées.	Obstacles : les ressources financières insuffisantes. Leur travail est dur et non structuré.
Acceptation ou refus du concept de qualité	Acceptation de la notion de qualité et commencement de la mise en œuvre	Acceptation du concept de qualité. Malgré les difficultés de ce département, il y avait une interaction entre les employés afin de mettre en œuvre un nouveau système pour assurer l'application des normes de qualité requises.	Affichage des nouveaux concepts de qualité qui a été fixé par l'équipe de soins afin d'être accrédité, mais l'acceptation n'est pas totalement gagnée.
Reconnaissance et l'interaction avec le programme d'accréditation	Il y a une interaction avec le programme d'accréditation, malgré l'existence de difficultés financières et des difficultés dans l'infrastructure.	Acceptation totale du programme d'accréditation.	Adaptation au travail sur toutes les mesures pour mettre en œuvre le programme d'accréditation.

Suite Tableau 23 l'Accueil des personnes recevant des soins préliminaires

Les acteurs Critères d'observations	Directeur	Corps médical	Corps paramédical
Existence des documents nécessaires, leur mise à jour et leur pertinence	Il a aidé et soutenu les équipes pour rédiger les politiques et les procédures	Rédaction complète des protocoles, rédaction du critère d'admission des patients ainsi que des politiques et les procédures de soin.	Rédaction des politiques et procédures pour les soins infirmiers.
Existence des politiques et procédures écrites qui garantissent la qualité			
Leur application : les procédures, et leur mise en place dans les départements	Impossible de résoudre le problème d'infrastructure, les ressources financières sont insuffisantes pour développer le travail	Mise en œuvre complète des procédures car c'est eux même qui ont rédigé les procédures et les politiques.	Mise en œuvre partielle.
mettre en œuvre politiques écrites			
Réévaluation de ces politiques et procédures pour plus de qualité	Peu probable en ce moment		

Selon nos observations en immersion, au sein de ce département, c'est un cas qui représentatif d'un choix d'acteur, malgré une mauvaise infrastructure et des moyens de financement trop limités, de l'insalubrité, et un nombre d'infirmières insuffisant durant la nuit. Le directeur de ce département a fait des choix d'adaptation et de développement de son département en mettant en œuvre des procédures internes documentées. Il a apprécié d'évoluer, en coopération avec le chef du corps paramédical. A deux, ils ont organisé un système de rotation des équipes qui amène tous les membres du corps médical et paramédical à travailler ensemble. Ceci améliore la connaissance des uns par les autres.

2.2.3 LE DEPARTEMENT 12 MEDECINE INTERNE

Sur la base de nos observations et des documents à notre disposition, ce département se situe au sommet des évaluations qui sont faites par le département de la qualité. Dès le début de la mise en place de la démarche qualité dans cet hôpital, un management a été mis en place, fondé essentiellement sur les sanctions et les récompenses, bien qu'il présente des problèmes que la qualité n'a pas pu résoudre. De notre observation nous avons pu constater les problèmes suivants ;

- des ressources financières et matérielles limitées;
- une mauvaise infrastructure;
- une capacité limitée des infirmiers, 10 membres dans le corps paramédical.

Comme pour les deux départements précédents, le Tableau 24, présente la situation de ce département, selon les critères que nous avons définis pour notre collecte de données.

TABLEAU 24 DÉPARTEMENT 12 MÉDECINES INTERNE

Les acteurs Critères d'observation	Directrice(*)	Corps médical	Corps paramédical
Partage / non partage de la notion de qualité Compréhension de la notion de qualité	Tous les directeurs qui étaient en charge de ce département, partagent la notion qualité, cette compréhension partagée est le résultat d'une émulation positive à l'intérieur du département.	Prise de conscience du caractère obligatoire des procédures qualité et des sanctions en cas de non-respect afin d'éviter les sanctions. Le corps médical étudie la notion qualité et ils les appliquent dès l'entrée du patient jusqu'à la sortie, exemple : le dossier médical qui est très bien présenté avec toute les informations requises, soit administratives soit médicales.	Prise de conscience du caractère obligatoire des procédures qualité et des sanctions en cas de non-respect.
Acceptation ou refus du concept de qualité	L'engagement et l'acceptation de la notion de qualité	Une bonne interaction	Acceptation de la formation obligatoire pour la qualité
Reconnaissance et l'interaction avec le programme d'accréditation	Forte direction envers les programmes d'accréditation et essai de forcer de leur mise en oeuvre	Une bonne interaction de reconnaissance en raison d'une forte direction	Programme de reconnaissance et un engagement à participer

Suite Tableau 24 Département 12 médecines interne

Les acteurs Critères d'observation	Directrice(*)	corps médical	corps paramédical
Existence des documents nécessaires, leur mise à jour et leur pertinence. Existence de politiques et procédures écrites qui garantissent la qualité	L'adoption de chacun et de procédures qui garantissent la qualité globale	Mise en œuvre partielle	Mise en œuvre complète
Leur application : les procédures, et leur mise en place dans les départements	Suivi de la mise en œuvre et application de sanctions et de récompenses	Mise en œuvre partielle, par exemple : <u>Appliqué</u> : - le dossier médical - les normes des infections <u>Non appliqué</u> : - la séparation des déchets - les visites des proches	
Mettre en œuvre politiques écrites			
Réévaluation de ces politiques et procédures pour plus de qualité	Peu probable en ce moment		

(*) Toutes les responsables de ce département qui se succèdent étaient des femmes, c'est un cas de succès dès l'an 2005. Malgré ce succès, nous ne pouvons pas affirmer que c'est la cause essentielle de la réussite, mais peut être le sexe a-t-il joué un rôle dans les cas de succès exceptionnel malgré la mauvaise infrastructure et le manque de financement.

CONCLUSION SECTION 2

Lors de cette section, nous avons commencé par une présentation détaillée des cas d'échec ; nous avons présenté les notes de chaque département résultant des audits par le ministère de la santé. En deuxième lieu nous avons présenté les cas de succès, cette présentation a été faite sous forme de tableaux, afin de regrouper tout notre travail de 4 mois de recherche dans ces départements, et de trouver une réponse à notre questionnement sur le rôle des acteurs dans ces départements. Dans la section suivante, nous présentons les moyens élaborés par ces acteurs afin de mettre en place un système de qualité dans leurs départements.

SECTION 3 PREMIERE ANALYSE ET INTERPRETATION DU TERRAIN

INTRODUCTION

Les cas de succès offrent une assez grande diversité, d'un côté nous trouvons des départements privés comme le département de Chirurgie thoracique cardiovasculaire qui essaie de cultiver une culture qualité car ce département possède des ressources financières qui attirent les employés qualifiés et il accueille un nombre réduit de patients. D'un autre côté nous trouvons des départements qui ont des problèmes divers, tels qu'une mauvaise infrastructure ou un problème de financement mais qui réussissent à mettre en place une démarche qualité. Les ressources financières ne sont donc pas la seule explication, même si elles constituent un facteur important. Ce qui nous a obligé à nous demander: comment les départements qui ont mis en place une démarche qualité ont réussi à le faire malgré tous les obstacles qui les entourent ?

3.1 L'ELEMENT QUI FAIT LA DIFFERENCE: DEMONSTRATION DU ROLE D'UN ACTEUR CLEF, LE CHEF DE DEPARTEMENT.

Reprenons la présentation des cas de succès et des cas d'échec et analysons ensemble les différences et les ressemblances entre ces départements pour tenter d'identifier, par cette différence, ce qui est susceptible d'expliquer les cas de succès.

- Les cas de succès et d'échec se situent dans le même environnement institutionnel et dans le même hôpital. A ce niveau-là, il n'y a donc pas de différence pour expliquer les cas de succès.
- Les départements étudiés ont des rôles différents. Certains sont des départements administratifs, d'autres des départements de service, d'autre encore des départements médicaux. Pourtant, dans chaque catégorie, à la fois parmi les départements étudiés comme dans les autres, il y a des cas de succès et des cas d'échec. Le rôle du département n'est donc pas une explication des cas de succès.
- Les départements étudiés ont des statuts différents, notamment parmi les départements médicaux ; certains sont dits gratuits, et n'ont pas de ressources propres, d'autres sont dits payants à but lucratif ou pas et disposent d'une certaine autonomie financière. Si nous avons pu constater que la présence de ressources financières est un élément fort, qui facilite le succès d'un département, nous avons pu observer à la fois des cas de succès et des cas d'échec pour des départements gratuits et des départements payants. Le statut financier et juridique n'est donc pas un élément suffisant
- Que reste-t-il ? il reste comme différence, le choix effectué par certains chefs de départements, dans un système où rien n'incite, en termes de règles et de systèmes, à jouer le jeu de la qualité. Il y a des acteurs qui exercent un pouvoir, ont une capacité d'action, qui prennent la décision d'exercer leur fonctions, comme nous allons le montrer. En ce sens, à un premier niveau, l'hypothèse du poids des acteurs est validée. Reste à savoir comment ces acteurs s'y prennent : donnent-ils des ordres, transmettent-ils des valeurs, ou s'agit-il d'autre chose ?

3.2 COMMENT AGISSENT LES ACTEURS?

Selon nos observations, et nos analyses de documents, nous affirmons que ce ne sont pas les réformes en cours qui expliquent les cas de succès ; ce sont, comme nous l'expliquons, des acteurs qui font des choix. Mais comment s'y prennent-ils pour imposer ce choix aux autres ?

Trois éléments nous semblent susceptibles d'expliquer ces succès au moins partiels

- La discipline, « L'obéissance au directeur passe avant la règle »
- La protection, « le sentiment de sécurité »
- La pédagogie/ la formation et la réorganisation du travail, « être les meilleurs »

3.2.1 L'EXERCICE D'UN POUVOIR « PHARAONIQUE », OU LE MANAGEMENT PAR LA PEUR

La discipline « L'obéissance au directeur passe avant la règle ». Le mot qui revient très souvent dans tous les entretiens et les réunions est celui de sanction (celui de récompense est très rare). La présence de ce mot traduit la manière de gérer dans tous les départements qui sont des cas de succès : la peur du chef (homme de pouvoir). Sachant que le terme pharaon désigne les souverains d'Égypte durant l'antiquité égyptienne, nous utilisons ce terme pour expliquer et clarifier à quel point les directeurs des départements sont des personnes autoritaires, pas forcément soucieuses de bien exercer leur pouvoir, mais plutôt de l'exercer pour rester au pouvoir.

En observant le comportement de la directrice du département 5 (médecine interne), en réunion, nous pouvons constater qu'elle impose sa règle à l'ensemble du département. Lorsqu'elle est absente aux réunions qualité, elle n'autorise personne à la remplacer. Pourtant, cela se fait parfois dans d'autres départements. Les procédures qualité ne servent que pour être montrées en réunion, et ne sont pas utilisées dans le département, comme le montrent les audits réalisés par le département qualité. C'est la peur de la sanction qui fait que les malades sont pris en charge correctement et qui oblige à une communication et à une coordination interne entre les membres du département pour éviter les dysfonctionnements. La chef de ce département est une femme, sévère, dure. Selon elle, être chef de département, « c'est diriger la diversité dans un endroit très complexe et très difficile à gérer ; c'est pour

cela que je dois être sévère. En plus, je gère la gestion des incidents, la fréquence des procédures, le poids et la pression financière notamment par la gratuité des services qu'on offre pour les patients ». Lors d'une réunion, elle a conclu ses paroles en disant que la qualité se mesure à travers la santé du patient lorsqu'il sort du département. Elle cherche à ce que les malades soient bien pris en charge, mais selon ses règles à elle, sans tenter d'appliquer ce qui est recommandé dans les manuels de mise en œuvre des réformes qualité. Durant cette réunion où nous avons pu l'observer, nous avons constaté qu'elle donne peu d'importance à l'écoute des employés, au dialogue ou au travail en équipe. Et elle n'arrive pas à voir que l'hôpital n'est pas seulement un organigramme pyramidal, ou un lieu de pouvoir, mais qu'elle doit jouer le rôle d'un facilitateur, coordinateur entre les membres et les patients, être un animateur plus qu'une personne de pouvoir.

Les responsables de la qualité m'ont confirmé que si elle quitte son département les malades ne seront plus pris en charge correctement.

3.2.2 L'EXERCICE D'UN POUVOIR « PROTECTEUR », OU LE MANAGEMENT « PATERNALISTE »

La protection « le sentiment de la sécurité ». Nous avons pu identifier une autre forme de pouvoir parmi les directeurs de département, caractérisée par un style protecteur. Le directeur est là pour protéger non seulement une situation de qualité mais aussi protéger ses employés et leur faire ressentir de la sécurité. Ainsi nous entendons des employés qui disent d'un responsable « heureusement qu'il est là », ou « qu'est-ce que nous aurions fait sans lui »? Et paradoxalement nous l'entendons dire « C'est un ordre, c'est moi qui décide ». Il apparaît toujours compétent, légitime ; il possède des caractéristiques personnelles très marquantes. C'est celui qui applique les règles tout en protégeant ses employés quand ils respectent ces règles. Et c'est le cas du Département de Chirurgie thoracique cardiovasculaire. Le directeur de ce département a réussi non seulement à mettre en place une démarche qualité mais aussi à rendre ses personnels fidèles. Ce département attire des personnes compétentes, il possède les bons outils de fidélisation et de motivation professionnelle. Par exemple, il redistribue à chacun selon son rang, les conférences et autres cadeaux que lui destinent les visiteurs médicaux des sociétés pharmaceutiques. C'est une redistribution de ressources qu'il organise à son niveau de chef de département.

Quand un de ses médecins refuse d'accepter des cas de patients qui ne sont pas compatibles avec les règles du département, il est sûr qu'il ne sera pas sanctionné de la part du directeur de l'hôpital, car son chef de département le protège. Ce n'est pas le cas de tous les départements. Pour la plupart des chefs de département, l'obéissance au directeur d'hôpital passe avant la règle.

3.2.3 LA PEDAGOGIQUE, LA FORMATION ET LA REORGANISATION DU TRAVAIL

La réorganisation du travail, le développement d'une culture différente du reste de l'hôpital « être les meilleurs » Le directeur du département de chirurgie thoracique cardiovasculaire, exige des formations pour tous les employés (corps médical/corps paramédical) afin de permettre à chacun de connaître ce qu'il doit faire tant sur le plan de la prise en charge médicale des patients que sur le plan de l'accueil. Le statut privé/payant du département permet un accès à des ressources financières, ce qui rend la formation et l'apprentissage continu facile et accessible aux employés.

Nous avons pu observer un phénomène similaire dans le Département 12 médecine interne. Il possède des procédures internes documentées ; la culture qualité s'impose en plus de la règle du chef et de la crainte de la sanction comme conséquence. Nous pouvons constater que dans leurs comportements les employés se sentent les protecteurs de la qualité. Les employés du corps médical comme du corps paramédical sont motivés par le fait que leur département soit le meilleur, ils croient que cela leur donnera un grand nombre d'opportunités d'évolution dans leur carrière.

Dès 2008, ils ont démontré une exigence extrême et se sont toujours classés au sommet des évaluations comparativement aux autres départements. Pourtant, il existe une différence importante avec le département de chirurgie thoracique cardiovasculaire car le département médecine interne 12 ne possède pas de ressources financières propres. Tous les soins sont dispensés gratuitement. Ceci démontre à nouveau que le statut du département et la possibilité qu'il ait d'avoir accès à des ressources financières ne sont pas nécessairement une condition nécessaire des cas de succès.

D'après la liste de contrôle faite par le département qualité pour le suivi de la réalisation des travaux, nous avons constaté l'existence d'un système de management d'équipe. Mais après les entretiens nous nous sommes aperçue que c'est aussi un système qui se fonde sur les

sanctions et les récompenses. Les employés sont motivés par le fait d'être un membre de ce département qui est toujours classé premier du point de vue de la qualité et de la technique médicale. Un élément non négligeable de réputation est la possibilité de mettre en avant l'appartenance à ce département pour trouver un deuxième emploi dans le privé. Il s'est créé dans ce département un bien collectif immatériel : la réputation, protégée par un système de sanctions. C'est la directrice du département qui veille à l'application des sanctions.

3.2.4 SYNTHESE

Nous synthétisons ci-après dans le Tableau 25, les méthodes utilisées dans les départements qui ont réussi. D'après ce tableau nous constatons que le point commun de tous les départements qui ont déployé un système qualité est la discipline autrement dit la peur des sanctions. La discipline est une condition indispensable et essentielle mais elle ne suffit pas à elle seule et s'accompagne toujours d'un autre moyen. La discipline pose les conditions des cas de succès, l'autre moyen est l'outil par lequel un cas de succès est réalisé (réorganisation du travail, ou pédagogie). Mais sans discipline, l'outil à lui tout seul n'aurait connu aucun succès.

**TABLEAU 25 LES METHODES UTILISEES DANS LES DEPARTEMENTS
ETUDIES**

	Discipline	Protection	Pédagogie/formation	Réorganisation du travail
<u>Cas de succès</u>				
Dép. 12 médecine interne	*			*
Dépt. de Chirurgie thoracique cardiovasculaire,	*	*	*	
Laboratoires centraux,	*			*
Réception des Personnes recevant des soins préliminaires	*			*

3.3 LES LIMITES DU SUCCES

Après avoir présenté quatre cas de succès qui confirment le rôle prépondérant des directeurs de département, et après avoir identifié les modes d'action de ces directeurs il est temps de nous poser la question des limites des cas de succès. Nous avons déjà eu l'occasion d'évoquer certaines de ces limites, notamment celles des infrastructures, qui limitent les possibilités de progrès, mais aussi l'impossibilité de mettre en place une démarche qualité notamment quand on dépend des autres pour faire son travail (cas des laboratoires centraux par exemple). Nous voulons désormais interroger les limites de ces cas de succès en faisant appel aux repères théoriques que nous avons posés dans le chapitre 2.

Les chefs de département que nous avons observés sont-ils des entrepreneurs institutionnels, participent-ils à un travail institutionnel qui est susceptible de faire « bouger les lignes » à l'intérieur de l'hôpital et de changer le climat général d'indifférence, de mauvaise gestion et d'abandon que nous avons pu constater ? Dans le Tableau 26, nous rapprochons les caractéristiques de l'entrepreneur institutionnel des observations de notre terrain. Nous procédons de la même manière dans le Tableau 27, où nous rapprochons les caractéristiques du travail institutionnel qui adopte une vision plus large de la relation entre acteurs et institutions.

