

**UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA DE BÉJAÏA
FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, DES SCIENCES COMMERCIALES
ET DES SCIENCES DE GESTION**

Département des Sciences Économiques



MÉMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme de MASTER en Sciences Économiques

Option : Économie de la Santé

Thème

**Externalisation des services non médicaux :
*Cas de l'EPSP de Sidi Aich***

Présenté par : REMILI Lila

Sous la Direction de : Mr. FOUDI

Composition du jury :

Président : Melle KASSA Fouzia, Maître assistant à Université de Béjaïa.

Examinatrice : Melle CHERFA Taous.

Rapporteur : Mr FOUDI Brahim, Maître assistant à Université de Béjaïa.

2012-2013

Remerciements

Je serai bien ingrat si j'espérais épuiser en ces quelques lignes ma dette envers tous ceux qui m'ont aidé à parachever ce travail.

Cependant je tiens à remercier en premier lieu **DIEU**, le tout puissant pour le courage et la force qu'il m'a donné pour accomplir ce travail.

Je tiens à remercier mon encadreur, Mr FOUDI Brahim pour avoir accepté de diriger ce mémoire. Je le remercie également pour sa disponibilité, sa prestigieuse aide, ses conseils et son soutien tout au long de ce travail.

Je tiens aussi à remercier tous les membres de jury : Melle KASSA Fouzia et Melle CHERFA Taous qui ont accepté d'évaluer et de juger le présent travail.

Ainsi que tout le personnel de l'EPSP de SIDI AICH et de la polyclinique (TIMEZRIT et CHEMINI) pour leur accueil et leur aide en particulier Mr TIOUI, Taous, Samia et autre qui n'ont pas hésité à me consacrer leur temps pour m'aider.

Je tiens profondément a remercié *mon marie Kamel*, pour son aide précieuse surtout pour son soutien, ces encouragements et sa patience.

Ma reconnaissance va également à mon père, à ma mère, à mes frères et à ma sœur.

Merci à mes camarades de promotion. Merci à mes amies.

Enfin, mes remerciements vont à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce modeste travail.

« *Encore merci* »

REMILI Lila

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE I : L'EXTERNALISATION : ELEMENTS THEORIQUES ET STRATEGIQUES

Introduction

- I. La politique de contractualisation et d'externalisation
- II. L'apport théorique à la stratégie de l'externalisation
- III. L'aspect stratégique et opérationnel de l'externalisation

Conclusion

CHAPITRE II : ASPECT OPERATIONNEL DE L'EXTERNALITE ET SON EVALUATION

Introduction

- I. Le processus d'externalisation des services non médicaux
- II. La technique d'évaluation d'un service

Conclusion

CHAPITRE III : EXTERNALISATION DES SERVICES NON MEDICAUX EN SEIN DE L'EPSP DE SIDI AICH

Introduction

- I. présentation de l'établissement public de santé de proximité de Sidi Aich
- II. L'évaluation de services non médicaux externalisés à L'EPSP Sidi Aich (restauration et nettoyage)

Conclusion

CONCLUSION GENERALE

ANNEXES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LISTES DES TABLEAUX ET DES FIGURES

TABLE DES MATIERES

RESUMES

LISTE DES ABREVIATIONS

RH: Ressource Humain.

USA: United Stat American.

R&D : recherche et développement.

SAV : service après- vente.

NTIC : nouvelles technologies de l'information et de la communication.

EPSP : établissement public de santé de proximité.

RC : Relation contractuelle.

P-U : prix unitaire.

DA : dinars algérien.

PV : procès-verbal.

CV : curriculum vitae.

SAV : service après vente.

INTRODUCTION
GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

Les hôpitaux sont des systèmes qui réclament une gestion de plus en plus optimisée et qui sont soumis à des contraintes réglementaires et budgétaires de plus en plus accrues.

En effet, les établissements de soins et de santé sont aujourd'hui confrontés aux mêmes contraintes que les entreprises de production de biens. La "chaîne de soins" doit assurer un service optimal au patient qui aligne moindre coût et meilleure qualité en même temps.

L'hôpital est une entreprise multiservices (soins, hôtellerie, pharmacie, stérilisation, maintenance, ...). Certaines activités peuvent être considérées ou non comme des activités métier. Aujourd'hui, la convergence des objectifs de l'hôpital vers les objectifs de la société conduit à une nécessaire interrogation sur le contenu des activités offertes aux patients en répondant aux questions de quoi *faire*, de quoi *ne plus faire*, de quoi *faire-faire* et de quoi *faire-ensemble*. Dans un contexte pareil, la sous-traitance des fonctions logistiques en milieu hospitalier constitue un enjeu complexe dans un contexte budgétaire contraint et structurant. L'option entre « faire » (internalisation), « faire faire » (externalisation) ou « faire-ensemble » (mutualisation) est, en effet, l'une des plus sensibles en matière de logistique hospitalière.

« *L'hôpital a vécu pendant des siècles en autarcie, avec une tradition bien ancrée de répondre par lui-même à tous ses besoins* »¹ : la parole d'un directeur de centre hospitalier résume bien tout l'enjeu des changements que peut opérer à l'arrivée de l'externalisation à l'hôpital. Si ses détracteurs arguent le fait que celle-ci coûte trop cher et n'est pas totalement efficace, nombreux sont les établissements qui ont franchi le pas, dans des domaines variés (en France) : des très classiques services de blanchisserie ou de restauration, en passant par la stérilisation ou même, dans certains établissements les ressources humaines, nombreux sont les domaines qui peuvent désormais être externalisés à l'hôpital. Conférant ainsi à l'établissement plus de disponibilité pour se recentrer sur son domaine de prédilection : le soin. Mais ce sont surtout l'évolution de la réglementation, les coûts élevés, les savoir-faire spécifiques nécessaires qui ont progressivement entraîné l'hôpital sur ce terrain. Les récents

¹ Anne-Lise FAVIER: « l'hôpital face à l'externalisation » ; Magazine l'hospitalier ; 2011.

rapports sur les réformes nécessaires à l'hôpital ont enfoncé le clou en entamant la réflexion sur la nécessité de l'hôpital de faire appel à des prestataires de service privés².

En face, l'externalisation se doit d'être irréprochable, à la pointe de la technologie et hautement spécialisée. Si une activité hospitalière montre un taux de charges fixes important, alors la solution externe est préférable, tout comme dans le cas où le savoir-faire interne est limité ou que le volume d'activité est insuffisant et donc non rentable. « Il n'existe néanmoins pas de solution toute faite ».

Des dépenses qui peuvent être réduites en faisant appel à un prestataire extérieur. Et à l'heure de l'évolution permanente de la réglementation qui devient de plus en plus drastique, la professionnalisation pointue des différents secteurs de la logistique n'offre qu'un argument de plus à ceux qui seraient tentés. « Mais, précise par le directeur de centre hospitalier, il ne faut pas perdre de vue que le prestataire de services n'agit pas seul dans le processus. Il s'agit d'un pas de deux. Et pour être dans un schéma idéal d'externalisation, il faut trouver en face de soi le bon interlocuteur, le bon pilote ». Et si le prestataire se doit d'être performant, c'est aussi en termes de réactivité qu'il doit se montrer sous son meilleur jour : rien n'est figé et du jour au lendemain, la logistique doit pouvoir répondre à la demande, au pied levé. De leur côté, les prestataires proposent un large éventail de prestations. Blanchisserie, restauration, gestion et enlèvement des déchets, nettoyage et désinfection des locaux, stérilisation du matériel médical sont des activités logistiques qui requièrent très souvent un appareillage de pointe coûteux et des compétences hautement qualifiées. Sans compter la réglementation de plus en plus évolutive sur ce secteur. D'autres secteurs sont arrivés sur le marché de l'externalisation : service de ressources humaines, services administratifs (paye, communication, facturation, etc.), services à la personne (téléphonie, télévision, accès Internet), tout ou presque peut sortir de l'hôpital. Tout sauf le soin, qui reste, pour le moment du domaine exclusif de l'hôpital.