**TABLEAU 26 CARACTERISTIQUES DE L'ENTREPRENEUR
INSTITUTIONNEL/LES OBSERVATIONS**

Caractéristique de l'entrepreneur institutionnel	Observation du terrain
• Héroïque : qui agit contre le système	Les chefs de département n'agissent pas contre le système ils y résistent en modifiant le fonctionnement de leur département sans remettre en cause ce qui se passe « au-dessus » d'eux. S'ils partent, leur département redeviendra probablement un cas d'échec.
• L'entrepreneur institutionnel n'est pas un acteur, mais un groupe d'acteurs	Nous n'avons pas trouvé un groupe d'acteurs qui réagisse. C'est toujours le chef de département qui donne des ordres et c'est aux autres de les respecter.

**TABLEAU 27 CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL INSTITUTIONNEL / LES
OBSERVATIONS**

Caractéristique du travail institutionnel	Observation du terrain
Relations entre acteurs et institutions Pour « déranger » et faire bouger les lignes.	Les chefs de département ne veulent pas assurer le rôle de « causeur de trouble ». Ils ne cherchent pas la confrontation avec leurs collègues ou la diffusion de leurs idées.
Le travail institutionnel n'est pas mené par un seul mais par de multiples acteurs, dans un effort collaboratif	Les chefs de départements ne sont intéressés ni par la confrontation, ni par la diffusion. Leurs collègues des autres départements ne sont pas intéressés de toute façon.

En conséquence de ce que nous avons présenté dans ces tableaux, nous concluons que les chefs de départements responsables des cas de succès que nous avons observés ne sont pas des entrepreneurs institutionnels et ne participent pas à un travail institutionnel.

Les éléments ci-après viennent encore renforcer cette conclusion :

- Le premier élément concerne le comportement des directeurs de département, qui sont tous des médecins. Dans le contexte français, Nobre (1998 :86), mettait en avant l'ambiguïté du comportement du corps médical dans son mode de fonctionnement « il relève d'un double mécanisme où coexistent deux attitudes : une forte tradition d'esprit de corps qui permet de faire face à la direction. Elle est justifiée par la forte séparation entre domaine médical et domaine non médical et entraîne une puissante passivité face aux problèmes existants au sein de l'hôpital pour ne pas remettre en cause les collègues, ce qui s'apparente dans certains cas à la loi du silence. Une gestion conflictuelle des autres dossiers (recrutement, investissement, orientation stratégique) où les stratégies individuelles sont largement privilégiées par rapport aux objectifs de l'institution, ce qui provoque des comportements quasi-claniques ». Dans le contexte de notre terrain, nous avons observé cette même ambiguïté : impossibilité de mettre en cause ou d'aborder frontalement d'autres médecins, par « esprit de corps », et donc impossibilité de faire évoluer les choses. Il existe un jeu concurrentiel et personnel à l'encontre des autres chefs de départements pour tout ce qui concerne les moyens humains, financiers et en matériel.

- Le deuxième élément concerne l'impossibilité et l'incapacité de ces chefs de département à trouver des relais au sein de l'hôpital pour partager et diffuser leurs valeurs. Cette impossibilité à travers des relais pour diffuser leurs valeurs ceci s'explique déjà en partie par le premier élément que nous avons présenté. A un deuxième niveau, elle s'explique aussi par l'absence d'intérêt des autres chefs de département à vouloir copier les modèles de réussite existants et transformer leur département d'un cas d'échec en un cas de succès en imitant les bonnes pratiques de leurs collègues. A aucun moment nous n'avons pu observer la moindre preuve d'isomorphisme mimétique.
- Le troisième élément concerne le soutien, ou l'approbation qu'avaient pu obtenir ces chefs de département de la part de leur hiérarchie, et ici en l'occurrence de la part de la direction de l'hôpital. Dans les réunions auxquelles nous avons participé et auxquelles le directeur de l'hôpital était présent, à aucun moment nous n'avons pu identifier de sa part des signes de soutien ou un intérêt marqué pour les cas de succès, ni même l'expression d'une volonté explicite que ces cas de succès se diffusent et soient imités.

Rappelons que la création du département qualité n'est pas une initiative du directeur de cet hôpital mais un élément qui lui a été imposé comme à tous les autres hôpitaux dans le cadre des réformes qualité.

Nous voyons donc dans la création de ce département qualité une forme d'isomorphisme coercitif. Cette structure qui devait soutenir les efforts des départements dans la mise en œuvre de démarches qualité n'a pas obtenu, non plus, le soutien de la direction. Au mieux, nous pouvons dire que par « esprit de corps » mais aussi conformément à la culture égyptienne, le directeur de l'hôpital ne s'est pas heurté frontalement avec la responsable du département qualité et ne l'a pas empêché de travailler avec les chefs de département qui étaient volontaires pour mettre en place des démarches qualité et améliorer le fonctionnement de leur département.

En revanche, il ne l'a pas déchargée des obligations qu'elle avait déjà, de directrice adjointe de l'hôpital, ce qui a dû normalement limiter ses possibilités d'action en tant que responsable qualité. En outre, après lui avoir confié cette responsabilité pendant un an et demi, il lui a proposé une promotion comme directrice adjointe d'un autre hôpital et l'a remplacée, à la tête du département qualité, par quelqu'un avec une position hiérarchique inférieure.

CONCLUSION SECTION 3

Pour que les cas de succès individuels que nous avons étudiés correspondent à des cas des entrepreneurs institutionnels, il faudrait qu'ils se situent dans l'une des deux situations suivantes :

- Qu'ils soient le résultat d'un travail de diffusion venu de l'environnement institutionnel. Nous avons montré que ce n'est pas le cas. Les acteurs qui sont à l'origine des cas de succès ne se sont pas déterminés par rapport à leur environnement institutionnel. Dans certains cas, ils étaient déjà à la tête de leur département avant que les réformes qualité ne soient mises en œuvre. Leur département jouissait déjà d'une bonne réputation. Les deux réformes qualité ont peut-être renforcé cette situation mais ne l'ont pas créée.
- Que ces individus, à travers les succès dont ils sont responsables, soient capables d'aller plus loin et de participer à des changements de l'environnement institutionnel. Cela n'a pas été le cas car leur position hiérarchique ne leur permettait pas d'avoir une influence au-delà de leur département.

En revanche, selon nous, ce qu'il leur manque est une capacité d'influence suffisante pour que le cas de succès de leur département puisse influencer le fonctionnement global de l'hôpital, pour qu'à son tour, ce fonctionnement puisse faire évoluer le fonctionnement du ministère de la santé et ainsi de suite. Pour être un acteur institutionnel et influencer l'environnement, une telle amélioration demande des actions efficaces sur l'organisation, de telle sorte à être capable à faire des changements réels et radicaux au sein de l'organisation.

CHAPITRE 6

RETOUR VERS LES REPERES THEORIQUES

CHAPITRE 6: RETOUR VERS LES REPERES THEORIQUES

INTRODUCTION

Désormais, nous reprenons l'ensemble de notre recherche et ses différents éléments de contexte depuis les bailleurs de fonds qui exercent une pression sur le gouvernement égyptien jusqu'au directeur de l'hôpital qui exerce une pression sur les départements, en passant par tous les autres acteurs. Nous souhaitons ici interpréter l'information collectée à travers le cadre théorique choisi.

Ce travail d'interprétation doit nous amener à éclaircir la relation action/structure, à mieux comprendre :

- D'une part les réactions des acteurs à l'intérieur d'une organisation, comme dans le cas de notre terrain d'observation en immersion.
- D'autre part les réactions des organisations, en tant que systèmes d'acteur, à l'intérieur d'un environnement institutionnel.
- Et enfin la manière dont l'environnement institutionnel impacte le comportement des acteurs et des organisations et est susceptible d'être impacté, ou pas, par le comportement de ces acteurs ou organisations.

A travers ces trois axes d'interprétation nous retrouvons ainsi les trois niveaux d'analyse présentés dans notre chapitre 2 sur les repères théoriques.

- le niveau macro : celui de l'environnement institutionnel, des systèmes d'acteurs (organisations) et acteurs qui le composent et interagissent entre eux.
- le niveau organisationnel : celui des organisations, insérées dans un environnement institutionnel, et composées elle-même d'acteur.
- le niveau acteur : celui des acteurs à l'intérieur d'une organisation.

Chacun de ces trois niveaux est l'occasion de porter un regard différent sur la relation action/structure, à partir du contexte de notre thèse et du travail de recherche que nous avons effectué.

Ainsi, au niveau macro il nous est possible d'observer comment s'exercent des forces de signification, de domination et de légitimité.

Au niveau organisationnel, il est intéressant d'observer les organisations en tant que systèmes d'acteur, avec un double regard :

- tout d'abord comment elles répondent aux pressions de l'environnement institutionnels par des stratégies d'isomorphisme, d'évitement et de manipulation, tel que nous les avons définies dans le chapitre 2, et éventuellement comment elles agissent pour faire évoluer l'environnement institutionnel.
- ensuite comment les dirigeants de ces organisations exercent, en interne, à leur tour, sur les acteurs dans l'organisation, des forces de signification, domination et légitimation.

Enfin, au niveau des acteurs, il est intéressant d'observer leur comportement face aux pressions émanant soit de leur environnement institutionnel, soit de l'organisation où ils travaillent et comment ils y répondent pas des stratégies d'isomorphismes, d'évitement et de manipulation, ou éventuellement comment ils agissent en tant qu'entrepreneurs institutionnels ou participent à un travail institutionnel pour faire évoluer la structure.

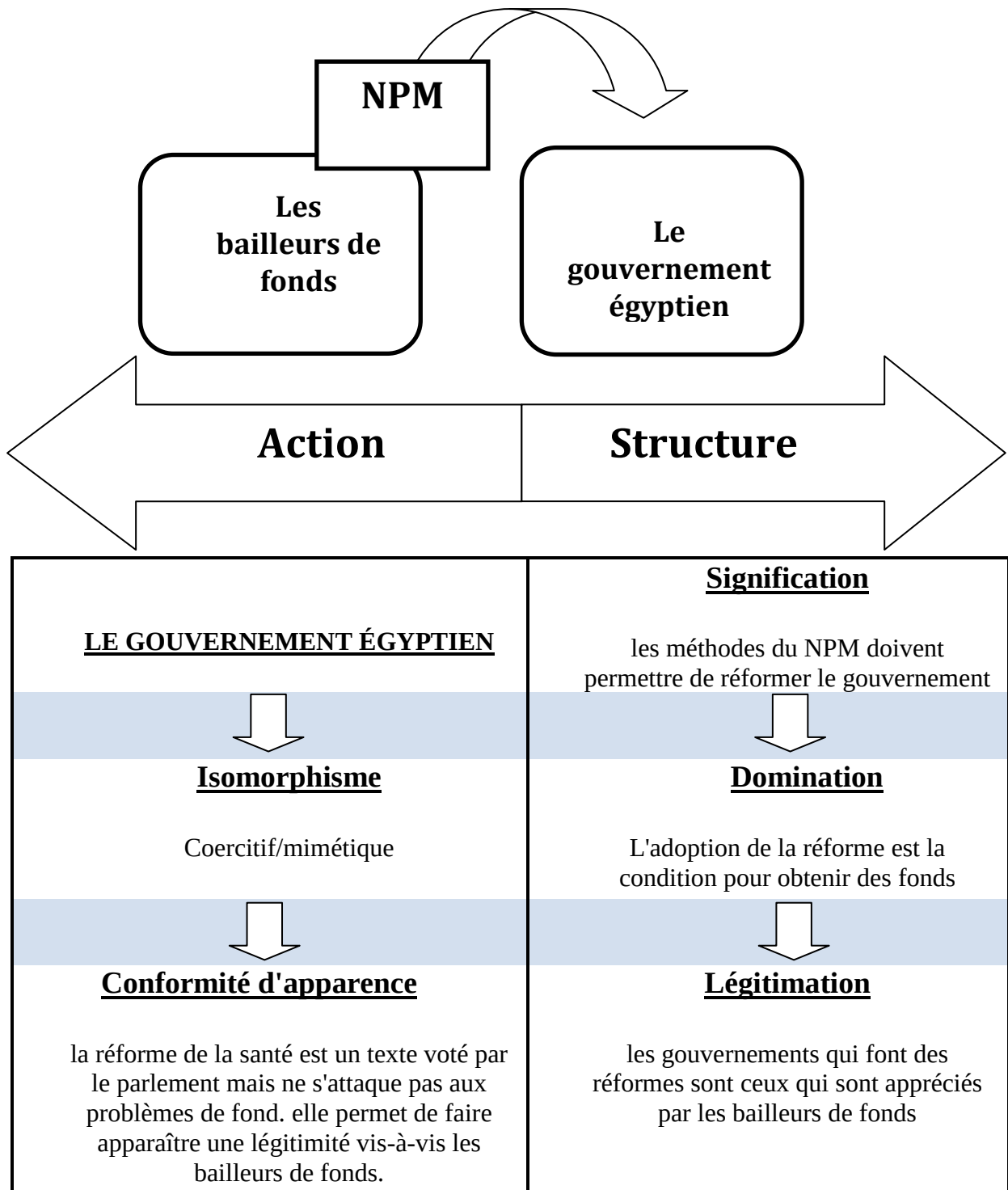
SECTION 1 LES PRESSIONS EXTERNE AU SECTEUR DE LA SANTE

Lors de notre présentation du contexte, nous avons montré comment les bailleurs de fonds exercent des pressions sur les PVD et comment les aides financières sont conditionnées par l'adoption des concepts du NPM. Nous avons ensuite montré comment le gouvernement égyptien a fait face à la pression des bailleurs de fonds, quelles forces il a exercé sur les organisations du secteur de la santé et comment ces dernières ont réagi. Analysons donc cette chaîne de pressions pour conduire notre interprétation.

1.1 LES PRESSIONS DES BAILLEURS DE FONDS

Les pressions institutionnelles se sont exercées avec force sur le gouvernement égyptien sans tenir compte du contexte nécessaire pour qu'une démarche qualité, fondée sur les principes du NPM, puisse aboutir. Les conditions d'un tel contexte n'étaient pas réunies. Pour que la réforme aboutisse, il aurait fallu que les acteurs au sein du gouvernement égyptien se soucient à la fois d'être légitimes vis-à-vis des bailleurs de fonds (légitimité externe), et d'être légitimes vis-à-vis des acteurs du monde de la santé en Égypte (légitimité interne). Il apparaît que la légitimité externe a été privilégiée. Ceci apparaît assez clairement dans les discours officiels prononcés par des responsables égyptiens lors de réunions dans des organisations internationales. Ceci est visible dans le choix de leur vocabulaire et des sujets abordés qui répondent aux demandes des bailleurs de fonds, comme nous l'avons démontré dans le chapitre 1.

**FIGURE 25 LA PRESSIONS DES BAILLEURS DE FONDS SUR LE
GOUVERNEMENT EGYPTIEN**



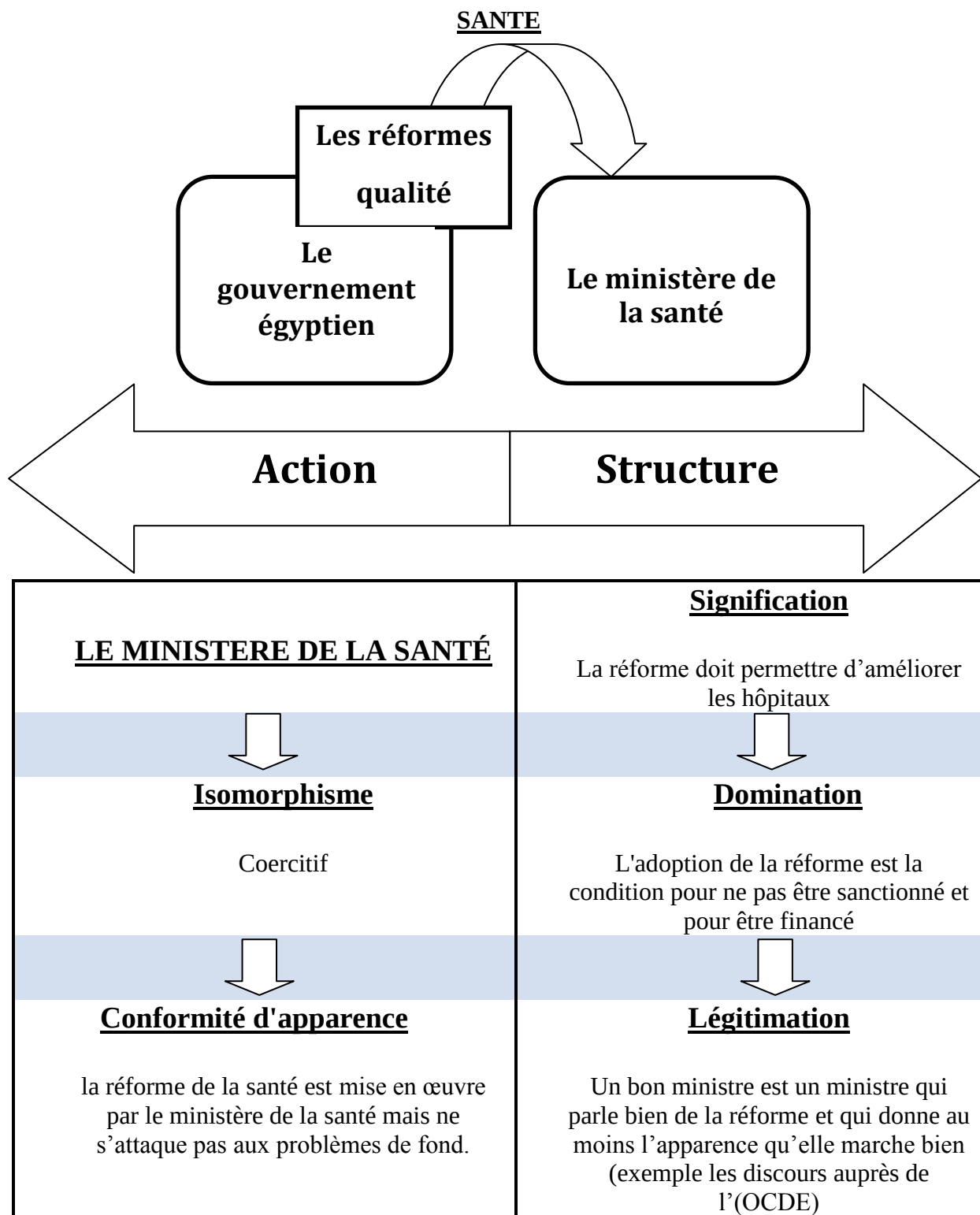
La Figure 25 nous montre que le gouvernement égyptien a été impacté de deux manières. D'une part il a été contraint de se conformer à des pratiques internationales exigées par les bailleurs de fonds (isomorphisme coercitif) mais il a adopté pour ce faire une stratégie de conformité d'apparence, notamment en faisant voter par le parlement une loi réformant le secteur de la santé, sans réflexion sur l'accompagnement des organisations concernées pour qu'elles modifient leurs pratiques.