Pays en voie de développement, à l'Algérie l'institution hospitalière aujourd'hui est en pleine crise. L'hôpital souffre d'une multitude de problèmes : financière, de gestion, d'organisation. *Les réformes* sont nécessaires. Elles ne sont pas seulement nécessaires mais obligatoires³.

² Anne-Lise FAVIER: « l'hôpital face à l'externalisation » ; Magazine l'hospitalier ; 2011.

³1^{er} colloque international d'économie de la santé: « gestion et réforme hospitalière dans les pays en développement ou à revenus intermédiaires » ; Bejaia ; 2006 ; p24.

L'Algérie accorde une attention particulière à l'éducation et à la santé en les priorisant dans la conduite globale des politiques publiques. Il faut reconnaître que de gros efforts sont consentis annuellement par l'état pour la réalisation d'infrastructures sanitaires d'envergure, l'équipement lourd⁴ et la formation des personnels de la santé⁵.

La modification des modalités de gestion des établissements hospitaliers (l'externalisation, l'accréditation, formation...etc.) est l'une des stratégies que l'Algérie essayent de mettre en œuvre pour pouvoir atteindre les objectifs prévus par la réforme hospitalière.

L'objectif de notre travail est de montrer qu'externaliser un service d'un processus d'un hôpital public auprès des prestataires externe disposant d'avantages performants marqués en matière de compétences et/ou de coûts, peut être une opportunité pour l'hôpital. Ainsi, de répondre à la question suivante :

Dans quelle mesure s'effectue la stratégie d'externalisation des services non médicaux au sein de l'hôpital public Algérien ?

Pour répondre à cette question, un certain nombre de questions complémentaires méritent réflexion à savoir:

- Est-ce que le contexte actuel (économique et social) est favorable pour le développement de l'externalisation ?
- Le choix des services à externaliser constitue-il un élément d'une stratégie d'externalisation ?
- L'application correcte de la démarche d'externalisation peut-elle finir à un meilleur choix de l'acteur externe ?

Les hypothèses formulées a propos de notre sujet de recherche sont :

- Le coût de réalisation des services non médicaux constitue un déterminant pour la décision de l'externalisation des services non médicaux pour l'hôpital public.
- La recherche d'une meilleure qualité des services conduit l'hôpital public à faire appel aux prestataires externes pour réaliser ses services non médicaux.

En outre, la démarche méthodologique adoptée pour la réalisation de ce travail consiste en une recherche bibliographique, des collectes de donnée, un entretien et un stage pratique.

⁴ Les appareils, matériels et meubles.

⁵ Idem ; p9.

La méthodologie suivie est composée des étapes suivantes : d'abord une recherche documentaire sur des ouvrages, des revues, des thèses et des mémoires relatifs à notre thème au niveau de bibliothèque, ainsi que les sites internet. Les documents recueillis nous permettront de réaliser le cadre théorique de notre travail qui nous sera bénéfique dans la suite du mémoire.

Ensuite, concerne notre partie pratique, un stage pratique est fait au niveau de l'EPSP de Sidi Aich, ainsi une enquête est faite au niveau de polycliniques de TIMEZRIT et CHEMINI qui se base essentiellement sur un questionnaire d'évaluation de qualité de restauration destiné au personnel de garde et au patients hospitalisés et nous effectuerons une étude de calcul des coûts des service pour évaluer le coût d'externalisation avec les coûts d'autogestion. En outre, pour des questions de gestion qui nécessitent des explications en profondeur on a opté pour un entretien avec les responsables de cette structure.

De ce fait, notre travail sera structuré en trois chapitres :

Le premier sera consacré à l'étude théorique et stratégique de la stratégie d'externalisation, Dans la première section, nous traitons La politique de contractualisation et d'externalisation. La deuxième section sera consacrée à l'apport théorique à la stratégie de l'externalisation et pour la dernière section sera sacrée à l'aspect stratégique et opérationnel de l'externalisation.

Le second chapitre sera consacré à l'aspect opérationnel de l'externalité et son évaluation, Alors, dans la première section sera destinée au processus d'externalisation des services non médicaux et la dernière sur La technique d'évaluation d'un service.

Quant au dernier chapitre, il fera l'objet d'une étude de l'évaluation de services non médicaux externalisés à l'EPSP Sidi Aich (restauration et nettoyage), il sera une présentation d'une évaluation économique et une présentation des résultats de notre questionnaire, dans lequel nous essayerons de les expliquer et de les poser en relation avec nos connaissances déjà acquises, mais avant cela une petite présentation du lieu de l'EPSP DE Sidi Aich.

CHAPITRE I

L'EXTERNALISATION : *ELEMENTS THEORIQUES ET STRATEGIQUES*

CHAPITRE I : L'EXTERNALISATION : ELEMENTS THEORIQUE ET STRATEGIQUES

Les systèmes de santé sont encore trop souvent insuffisamment performants. Comme l'indique le Rapport sur la santé dans le monde 2000 "*Pour un système de santé plus performant*"¹, "ces lacunes sont, dans chaque pays, la cause d'un très grand nombre de maladies et incapacités évitables, de souffrances inutiles, d'injustices, d'inégalités et du non-respect des droits fondamentaux de l'individu. Leur impact est particulièrement grave chez les pauvres que l'absence de protection financière contre la mauvaise santé enfonce encore plus dans la misère". L'offre de services, publique comme privée, ne donne pas toujours satisfaction aux populations.

Aussi, afin d'être plus performants mais également pour s'adapter aux évolutions des sociétés et des techniques, les systèmes de santé doivent continuellement élaborer et mettre en place des réformes.

Au cours des récentes années, la contractualisation est apparue comme un des outils au service de ces réformes. En effet, elle permet à l'hôpital de donner un cadre formel aux relations qu'il développe avec ses interlocuteurs. Mais cet outils présente des facettes diverses selon les contextes dans les quels il s'applique et selon les objectifs qu'on lui assigne².

La contractualisation, un des outils pour la réforme des systèmes de santé. Elle doit par conséquent être considérée parmi la panoplie d'outils dont disposent les décideurs pour réformer le système de santé de leur pays³.

La contractualisation c'est imposée comme la solution la plus appropriée pour résoudre les problèmes induits par la conjoncture socioéconomique des années 80 (problèmes de qualité des services publics de santé, émergence de nouveaux acteurs privés, ...).

L'objectif de ce chapitre comporte dans une première section : nous faisons une de la politique de contractualisation et d'externalisation. Dans une deuxième section nous allons étudier les apports de la théorie à la stratégie de l'externalisation (théorie de l'agence, la théorie des coûts de transaction et la théorie des ressources et de compétences à

¹ OMS, « rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant », 2000, 859-860.

² Jean Perrot : « la contractualisation dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE » ; organisation mondiale de la santé ; GENEVE ; 2006 ; p02.

³ Jean Perrot : « VADE-MECUM de la contractualisation dans le secteur de la santé » ; organisation mondiale de la santé ; GENEVE ; 2007 ; p03.

problématique de l'externalisation). Dans la troisième et la dernière section nous allons présenter les aspects stratégiques et opérationnels de l'externalisation.

SECTION I : LA POLITIQUE DE CONTRACTUALISATION ET D'EXTERNALISATION

La contractualisation est un outil d'organisation et de gestion qui peut intéresser tous les secteurs. Elle désigne l'ensemble des activités que doivent mettre en œuvre deux ou plusieurs partenaires afin d'atteindre des objectifs communs. Pour cela ils doivent signer et mettre en pratique un arrangement contractuel sur le terrain. Il s'agit d'un terme général englobant de nombreuses activités de natures diverses. L'effet recherché de cette contractualisation dans le secteur de la santé est l'amélioration des performances des systèmes de soins. Le but ultime c'est l'amélioration de la santé de la population.

1. Généralités sur la contractualisation

1.1. Convention

Selon les dictionnaires, la convention se définit comme un "Accord de volontés entre deux ou plusieurs personnes" ou encore "ce qui est admis d'un commun accord" ou encore "règle de conduite adoptée entre des acteurs". Prenons un exemple: une micro-assurance santé s'entend avec un hôpital de district sur les tarifs qui seront pratiqués pour les adhérents de la micro-assurance santé ou sur les modalités d'accueil des adhérents. Il s'agit d'un accord de volontés en ce sens que ce qui est convenu ne s'appliquera que si l'événement se produit, c'est-à-dire si l'adhérent se présente à l'hôpital de district. Si l'adhérent ne se présente pas, ce qui a été convenu est sans effet. Au contraire, dans un contrat classique -par exemple, une ONG qui passe un contrat de services pour la réalisation d'une activité- l'action doit se réaliser et si elle ne se réalise pas, il y aura sanction.⁴

1.2. Le contrat

Les définitions d'un contrat sont très nombreuses. On proposera la suivante: un arrangement contractuel (contrat) est une alliance volontaire de partenaires indépendants ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation.⁵

⁴ Jean Perrot : « VADE-MECUM de la contractualisation dans le secteur de la santé » ; organisation mondiale de la santé ; GENEVE ; 2007 ; p07.

⁵ Idem ; p04.

1.3. Les principes de la contractualisation

D'après la définition, on constate trois éléments importants :

- La notion d'alliance volontaire entre des partenaires indépendants ou autonomes signifie qu'il n'est pas possible de contraindre un acteur à entrer en relation mais que, dans le même temps, un acteur doit être en mesure de le faire, au sens juridique du terme, c'est-à-dire disposer d'un statut juridique lui conférant une personnalité juridique. Cette indépendance des contractants leur confère une égalité de droit; mais la réalité révèle souvent une asymétrie des pouvoirs entre les acteurs d'une relation contractuelle⁶;
- L'engagement à des devoirs et des obligations réciproques: ce point constitue le cœur même d'une relation contractuelle; cependant, le degré d'engagement peut varier. Certes, un contrat est toujours un engagement contraignant au sens où il doit être respecté. Mais la manière dont le contrat sera respecté variera selon qu'il s'agit d'un contrat classique ou d'un contrat "relationnel".
- Les bénéfices de la relation: les acteurs sont des organisations qui ne sont pas altruistes. Elles ne s'engageront dans une relation contractuelle que dans la mesure où elles en attendent des bénéfices pour elles-mêmes. Il convient de rappeler qu'un bénéfice ne s'apprécie pas nécessairement en termes directement financiers. Par exemple, une reconnaissance humanitaire pour une firme pharmaceutique peut constituer un bénéfice appréciable. Par ailleurs, il convient de souligner avec force qu'il s'agit du bénéfice net; en effet, toute relation contractuelle entraîne un coût qui peut parfois l'emporter sur les bénéfices obtenus de la relation contractuelle.

1.4. L'objet du contrat

Pour qu'un contrat soit reconnu valable, il faut qu'il remplisse quatre conditions:⁷

- un consentement libre et éclairé des parties. Les parties au contrat doivent être libres de signer ou non;

⁶ Ce déséquilibre des pouvoirs s'observe dans les contrats tels que le contrat de franchise dans lesquels le franchiseur dispose de réels pouvoirs sur les franchisés, mais aussi il en est de même dans le contrat de travail où le pouvoir de l'employeur l'emporte sur celui de l'employé ainsi que dans certains contrats d'approvisionnements où une entreprise est en situation de monopole par rapport à ses fournisseurs qui dépendent entièrement de ses commandes.

⁷ Jean Perrot : « VADE-MECUM de la contractualisation dans le secteur de la santé » ; organisation mondiale de la santé ; GENEVE ; 2007 ; p06.

- la capacité juridique des parties signifie que ces parties doivent disposer d'une personnalité juridique spécifique (physique ou morale);
- une cause licite; c'est la raison qui a conduit à l'établissement du contrat. Elle doit être licite: elle ne peut pas aller contre l'ordre public ou être en contradiction avec la loi. Par exemple, on ne peut pas établir un contrat pour faire tuer son voisin;
- un objet certain et déterminé. L'objet: c'est donc ce sur quoi porte le contrat, ce sur quoi les parties s'engagent, qu'est-ce- que l'on se propose de faire (ou de ne pas faire). L'objet du contrat crée des obligations ou des engagements réciproques. Par exemple, si l'objet d'un contrat est la fourniture d'un service, l'obligation du prestataire sera de fournir le service aux conditions définies et celle du commanditaire sera de payer le prestataire au prix et aux conditions définies.

Il n'est pas toujours aussi simple qu'il n'y paraît de définir l'objet d'un contrat. L'expérience montre que bien souvent la formulation n'est pas adéquate et cela révèle que les acteurs n'ont pas su clairement définir ce qu'ils cherchaient au travers de leur relation contractuelle. Il faut donc attaché une grande attention à la formulation du contrat dans lequel on souhaite s'engager.

1.5. Les différents types de contrats

Il y a différents types de contrats, parmi ces contrats on a : le contrat d'entreprise, de sous-traitance, de mandat et de commission.

1.5.1. Le contrat d'entreprise

Selon la jurisprudence, « le contrat d'entreprise est la convention par laquelle une personne charge un entrepreneur d'exécuter, en toute indépendance, un ouvrage et il en résulte que ce contrat, relatif à de simples actes matériels, ne confère à l'entrepreneur aucun pouvoir de représentation ».

Un tel contrat doit avoir pour objet la réalisation d'une activité, qui peut être matérielle ou intellectuelle, par une partie au profit d'une autre.

Le contrat d'entreprise est un contrat d'application extrêmement général qui constitue, à l'évidence, le premier des contrats d'externalisation.

1.5.2. Le contrat de sous-traitance

Aux termes de l'article 1er de la loi n° 75-1334 du 31 décembre 1975, « la sous-traitance est l'opération par laquelle un entrepreneur confie à une autre personne appelée sous-traitant tout ou partie de l'exécution du contrat d'entreprise ou du marché public avec le maître de l'ouvrage ».

La sous-traitance implique une relation entre un client, un entrepreneur principal et un sous-traitant. L'originalité du régime juridique de la sous-traitance est d'offrir au sous-traitant une action directe pour le client en cas de défaillance de l'entrepreneur principal.

En fait, la sous-traitance se caractérise généralement par la conclusion de deux contrats d'entreprise « imbriqués »: le premier qui unit le client et son prestataire, et le second qui unit le prestataire et son sous-traitant.

1.5.3. Les contrats de mandat et de commission

L'article 1984 du Code civil explique que « le mandat ou procuration est un acte par lequel une personne donne à une autre le pouvoir de faire quelque chose pour le mandant et en son nom ».

Le mandat est donc un contrat par lequel un mandant (donneur d'ordre) confie à un mandataire le soin d'accomplir, en son nom et pour son compte, des actes juridiques (par opposition aux actes matériels, propres au contrat d'entreprise). Les actes juridiques ainsi négociés et/ou conclus par le mandataire lieront directement le mandant qui sera seul engagé juridiquement.

Une fois les termes du contrat établis, il est nécessaire ensuite de s'interroger sur les pratiques professionnelles, réglementaires, économiques et sociales.

2. Contractualisation

Là aussi les définitions sont nombreuses. Par exemples: "action de contractualiser quelque chose ou quelqu'un", ou "par contractualisation, on entend l'établissement de relations contractuelles entre plusieurs entités".

On retiendra plutôt que la contractualisation est "un processus d'entente, sur un objet donné, entre différents acteurs et basée sur un contrat". Il n'y a donc pas de contractualisation sans contrat⁸; mais le contrat n'est que l'élément central d'un processus.