D'autre part, il est également possible d'affirmer que le gouvernement égyptien a agi par mimétisme en voulant copier les expériences des pays développés. Les stratégies d'isomorphisme mimétique ont pourtant été critiquées par DiMaggio et Powell (1983) qui souligne que si le modèle imité a du succès dans une organisation, cela ne signifie pas que l'organisation qui va l'imiter va devenir plus efficace pour autant.

1.2 LA PRESSION DU GOUVERNEMENT SUR LE MINISTERE DE LA SANTE

Passons à la deuxième pression exercée par le gouvernement égyptien, sur le ministère de la santé. Comment ce dernier a-t-il répondu aux demandes du gouvernement de mettre en place une réforme qualité au sein des établissements sanitaires ? A nouveau, nous constatons l'isomorphisme coercitif subi par le ministère de la santé et une réponse par un comportement de conformité d'apparence, afin de ne pas être sanctionné et de ne pas changer les pratiques existantes. Dans le chapitre 1 nous avons mis en avant le fait que les discours jouent un rôle important dans la conformité d'apparence et sont destinés à obtenir une légitimité externe, auprès des bailleurs de fonds, pour qu'ils accordent des aides. Un bon ministre c'est celui qui fait un bon discours d'adoption de la réforme afin, d'une part, de ne pas être sanctionné par le gouvernement par une réduction dans le budget du ministère (domination du gouvernement sur le ministère de la santé) ; d'autre part pour ne pas devenir impopulaire en rendant son ministère encore moins capable de répondre aux besoins sanitaires des citoyens et illégitime auprès des bailleurs de fonds. (Légitimité interne et externe). Ceci est illustré dans la Figure 26.

FIGURE 26 LA PRESSION DU GOUVERNEMENT SUR LE MINISTRE DE LA



1.3 LES LIMITES DES PRESSIONS EXTERNES

A l'issue de cette première étape nous pouvons conclure sur l'effet limité des pressions institutionnelles pour faire aboutir des réformes de fonds. En effet, notre chapitre 1, section 2, expose bien la complexité de ce secteur, à la fois d'un point de vue juridique mais aussi managérial. Nous nous appuyons sur cela pour affirmer que ni le gouvernement égyptien, ni le ministère de la santé, avec des moyens mal gérés, une structure bureaucratique et professionnelle rigide, ne sont capables de mener une réforme de fond. Pourtant, comme l'a affirmé Nobre pour le cas français (2001 :142), « La volonté du ministère de mieux prendre en compte la satisfaction des patients se concrétise par des exigences accrues concernant les prestations délivrées au sein des structures hospitalières. En particulier, quelques axes sont actuellement privilégiés. Il s'agit de la qualité des soins, de la prise en compte de la douleur, du respect du droit des patients et du respect de la procédure de recueil du consentement éclairé. Chacun de ces axes entraîne des transformations profondes des pratiques. ». Comment mettre en œuvre de telles transformations profondes devant l'incapacité à le faire (et peut-être aussi devant un manque de volonté politique) ? Les acteurs institutionnels subissent un isomorphisme coercitif et y répondent par une stratégie de conformité d'apparence. Ne pouvant avouer l'échec de leurs pressions, pouvons-nous faire l'hypothèse que les bailleurs de fonds ne sont pas trompés par cette apparence, mais qu'ils l'acceptent pour pouvoir justifier à leur tour des aides qu'ils ont accordées ? Nous sortons ici du champ de notre étude et ne pouvons répondre à cette question qui mérite toutefois d'être posée.

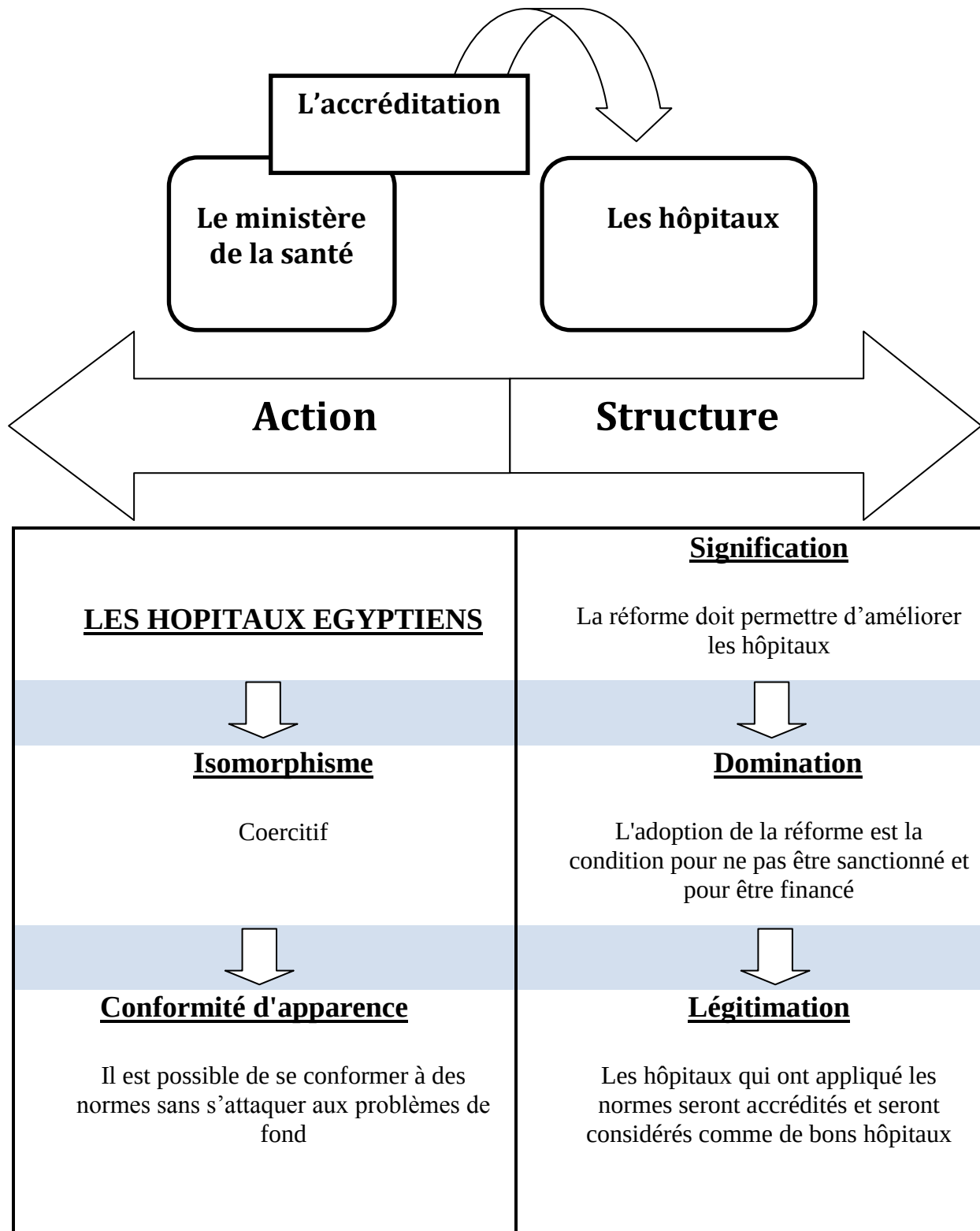
SECTION 2 LES PRESSIONS INTERNES AU SECTEUR DE LA SANTE

Intéressons-nous maintenant au secteur de la santé. Nous prenons le ministère de la santé comme point de départ et nous poursuivons ainsi notre analyse de la chaîne des pressions, en direction des hôpitaux, puis des départements à l'intérieur des hôpitaux et enfin des acteurs à l'intérieur de ces départements.

2.1 LE MINISTERE DE LA SANTE SUR LES HOPITAUX

Entre 1995 et 2007 sur un intervalle de 12 ans, deux réformes qualité ont été imposées aux établissements sanitaires égyptiens et les deux se sont soldées par un échec. Malgré cet échec les hôpitaux ont dû tenir compte de ces réformes. Pour comprendre comment, nous nous concentrons ici sur les réactions des responsables des hôpitaux envers la deuxième réforme, qui pousse à la conformité via la mise en place d'un système d'accréditation. Pour commencer, les hôpitaux ont subi un isomorphisme coercitif (obligation de créer un département qualité, de rédiger et formaliser les procédures de travail, de définir des bonnes pratiques). Ces obligations étaient accompagnées de sanctions et de récompenses potentielles. Parmi les sanctions, mentionnons la nécessité de franchir une première étape de mise à niveau des infrastructures sous peine de ne jamais obtenir. Parmi les récompenses, citons la possibilité d'obtenir l'accréditation et plus de ressources financières en cas d'accréditation. La Figure 27 illustre ces propos.

FIGURE 27 LA PRESSION DU MINISTRE DE LA SANTE SUR LES HOPITAUX



Encore une fois, en réponse à cet isomorphisme coercitif, nous observons des stratégies de conformité d'apparence. Par exemple, à l'issue de 4 mois d'observation en immersion à l'hôpital, un entretien avec la directrice de la qualité nous a permis de constater une absence de progrès sur tous les fronts, sauf pour quelques cas, liés à des acteurs. Selon la personne interrogée rien n'est changé et rien ne changera du fait de cette culture de l'indifférence que nous avons posée en introduction comme caractéristique de la culture égyptienne et comme toile de fond de notre thèse.

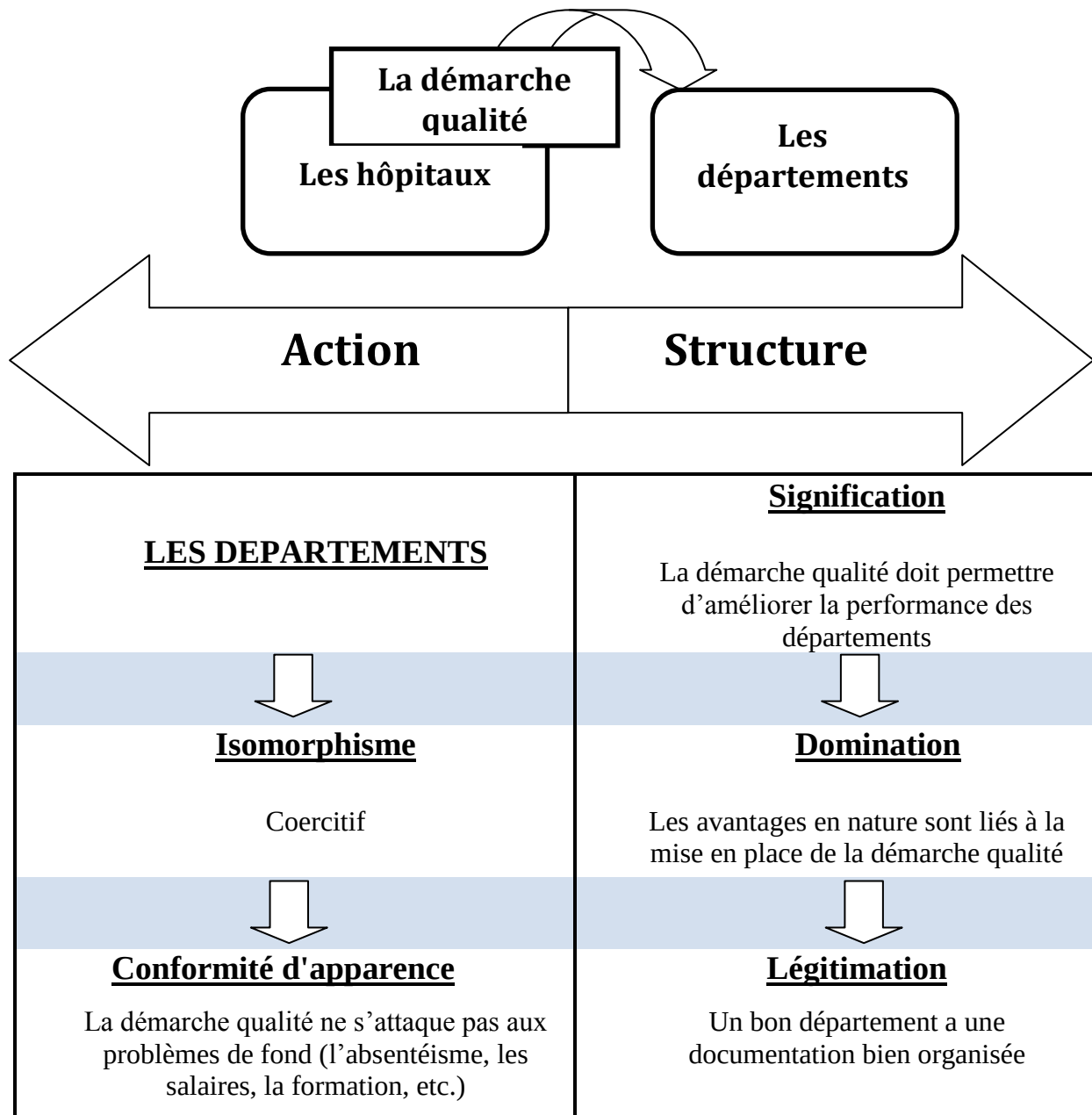
2.2 LA PRESSION DES HOPITAUX SUR LES DEPARTEMENTS

A l'intérieur d'un hôpital la pression qui s'exercera sur les départements pour mettre en œuvre la réforme qualité dépendra en premier lieu du directeur de l'hôpital. Comme ce dernier a été obligé de nommer un directeur qualité, la mise en place de réformes dépendra à un deuxième niveau des actions menées par cette personne. A un troisième niveau, elle dépendra des chefs de département : à la fois sur le plan de leur volonté à faire fonctionner leur département et sur celui de leur volonté de s'allier avec d'autres chefs de départements pour faire évoluer la structure (entrepreneuriat et travail institutionnel). Au niveau du terrain que nous avons pu observer, le directeur de l'hôpital n'a jamais soutenu la démarche de mise en place d'un management de la qualité. En réunion, il n'a jamais exprimé le souhait que se diffusent les bonnes pratiques des départements que nous avons considéré comme des cas de succès. Quant à la directrice de la qualité, elle n'a pu vraiment travailler qu'avec les chefs de département qui étaient volontaires et demandeurs. Quant aux chefs de département qui ont réussi avec un certain succès à mettre en place la réforme qualité, ils se sont déterminés pour le faire par rapport à des valeurs personnelles et pas par rapport aux pressions de l'environnement institutionnel. S'ils ont agi au sein de leur département et ont su résister, en revanche ils ne se sont jamais investis pour essayer de diffuser leurs pratiques. En ce sens, comme nous l'avons souligné dans la conclusion du chapitre 5, ils ne sont ni des entrepreneurs institutionnels, ni ne participent à un travail institutionnel.

Pour ce qui concerne les cas d'échec, nous avons pu observer que les chefs de département faisant tout de même attention à présenter, pour la forme, les documents qui étaient exigés d'eux. Même lorsque les audits des départements qualité ou ceux du ministère de la santé étaient défavorables (quand de tels audits avaient été réalisés) la production de ces documents

suffisait à ce qu'ils ne soient pas remis fondamentalement en question. Là encore nous en tirons la conclusion d'une stratégie de conformité d'apparence et d'une légitimité limitée à la production d'une documentation organisée. La Figure 28 résume cet état des lieux.

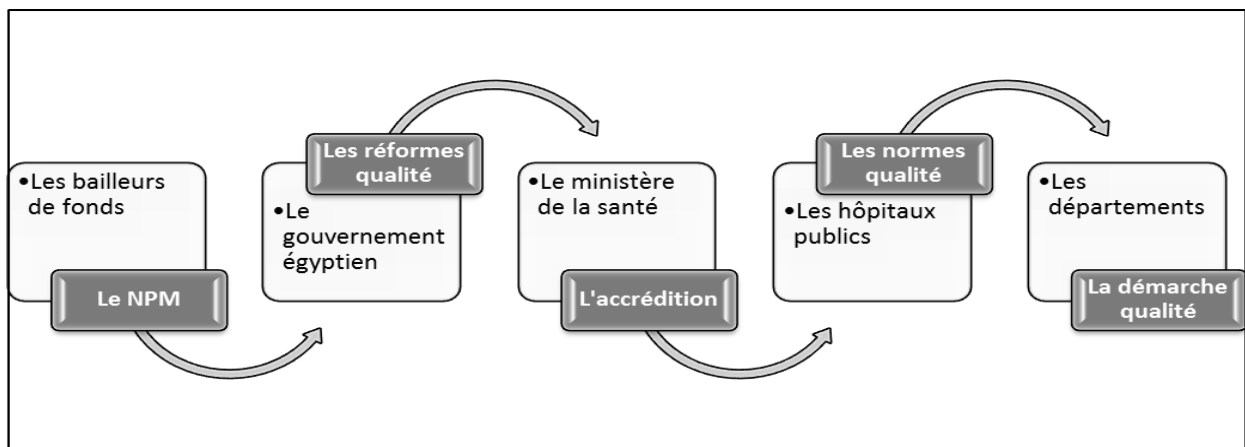
FIGURE 28 LA PRESSION DES HOPITAUX SUR LES DEPARTEMENTS



SECTION 3 SYNTHÈSE SUR LA CHAÎNE DES PRESSIONS

La Figure 29 reprend la chaîne de pressions institutionnelles : dans les carrés en blanc le nom des acteurs, et dans les rectangles, les outils, les procédures ou les concepts que les acteurs mis sous pression sont invités à adopter. Si les acteurs adoptent les solutions proposées, c'est contraints et forcés. On peut donc parler d'isomorphisme coercitif. A la fois le gouvernement égyptien, puis le ministère de la santé, puis les hôpitaux publics égyptiens, puis les départements doivent adopter des solutions qui ont chacun à leur niveau une reconnaissance internationale. A chaque étape il existe des documents (textes de lois, manuels, résultats d'audit) qui peuvent être montrés à l'extérieur pour justifier que chaque acteur a répondu à la demande qui lui était faite. Dans les faits, et malgré l'existence de documents, on constate que la mise en œuvre de solutions proposées est un échec en termes d'amélioration concrète de la qualité. C'est pour cela que nous concluons que chaque acteur se situe dans une logique de conformité d'apparence.

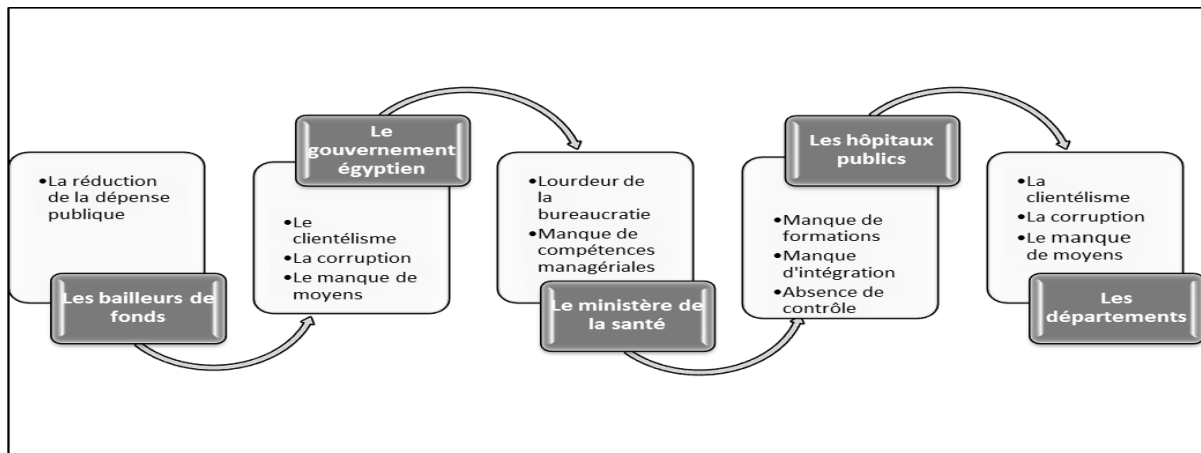
FIGURE 29 LA CHAÎNE DE PRESSIONS INSTITUTIONNELLES



Lors de notre deuxième étude empirique, nous avons essayé de porter notre attention sur les rares cas de succès plus que sur les cas d'échec et les circonstances qui favorisent la mise en place de la démarche qualité par les différents acteurs de l'hôpital : le corps médical, le corps paramédical et le corps administratif. Nous avons observé comment, dans leurs pratiques de travail, dans leurs interactions, ils mettent en œuvre ou évoquent la notion de qualité.

Notre cadre théorique, ainsi que notre choix d'examiner des cas de succès et de les contraster avec des cas d'échec, fait apparaître une situation paradoxale. Dans un même hôpital, soumis aux mêmes pressions extérieures, coexistent des cas de succès et d'échec de départements qui ne sont pas expliqués par des questions de moyens financiers ou de statut juridique. En effet, nous avons pu observer que des départements dotés de moyens financiers importants étaient des cas d'échec et des départements sans moyens financiers pouvaient correspondre à un cas de succès. Quelle est l'origine de ce paradoxe ? Ce questionnement nous a amené à identifier le poids joué par certains acteurs dans les cas de succès. Ces individus ne déterminent pas leur comportement de la même manière que les autres. Ils choisissent de résister à l'environnement qui les entoure et de privilégier leurs valeurs personnelles. A chaque niveau, les pressions institutionnelles exigent de mettre en place une démarche qualité qui vient en interaction avec l'environnement institutionnel existant. Ainsi, la pression des bailleurs de fonds pour mettre en place le NPM vient se heurter au fonctionnement d'un Etat qui rencontre des problèmes liés au clientélisme, à la corruption et au manque de moyens. Dans ce contexte, une demande de mise en place de NPM ne peut aboutir que si on s'attaque aux problèmes de fonds. Sans cela, la démarche du NPM, adoptée par contrainte, ne produira qu'une conformité d'apparence. Il en va ainsi tout au long de chaque élément de la chaîne des contraintes de l'environnement institutionnel qui poussent à la « non qualité » ; la FIGURE 30 nous le montre.

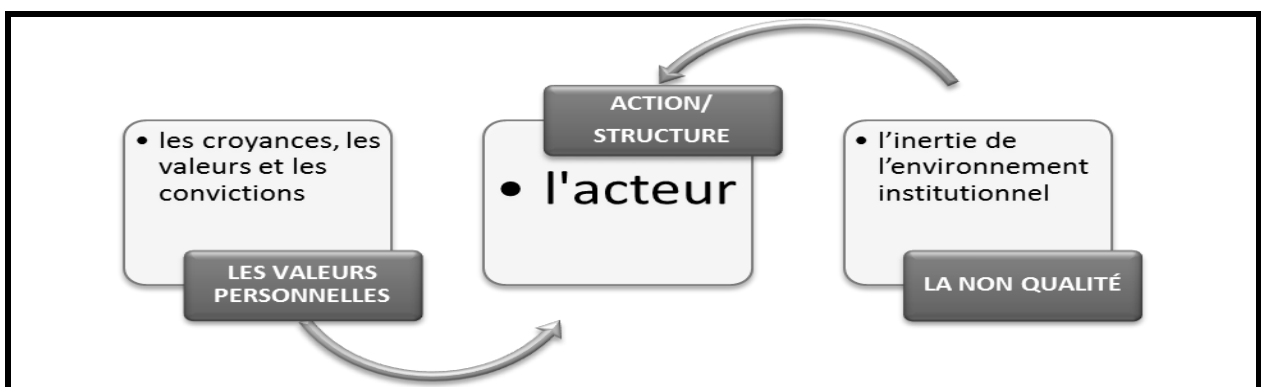
**FIGURE 30 LES CONTRAINTES DE L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL
QUI POUSSENT A LA « NON QUALITE »**



Les acteurs que nous avons étudiés sont en fait déterminés par trois sources de pressions. D'une part l'inertie de l'environnement institutionnel qui pousse à ne rien changer à ses habitudes, mais à répondre à l'existant (avec en toile de fonds les spécificités de la culture égyptienne), la chaîne de pressions institutionnelles qui vise à introduire une démarche qualité ; et enfin, les croyances, les valeurs et les convictions de ces acteurs qui lui sont strictement personnelles et qui ne viennent pas de son environnement professionnel.

Les acteurs qui ont joué un rôle important dans les cas de succès se déterminent par rapport à cette troisième source, qui les pousse à ignorer l'inertie de l'environnement institutionnel, à se déterminer par rapport à eux même et à dépasser la conformité d'apparence pour faire fonctionner des démarches qualité. C'est ce que montre la figure 31, qui a son tour regroupe toutes les pressions qui s'exercent sur les acteurs à l'hôpital.

FIGURE 31 LES PRESSIONS QUI ENTOURENT LES ACTEURS A L'HOPITAL



CONCLUSION PARTIE II

Dans cette partie à partir de documents, nous avons étudié la genèse de deux réformes successives visant à introduire un système de management de la qualité dans les hôpitaux publics égyptiens. Notre attention s'est portée sur les manuels qualité publiés lors de chacune de ces réformes afin de déterminer s'ils avaient pu combiner à l'explication des rares cas de succès rencontrés ou si, au contraire, ils n'étaient qu'une manifestation de l'échec de ces deux réformes. Il ressort de notre travail que c'est plutôt la deuxième proposition qui s'impose et qui nous permet de confirmer la logique de « copier-coller » identifiée dans la littérature que nous avons passé en revue, dans le chapitre 1, qui prévaut lors du transfert d'innovations managériales, des pays riches à des destinations des pays en voie de développement.

Une immersion dans un hôpital nous a ensuite permis de comparer des cas d'échec et de les constater avec des cas de succès. Si le rôle des individus, qui se déterminent en fonction de leurs valeurs, préposerait, ces derniers n'ont toutefois ni les ressources nécessaires, ni peut-être la volonté pour devenir entrepreneurs institutionnels ou pour participer à un travail institutionnel.

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

Après avoir passé en revue les trois niveaux d'observation, macro, organisationnel et micro, et après les avoir reliés à nos repères théoriques, revenons sur la réforme de 2007 et tentons de remonter vers tous les principes du NPM qui l'ont inspirée. Si la réforme de 2007 a été imposée aux hôpitaux publics égyptiens sous forme du contrôle externe par la mise en place d'une accréditation des procédures qualité, cette réforme n'a pas été accompagnée par une réforme de la régulation du système de santé. Pourtant ce dernier ne possède pas les capacités nécessaires pour effectuer des changements organisationnels pour améliorer la qualité des soins. Or la logique du NPM et celle des démarches qualité exigent non seulement que ces concepts soient adoptés aussi qu'ils soient appliqués. D'où cette question importante posée par Halgand (2003:221), « L'accréditation est-elle une énième réforme dont il ne faut pas attendre de conséquences majeures ou, au contraire, sommes-nous en présence d'un élément d'un dispositif plus large susceptible de faire évoluer sensiblement et durablement le système de santé, vers plus de qualité ? » L'auteur a répondu au niveau des établissements français. De notre côté nous reprenons ce questionnement et nous essayons de répondre au niveau des établissements égyptiens, sachant que l'accréditation est une sorte d'évaluation externe inspirée par les principes du NPM. Puisque l'accréditation est inspirée du NPM nous reprenons donc les quatre modèles de l'application du NPM cités par Ferlie et *al.* (1996) et commentés par Halgand (2003 :222) afin de positionner l'accréditation dans le système sanitaire égyptien. Le premier modèle est inspiré par le gouvernement Thatcher, en Grande-Bretagne, dans les années 80, il s'oriente vers « la voie de l'efficacité ». Il met l'accent sur le contrôle de l'efficacité pour rationaliser le fonctionnement des organisations de services publics. Tandis que le deuxième modèle s'appuie sur la critique du fordisme et fait appel à la décentralisation des décisions et la réduction des effectifs. Il articule le contrôle des organisations autour du quasi-marché. Il s'oriente vers la «restructuration et la décentralisation ». Selon Halgand (2003 :221), le résultat de ce deuxième modèle consiste à ce que «les mécanismes d'allocation des ressources, jusqu'alors opérés par la puissance publique sous la forme d'une planification, soient désormais gérés par une entité institutionnelle *ad hoc* en charge d'acheter les services en question pour le compte de l'utilisateur et conformément à l'intérêt général ». Le troisième modèle toujours selon (Halgand, 2003), s'intéresse aux relations humaines et aux dimensions culturelles de l'organisation. Ce modèle

est à « la recherche de l'excellence » ; il met l'accent sur le rôle du leadership dans le changement. L'évaluation de la performance de l'organisation est fondée par les résultats. Le quatrième modèle s'oriente vers « le service public ». La performance est évaluée par l'opinion des usagers et pour le contrôle l'obligation de rendre des comptes est l'élément essentiel de la légitimité des services publics. Ce modèle s'intéresse plus sur le développement de démarche de management par la qualité (MQT).

Pour le cas de l'Égypte, nous constatons que le système est un mélange des différents modèles de NPM. Il ne se caractérise ni par son orientation vers le client, ni vers le marché, ni vers la culture. C'est un mélange de tout, ce qui rend l'application difficile, voire impossible lorsqu'il s'agit de mettre en place des contrôles externes. Ces conclusions méritent d'être argumentées. C'est ce que nous allons faire dans les paragraphes qui suivent.

Dans le système d'accréditation égyptien, nous n'avons pas identifié de recours à un système de contrats comme dans le premier modèle. Nous n'avons pas identifié non plus de mécanismes de quasi-marché comme dans le deuxième modèle, ni la transparence associée à ce système et qui selon Halgand (2003 :224), est un « mécanisme de production de transparence] qui [renvoie à la notion anglo-saxonne d'*accountability*, que l'on peut traduire par « obligation à rendre des comptes » ». De cette façon le contrôle de l'utilisation de fonds publics doit constituer un des éléments centraux de la régulation des services publics, ce qui doit refléter l'expression du pouvoir de décision du parlement et contribue à l'exercice de son contrôle démocratique. Nous n'avons observé aucun des mécanismes qui permettraient cela en Égypte. Le troisième modèle exige avant à lui un changement organisationnel ; cette dynamique n'est pas induite par l'extérieur afin d'être traduite à l'intérieur des établissements de santé égyptiens. Le quatrième modèle n'est pas appliqué non plus.

A l'hôpital où nous avons effectué notre étude empirique nous avons constaté qu'au plan organisationnel, il se caractérise par sa bureaucratie très hiérarchisée, au premier rang se trouve le corps médical qui ne s'intéresse pas à la mise en place d'une démarche qualité ni à l'accréditation exigée par le ministère. Nous sommes assez éloignée des conclusions que des chercheurs ont pu tirer du cas français et que nous citons pour terminer. Selon Halgand (2003 :225), « L'accréditation peut s'analyser comme relevant d'une démarche d'assurance qualité, au sens où elle comporte une phase de diagnostic suivie de propositions de solutions. En tant que telle, sa capacité à repérer les dysfonctionnements semble bien réelle, notamment

sur les trois référentiels relatifs au patient et à sa prise en charge, points sensibles en matière de politique d'image». Et selon (Husser 2002 cité par Halgand, 2003 :338), « la participation du personnel ; l'écoute des clients ou usagers ; l'amélioration de la qualité conçue comme une dynamique. L'un des critères essentiels qui peuvent interdire à un établissement d'obtenir son accréditation réside dans l'absence de démarche participative pour procéder à l'auto-évaluation. En tant que telle, cette phase préparatoire à l'audit représente une chance de changer l'organisation en faisant mieux communiquer des acteurs appartenant à des corps professionnels différents».

Si nous traitons **les acteurs essentiels (les directeurs)** et leurs comportement au sein des hôpitaux, selon Nobre (1999 :77), « Le directeur fait preuve d'un fort dynamisme et d'un volontarisme affirmé, quitte à s'opposer vivement au corps médical, tout en ayant une stratégie de séduction des acteurs-clés du corps médical, président de la CME, médecin, chef d'un clan. » selon même auteur (p.80) «Le très fort pouvoir du corps médical, puisque certains dysfonctionnements perdurent depuis très longtemps sans possibilité d'y faire face pour la direction ».

De cela, cette thèse avait pour ambition de réaliser deux types d'apport, managériaux et théoriques. Sur le **plan théorique**, nous avons identifié une nouvelle catégorie d'acteurs. Les cas de succès rencontrés nous ont permis de montrer que les acteurs ne sont pas « passifs » au sens entendu par les premières versions de la TNI. Ils ne font pas que subir l'environnement. Toutefois, nous avons également pu montrer que dans le contexte étudié ils ne sont ni des entrepreneurs institutionnels, ni ne participent à un travail institutionnel. Ils sont donc quelque part entre ces deux extrêmes, ni « passifs » ni « actifs », mais pas « neutres » non plus. Ils ont essayé de mettre en place une démarche qualité en « forçant » leurs membres à adopter les principes de la qualité en faveur des patients sans prêter attention à tous ce qui se passe autour d'eux dans le reste de l'hôpital qui est noyé dans la non qualité. Ils appartiennent donc à une catégorie intermédiaire que la théorie n'a pas identifiée, qui sera sûrement l'objet, nous espérons, de futures recherches.

Sur le **plan managérial**, nous avons montré selon quelles modalités et quelles limites, des managers peuvent adapter et transposer des outils de gestion d'un contexte culturel a un autre, dans un environnement institutionnel défaillant.

Cette recherche comporte toute fois des limites et des difficultés que nous avons dû résoudre. Nous commençons par **l'accès au terrain** Lorsque un chercheur mène des recherches dans un pays en voie de développement avec une population pauvre et de plus dans un contexte culturel difficile, il est confronté à des questions autrement plus complexes que dans les pays développés. Alors, afin d'avoir accès au terrain, nous étions inscrite à un programme doctoral (DBA) doctoral business administration, spécialité management hospitalier, pour être acceptée auprès des membres d'un hôpital dans le cadre de ces études.

La diversité des départements au sein d'un même établissement, la diversité de leur mode de financement, leur législation, rendait notre travail plus complexe pour identifier le positionnement de chaque département à part.

L'accès à des personnels qualifiés en matière de gestion surtout le corps médical, et paramédical qui ne donne pas beaucoup d'attention aux problèmes gestionnaires. Les tableaux déjà présentés lors de notre recherche éclairent cette réalité.

Le financement des hôpitaux en Egypte constitue une contrainte majeure de la mise en place des réformes qualité. Les modes de financements de l'Etat sont importants, mais ne répondent pas aux attentes des patients ni des employés au sein des hôpitaux. En conséquence, nous avons eu des difficultés à intéresser nos interlocuteurs.

Les réponses des employés Notre recherche qualitative était fondée sur des observations, des entretiens structurées ou même non structurées dans le but de décrire et d'analyser la culture et le comportement des acteurs et leurs interactions avec l'environnement institutionnels (défaillant) qui les entoure. Par conséquent, notre recherche insistait sur la connaissance complète du contexte dans lequel est réalisée la mise en place de la démarche qualité.

Vu que nos interlocuteurs étaient très variés dans leur style et leur niveau de conversation, il était difficile de systématiser et d'analyser les données.

Lors de notre visite dans les différents départements après les réunions, les employés surtout le corps paramédical avait l'impression que nous évaluions leur travail, alors il nous traitait avec une extrême prudence.