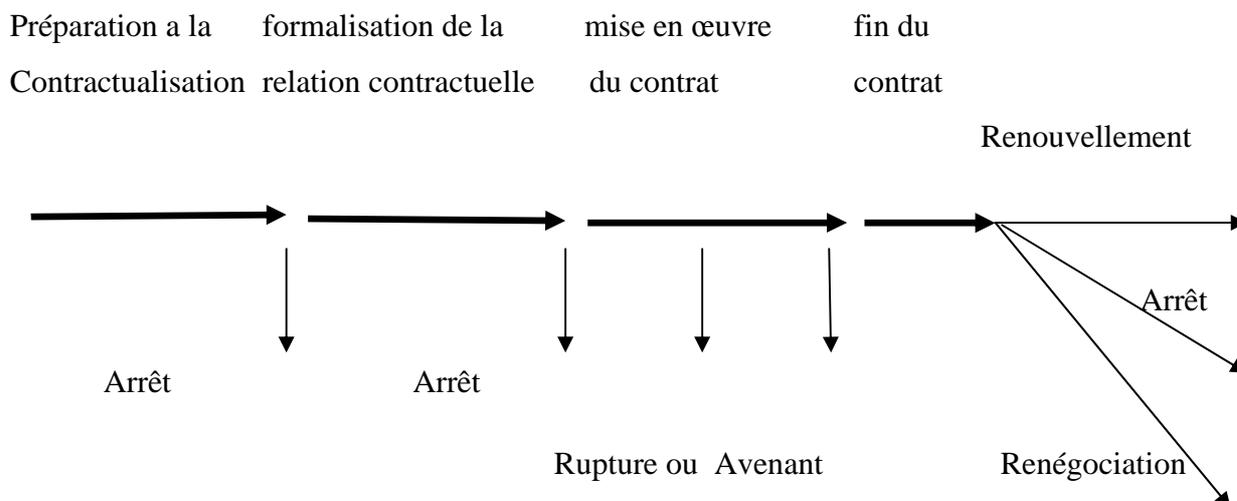
2.1.Le processus de contractualisation

La contractualisation est un long processus qui conduit ses promoteurs des premières discussions au renouvellement éventuel du contrat qu'ils ont signé. Ainsi, un processus de contractualisation se présente comme une suite séquentielle d'étapes distinctes qu'il convient de mener à bien si l'on veut que la relation contractuelle porte ses fruits. Ces étapes peuvent être présentées de diverses manières ; ainsi, certaines distinguent la phase pré contractuelle et la phase de mise en œuvre du contrat, ces deux phases étant séparées par la signature du contrat qui est stricto sensu un acte quasi instantané.

Il est ici retenu de présenter le processus contractuel en quatre phases successives:

- **La préparation à la contractualisation** : cette phase commence lorsque des acteurs du secteur de la santé envisagent de recourir à la contractualisation jusqu'au moment où ils vont effectivement procéder à la formalisation de leur relation contractuelle;
- **La formalisation de la relation contractuelle** : cette phase commence au moment où les partenaires ont reconnu leur intérêt à établir une relation contractuelle et se terminera juste à l'issue de la signature du contrat;
- **La mise en œuvre du contrat** : le contrat étant signé, les parties prenantes doivent l'exécuter selon les termes définis dans le contrat;
- **La fin du contrat** : selon les termes du contrat, tout contrat a une fin programmée. A la fin du contrat, parfois quelques moments avant, il sera procédé à une évaluation afin de faire le bilan et tirer les leçons de cette relation contractuelle.

⁸ Dans quelques cas assez rares, on peut parler de contractualisation sans qu'il y ait un contrat.

Figure 1 : les quatre phases dans le processus de contractualisation

Source : OMS : « VADE-MECUM de la contractualisation dans le secteur de la santé » ;
GENEVE ; 2007 ; p5.

2.2. Typologie des relations contractuelles

La multiplication des acteurs de la santé a entraîné une multiplication des types de relation qui les rassemble. On peut les classer selon plusieurs critères : la nature du contrat, les acteurs en présence, le champ de l'application du contrat et enfin, sur l'objet du contrat au quel on s'intéresse. On peut distinguer trois types de relations contractuelles⁹ :

- Relation contractuelle (RC) basée sur la délégation de responsabilité ;
- RC basée sur l'achat de service ;
- RC basée sur la coopération ou partenariat.

2.2.1. Une relation contractuelle basée sur une délégation de responsabilité

L'idée de la délégation de la responsabilité est apparue suite à l'incapacité de l'Etat d'assurer une meilleure couverture sanitaire. Chercher donc un partenaire qui peut le remplacer dans cette tâche était une partie de la solution. La délégation de la responsabilité est donc : au lieu d'assurer lui-même la gestion d'une structure sanitaire, l'Etat délègue un acteur privé pour le

⁹ Foudi Brahim : « la contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : état des lieux » ; mémoire de magister université ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA ; 2011 ; p34-43.

faire à sa place, mais en préservant la propriété publique de la structure sanitaire. Dans cette optique de délégation de responsabilité, on peut distinguer plusieurs types de délégation.

2.2.2. Relations contractuelles basées sur un acte d'achat

Avec l'émergence des acteurs privés qui ont une réputation d'offrir une meilleure prestation de service de santé, le détenteur de fonds préfère acheter ces services au lieu de les produire lui-même, cette technique permet d'assurer une meilleure qualité de service à moindre coût grâce à la mise en place des mécanismes de concurrence entre les prestataires. L'achat peut porter sur deux niveaux : soit sur des produits finis, soit sur les facteurs de production.

Dans la logique de l'achat de service, on peut distinguer deux types de relation : une relation qui lie le détenteur de fonds et les prestataires de services de santé, et une autre relation qui montre les modalités de production des prestataires de services de santé.

2.2.3. Les relations contractuelles basées sur la coopération

On peut définir une coopération contractuelle comme « un accord établi dans une perspective de long terme impliquant une interaction entre membres d'organisations indépendantes qui combinent ou mettent en commun leurs moyens »¹⁰.

Cette relation se caractérise par :

- Un engagement de partenaires qui mettent en commun leurs moyens, chacun dans sa spécialité, pour réaliser un objectif préalablement négocié.
- L'engagement des partenaires s'inscrit dans une logique du long terme, c'est-à-dire, la durée de la relation sera plus longue par rapport aux deux types de relations contractuelles évoquées précédemment. La raison pour cela c'est que ce genre de rapport demande plus de temps pour s'établir, se développer et dépasser tous les obstacles imprévus qui surviennent toute au long de la période de la relation.
- Tous les partenaires impliqués dans cette relation peuvent participer pleinement à la prise de décisions pendant l'exécution des clauses du contrat.

2.3. Le recours à la contractualisation par un établissement hospitalière

Les établissements hospitaliers et ce, sous l'angle tant de la propriété de la structure hospitalière et que de ses modalités de gestion. Intéressons-nous maintenant à l'hôpital en tant

¹⁰ Ingham M. : « L'apprentissage organisationnel dans les coopérations » ; revue française de gestion ; n° 97 ; 1994 ; p105.

qu'organisation chargée de la prestation de services de santé. L'hôpital peut alors être présenté comme une organisation qui est au centre d'un nœud de contrats qui la lie à tous les interlocuteurs avec lesquels elle est susceptible d'entrer en relation. Dans ce paragraphe, nous développerons l'ensemble des potentialités; elle est bien sûr claire que, dans la réalité, un hôpital n'utilisera pas nécessairement l'ensemble de ces possibilités. C'est sa politique d'établissement, basée sur une analyse détaillée de sa situation, qui lui permettra de déterminer les axes de contractualisation à développer à court et à long terme.

Cette latitude générale se décline cependant selon des modalités très diverses selon le domaine où elle s'applique. Nous adopterons une typologie qui distingue tout d'abord selon qu'il s'agit d'une contractualisation "externe", c'est-à-dire avec des interlocuteurs extérieurs à cet hôpital, et "interne" qui concerne les différentes unités composant l'hôpital.