L'incompréhension du personnel et l'instabilité des concepts Les concepts de la qualité n'étaient pas clairs pour eux ; vu que cette notion est nouvelle dans le contexte égyptien, en plus pour eux la réforme de 1995 n'avait rien changé dans le mode de fonctionnement de l'hôpital, alors ils ne donnent pas d'importance à la qualité surtout avec la négligence et l'indifférence des directeurs, même s'ils sont sous une pression de la part du ministère de la santé. Nos interlocuteurs avaient parfois du mal à parler du sujet des réformes, qui leur semblait très éloigné de leur réalité et de leurs préoccupations quotidiennes.

La littérature sur le secteur de la santé et surtout égyptiens est rare et contradictoire, ce qui nous a demandé beaucoup d'effort pour comprendre l'environnement. Notre but était de refléter la réalité de la vie quotidienne au sein de l'hôpital afin de comprendre les interactions entre les acteurs.

La durée des observations Avoir accès à un terrain dans le contexte égyptien était difficile et pour avoir l'approbation de faire une recherche à l'intérieur de l'hôpital, la contrainte était le temps de notre présence. Nous avons eu l'approbation du directeur de l'hôpital juste pour 4 mois, nous souhaitions avoir plus de temps afin de mieux comprendre le contexte de l'hôpital et faire plus d'entretiens qui nous fournissent plus d'informations sur les croyances, les attitudes, les valeurs et les comportements des acteurs.

Les difficultés de la traduction, l'analyse des manuels Analyser deux manuels avec des regards et concepts différents appliqués dans un même contexte puis comparer un de ces manuels avec un autre américain. En plus la traduction du manuel de 1995, de langue arabe littéraire, était compliquée. Car certains mots en arabe n'ont pas d'équivalent en français.

La traduction des livres il est de même pour la terminologie arabe surtout dans la partie de la culture par exemple pour traduire des termes arabes comme « Fahlawi ».

Les perspectives pour des recherches futures Nous souhaiterions par la suite, pouvoir tester nos apports théoriques dans le contexte du secteur privé de la santé, à but non lucratif. Comment se comportent les acteurs que nous avons identifiés lors de notre terrain dans le secteur privé ? Existe-t-il des différences et à quoi ces différences sont-elles dues ?

Une deuxième perspective consistera à travailler sur le rôle du manager. Nous pensons qu'une réflexion plus approfondie est nécessaire sur le management des établissements de santé égyptien au moment de crise (la révolution) et surtout sur les managers des départements qui ont réussi à mettre en place une démarche qualité. Peut-on donner plus de pouvoir à ces acteurs afin de jouer un vrai rôle d'entrepreneur institutionnel ?

LES ANNEXES

ANNEXE 1 LA CULTURE AMERICAINE

Notre thème de recherche porte sur la confrontation entre deux cultures à travers l'implantation dans un contexte égyptien, d'outils conçus dans un contexte nord-américain. Plus précisément nous nous intéressons à la mise en place de démarches qualité dans les hôpitaux publics égyptiens. Ces approches qualité sont essentiellement d'inspiration nord-américaine. Les langues sont différentes, les méthodes de travail ne sont pas les mêmes, le style de communications est différent, des conceptions différentes du divergentes du temps ou de l'autorité engendrent des malentendus. Il apparaît de plus en plus difficile de faire travailler des systèmes et des personnes ayant des systèmes de valeurs et des normes de comportements différents. Il faut noter que le management interculturel ne concerne pas que les relations entre personnes de culture différente, mais aussi les relations entre les outils et les personnes de culture différente

Comme nous avons présenté lors de notre toile de fond les traits de la culture de l'Egypte qui a connu deux vagues de réformes d'inspiration nord-américaine, il est temps de présenter au lecteur un approfondissement sur les traits de la culture américaine pour savoir que l'articulation des deux cultures aussi différents est si difficile.

Pour commencer sur les Etats-Unis. Il faut bien noter que les Etats-Unis font toujours naître des sentiments contradictoires : un mélange d'envie et de ressentiment. Nous ne pouvons pas commencer l'histoire des Etats-Unis avant JC comment nous l'avons déjà présenté dans la culture égyptienne car l'histoire qui correspond à leur identité contemporaine a commencé a peu près en 1775. L'immigration est un aspect central de l'histoire américaine. La réunion, le conflit et le mélange de cultures ont alimenté un contexte fait de contradictions ou se côtoient l'ouverture et la discrimination envers les immigrants qui doivent accepter les postes les moins bien qualifiés et les moins bien payés. L'identité nationale, fondée sur la liberté et l'idée de faire comme nous allons le montrer. Dans un pays dont l'histoire contemporaine a commencé par la rencontre d'indiens américains et de colons européens et a continué par l'importation d'esclaves africains et de plusieurs vagues d'immigrants, la n'a jamais été simple à définir.

Selon PAWELS (2009), il a utilisé quatre notions qui ont vraiment construit l'histoire des états unis qui sont les suivants : le melting pot, from rags to riches, le rêve américain et le salad bowl (ou la macédoine de légume). Cette théorie du "nouvel homme" a été critiquée pour son décalage avec la réalité. Malgré cette critique nous choisissons d'utiliser cette vision car elle est présentée dans l'esprit des américains surtout parce que les États-Unis ont été fondés, pas tellement par les gens de toutes les nations, mais d'abord par le blanc, les colons puritains d'Europe septentrionale, plus tard être appelée des Protestants Anglo-saxons Blancs. (En anglais WASP)

Quelques que soient leurs origines se sont effectivement ces quatre notions que partagent tous les américains. « Les Etats- Unis sont un pays d'immigrants qui sont venus de toutes les parties du monde. Une des convictions unifiantes au travail dans la formation de l'identité américaine est ce **melting pot**, selon lequel l'homo américain, est né du mélange hétérogène de nouveaux venus. L'unité américaine est née de la diversité.

Parmi les valeurs qui ont le plus influencé la culture américaine et la fondation de leur nation est le concept de liberté. Depuis la déclaration d'indépendance (1776), les idées abstraites de liberté et de bonheur ont été associées à l'expérience américaine. Ils perçoivent leur pays comme un refuge donné par Dieu, un terrain d'opportunités et de commencements nouveaux, ouvert pour tout le monde. Cette conviction que l'Amérique est un nouveau Terrain Promis a inspiré l'idée du "**rêve américain**" qui est la conviction sans concession dans l'idée d'égalité de tous dans la possibilité d'accéder à la prospérité et à une meilleure vie.

« Dans le folklore populaire, l'expression "**from rags to riches**", est une expression très bien connue qui nous indique que les pauvres russaient à améliorer leurs vies grâce à leur énergies et leur vertu » Pawels (2009). En partant de très bas, par leur travail ils gravissent les échelles sociales et accèdent eux et leurs enfant à une vie meilleure. La société américaine part du « **melting pot** » pour devenir un « **salad bowl** », dans lequel chaque ingrédient retient son "goût" particulier. Dans ces premières années de notre siècle présent, l'identité américaine s'est redéfinie comme jamais auparavant. Les États-Unis deviennent le pays multiculturel, multiethnique et multilingue. L'espagnol notamment devient la deuxième langue de communication aux Etats-Unis.

« Malgré sa large diversité culturelle, régionale et ethnique, les États-Unis ont construit son unité sur une série de principes communs et de convictions qui ont formé une d'identité de la nation communément connue comme "le caractère américain". Quelle est alors cette Amérique "mythique" ? La recherche continue pour savoir une métaphore qui capture le caractère de société américaine ». Mauk D. et *al.* (2006).

L'histoire des états unis et son influence sur la culture Les américains perçoivent leur pays comme un refuge donné de Dieu, un terrain d'opportunités et de commencements nouveaux, ouverts pour tout le monde.

Selon Mauk D. et *al.* (2006), Les caractéristiques historiques des Etats-Unis ont créé trois cultures importantes, qui peuvent être en conflit l'un avec l'autre et opèrent sur les niveaux d'idéalisme et de pragmatisme.

- 1- Le premier est une culture ethnique centrée sur les civilisations américaines originaires, les européens, les américains d'origine africaine et les mouvements de l'immigration qui reflète la diversité humaine de la société.
- 2- Le deuxième est une culture juridique / politique basée sur l'individualisme, le constitutionalisme et le respect de la loi qui essaie d'unir les américains autour de valeurs idéales comme l'égalité, la moralité et le patriotisme, qui sont reflétés reflétés dans les institutions politiques et juridiques.
- 3- Le troisième est une culture économique ; une culture de consommateur qui est conduite par la compétition des entreprises et des individus qui encourage le profit et la consommation de marchandises et de services.

Et selon Pawels (2009), aux 18ème et 19ème siècles les traits "de frontière"⁴⁸ que sont : le pragmatisme et l'individualisme, pendant la conquête de l'ouest ont joué un rôle fondamental dans la construction de l'identité américaines Les américains de l'époque ont développé un sens d'adaptabilité et de la connaissance pratique essentielle pour survivre dans les régions sauvages. Le pragmatisme, l'individualisme et le fait de compter sur ses propres ressources ont été les caractéristiques décisives du caractère américain. Croisement d'une société « de frontière » avec l'idéal de liberté une des valeurs frappante dans La société américaine, elle est et était toujours, une communauté violente.

⁴⁸ En version originale : "frontière traits"

Dès le début du 20ème siècle, les Etats-Unis insistent le pouvoir de l'individu pour contrôler son destin. Dorénavant le "peut - faire" « Can-do » est l'esprit de beaucoup d'américains et justifie l'importance donnée à l'action par rapport à la réflexion qui peut quelquefois être confondue avec le jugement rapide ou l'agressivité. Les américains mettent fortement en avant ce qui est pratique et sont très fiers de leur mentalité "le faire soi vous-même" « do-it yourself » sont mis en avant. Par exemple, mouvements associatifs. Mauk D. et *al.* (2006) ont pu identifier les facteurs clés qui ont influencé l'histoire et par conséquent la culture américaine. Ci-après quelques facteurs:

- le traitement des indiens d'Amérique et d'autres minorités a transformé l'Amérique indien en une Amérique des immigrants ;
- le premier règlement colonial du pays par les européens à partir du quinzième siècle a mis en place des valeurs sociales et de structures spécifiques qui existent toujours aujourd'hui;
- la guerre pour l'indépendance de la Grande-Bretagne (1775-83) a encore les idées de liberté et de dignité ;
- les effets de l'immigration dans le pays, surtout au 19 e et 20 e siècle ont fait émerger une Amérique qui devenait un melting pot;
- la sécession publique du sud de l'Union (1861-5) sur la question de l'esclavage et la guerre civile qui a suivi ont fait apparaître les contradictions de l'Amérique entre des idéaux slogans et des pratiques totalement en décalage;
- le développement des Etats-Unis comme une force économique, militaire et culturelle dominante depuis le 19^e siècle;
- puis les attitudes américaines envers le reste du monde, particulièrement pendant les deux guerres mondiales et la période de Guerre froide ont forgé l'identité d'une nation qui se pense dominante par rapport aux autres;

La stabilité de l'économie américaine Historiquement, l'économie américaine a été caractérisée par le changement rapide de la croissance technologique y compris les périodes de récession, l'adaptation et la régulation. L'agriculture était l'activité principale depuis l'époque coloniale au milieu du 19^e siècle. Elle est devenue plus mécanisée et efficace et par conséquent a utilisé moins d'ouvriers. La production industrielle avait aussi augmenté beaucoup à partir du milieu du 19^e siècle. Une telle croissance a fait que les Etats-Unis sont devenus le pays le plus riche du monde et le principal pays industrialisé au 20^e siècle.

« Entre 1945 et 1970, les Etats-Unis ont accompli un grand degré d'autarcie « self-sufficiency » dans la dominance économique, qui s'est traduite par l'influence américaine sur l'économie mondiale. Et surtout depuis la chute de l'Union soviétique, l'Amérique a est devenue la seule superpuissance. Depuis les années 1970, les changements importants tels que la croissance d'industries de service, un déclin dans l'industrie industrielle traditionnelle, un affaiblissement relatif dans la position des Etats-Unis et la plus grande compétitivité de pays émergents (chine) ainsi que l'instabilité dans quelques secteurs comme le commerce et les déficits budgétaires. Après 1970, la globalisation (l'interdépendance sur le plan du commerce mondial et des affaires) a affecté l'économie américaine et l'a faire à s'adapter à l'ordre changeant. Suite à une récession au début des années 1990, l'économie a grandi fortement avec la production augmentée, l'inflation basse et une faible baisse dans le chômage. Mais il a ralenti de nouveau 2000-1 et, en améliorant d'ici à 2004, il connaissait toujours un problème ». Mauk D. et *al.* (2006), L'industrie américaine traditionnelle (notamment dans l'automobile) a perdu sa position dominante et l'économie américaine, son influence sur le reste du monde est désormais tirée par le leadership des américains dans le domaine des technologies de l'information et de l'éducation, notamment universitaire.

Un autre phénomène, qui n'est pas purement économique, est la diversification de l'origine des immigrants aux Etats-Unis depuis les 40 dernières années. Comme le montre le tableau ci-après

1960	2002
1.1 Les Mexicains	1. Les Mexicains
1.2 Les Allemands	2. Les Philippin
1.3 Les Canadiens	3. Les Indiens
1.4 Les Anglais	4. Les Chinois
1.5 Les Italiens	5. Les Dominicains
1.6 les Cubains	6. Les Vietnamiens
1.7 Les Pôles	7. Les Canadiens
1.8 Les Irlandais	8. Les Coréens
1.9 Les Hongrois	9. Les cubains
1.10 Le Portugais	10. Les Salvadoriens

- office of immigration statistics, US department of Homeland Security, 2004

En plus en 2002, trois quarts des étranger aux Etats-Unis étaient les Latinos (51%) ou des asiatiques (24%) en plus les autres pays des tiers monde

Les changements des valeurs et de la culture américains Même si nous avons tenté de le faire, on ne peut pas définir les traits qui sont partagés par tous les américains. La plus grande diversification de l'immigration a fait apparaître une plus diversité de valeurs sociales, religieuses, qui existent les unes à côté des autres plutôt qu'elles ne se mélangent. On peut donc supposer que l'évolution des valeurs américaines est allée dans le sens d'une moins grande homogénéité. Les valeurs qui sont encore partagées par tous les américains sont celles qui fondent la puissance économique dont nous avons brièvement décrit l'évolution dans la section précédente.

La notion de travail dur, hérité des premiers colons Puritains, est autre des valeurs essentielles qui forment toujours le caractère américain sur le lieu de travail. Le citoyen américain se caractérise par sa flexibilité, il refuse d'accepter un destin fixé ou s'installer dans un même endroit. Par contre, il cherche de nouveaux emplois, des nouveaux horizons et des nouveaux commencements afin de s'accomplir soi-même. D'autre part peu d'américain cherche leurs racines et une stabilité dans leurs vies la mobilité, justifiée par la nécessité économique est une valeur importante. L'américain croit qu'il a comme responsabilité essentielle de protéger et préserver la démocratie partout dans le monde, car il rêve de la liberté et du bonheur qui de son point de vue devrait être partagé par toute l'humanité. Il a choisi comme mission d'être « exportateurs de la civilisation modèle à l'étranger » ce qui est expliqué la notion “de destin manifeste” qui a d'abord fait allusion seulement à l'expansion continentale des Etats-Unis pendant le 19ème siècle, puis s'est étendu au rôle joué par les Etats-Unis dans le reste du monde.

De plus, les américains quelle que soit leur religion croient que Dieu récompense ceux qui travaillent durement : les possessions matérielles, très importantes dans leurs yeux sont ainsi légalisées. Les marques de standing indiquent la valeur personnelle. Dorénavant, il n'y a aucun stigmate moral attaché à être riche en Amérique. Une telle vision optimiste a alimenté et a stimulé des millions de nouveaux venus au cours des siècles, quelle que soit les valeurs qu'ils apportaient avec eux sur le territoire américain.

Malgré ses imperfections le rêve américain est toujours vivant aujourd'hui dans les esprits de tous les immigrants qui cherchent le refuge dans les États-Unis. Même si cette vision idéaliste est en décalage avec la réalité, même si l'esclavage est comme une tache sur ce rêve, l'égalité et la prospérité ne sont pas que des mots vides pour des millions d'américains qui souffrent de la discrimination et de la pauvreté), le statut de liberté, en levant fièrement sa torche flambant à l'entrée de New York, reste un symbole très suggestif.

La culture des américains sur le lieu de travail Comme l'économie fonde les valeurs communes aux États-Unis, on retrouve sur le lieu de travail les valeurs exposées précédemment. Le lieu de travail américain est très dynamique. Il reproduit la mentalité de l'esprit de frontière. Les compagnies comptent de plus en plus sur l'activité de travail flexible, pour être capables de faire face aux différentes fluctuations sur le marché et sur la plus grande instabilité de l'économie. Sur une base quotidienne, le principe peut être vu au travail partout dans les États-Unis. Les américains sont dans l'ensemble, méfiants envers les interférences gouvernementales. Ils ont tendance à prendre leur destin entre leurs propres mains et résoudre leurs problèmes directement, avec les solutions pratiques adaptées aux besoins pratiques de leur communauté.

Toujours les américains cherchent un moyen de réalisation facile et efficace. Les Américains rejettent la tradition de la royauté et les privilèges de classe, pour eux les privilégiés se gagnent au travail et par le travail. Pour cela les notions de compétence et d'esprit de conquête sont importantes puisqu'elles sont généralement orientées vers la réalisation et la réussite. Cela est partiellement attribuable à l'histoire, comme nous l'avons vu. Ils aiment prendre des risques. À la lumière de leur histoire, de leur perception de leur individualisme violent, et des récompenses du capitalisme, les Américains ont pris des risques et n'essayent pas de les éviter.

Selon Loth (2006), « Les Américains préfèrent avoir une approche directe sur les questions ou les problèmes aperçus afin de déterminer les solutions possibles. Ils ont généralement une orientation mono chronique du temps (Hall 1984) », et pour la plupart des Américains "le temps c'est de l'argent". Ils s'orientent vers la réalisation de leurs buts en pensant qu'ils peuvent accomplir à peu près tout, avec suffisamment de temps, d'argent et de la technologie. Ils se sentent responsables, à leur niveau, de la bonne marche de l'organisation ou ils travaillent. Ils ont un esprit de liberté et d'autonomie. Ils sont toujours orientés vers un travail efficace puisqu'ils possèdent une forte éthique de travail. Ils utilisent leurs temps libre de la même manière en souhaitant qu'il soit productif (apprendre, visiter le maximum de monuments en vacances, etc). Un point mérite d'être souligné selon (Hall, 1984) cité par Loth (2006), que le contexte de la communication d'un américain est vraiment faible de telle sorte que le message est d'abord dans la parole et n'est pas annulé par la communication non verbale, les indices gestuels, le contact avec les yeux, et le silence.

Pour en conclure avec la culture américaine, il faut bien noter et prendre en considération que la société américaine est plus concernée par les « faire ». Les Américains ont un souci avec le temps, l'organisation et l'utilisation des ressources. Ils sont motivés par les réalisations. L'identité personnelle d'un américain est la mesure de ce qu'il réalise. Un chercheur comme Philippe D'Iribarne (1989), trouve que « les américains possèdent une logique du contrat « on vend un travail pour un salaire sans se tenir humilié, sans avoir le sentiment de se vendre. L'essentiel que la transaction soit « fair » (au sens d'équilibre). C'est ainsi que les subordonnés travaillent pour leur supérieur, ce qui forme une chaîne continue de bas en haut de la hiérarchie. A chaque niveau chacun fixe les devoirs de ceux qui travaillent pour lui. Ceux-ci lui rendent comptes et lui rendre compte.

De même selon D'Iribarne (1989), « Pour les américains c'est un « deal » permanent, car en contrepartie le subordonné s'organise comme il veut pour atteindre ses objectifs. Tout cela exige une notification claire et précise des objectifs qui doivent être mesurable. » l'honnêteté est la valeur qui fonde la crédibilité, le respect. Ceci doit être concrétisé sans ambiguïté : les salaires sont réglés par contrat, de telle sorte qu'on sait exactement à quoi des employés peuvent être soumis en échange de leur salaire.

Les comportements des américains envers n'importe quelle autre culture Dans le comportement américain vis-à-vis des autres cultures deux éléments dominant à savoir :

- la volonté d'exporter au modèle économique idéal
- la volonté d'exporter les notions de liberté et de dignité.

Les cultures étrangères seront jugées en fonction de la possibilité qu'elles offrent d'exporter ces deux modèles.

Les américains des points de vue des ex-chefs d'états des différents pays

« Les américains feront toujours la chose juste ... après qu'ils ont épuisé toutes les alternatives. »

“The Americans will always do the right thing... after they've exhausted all the alternative”
Sir Winston Churchill, British statesman and writer (1874-1963)

“The genius of you Americans is that you never make clear cut stupid moves, only complicated stupid moves which make us wonder at the possibility that there be something to them- which we are missing”

Gamal Abdul Nasser- Egyptian president (1918-1967)

« Vous pouvez être sûrs que les américains commettront toutes les stupidités auxquelles ils peuvent penser, plus certains qui sont au-delà de l'imagination »

“You may be sure that the Americans will commit all the stupidities they can think of, plus some that are beyond imagination.” Charles de Gaulle, French president (1967)

“Si nous sommes sûrs aujourd'hui, il est parce que l'Amérique s'est levée avec nous. Si nous devons rester sûrs demain, il sera parce que l'Amérique reste puissante et sûr de soi

“If we are safe today, it is because America has stood with us. If we are to remain safe tomorrow, it will be because America remains powerful and self-confident” Margaret Thatcher, British prime minister, 1981.

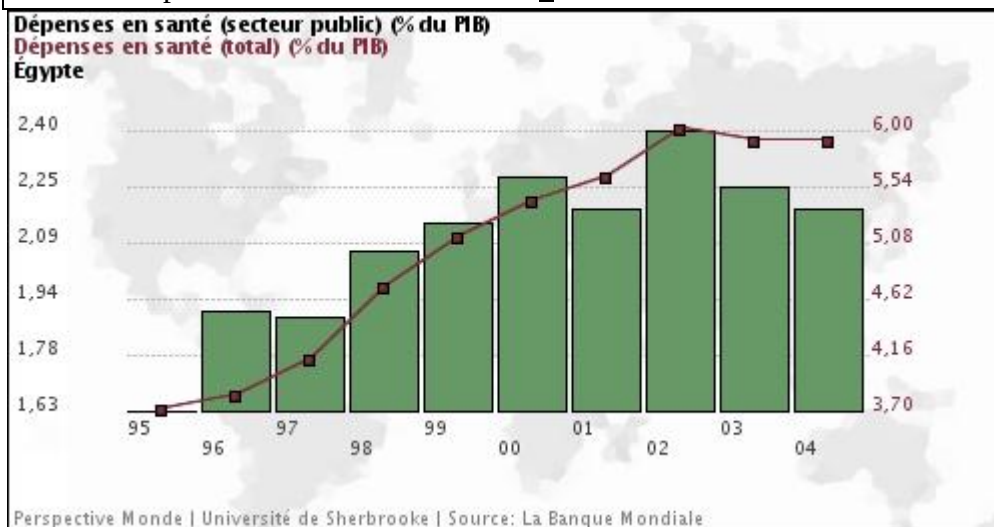
ANNEXE 2 POSITIONNEMENT DES AUTEURS EGPTIENS ET ARABES

Nom d'auteur	Description
A.G.Khallaf	Ancien sous-secrétaire d'Etat, Ministère de la santé, Egypte
Dr. Ahmed M. DARWISH	Ex. Ministre d'État pour le Développement Administratif de l'Egypte de 2004 à 2011.
Galal AMER	Écrivain et journaliste égyptien et un ex. Commandant militaire, (1952 -2012).
Galal AMIN	Economiste, auteur et professeurs des universités à l'université américaine au Caire.
Hesham SHARABI	Ecrivain palestinien, il écrivait dans les domaines de la philosophie, de la sociologie et de littérature (1927-2005).
Ismail SALAM	Ex. Ministre de la Santé et de la Population de l'Egypte de 1996 à 2002.
Mohamed DOWIDAR	-Economiste égyptien -Membre du Comité scientifique au Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique (CODERSIA).
Muhsin ABBUDI	Professeur et Chef du Département de droit public à la Faculté de la police.
Nadwa RAFEH ; PhD	Conseiller résidente à l'USAID (Health care improvement project).
Samy GADALLA	Coordinateur assurance qualité (Health care improvement project).
Nagwa El HOSSEINY; Phd	Consultante qualité et Chef du comité exécutif de l'accréditation : Ministère de la Santé et de la Population, Egypte.
Nizih AYUBI	Ecrivain et politicien.
Salwa ISMAIL	Professeur de sciences politiques à l'école des études orientales et africaines - University of London.
Ragab El BANA	Écrivain et journaliste égyptien Al-Ahram et le magazine Octobre, il a été président du conseil d'administration de la Maison de connaissances et fut le rédacteur en chef du magazine de Octobre égyptienne 1994 à 2005.
Zaki Naguib MAHMOUD	Ecrivains, Professeur des universités, philosophe égyptiens né en (19905 – 1993)

ANNEXE 3 LES DEPENSES DE L'EGYPTE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

Cet encadré peut nous clarifier les dépenses de santé en Egypte et comment les chiffres sont vraiment étonnants.

Indicateur	Valeur (par/an)
Ressources extérieures pour la santé en % du total des dépenses de santé ?	0.9 (2005)
Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé ?	38.0 (2005)
Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques ?	7.3 (2005)
Paiements directs en % des dépenses privées de santé ?	94.90 (2005)
Dépenses publiques de santé par habitant (au taux de change officiel de l'US \$) ?	30.0 (2005)
Dépenses publiques de santé par habitant (en dollars internationaux) ?	106.0 (2005)
Total des dépenses de santé par habitant (en dollars internationaux) ?	279.0 (2005)
Total des dépenses de santé par habitant (au taux de change officiel de l'US \$) ?	78.0 (2005)
Dépenses privées en % du total des dépenses de santé ?	62.0 (2005)
Financement des assurances privées en % des dépenses privées de santé ?	0.2 (2005)
Dépenses de sécurité sociale en % des dépenses publiques de santé ?	26.3 (2005)
Total des dépenses de santé en % du PIB ?	6.1 (2005)



ANNEXE 4 LES PRINCIPES CLES POUR LA REUSSITE DU DEVELOPPEMENT DE CE PROGRAMME DE REFORME DE 2007

Le manuel a identifié quelques principes afin de garantir la réussite de cette réforme, ces principes ont été regroupés par Rafeh, et *al*, (2006) comme suit :

L'obligation des rendre des comptes (*l'accountability*) Selon le manuel, pour qu'un programme national réussisse il doit être auto-entretenu. Il doit y avoir une responsabilisation. Cette responsabilité commence par la coordination avec une organisation de surveillance, cette organisation doit être responsable de la conduite, de la maintenance et de l'intégrité du programme. Elle réside également au niveau de directeur de l'établissement de soins de santé qui doit s'assurer que son établissement répond aux normes de l'accréditation.

Le leadership Il doit commencer au niveau national avec un engagement à faire en sorte que l'accréditation fasse partie d'un processus qui vise à l'amélioration continue de la qualité des soins de santé à l'échelle nationale. Le leadership doit être la responsabilité du conseil national d'accréditation pour lui fournir des orientations et des conseils, ces conseils peuvent être sous forme de la formation continue.

Selon le manuel le rôle du leadership à tous les niveaux est important à tel point que son rôle peut faire réussir ou échouer la mise en place des normes, puisque une norme exige un changement dans les comportements des employés. Son rôle est d'aider à changer la culture au sein de son département pour être accrédité. Ce qui montre une prise de conscience des responsables de la nécessité d'un travail institutionnel.

Crédibilité Pour garantir la crédibilité des normes, certains facteurs ont été considérés d'une importance primordiale. Tout d'abord, les normes devraient spécifiquement tenir compte de la culture égyptienne et de la place importante jouée par la religion. En d'autres termes, se contenter d'adopter les normes d'un autre pays ou d'une autre région ne fonctionnerait pas. Tout en reflétant la culture unique de l'Egypte, les normes devraient étroitement que possible, refléter les normes et les standards internationaux.

Applicabilité Les normes devraient s'appliquer non seulement dans les hôpitaux publics mais dans tous les secteurs de soins de santé. En particulier pour les normes hospitalières, elles doivent être convenables pour tous les types d'établissements hospitaliers, y compris les CHU, les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux privés.

Les normes de Soins de santé primaire (SSP) devraient également être applicables dans tous les établissements de soins de santé primaires, y compris les cliniques privées qui dans l'avenir pourraient bien faire face à cette demande d'accréditation. Bien qu'il existe des normes qui ne sont pas applicables dans certains établissements, en fonction des services qu'ils fournissent, et des types de patients qu'ils servent, la plupart des normes devraient s'appliquer dans toutes les organisations de soin.

Cohérence Les normes doivent être interprétées et appliquées, les opinions personnelles sur les normes doivent être réduites ou même éliminées. Sur la base de l'expérience dans de nombreux pays, il a été reconnu que les enquêteurs pourraient interpréter différemment les normes, et donc la cohérence d'un (auditeur) à l'autre, ou d'une équipe d'enquête à l'autre, peuvent varier de manière significative. Pour répondre à ce besoin, un guide expert a été développé pour identifier ce que l'inspecteur/auditeur doit chercher à démontrer. La conformité est une exigence uniforme pour savoir comment auditer chaque norme. Bien que les auditeurs puissent être libres d'offrir des conseils sur la façon dont la norme pourrait être mieux satisfaite, ils sont limités à la notation de la norme en conformité avec le guide de l'enquête.

Impartialité de la surveillance L'audit d'un programme qualité ne doit pas être confiée à ceux qui l'applique, pour éviter que des conflits d'intérêt ne se manifestent. Il doit être confié à une agence interdépendante représentant tous les acteurs du secteur de la santé.

Le concept d'un organisme indépendant représenté par le Conseil National d'Accréditation en Egypte est en cours de discussion et plusieurs mesures ont été prises pour garantir son indépendance.

Transparence Pour la réussite de la réforme et pour gagner la crédibilité des prestataires de santé, les normes, les processus d'enquête, la notation et la décision d'agrément doivent être transparentes. Il en va de même pour comment et par qui la décision d'accréditation sera effectuée.

Objectivité: Les décisions du processus d'enquête et d'accréditation doivent être isolées de toute influence politique. Le processus de décision d'agrément doit être le même pour tous les établissements, et doit être fondé sur des facteurs objectifs et quantifiables.

En outre, la sélection et la certification des inspecteurs doit être homogène et basée sur des preuves objectives de leur connaissance et l'observation directe de leurs compétences en matière d'audit.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- ABBUDI Muhsin. (1989). *Administrative obstacles and its effects in raising the productivity of human Egyptian*. Arab Renaissance House.
- ACQUIER Aurelien. (2007). *Les modèles de pilotages du développement durable: du contrôle externe à la conception innovatrice*. Thèse présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2007 à Mines Paris -Paris Tech.
- AMAR Anne, BERTHIER Ludovic. (2006). Le Nouveau Management Public: avantages et limites. *XVI international RESER conference. Lisbon, September 28-30, 2006 Services Governance and Public Policies*.
- Ambassade de France en Égypte (2008) *Secteur de la santé en Egypte, fiche de synthèse*.
- AMIN Galal. (2001). *Whatever Happened to the Egyptians?* American University in Cairo Press.
- AYOUBI Nazih. (2000). *Etatisme versus privatization: The changing economic role of the state in Egypt. Reading Egypt, Literature, history and culture*. (E. by J. Rodenbeck, Ed.) 267p. AUC press.
- Banque Africaine de Développement BAD. (2007). *Secteur privé - Profil pays - Egypte*.
- Banque Africaine de Développement BAD. (2012). Estimation des coûts et des avantages de la mise en œuvre des accords de Bâle III dans les économies émergentes Nord-africaines: Application à l'Égypte et à la Tunisie. Banque Africaine de développement, Note économique, www.afdb.org.
- Banque Mondiale (BM). (2005). *Global Economic Prospects and the Developing Countries. Washington, D.C., Banque mondiale*.
- BATTILANA Julie. (2006). Agency and institutions: the enabling role of individuals' social position. *Organization, Vol. 13* (no° 5), pp 653–676.
- BEN SLIMANE Karim, LECA Bernard. (2010). Le travail institutionnel: origines théoriques, défis et perspectives. *Revue management & avenir*, (no° 37), pp 53–69.
- BEZES Philippe. (2005). Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management. *Informations sociales*, (no°126), pp 26–37.
- BOITIER Marie, RIVIERE Anne. (2008). Vers une perspective étendue de l'analyse néo-institutionnelle: quels apports pour la recherche en comptabilité-contrôle? La comptabilité, le contrôle et l'audit entre changement et stabilité.
- BOLDUC David, AYOUB Antoine. (2000). La mondialisation et ses effets: Revue de la littérature. *GREEN -Université Laval, Québec, Canada*.

- BOURGUIGNON Annick, MALLERET Véronique, NORREKLIT Hanne. (2002). L'irréductible dimension culturelle des instruments de gestion , *Comptabilité-Contrôle-Audit*, (no°Spécial), pp 7–32.
- BRILMA Jean, HÉRARD Jacques. (2006). *Les meilleures pratiques de management dans le nouveau contexte économique mondial* (6^e éditions). Edition d'organisation.
- BRUNSSON Nils. (1989). *The Organization of Hypocrisy*. Chichester: Wiley.
- BRUNSSON Nils. (2002). Administrative reforms as routines. *Scandinavian Journal of Management*, vol.22, pp 243–252.
- BUISSON Marie-Laure. (2005). la gestion de la légitimité organisationnelle: un outil pour faire face à la complexification de l'environnement? *Revue management et avenir*, (no°6), pp 147–164.
- BURNS John, SCAPENS W. Robert. (2000). Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. *Management Accounting Research*, vol.11, pp 3–25.
- CALVIER Jacques. (1997). Qualité et qualitique = Quality and qualitics. *Techniques de l'ingénieur. L'Entreprise industrielle*, vol. 3 (A8750).
- CAPMAS. (2012). L'Agence Centrale pour la Mobilisation Publique et les Statistiques.
- CHIFFOLEAU Sylvia. (2010). La réforme du système de santé égyptien: un nouveau type de processus politique entre logique internationale et enjeux nationaux.
- CLEMENT Françoise. (2007). Réformer l'assurance en Égypte pour résorber son déficit? Enquête sur un alibi. *Figure de la santé en Egypte*. CEDEJ.
- CLING Jean-Pierre. (2003). Une analyse critique du discours de la Banque mondiale sur la lutte contre la pauvreté in Jean-Pierre CLING, Mireille RAZAFINDRAKOTO, François ROUBAUD, *Les Nouvelles Stratégies Internationales de Lutte contre la Pauvreté*. Paris: Economica.
- CLING Jean-Pierre. (2006). Commerce, croissance, pauvreté et inégalités dans les PED: une revue de littérature.
- CROSBY B. Philip. (1979). *Quality is free*. Hill, Mc Graw.
- CROZIER Michel. (1989). *L'entreprise à l'écoute: Apprendre le management post-industriel*. InterEditions.
- D'IRIBARNE Philipe. (1989). *La logique de l'honneur*. Essais.
- DANIEL E.William. (2003). Corporate Governance in Indonesian Listed Companies - A Problem of Legal Transplant. *Bond Law Review*, vol.15 (no°1).