La contractualisation externe sera présentée selon deux axes¹¹:

- un axe "vertical": pour clarifier cette dimension, il est utile de recourir à la théorie de l'agence et à ses notions de "*principal*" et d"*agent*":

-La contractualisation en aval sera celle où l'hôpital autonome est en position de *principal*.

Le prestataire de services de santé cherche à organiser le plus efficacement possible les facteurs de production:

- En ce qui concerne la main d'œuvre, au moyen des contrats de travail, il va s'assurer les services de professionnels de la santé (à moins que ceux-ci lui soient attribués selon des procédures administratives).
- Par des contrats d'approvisionnement, il s'assure de disposer des fournitures et prestations nécessaires à sa tâche (matières premières, médicaments, etc.).
- Par des contrats de sous-traitance (ou de services), il peut décider de ne plus assurer lui-même la production de certains services intermédiaires. On trouvera ici tous les contrats de services ou de sous-traitance.

-La contractualisation en amont sera celle où l'hôpital autonome est en position d'*agent*: les *principaux* seront alors la tutelle (Ministère de la Santé, collectivités locales), les institutions de financement (assurances maladie), les usagers (associations de consommateurs ou de malades);

¹¹ Jean Perrot, Eric de Roodenbeke et Ferdinand Siem Tjam : « les hôpitaux et la contractualisation » ; ch2-partie III ; p 10-11.

- un axe "horizontal": il n'y a plus ici de relation d'agence; chacun des interlocuteurs sont des partenaires engagés dans la prestation de soins et qui vont chercher comment une relation contractuelle leur permettra d'améliorer leur collaboration. Ces partenaires pourront être soit des prestataires œuvrant dans l'environnement géographique de l'hôpital considéré (communauté d'établissement, réseaux de soins), soit des prestataires extérieurs (réseaux de coopération internationale inter-établissement).

En résumé, le contrat définit et codifie les obligations du prestataire et de l'entreprise externalisatrice.

De ce fait il délimite les relations interentreprises qui ont été engendrées par la stratégie de l'externalisation.

SECTION II : L'APPORT THEORIQUE A LA STRATEGIE DE L'EXTERNALISATION

Le choix d'une organisation particulière doit permettre de répondre à la question suivante : quel est l'agencement structurel qui permet de contribuer au mieux à la stratégie de l'entreprise en termes de maîtrise des coûts, de flexibilité, d'aide à la décision, de qualité informationnelle et de production de connaissance ? Au-delà des agencements intra organisationnels, l'entreprise est face à un choix binaire, celui de faire ou de faire faire.

Généralement, pour justifier le choix de réaliser en interne ou d'externaliser une activité ou une fonction, trois approches économiques sont particulièrement utiles. La théorie des coûts de transaction est sans doute la plus aboutie, la théorie de la ressource permet de pallier ces lacunes et enfin la théorie de l'agence.

1. Les théories sous-jacentes à l'externalisation

Parmi les cadres majeurs de l'analyse des formes d'organisation économique, on distingue : la théorie de l'agence, la théorie des coûts de transaction et la théorie de la ressource et de compétence.

1.1. La théorie de l'agence

La théorie de l'agence est devenue le cadre d'analyse dominant des formes d'organisation qu'elles soient publiques ou privées. Elle trouve son origine dans l'existence d'asymétrie d'information entre les agents et soulève le problème des structures, notamment des sociétés par actions, où la direction est assurée par un agent non propriétaire.

1.1.1. Les fondements de la théorie de l'agence

La théorie de l'agence trouve ses fondements dans la prise en compte du caractère incertain dans lequel sont prises certaines décisions¹². Elle repose sur l'idée selon laquelle les rapports entre les agents sont marqués par une inégale répartition de l'information. Il s'agit d'une rupture évidente avec le modèle standard selon lequel la poursuite des intérêts individuels conduit à la satisfaction de l'intérêt collectif. La prise en compte de l'incertitude, de l'inégale répartition de l'information constitue également une approche plus positive des caractéristiques du monde réel.

L'existence d'une relation agence suppose qu'une personne (le principal appelé également le mandant) requiert les services d'un agent (mandataire) pour exécuter en son nom une tâche, ce qui entraîne un certain niveau de délégation du pouvoir de décision. La définition reste assez générale, elle recouvre un grand nombre de cas où la situation d'une personne dépend de l'action de l'autre. L'agent est celui qui agit alors que le principal peut être appréhendé comme la partie affectée. Cette notion recouvre donc la presque totalité des relations contractuelles entre deux personnes.

La théorie de l'agence est aujourd'hui un cadre majeur d'analyse des formes d'organisation économique. Son point de départ est constitué par l'analyse de la relation d'agence et des problèmes qu'elle peut faire émerger.

1.1.2. Les obstacles de la théorie d'agence

Les problèmes auxquels s'attache la théorie de l'agence sont ceux qui apparaissent dans la relation entre deux – ou plusieurs – cocontractants d'une part, dont les intérêts sont en partie divergents et d'autre part, lorsque la répartition de l'information entre eux est asymétriquement distribuée. Traditionnellement, les analyses des relations *principal – agent* aboutissent à

¹² Jean-Paul Domin : « les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital-entreprise (1980-2009) » ; version 1-22 Mar 2010 ; manuscrit auteur, public dans journées d'histoire de la comptabilité et du management ; France ; 2010 ; p6.

distinguer trois grands types de situations qui peuvent émerger d'une telle relation : le risque moral, la sélection adverse et l'asymétrie d'information.

1.1.2.1. Le risque moral

L'aléa moral (le risque moral) est un terme issu de l'économie de l'assurance. Il survient après la formation du contrat. Les efforts et les obligations de l'agent ne sont pas directement observables par le principal¹³.

1.1.2.2. La sélection adverse

La sélection adverse désigne un effet pervers généré par une asymétrie d'information entre les cocontractants. Le principal, qui ignore les capacités de l'agent, lui accorde un financement alors qu'il n'offre pas les caractéristiques suffisantes. Le principal élimine la sélection adverse en incitant l'agent à révéler les mécanismes de formation des coûts et à améliorer la qualité des prestations¹⁴.

1.1.2.3. L'asymétrie d'information

Dans toutes les relations de type bilatéral (dans une situation d'un contrat), il y a une asymétrie d'information. Cela est vérifié lorsque un agent économique dénommé « agent » détient plus d'information sur l'objet de la transaction par rapport à un autre agent économique appelé « principal ». Par exemple, dans le cadre d'un contrat de travail, l'employeur ne détient pas toute l'information sur le comportement et les vraies compétences de son nouveau recruté. C'est pour cela qu'on parle parfois d'incomplétude du contrat du travail¹⁵.

¹³ Ce risque moral sur le marché de l'assurance maladie peut être assimilé à un comportement de "passager clandestin" de la part de l'assuré : Lorsque ce dernier ne se prémunit pas contre certains risques parce qu'il sait que si le risque survient, la collectivité, par le biais de la sécurité sociale assumera la plupart des frais à engager pour se soigner.

¹⁴ Ce phénomène de sélection adverse a été mis en lumière par Akerlof (1970) dans son exemple célèbre du marché des voitures d'occasion : dans ce cas, l'essentiel des transactions qui ont lieu concerneront des produits de mauvaise qualité, selon l'adage "la mauvaise qualité chasse la bonne"

¹⁵ FOU DI Brahim : « la contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : état des lieux » ; université ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA ; 2011 ; p12-13.

1.1.3. Les objectifs de la théorie de l'agence

L'objectif de la théorie de l'agence consiste à expliquer comment sont ou devraient être conçues les caractéristiques des rapports contractuels. Parmi ces caractéristiques, ces approches privilégient l'analyse des incitations contenues dans les contrats¹⁶.