- DARWISH Ahmed. (2008). Special adress to the OECD Council. Paris: Ministry of State for Administrative Development.
- DECHAMP Gaëlle, ROMEYER Cécile. (2006). Trajectoires d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins. XVème Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy / Genève 13-16 Juin 2006.
- DOWIDAR Mohammed. (1964). Le développement économique de l'Égypte depuis 1952. *Tiers-Monde*, vol.5 (no°18), pp 255–272.
- DUHAMEL Gilles. (2002). Le système de santé et d'assurance maladie américain: Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. (no°2002-73) IGAS Inspection générale des affaires sociales.
- DUJARDIN Bruno, DUJARDIN M, HERMANS I (2003). Ajustement structurel, ajustement culturel? *Santé Publique*, vol.15 (no°4), pp 503–513.
- Egyptian Ministry of Health and Population. (2007). *Hospital, Ambulatory Care, and Primary Care Standards*. ISQua.
- El BANNA Ragab. (2000). *El masrioun fy el merae, "les Egyptiens au miroir."* Maktabet el Osra.
- ELHOSSEINY Nagwa. (2010). The Egyptian Health care System Past and Future. Egyptian Ministry of Health and Population.
- FERRINHO Paulo, MACQ Jean, DE BROUWERE Vincent & LERBERGHE Van Wim. (2001). Managing Health Services in Developing Countries: Between the Ethics of the Civil Servant and the Need for Moonlighting: Managing and Moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal (HRDJ)*, vol.5 (no°1), pp 17–24.
- FIALHO Djalita. (2011). Aiming high, falling short: the Least Developed Country (LDC) category at 40. Institute of social studies ISS.
- GALLAND Jean-Pierre. (2001). L'Europe et la normalisation technique. in *Notes du Centre de Prospective et de Veille Scientifique; Direction de la Recherche et des Affaires Scientifiques et Techniques du Ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement*, (no° 14), pp 19–23.
- GIDDENS Anthony. (1987). *Les constitutions de la société éléments de la théorie de la structuration*. PUF.
- GREENWOOD Royston, SUDDABY Roy. (2006). Institutional entrepreneurship in mature fields: *Academy of Management Journal*, vol. 49 (no°1), pp 27–48.
- HALGAND Nathalie. (2003). L'accréditation hospitalière: contrôle externe et levier de changement. *Revue française de gestion* 2003/6, (no°147), pp 219–231.

- HARRIS R.Philip, MORAN T. Robert & MORAN V.Sarah. (2000). *Managing cultural differences: leadership strategies for a new world of business* (5th edition). GPP.
- HIRSCH M. Paul, LOUNSBURY Michael. (1997). Ending the family quarrel. *The american behavioural scientist*, (no°40), pp 406–418.
- HOOD Christopher. (1995). The “new public management” in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, vol.20(no°2/3), pp 93–109.
- HUSSER Jocelyn. (2010). La théorie de la structuration: quel éclairage pour le contrôle des organisations? *Vie & sciences économiques*, (no° 183-184), pp 33–55.
- ISMAIL Salwa. (1996). Les relations État-société en Égypte: restructurer le politique. *no°26 Égypte/Monde arabe*, pp 131–150.
- J. Hepworth. (1991). *International Communication* (1990) and things to know about Americans (1991) Denver, CO: University Centers, Inc, See also Listing, M. W. and Koester, J. *Intercultural competence*, NY: Harper Collins, 1999. *Denver, CO: University Centers, Inc, See also Listing, M. W. and Koester, J. Intercultural competence*, NY: Harper Collins, 1999.
- JCAHO. (2006). *Comprehensive accreditation manuel for hospitals, the official handbook*. Ministry of Health and Population, Egypt (MOHP).
- KHALLAF A.G. (n.d.). Égypte: vaincre en dépit des problèmes économiques. *La santé pour tous d'ici l'an 2000*, pp 68–84. whqlibdoc.who.int/.../9242561320_egypte.pdf
- La politique hospitalière et le financement de l'hôpital en Afrique, Dakar du 6 au 10 décembre 2004. (2004). *Guide pour la préparation des ateliers sur la réforme hospitalière*.
- LAMARZELLE Denys. (2008). *Management public et modernisation des services publics*. EUROPA.
- LAUADE Laetitia, CHAUVIGNE Christian. (2010). Diriger, une activité de travail. L'activité des dirigeants publics: l'exemple de la complexité du travail des directeurs d'hôpitaux. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, XVI (no°39), pp 81–108.
- LECOMTE I., SIMBILLE J. (1999). Service public et qualité: L'enjeu de la coproduction L'exemple de l'ANPE. *Science de la société*, vol. 46, pp 153–171.
- LÉRAT-PYTLAK Jérôme. (2002). *Le passage d'une certification ISO 9001 à un management par la qualité totale*. Université des Sciences Sociales – Toulouse Ilirhe UMR CNRS 5066.

- LOTFY AHMED Mohsen. (2004). Lights psychological phenomenon of bureaucracy in the Egyptian administration. *one of a series of lectures to the psychology of the Supreme Council for Culture under the cultural season 2003/2004*.
- LOTH Désiré. (2006). *Management interculturel*. L'Hartmattan.
- LOZEAU Daniel. (2009). Les paradoxes des démarches qualité dans les hôpitaux publics: modélisation de formes d'ancrage rivales. *La Revue de l'innovation dans le secteur public*, vol.14(3), article 7.
- MARTINEZ Fabien. (2001). Les principes généraux de la qualité. *ADSP*, (no°35), pp 18–26.
- MARTY Frédéric, VOISIN Arnaud et TROSA Sylvie. (2006). Les enjeux liés à l'adoption d'une comptabilité patrimoniale par les administrations centrales. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, vol. 72(no°2), pp 213–232.
- MARTY Frédéric, VOISIN Arnaud et TROSA Sylvie. (2006). *Les partenariats public-privé*. La découverte.
- MAUK C. David, OAKLAND John. (2006). *American civilization* (4th edition). Routledge.
- MERRIEN François-Xavier. (1999). La Nouvelle Gestion publique: un concept mythique. *Lien social et Politiques*, (no°41), pp 95–103.
- Ministry of State for Adminsitative . (2008). LOG-IN Africa. Technical office June 5th 2008.
- MOUNIER Céline. (1999). Gestion de la qualité, redéfinition des identités professionnelles et maitrise du temps. *Sciences de la société* (no° 46), pp 119-134
- Nations Unis NU. (2003). Gouvernance, information et domaine public. Nations Unies Commissions économique pour l'Afrique troisième réunion du comité de l'information pour le développement (CODI-III) E/ECA/ADISD/CODI.3/8.
- NOBRE Thierry, MERDINGER-RUMPLER Caroline. (2011). Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital. *Gestion 2000*, (no° 3), pp 51–66.
- NOBRE Thierry. (1999). Performance et pouvoirs dans l'hôpital. *Politiques et management public*, 17(no°3), pp71–99.
- NOBRE Thierry. (2001). management hospitalier: du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, volume 2(tome 7), pp125–146.
- OLIVER Christine. (1991). Strategic responses to institutional processes. *Academy of Management Review*, vol.16(no°1), pp 145–179.

- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). (2002). *études économique de l'OCDE: Les Etats-Unis, Réforme du système de santé* (pp. 97–146).
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). (2002). African Economic Outlook, OECD/AFDB. pp 107-117.
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). (2003). African Economic Outlook, OECD/AFDB. pp 123-133.
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). (2007). Examens de l'OCDE des politiques d'investissement-Egypte.
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). (2008). Special adress to the OECD Council. Paris: Ministry of State for Administrative Development.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1994a). Rapport du groupe de travail de l'OMS sur l'assurance de la qualité. pp 3-27 WHO/SHS/DHS/94.5.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1994b). Rapport du groupe de travail de l'OMS sur l'assurance de la qualité. WHO/SHS/DHS 94.5. Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2006a). Le rôle du gouvernement dans le développement sanitaire. Bureau régional de la méditerranée orientale, EM/RC53/Tech.Disc.1.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2006b). Discussion techniques: Le rôle du gouvernement dans le développement sanitaire. World Health Organization Comité régional de la Méditerranée orientale, cinquante-troisième session Point 7a) de l'ordre du jour pp 3-13 EM/RC/53/Tech.Disc.1.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2006c). Projet de résolution. World Health Organization- WHO - Comité régional de la Méditerranée orientale, Document EM/RC53/Tech.Disc.1.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2009). Document technique: Améliorer la performance dans la région de la Méditerranée orientale. World Health Organization- WHO- Comité régional de la Méditerranée orientale, cinquante-sixième session Point 6.a) de l'ordre du jour pp 1-11 EM/RC/56/5.
- PAUWELS Marie-Christine. (2009). *Civilisation des Etats-Unis* (5^e édition). Hachette.
- PESQUEUX Yvon. (2010). *Institution & Organisation*. CNAM.
- PETERS B. Guy. (2009). Le service public et la gouvernance: retrouver le centre. *Télescope*, pp 13-25.
- POLLITT Christopher , THIEL VAN Sandra & HOMBURG Vincent . (2007). *New Public Management in Europe: Adaptation and Alternatives* 248 p. Palgrave Macmillan.

- POLLITT Christopher, BOUCKAERT Geert. (2000b). Public Management Reform: A Comparative Analysis. *Chapter 6* (2nd edition). Oxford University Press, Oxford.
- POLLITT Christopher, LYNN E JR Laurence, FERLIE Ewan. (2007). *The Oxford Handbook of Public Management (Oxford Handbooks in Business and Management C)* (p. 808). OUP Oxford.
- POLLITT Christopher. (2000a). Is the emperor in his underwear? an analysis of the impacts of public management reform. *Public Management: an international journal of research and theory*, vol.2(no°2), pp 181–199.
- POLLITT Christopher. (2001). Clarifying convergence: striking similarities and durable differences in public management reform. *Public Management Review*, pp 471–492.
- POLLITT Christopher. (2003). Public Management Reform: Reliable Knowledge and International Experience. *OECD Journal on Budgeting*, vol.3(no°3), pp121–136.
- Programme Alimentaire Mondial. (2007). Rapport des membres du conseil d'administration sur leur visite en Egypte. *Première session ordinaire du Conseil d'administration*. WEP/EB.1/2007/INF/6 (<http://www.wfp.org/eb>).
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). (1999). Rapport sur le Développement Humain 1999. *Oxford University Press*.
- RAFEH Nadwa, GADALLA Samy, HASSABALLA Dina. (1995). *Quality Assurance Project Egypt Country Report*. office of the Quality Assurance Project in Egypt (QAP/Egypt).
- RAKICH S. Jonathon, LONGEST B. Beaufort & DARR Kurt. (1992). *Managing Health Services Organizations* (3rd edition). HPP.
- ROJOT Jacques. (2000). La théorie de la structuration chez Giddens- Structuration et management des organisations. *Structuration et management des organisations* pp 47–57. Harmattan.
- ROJOT Jacques. (2005). *Théorie des organisations* (2^e édition). Eska.
- ROUTURIER Laurent. (2010). Pour en finir avec le “nouveau management public.” *La Lettre du cadre territorial*, (no°408).
- SACKHO-AUTISSIER Aminata. (2000). L'Égypte face aux pays étrangers: des relations ambivalentes.
- SALAM Ismail Dr. (1997). La qualité des hôpitaux. *Newspaper, Al Ahram*.
- SCOTT W. Richard. (2001). *Institutions et Organizations*. Sage publications.

- SHARABY Hesham. (1988). *Les intellectuels arabes et occidentaux, El moth'akaoun el arabes wa al gharb*. 1978. Dar el Tali'a lel teba'a wel nashr.
- SHIRAEV Eric, LEVY David. (2007). *Cross cultural psychology* (3^e edition). Pearson.
- TCHANKAM Jean-Paul. (2008). La gestion dans les secteurs public et privé: une analyse critique des similarités et des différences au Cameroun. *La Revue des Sciences de Gestion*, (n°230), pp 69–78.
- THIERTAT Raymond-Alain et coll. (1999). *Méthodes de recherche en management*. DUNOD.
- VATTEVILLE Eric. (2004). Les normes sociales: une arme culturelle dans la bataille concurrentielle. *colloque de la CIDESEP BEYROUTH – 28 et 29 octobre 2004 «Le management face à l'environnement socio-culturel»*.
- VINCENT Gérard. (2005). Les réformes hospitalières. *Revue française d'administration publique*, vol.1 (no°113), pp 49–63.
- WACHEUX Frédéric. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. (Jacques ROJOT, Ed.). Economica.
- YAYA Sanni Hachimi. (2005). Les partenariats privé-public comme nouvelle forme de gouvernance et alternative au dirigisme étatique: ancrages théoriques et influences conceptuelles. *La Revue de l'innovation dans le secteur public*, vol.10 (no°1).

Les sites internet consultés

- <http://www.askdrahmed.com/eftekasat3.html>. (Consultée en 2009).
- <http://www.civilization.ca>. (Consultée en 2008).
- <http://www.mfa.gov.eg>. (Consultée en 2008).
- <http://www.seg.etsmtl.ca/JRichard/>. (Consultée en 2009).

REFERENCES COMPLÉMENTAIRES

- BEAMER Linda. (2008). *Intercultural Communication in the Global Workplace* (4th edition). Mc Graw Hill.
- BOURGAULT Jacques, SAVOIE J. Donald. (2009). Des gestionnaires sous influence: la nouvelle réalité des hauts dirigeants du secteur public. *Télescope*.
- BOUTRY Michel. (2009). De la qualité taylorienne à la qualité totale. *Consultant Formateur dans Formation-Conseil-Etudes (conception et développement des simulateurs de gestion à vocation pédagogique "Vitamine G") Maître de Conférence Associé à l'Université Nancy 2*.
- BRÉCHET Jean-Pierre, MONIN Philippe et SAIVES Anne-Laure. (2008). Légitimité, déviance et délit- Des défis pour le management stratégique. *Revue française de gestion*, (no°183), pp 15–34.
- DAVID Albert, HATCHUEL Armand, LAUFER Romain. (2000). *les nouvelles fondations des sciences de gestion*. Vuibert.
- DELLANA A. Scott, HAUSER D. Richard (1999). Towards defining the quality culture. *Engineering management journal*, vol.11 (no°2).
- DOMENC M, MARQUIE H. (1999). Les acteurs dans les démarches qualité: soumission ou coproduction? *Sciences de la société*, (no°46), pp 35–48.
- DUHAMEL Gilles. (2002). Le système de santé et d'assurance maladie américain: Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. no°2002-73 IGAS *Inspection générale des affaires sociales*.
- FLETCHER M.Dianne. (1997). achieving baby friendly through: a quality management approach. *Australian college of midwives incorporated*, pp 21–26.
- FOSTER Thomas. (2009). *Managing quality* (3rd edition). Pearson Education International.
- FRIMOUSSE Soufyane. (2007). Vers une gestion méditerranéenne des émotions et des relations humaines. *Revue internationale sur le travail et la société*, vol.5 (no°1), pp 62–79.
- FROMAN Bernard. (1995). *Le manuel qualité, outil stratégique d'une démarche qualité* (2e édition.). LAVOISIER.
- HILDEBRANDT Steen, KRISTENSEN Kai , KANJI Gopal & DAHLGAARD Jorn Jens (1991). Quality culture and TQM. *Total Quality Management*, vol.2 (no°1), pp 1–15.
- HOFSTEDE Geert , BOLLINGER Daniel. (1987). *Reading Egypt, Literature, history and culture*. Les Editions d'Organisation.

HOPE PELLED, XIN R.Katherine (2000). Rational demography and relationship: Quality in two cultures. *Organization Studies*, pp 1077–1094.

LADSOUS Jacques. (2006). Oui à l'évaluation, non à la démarche qualité... *VST*, (no°92), pp 43–52.

MAUGARS VILLATTE Catherine. (2002). Manager l'innovation à la quotidien: impliquer les agents dans leur organisation de travail, un enjeu décisif pour le directeur de soin. Ecole nationale de la santé publique ENSP Rennes.

MARTIN Aude, BOURGEOIS Christophe. (2007). Le rôle des facteurs institutionnels dans la décision d'externaliser. *Management International*, (no°4), pp 17-19.

MINTZBERG HenRy. (1992). *Structure et dynamique des organisations*. Editions d'Organisation.

Qualité des soins dans les hôpitaux américains. (2005).*Revue Francophone des Laboratoires*, p.20.

“Qu'est-ce que la mondialisation? ”Alternatives économiques hors-série n°36 p 42 et 43. (1989).*Alternatives économiques*, (no°36 hors série), pp 42–43.

RODENBECK J. (2000). *Reading Egypt Literature, history and culture*. AUC press.

TAKAGI Junko. (2006). L'évolution du management des médecins américains. *Revue française de gestion*, (no.168), pp 58–81.

The right target. (2004).*Marketing Management MM*, (nov/december), p.5.

TOUATI Nassera, POMEY Marie-Pascale. (2009). Accreditation at a crossroads: Are we on the right track? *Health policy*, PP 157–165.

VINCENT Gérard. (2005). Les réformes hospitalières. *Revue française d'administration publique*, vol.1 (no°113), pp 49–63.

LISTE DES ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 LA CULTURE AMERICAINE	262
ANNEXE 2 POSITIONNEMENT DES AUTEURS EGPTIENS ET ARABES.....	272
ANNEXE 3 LES DEPENSES DE L'EGYPTE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE	274
ANNEXE 4 LES PRINCIPES CLES POUR LA REUSSITE DU DEVELOPPEMENT DE CE PROGRAMME DE REFORME DE 2007	276

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 LA HIERARCHIE PHARAONIQUE	15
FIGURE 2 ÉLARGISSEMENT DE LA NOTION DE QUALITE	21
FIGURE 3 LA DEMARCHE GENERALE DE LA THESE	32
FIGURE 4 L'EVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE ENTRE 1961 ET 2003	62
FIGURE 5 LES DIFFERENTS ACTEURS ET LES TYPES DE PRESSIONS INSTITUTIONNELLES	92
FIGURE 6 LES OBSTACLES SUR LESQUELLES SE HEURTENT LES PRESSIONS INSTITUTIONNELS	93
FIGURE 7 LA LIAISON ENTRE LA TNI/TS	109
FIGURE 8 VISION MACRO DU SYSTEME DE SANTE EGYPTIEN	131
FIGURE 9 VISION ORGANISATIONNELLE	132
FIGURE 10 NOTRE OBSERVATION SUR L'ACTION DES ACTEURS	133
FIGURE 11 LA DEMARCHE QUALITE	152
FIGURE 12 IDENTIFIER LES PROBLEMES : ETAPE 5	156
FIGURE 13 L'OBJECTIF EST DE FORMULER LE "PROBLEME" CLAIREMENT, CETTE ETAPE EST CIBLEE SUR LA DEFINITION DU PROBLEME : ETAPE 6	157
FIGURE 14 PROCEDURES DU TEMPS D'ATTENTES	158
FIGURE 15 DETERMINER QUI VA TRAVAILLER SUR LE PROBLEME : ETAPE 7	159
FIGURE 16 ETUDIER ET RESOUDRE LE PROBLEME : ETAPE 8	160
FIGURE 17 SYSTEME DE CAUSE A EFFET	162
FIGURE 18 STORY BOARD	163
FIGURE 19 CHOISIR ET TROUVER LA SOLUTION : ETAPE 9	164
FIGURE 20 ÉTAPE 10: EXECUTER LA SOLUTION	166
FIGURE 21 LE DEPARTEMENT DE LA QUALITE DANS LE DIAGRAMME DE LA REFORME	170

FIGURE 22 PYRAMIDE D'EXCELLENCE D'ACCREDITATION EN SOINS DE SANTÉ	192
FIGURE 23 LES PRESSIONS INSTITUTIONNELLES DANS LE CONTEXTE SANITAIRE EGYPTIEN	202
FIGURE 24 L'ORGANIGRAMME DU DEPARTEMENT	206
FIGURE 25 LA PRESSIONS DES BAILLEURS DE FONDS SUR LE GOUVERNEMENT EGYPTIEN	240
FIGURE 26 LA PRESSION DU GOUVERNEMENT SUR LE MINISTERE DE LA SANTÉ	242
FIGURE 27 LA PRESSION DU MINISTERE DE LA SANTÉ SUR LES HOPITAUX	245
FIGURE 28 LA PRESSION DES HOPITAUX SUR LES DEPARTEMENTS	247
FIGURE 29 LA CHAINE DE PRESSIONS INSTITUTIONNELLES	248
FIGURE 30 LES CONTRAINTES DE L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL QUI POUSSENT A LA « NON QUALITE»	250
FIGURE 31 LES PRESSIONS QUI ENTOURENT LES ACTEURS A L'HOPITAL	250

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 LES OUTILS D'UNE DEMARCHE QUALITE TOTALE	23
TABLEAU 2 LES FACTEURS AYANT CONTRIBUE A LA DIFFUSION DE LA NOTION DE QUALITE	25
TABLEAU 3 L'APPROCHE INDUSTRIELLE/POSTINDUSTRIELLE.....	26
TABLEAU 4 LES ACTEURS ET LES DIFFERENTES SORTES D'HOPITAUX EN EGYPTE PUBLICS	66
TABLEAU 5 LA FORMATION DES ACTEURS	84
TABLEAU 6 LA PARTICIPATION DES ACTEURS AUX RÉUNIONS	85
TABLEAU 7 LE RECRUTEMENT ET L'AMBIANCE DU TRAVAIL	86
TABLEAU 8 DÉFINITIONS DE L'INSTITUTION	99
TABLEAU 9 DEFINITIONS DE LA COMPOSITION DE LA STRUCTURE	105
TABLEAU 10 LE CADRE DETAILLEE DES SEQUENCES DE PREPARATION DE NOTRE TERRAIN.....	121
TABLEAU 11 GRILLE D'EVALUATION DES ETAPES DE MISE EN ŒUVRE LA REFORME QUALITE	123
TABLEAU 12 GRILLE D'EVALUATION DU SUIVI DE MIS EN ŒUVRE LA REFORME.....	123
TABLEAU 13 THEMES A ANALYSER ET MODES DE COLLECTE DE L'INFORMATION	125
TABLEAU 14 RECAPITULATIF DES PERSONNES RENCONTREES.....	128
TABLEAU 15 LES REUNIONS AUXQUELLES NOUS AVONS ASSISTE	129
TABLEAU 16 OUVRAGE AMERICAIN/MANUEL EGYPTIEN	176
TABLEAU 17 L'EVALUATION DES RESULTATS, MANUEL EGYPTIEN/AMERICAIN	181
TABLEAU 18 ROUE DE DEMING, MANUEL AMERICAIN/EGYPTIEN	182
TABLEAU 19 DIAGRAMME EN ARETE DE POISSON, MANUEL EGYPTIEN/AMERICAIN	182
TABLEAU 20 DESIGN DU MANUEL 2007	190
TABLEAU 21 RECAPITULATIF DES EVALUATIONS	208
TABLEAU 22 DEPARTEMENT DE CHIRURGIE THORACIQUE CARDIOVASCULAIRE.....	218

TABLEAU 23 L'ACCUEIL DES PERSONNES RECEVANT DES SOINS

PRELIMINAIRES.....221

TABLEAU 24 DÉPARTEMENT 12 MÉDECINES INTERNE.....223

TABLEAU 25 LES METHODES UTILISEES DANS LES DEPARTEMENTS

ETUDIES.....230

TABLEAU 26 CARACTERISTIQUES DE L'ENTREPRENEUR

INSTITUTIONNEL/LES OBSERVATIONS.....231

TABLEAU 27 CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL INSTITUTIONNEL / LES

OBSERVATIONS 232

LISTE DES ENCADRES

LISTE DES ENCADRES

ENCADRE 1 LES BAILLEURS DE FONDS DANS LE SECTEUR SANITAIRE

EGYPTIEN 75

ENCADRE 2 LA LISTE COMPLETE DU MANUEL DE 1995 149

ENCADRE 3 LES SIX PHASES DE LA SECTION 2.....151

ENCADRE 4 LES ANNEXES 151

ENCADRE 5 DES EXEMPLES D'INDICATEURS 172

ENCADRE 6 LES CHAPITRES DU MANUEL DE 2007.....190

ENCADRE 7 EXEMPLES DES DEPARTEMENTS EVALUEES 207

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION GENERALE	10
1. La genèse de la question de recherche	12
2. La culture comme Toile de fond	14
2.1 Caractérisation de la culture égyptienne	14
2.2 La notion de qualité et son évolution	20
2.3 Caractérisation de la culture de la qualité : un nouveau mode de management en Egypte	27
3. L'architecture de la thèse.	29
PARTIE I LE CONTEXTE	36
INTRODUCTION	36
CHAPITRE 1 LES PRESSIONS INSTITUTIONNELLES	40
Section 1 La Demande De New Public Management	41
1.1 Un nouveau concept managérial dans les pays développés	41
1.1.1 L'origine du new public management	41
1.1.2 Les facteurs d'émergence: les caractéristiques du NPM et de son application	42
1.1.3 La diffusion du NPM dans les pays développés	45
1.2 Le new public management dans les pays en voie de développement	47
1.2.1 Le rôle joué par les ex-colonisateurs dans les PVD	48
1.2.2 Les types d'aide accordés par les pays développés aux PVD	50
1.2.3 Les limites de la réforme dans les PVD	51
1.3 Le système égyptien face à la demande de bonne gouvernance: illustration	54
1.3.1 La demande de bonne gouvernance : 2007	55
1.3.2 La réponse des autorités égyptiennes : 2008	56
1.3.3 L'absence de progrès réel: 2010	57
Section 2 Le Système Sanitaire Egyptien	60
2.1 Les acteurs institutionnels du système sanitaire égyptien	61
2.1.1 L'acteur principal: le ministère de la santé	63
2.1.2 Le secteur para-étatique	64
2.1.3 Les autres acteurs	64
2.2 La régulation du système de santé égyptien	67
2.2.1 Les textes juridiques	67
2.2.2 Les stratégies de financement	68
2.2.3 Le rôle théorique de l'Etat dans le développement sanitaire	69

2.3 Les bailleurs de fonds et leurs rôles comme acteurs dans le système sanitaire égyptien	70
2.3.1 Les réformes du secteur de la santé : Historique	71
2.3.2 Le rôle des bailleurs de fonds	72
2.3.3 Les types de bailleurs de fonds et leurs domaines d'intervention	74
Section 3 Les défaillances observées dans le système sanitaire égyptien	76
3.1 Le fonctionnement de l'hôpital	78
3.1.1 Présentation générale du type de management au sein de l'hôpital public égyptien	79
3.1.2 Absence de prise en compte des réalités de l'infrastructure	80
3.1.3 Absence d'accompagnement du changement et de gestion des conflits organisationnel et culturel	81
3.2 Un management difficile des ressources humaines et des équipements	82
3.2.1 Un certain nombre de défaillances dans la politique de formation	83
3.2.2 Une gestion difficile des personnels	84
3.2.3 Une maintenance et une gestion des équipements inadaptées	87
3.3 Le management des patients	88
3.3.1 Une mauvaise gestion administrative des patients	88
3.3.2 Un dossier médical inadapté	89
3.3.3 Une deshumanisation des institutions hospitalières	89
CHAPITRE 2 REPÈRES THÉORIQUES ET CONCEPTUELS	96
Section 1 La théorie néo-institutionnelle	98
1.1 L'institution	98
1.2 Les entrepreneurs institutionnels	100
1.3 Le travail institutionnel	101
Section 2 La théorie de la structuration	102
1.1 Présentation générale de la TS	103
1.2 La structure	104
1.3 La structure et son influence sur les acteurs	105
Section 3 La théorie de la structuration et sa relation avec la théorie néo institutionnelle	106
3.1 Comment les organisations se conforment-elles?	107
3.2 La complémentarité TNI/TS	108
3.3 La dialectique action/structure	110
CHAPITRE 3 LE DESIGN DE LA RECHERCHE	114
Section 1 La nature des données collectées et les méthodes de collecte	115
1.1 Les documents et les archives	116
1.2 Les entretiens	116
1.3 Les observations	117
Section 2 Les études de cas comme moyen de resituer les données et notre analyse	118
2.1 Les études de cas documentaires: la présentation des réformes qualité	119
2.2 L'étude de cas sur le département de la qualité	120

2.2.1 Les thèmes à analyser au sein du département de la qualité _____	121
2.2.2 La construction d'une grille d'évaluation des documents du service qualité _____	122
2.3 L'organisation thématique des informations collectées : les études de cas sélectionnées _____	124
2.3.1 La construction d'une grille de collecte des informations pour les départements étudiés _____	124
2.3.2 Les thèmes à analyser _____	125
Section 3 Les Niveaux de L'étude Empirique _____	126
3.1 Les trois niveaux environnement/organisation/ acteur _____	129
3.1.1 Niveau macroscopique du terrain _____	130
3.1.2 Niveau organisationnel du terrain _____	132
3.1.3 Niveau Micro des acteurs _____	133
PARTIE II LES ETUDES DE CAS _____	138
INTRODUCTION _____	138
CHAPITRE 4 LA PREMIERE ETUDE DE CAS: L'ANALYSE DES DOCUMENTS EXTERNES _____	142
Section 1 Le projet de développement des hôpitaux égyptiens: réforme 1995 _____	143
1.1 Un rapport à l'origine de l'assurance qualité dans les hôpitaux publics égyptiens _____	144
1.1.1 Les objectifs du rapport de l'OMS : 1994 _____	145
1.1.2 L'expérience des organismes en matière d'assurance de la qualité : 1994 _____	146
1.1.3 L'expérience de l'Egypte en matière de qualité dans le domaine de la santé: 1994 _____	147
1.2 Le projet de développement des hôpitaux égyptiens : réforme 1995 _____	148
1.2.1 Présentation générale des 25 manuels opérationnels de 1995 _____	149
1.2.2 Design du manuel no.5: système d'assurance de la qualité _____	150
1.2.3 Un rapport d'étonnement: synthèse _____	168
1.3 Un manuel qualité bâclé qui ne résout rien _____	173
Section 2 Un manuel américain de 1992: Source d'inspiration ou « Copier-Coller » ? _____	175
2.1 Architecture des manuels américain et égyptien _____	175
2.2 Ce que raconte le manuel américain sur le management de la qualité _____	177
2.2.1 La gestion de la résolution de problèmes et la prise de décision: chapitre 10 _____	177
2.2.2 La qualité et l'amélioration de la productivité: chapitre 11 _____	178
2.2.3 Le contrôle, la gestion des risques, l'amélioration et l'allocation des ressources: chapitre 12 _____	179
2.3 Les indices d'un mauvais « copier-coller » _____	180
2.3.1 La roue de Deming _____	182
2.3.2 Le diagramme en arête de poisson _____	182
Section 3 Changement de stratégie: la réforme 2007 _____	185
3.1 L'accréditation comme nouvelle stratégie _____	186

3.1.1 L'origine de la deuxième réforme	188
3.1.2 Le mode de financement et la négociation de la réforme	189
3.2 Une présentation générale du manuel de 2007	190
3.2.1 Le design de la réforme selon le manuel	191
3.3 Un suivi de la dynamique de la réforme égyptienne: résultats du projet de l'accréditation de 2007	194
3.3.1 Un manque d'articulation entre la réforme et la culture égyptienne	195
3.3.2 Un manque d'articulation entre les normes requises et les acteurs	196
3.3.3 Un manque d'articulation entre la réforme et le changement de l'environnement institutionnel	197
CHAPITRE 5 L'ETUDE SUR LE TERRAIN	202
Section 1 Présentation du terrain	203
1.1 L'environnement institutionnel de l'hôpital et sa structure	204
1.1.1 Une description de l'hôpital de médecine interne	204
1.1.2 Une description du département qualité	205
1.2 Les méthodes de choix des cas d'échec et des cas de succès	209
Section 2 Présentation des cas d'échec et de succès sélectionnés	210
2.1 Les cas d'échec: la règle générale	211
2.1.1 L'accueil	211
2.1.2 La cuisine	212
2.1.3 La blanchisserie	213
2.1.4 Le département sécurité et santé au travail	214
2.1.5 Le département d'ophtalmologie	214
2.1.6 Synthèse	215
2.2 Les cas de succès: l'exception	216
2.2.1 Les laboratoires centraux: un succès contraint et limité	216
2.2.2 Le département de chirurgie thoracique cardiovasculaire	218
2.2.2 L'accueil des personnes recevant des soins préliminaires	221
2.2.3 Le département 12 médecine interne	223
Section 3 Première analyse et interprétation du terrain	225
3.1 L'élément qui fait la différence: démonstration du rôle d'un acteur clef, le chef de département.	226
3.2 Comment agissent les acteurs?	227
3.2.1 L'exercice d'un pouvoir « pharaonique », ou le management par la peur	227
3.2.2 L'exercice d'un pouvoir « protecteur », ou le management « paternaliste »	228
3.2.3 La pédagogie, la formation et la réorganisation du travail	229
3.2.4 Synthèse	230
3.3 LES LIMITES DU SUCCES	231

CHAPITRE 6: RETOUR VERS LES REPERES THEORIQUES	238
Section 1 Les pressions externe au secteur de la santé	239
1.1 Les pressions des bailleurs de fonds	239
1.2 La pression du gouvernement sur le ministère de la santé	241
1.3 Les limites des pressions externes	243
Section 2 Les pressions internes au secteur de la santé	243
2.1 Le ministère de la santé sur les hôpitaux	244
2.2 La pression des hôpitaux sur les départements	246
Section 3 Synthèse sur la chaîne des pressions	248
CONCLUSION GENERALE	254
BIBLIOGRAPHIE	280
REFERENCE COMPLÉMENTAIRE	288
LISTE DES ANNEXES	292
LISTE DES FIGURES	296
LISTE DES TABLEAUX	300
LISTE DES ENCADRES	304
TABLE DES MATIERES	308

[Noha OSMAN]

**La transplantation des outils de gestion d'un contexte social, culturel à un autre:
Le cas de la démarche qualité dans les hôpitaux publics égyptiens**

Le gouvernement égyptien a lancé en 1997, sous la pression des bailleurs de fonds, dans un contexte de diffusion du *New Public Management* une réforme visant à améliorer la qualité dans les hôpitaux publics. Cette réforme a été globalement un échec, à tel point qu'une nouvelle réforme a été mise en œuvre en 2007. L'échec de ces deux réformes a été largement documenté dans la presse.

Nous montrons que les approches qualité retenues par ces réformes sont essentiellement d'inspiration nord-américaine. Leur transplantation dans un contexte culturel différent, celui de l'Égypte, pose un problème de management interculturel, mais aussi, plus globalement, de prise en compte du contexte économique et social. Les méthodes de travail, le style de communication, les conceptions du temps ou de l'autorité sont différentes et engendrent des malentendus. Nos enquêtes de terrain ont montré à quel point il existe un décalage entre les textes sur la qualité, conçus dans un contexte nord-américain, et leur application en Égypte.

Cependant, malgré la différence entre des normes conçues dans un contexte qui est essentiellement celui de l'Amérique du Nord et le contexte culturel égyptien, le succès a occasionnellement été au rendez-vous. Ceci nous a amenée à analyser la manière dont la transposition des outils de management de la qualité s'était opérée dans les rares cas de succès. Nous mettons en évidence le rôle des acteurs.

Nous mobilisons donc dans notre recherche la théorie néo-institutionnelle et la théorie de la structuration, et en particulier le concept d'interaction action/structure

Mots Clés : Santé, Management de la qualité, réformes en Égypte, théories néo-institutionnelle, théories de structurations.

**Transposing management tools from one social and cultural context to another:
The case of quality control initiatives in Egyptian public hospitals**

In 1997, the Egyptian government launched a reform aimed at improving quality in public hospitals. This reform has largely been a failure, to the point that a new reform was implemented in 2007. The failure of these two reforms has been widely documented. Our masters' degree research shows what gap there is between texts on quality, probably imported without thinking, from other countries, and their application. Working methods, styles of communication, conceptions of time and authority are different and cause misunderstandings. It appears difficult to make systems and people with different cultures and norms of behaviors work together.

Our research focuses on the confrontation between two cultures through the implementation of quality procedures in public hospitals in Egypt. We show that these approaches are essentially of North American inspiration. However, despite the difference between standards developed in a context different from the Egyptian one, success has occasionally been achieved. This leads us to formulate the following question:

How is, in a case of success, the transposition of management tools performed from the North American context to an Egyptian context?

In order to answer this question we are using the concept of interaction between action / structure, borrowed from the neo-institutional theory and from structuration theory.

Keywords: Health, quality management, reforms in Egypt, neo-institutional theory, structuration theory



VALLOREM 50, Avenue Jean Portalis - 37200 TOURS
LOG Rue de Blois, BP 6739 - 45067 ORLEANS CEDEX