Les hypothèses comportementales de la théorie de l'agence correspondent aux canons de l'analyse économique traditionnelle: les principes de rationalité maximisatrice et d'égoïsme des individus sont conservés¹⁷. Les individus cherchent ainsi à maximiser leur propre satisfaction, sans égards pour l'intérêt général. Ils poursuivent des fins qui leurs sont propres et ne correspondent pas forcément aux objectifs des autres individus. Ceci permet de concevoir que dans les relations contractuelles qu'ils contractent, les intérêts de chacun ont toutes les chances d'être au moins en partie divergents¹⁸.

Le but ultime de la théorie de l'agence consiste ainsi à rechercher la forme du contrat la plus efficiente, c'est-à-dire de limiter au maximum les divergences à travers la mise en place de systèmes d'incitations et de surveillance. Mais en règle générale, la mise en place de ces systèmes ne se fait pas sans coûts, les coûts d'agence.

1.1.4. Les coûts d'agence

Les coûts d'agence, c'est-à-dire les coûts monétaires ou non monétaires supportés par les deux parties du fait de la nécessité de mettre en place des systèmes d'obligation et de contrôle, sont de deux ordres¹⁹ :

- Les coûts de surveillance et d'incitation ;
- Les coûts d'obligation.

¹⁶ Stéphane TIZIO : « l'approche contractuelle : d'une perspective systémique » ; partie V ; chap.I ; 2013 ; p4.

¹⁷ Une précision s'impose néanmoins : la rationalité postulée par les théoriciens de l'agence est tantôt limitée, tantôt substantielle. On mesure alors à l'aune du principe adopté la différence entre théorie positive et théorie normative de l'agence. Pour de plus amples développements sur la question, cf. par exemple, Coriat et Weinstein (1995) ou Brousseau (1988).

¹⁸ En toute généralité, si les deux coéchangistes possèdent un gain mutuel à l'échange, leur rationalité individuelle leur dicte de s'approprier le plus possible de ce gain mutuel. Ce n'est pas tant l'ampleur du gain, mais sa répartition qui donne lieu à l'expression de l'égoïsme de chacun, c'est-à-dire de leur opportunisme.

¹⁹ En réalité, Jensen et Meckling distinguent trois composantes du coût d'agence ; à côté des dépenses de surveillance et d'incitation et des coûts d'obligation, il existe, en théorie, un coût appelé perte résiduelle, qui est un coût d'opportunité qui résulte de l'écart inévitable entre le résultat de l'action de l'agent sur le bien-être du principal et le gain maximum potentiel du principal.

1.1.4.1. Les coûts de surveillance et d'incitation

Ce sont des coûts qui sont engagés par le principal, elles conduisent théoriquement l'agent à révéler son comportement ou la qualité du produit échangé. Plus concrètement, il peut s'agir d'intéressements, de primes qui incitent l'agent à coopérer avec le principal²⁰.

1.1.4.2. Les coûts d'obligation

Les coûts d'obligation sont les coûts engagés par l'agent qui lui permettent de dédommager le principal ou de garantir qu'il n'entreprendra pas d'actions qui pourraient léser le principal.

1.1.5. L'apport de la théorie de l'agence pour l'approche contractuelle

L'intérêt de la théorie de l'agence pour l'approche contractuelle réside principalement dans le rôle déterminant joué par les incitations et le contrôle dans la gestion concrète des relations entre acteurs du système de santé²¹. Lorsqu'on considère la relation entre le responsable d'un centre de santé et le représentant local de l'autorité publique par exemple, il est possible de se référer aux outils de la théorie de l'agence pour déterminer, au regard des caractéristiques de cette relation, l'ensemble des mécanismes incitatifs, les sanctions et le mode de contrôle appropriés qui vont permettre aux deux acteurs de contracter efficacement.

Parmi ces outils, il s'agit tout d'abord de déterminer une relation d'interdépendance entre les acteurs ; ensuite, il faut déterminer, parmi les différents intervenants, le ou lesquels d'entre eux sont en situation : de principal – sous informé ou d'agent – sur informé. Enfin, selon les diverses caractéristiques de la transaction, différentes incitations à l'efficacité pourront être envisagées.

La théorie de l'agence est également utilisée au niveau de l'hôpital pour étudier les relations entre les pouvoirs publics et l'administrateur de l'hôpital et entre l'administrateur et les médecins de l'hôpital et débouche sur la notion de contrats incitatifs qui amènent les agents à révéler la bonne information au principal.

1.2. La théorie des coûts de transaction

La théorie des coûts de transaction fournit une grille d'analyse qui permet de répondre à de nombreuses questions permises les quelles l'évaluation des impacts organisationnels des nouvelles technologies de l'information et de la communication, mais aussi au choix micro-

²⁰ Stéphane TIZIO : « l'approche contractuelle : d'une perspective systémique » ; partie V ; chap.I ; 2013 ; p4.

²¹ Idem ; p5.

économique de faire ou faire faire telle s'avère également très utile pour expliquer le mouvement d'externalisation de certaines fonctions. Cette grille peut aussi permettre d'expliquer des choix organisationnels, au niveau de firme, ou de filières entières.

1.2.1. Définition des coûts de transaction

Les coûts de transaction peuvent être décrits comme « des couts de fonctionnement du système économique supportés par les agents afin d'échanger et de contracter »²². En d'autre, par couts de transaction ou entend les coûts de fonctionnement du système d'échange dans une économie de marché, aux coûts d'information, de négociation, de comportements liés au recours au marché pour procéder à l'allocation de ressources et transférer les droits de propriétés²³.

Le coût de transaction s'assimile d'abord chez RH coase au coût de l'organisation de la production à travers le mécanisme des prix. Sa principale composante est l'information qui représente un élément essentiel de l'activité de recherche de « prix adéquat » sur un marché. Le cout de recours au marché provient de l'activité de négociation et de conclusion de contrat sépare pour chaque transaction d'échange sur le marché.

En se basant sur une économie des contrats entre agents économiques, Williamson les interprète comme les coûts attachés à la contractualisation ainsi que à l'échange organisationnel. En effet, la théorie des couts de transaction propose une démarche comparative des coûts engendrés par tel ou tel mode d'organisation adaptée par la firme pour organiser ses relations économiques. L'estimation des coûts de transaction est donc une étape essentielle dans l'opérationnalisation de la théorie²⁴.

Les deux principales dimensions du coût de transaction sont l'information et la négociation, qui constitue l'élément commun de toutes les définitions de coûts de transaction. Elles se retrouvent dans l'analyse de Williamson, qui précisera la notion en distinguant les coûts antérieurs au contrat « ex-ante » des couts « ex-post » à la transaction.

²² Régis Coeurderoy, Bertrand Quélin : « la théorie des coûts de transaction : fondements théoriques et applications managériales » ; un collectif : dirigé par Hervé laroche et Jean Pierre Nioche « repenser la stratégie » édition vuibert ; 1998 ; p30.

²³ Idem ; p30.

²⁴ Idem ; p30.

- Les coûts de transaction ex-ante

Ces coûts correspondent à la première étape de la transaction. La période de prospection, la phase de négociation et d'établissement du futur contrat impliquent des coûts liés à la recherche des partenaires, à la négociation, la rédaction du contrat ainsi que la garantie d'un accord. Plus les transactions portent sur des biens standardisés à faible contenu informationnel, plus les coûts de transaction sont limités²⁵.

- Les coûts de transaction ex-post

Les coûts de transaction ex-post correspondant aux coûts d'administration, de surveillance, de suivi de contrat et de contrôle mis en place par les contractants afin de veiller au respect des clauses contractuelles on y trouve notamment²⁶ :

-Les coûts de mauvaise adaptation ;

-Les coûts de marchandage et de renégociation découlant des corrections des erreurs ;

-Les coûts liés au retrait d'un des contractants ;

-Les coûts d'opportunismes occasionnés par l'immobilisation d'actifs destinés à garantir le respect par les deux parties des clauses contractuelles et les coûts d'engagements, c'est-à-dire les coûts liés au paiement de pénalité en cas de rupture contractuelles.

1.2.2. Les hypothèses fondamentales de la théorie des coûts de transaction

La théorie des coûts de transaction repose deux hypothèses comportementales²⁷ :

1.2.2.1. Rationalité limitée

Les individus sont limités par leurs capacités cognitives dans l'exercice de leur rationalité. Par exemple, ils sont incapables de prévoir tous les événements susceptibles de survenir pendant la durée de vie des contrats qu'ils rédigent. Il en résulte alors des coûts de transaction importants, générés notamment par les renégociations périodiques des contrats. Le caractère

²⁵ Bertrand Quélin : « les frontières de la firme » ; édition Economica ; 2002 ; p19-20.

²⁶ Gérard Koenig : « de nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXI siècle » ; édition Economica ; 1999 ; p149.

²⁷ Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; 2ème édition ; DUNOD ; Paris ; 2004 ; p74-75.

limité de la rationalité est aggravé lorsque l'environnement est incertain et complexe. En effet, plus l'environnement est incertain et complexe, plus il est intégré dans le contrat.

1.2.2.2. Opportunisme

L'opportunisme peut être défini comme une forme forte de la poursuite de l'intérêt personnel tenant compte des engagements qu'il a pris, l'individu opportuniste n'hésite pas à les renier. On distingue généralement l'opportunisme ex-ante est la volonté délibérée de tromper son partenaire dès le début d'une relation. L'opportunisme ex-post consiste à profiter des occasions de tromper son partenaire lorsqu'elles se présentent. Pour que l'opportunisme puisse véritablement s'exprimer, une condition essentielle doit être remplie : la présence d'un « petit nombre » de fournisseurs.

1.2.3. Les attributs des transactions

La théorie des coûts de transaction présente un très grand intérêt car elle permet de déterminer la structure de gouvernance optimale à partir d'un nombre réduit de critères²⁸.

1.2.3.1. Spécificité des actifs

Des actifs sont dits spécifiques lorsqu'ils ont été spécialement développés ou adoptés pour un usage particulier. Dans la théorie des coûts de transaction, on distingue quatre principaux types de spécificité :

- Spécificité de site, elle se matérialise lorsque des équipements ont été implantés par un fournisseur à proximité de ceux de son client de façon à minimiser les coûts de stockage et de transport ;
- Spécificité des actifs physique, elle se matérialise lorsqu'un fournisseur a développé ou adapté des équipements spécialement pour les besoins d'un client ;
- Spécificité des actifs humains, elle se matérialise lorsqu'un fournisseur a développé des compétences spécialement pour les besoins d'un client ;
- Spécificité temporelle, elle se matérialise lorsqu'un fournisseur a investi dans des actifs spécifiques pour respecter des délais de livraison de son client.

²⁸ Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; 2ème édition ; DUNOD ; paris ; 2004 ; p76-77.

1.2.3.2.Incertitude

La logique de la théorie des coûts de transaction est la suivante. Lorsque le niveau d'incertitude est élevé, la rationalité limitée des individus rend impossible la réduction de contrats prenant en compte l'ensemble des contingences futures. Par conséquent, le contrat devra être renégocié en permanence pour intégrer ces contingences. Il en résulte des coûts de transaction élevés et l'internalisation devient nécessaire.

1.2.3.3.Fréquence

L'impact de la fréquence sur le choix de la structure de gouvernance est le suivant : moins une transaction est fréquente, moins il est recommandé de la réaliser en interne.

1.2.3.4.Difficulté de mesure de la performance

Cet aspect est crucial dans le cadre d'une opération d'externalisation. En effet, une entreprise a généralement une bonne connaissance des activités qu'elle réalise en interne. Toutefois, cette connaissance tend à disparaître avec le transfert du personnel et des équipements. Les mesures de la performance globale deviennent plus difficiles qui implique de réaliser ses activités en interne.

1.2.4. Le lien entre attributs des transactions et l'externalisation

En articulant les attributs des transactions avec les différents types de contrats, on peut synthétiser l'ensemble du raisonnement de la théorie des coûts de transaction. On distingue quatre cas particuliers²⁹ :

1.2.4.1.Internalisation

Lorsque la spécificité des actifs, l'incertitude et la fréquence sont élevées, il est recommandé de ne pas externaliser.

1.2.4.2.Externalisation avec contrat classique

Les coûts de transaction pour l'entreprise externalisatrice sont également faibles car il n'est pas nécessaire de mettre en place des mécanismes contractuels complexes lorsque les actifs utilisés sont peu spécifiques, quel que soit le niveau d'incertitude.

²⁹ Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; DUNOD; 2eme édition ; paris ; 2004 ; p79-80.

1.2.4.3. Externalisation avec contrat néoclassique

Lorsque le niveau de spécificité des actifs est élevé, les coûts de production d'une activité en interne sont proches de ceux des fournisseurs. Toutefois, une faible incertitude rend les risques beaucoup plus supportables. Par conséquent, un contrat néoclassique peut suffire pour gérer l'externalisation d'activités comportant une forte spécificité des actifs et une faible incertitude.

1.2.4.4. Externalisation avec contrat relationnel

Lorsque la spécificité des actifs et incertitude sont élevées, le recours à l'externalisation reste possible en utilisant un contrat relationnel. Les coûts de production d'une activité externalisée sont alors proches de ceux d'une activité internalisée. Comme le contrat relationnel génère des coûts de transaction inférieurs à ceux de l'internalisation, une relation durable et étroite entre l'entreprise externalisatrice et son prestataire est souhaitable. Le choix entre internalisation et contrat relationnel repose alors sur le critère de la fréquence.

1.3. La théorie de la ressource et de compétence

L'objectif de la théorie de la ressource est de déterminer les facteurs qui sous-tendent l'avantage concurrentiel des entreprises. Son développement date du milieu des années 1980, même s'il existe des travaux précurseurs contrairement à la théorie des coûts de transaction, cette théorie est encore en cours de développement.

La théorie de la ressource repose sur une idée simple : les différences de performance entre les entreprises d'une même industrie peuvent être expliquées par des différences en matière de ressource et de compétences.

Avant de rentrer dans le détail de l'identification et de la protection des ressources et compétence, il est nécessaire de bien définir ces concepts.

1.3.1. Quelques définitions

- **Inputs** : les inputs sont des actifs génériques que l'on peut trouver sur le marché par exemple les matières premières³⁰.
- **Outputs** : les outputs sont des actifs spécifiques qui doivent être développés à l'intérieur de l'entreprise.

³⁰Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; 2eme édition ; DUNOD ; paris ; 2004 ; p82.

- **Les ressources** : sont des actifs tangibles ou intangibles.
- **Les compétences** : sont un concept systémique. Elles peuvent être entendues comme le déploiement simultané de plusieurs ressources dans le but de réaliser une activité.

1.3.2. Le management des ressources et des compétences

Le management d'une entreprise doit avoir pour mission d'identifier, de protéger, d'exploiter et de créer des ressources et des compétences³¹ :

- **L'identification** : consiste à repérer les ressources sous-tendre un avantage concurrentiel ;
- **La protection** : consiste à défendre les ressources et compétences par les concurrences ;
- **L'exploitation** : consiste à transformer les ressources et compétences en un flux de revenus ;
- **La création** : consiste à faire évaluer les ressources et compétences pour les adapter en permanence à l'environnement.

1.3.3. Les fondements de l'avantage concurrentiel

Une ressource ou une compétence est dite stratégique lorsqu'elle permet à une entreprise de disposer d'un avantage concurrentiel durable. Quatre conditions doivent être respectées pour que des ressources et des compétences soient à la base d'un avantage concurrentiel durable³² :

1.3.3.1. Valeur

Pour fonder un avantage compétitif durable une ressource ou une compétence doit permettre d'exploiter une opportunité ou de neutraliser une menace de l'environnement, ou représente une contribution significative à la valeur du produit final pour le client.

1.3.3.2. La rareté

Les ressources et compétences doivent être rares, c'est-à-dire qu'un nombre limité seulement de firmes peut y avoir accès.

³¹ Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; 2eme édition ; DUNOD ; paris ; 2004 ; p82-83.

³² Idem ; p83.

1.3.3.3. Imitabilité imparfaite

Une ressource ou une compétence doit impérativement être difficile à imiter par les concurrents de l'entreprise qui la possède. En effet, la capacité d'une firme à maintenir son avantage compétitif dans le temps dépend de la vitesse à laquelle les autres firmes peuvent limiter.

1.3.3.4. Substituabilité imparfaite

Pour conserver sa valeur la compétence ne doit pas avoir de substituts aisément accessibles.

Ces critères de valeur, de rareté, d'imitation imparfaite et de substituabilité imparfaite ont des implications claires sur la problématique de l'externalisation. Les ressources et compétences qui présentent ces caractéristiques ne devront impérativement pas être externalisées.

1.3.4. La décision de l'externalisation selon l'analyse de la théorie de ressource

Théorie de ressource s'intéresse aux facteurs déclencheurs de l'externalisation et de la notion de cœur de métier de l'entreprise. Elle cherche à justifier le fait que certaines entreprises dégagent des profits de façon durable³³. L'apport de cette théorie à l'analyse de l'externalisation réside dans la comparaison de la qualité des ressources et des compétences internes par rapport à celles des prestataires présents sur le marché.

L'externalisation est une décision stratégique peut être utilisée pour « combler un vide » entre les compétences souhaitées et les compétences réelles.

L'externalisation représente un moyen d'accéder à des ressources et des compétences dont on ne dispose pas en interne. Par ailleurs, le recours à des prestataires ou des fournisseurs spécialisés peut faciliter une réduction des coûts et une amélioration de la qualité de produit ou de service.

Au total, l'analyse de l'apport de la théorie de l'agence, la théorie de coûts de transaction et la théorie de ressource sur la décision de l'externalisation nous permet de retirer les conclusions suivantes :

Les outils de la théorie de l'agence sont importants pour une logique de relations interindividuelle.

L'externalisation permet de minimiser la somme des coûts de production et de transaction.

³³ TIFRANI Souad : « les déterminants de choix des stratégies d'externalisation dans les entreprises des services public en Algérie » ; mémoire de magister université MAMMARI de TIZI OUZOU ; 2012 ; p47-48.

La théorie des ressources est utile à différents niveaux pour éclairer le phénomène de l'externalisation.

L'externalisation réside dans la comparaison de la qualité des ressources et des compétences interne par rapport à celles des prestataires présents sur le marché.

SECTION III : LES ASPECTS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS DE L'EXTERNALISATION

Depuis la fin années 1990, les firmes opèrent sous l'influence de la financiarisation, de la mondialisation et des mutations technologiques un triple mouvement stratégique caractérisé par trois phénomènes interconnectés : le « refocusing » (recentrage) sur leur cœur de métiers, « l'offshoring » (délocalisation) et l' « outsourcing » (externalisation).

Ce dernier phénomène est souvent comme le mouvement stratégique des années 1980 et 1990. L'externalisation apparaît comme un phénomène simultané au recentrage sur les métiers, activités, fonctions et compétences ou sous-ensembles stratégiques et non stratégiques. Les activités traditionnellement externalisées étaient les activités à faible valeur ajoutée. Le mouvement atteint désormais des activités clés comme les achats, la production, la R&D et des secteurs stratégiques.

1. Définition et évolution de l'externalisation

1.1.L'historique

L'externalisation date depuis longtemps, en effet depuis que les entreprises ont procédé à des opérations d'arbitrages entre l'intégration par hiérarchie et l'intégration par marché que les formes de l'externalisation sont apparues. Toutefois, l'apparition de l'externalisation en tant qu'opération réglementée n'a été observée qu'à partir du 20^{ème} siècle ou la diligence a été fortement entreprise dans la gestion municipale aux USA. Plus précisément l'externalisation a débuté aux années 1980 ou elle a porté dans un premiers temps sur des activités à faible valeur ajoutée (nettoyage, jardinage, gardiennage) avant de toucher sur fonctions plus consistantes comme la fonction de production, la fonction achat et R&D³⁴.

³⁴ TIFRANI Souad : « les déterminants de choix des stratégies d'externalisation dans les entreprises des services public en Algérie » ; mémoire de magister université Mouloud MAMMERI de TIZI OUZOU ; 2012 ; p 09.

1.2. Définition

L'externalisation consiste à cesser la réalisation d'une activité ou une formation au sein de l'entreprise ou d'une organisation et à en confier son exécution à un agent externe.

L'externalisation est un processus par lequel une entreprise confie à un prestataire extérieur la possibilité de la gestion d'un domaine ou d'une fonction qu'elle-même assurait auparavant directement en interne.

Selon M. porter : « externaliser c'est abandonner une partie de la valeur ajoutée par l'entreprise pour plus de marge, des investissements et une meilleure concentration des savoirs faire sur les processus constituant le cœur de son avantage stratégique. »³⁵

Jérôme BARTHELEMY : « le fait de confier une activité et son management à un fournisseur ou à un prestataire extérieur plutôt que la réaliser en interne. »³⁶.

Pour d'autres auteurs, l'externalisation est définie de manière plus dynamique, comme la décision de confier à un prestataire externe une activité qui était jusqu'alors internalisée. Il s'agit alors d'une forme de désintégration verticale. Dans cette perspective l'externalisation se caractérise par³⁷ : un transfert de ressources matérielles et/ou humaine vers un prestataire ou un fournisseur qui se substitue à des services internes. En effet, l'externalisation s'accompagne d'une transaction déléguée et surveillée.

1.3. L'externalisation et les phénomènes connexes

L'externalisation doit être distinguée des phénomènes avec lesquels elle est souvent confondue, à savoir la sous-traitance, le downsizing, le reengineering et la cession.

1.3.1. Distinction entre externalisation et sous-traitance

La distinction entre externalisation et sous-traitance³⁸ réside dans les obligations qui sont fixées au prestataire. En effet pour matérialiser cette différence, parfois peu perceptible nous allons citer quelques points de séparation entre les deux opérations³⁹ :

³⁵ TIFRANI Souad : « les déterminants de choix des stratégies d'externalisation dans les entreprises des services public en Algérie » ; mémoire de magister université Mouloud MAMMERY de TIZI OUZOU ; 2012 ; p09.

³⁶ Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; DUNOD ; 3ème édition ; paris ; 2007 ; p 11.

³⁷ Isabelle renard : « l'externalisation en pratique » ; édition d'organisation ; 2005 ; p01.

³⁸ La sous-traitance est l'opération par laquelle une entreprise confie à un autre le soin d'exécuter pour elle, et selon un cahier des charges préétabli une partie des actes de production ou des services dont elle conserve la responsabilité économique finale.

- La sous-traitance implique une obligation de moyens. En effet, le prestataire apporte des ressources alors que le client conserve le management de l'activité sous-traitée ;
- L'externalisation implique une obligation de résultat. Le prestataire apporte des ressources et assure également le management de l'activité externalisée.

On conçoit que l'externalisation et la sous-traitance poursuivent le même objectif en l'occurrence : la concentration sur le cœur de métier voir même la réduction des coûts de production.

1.3.2. La distinction entre l'externalisation et le downsizing

Le downsizing consiste à accroître l'efficacité, la productivité et la compétitivité d'une organisation en réduisant sa taille. Il existe cependant une différence fondamentale entre downsizing et l'externalisation.

L'externalisation est souvent accompagnée par une réduction de la taille de l'entreprise. Il en résulte alors une confusion avec le downsizing.

Le downsizing consiste à se débarrasser définitivement de personnel ou d'équipements qui faisaient partie de l'entreprise. Par ailleurs, une activité externalisée reste nécessaire au bon fonctionnement de l'entreprise.

1.3.3. La distinction entre l'externalisation et la cession

L'externalisation peut également être distinguée de la cession. En effet, l'externalisation implique parfois un transfert d'actifs vers le prestataire, l'entreprise externalisatrice continue à bénéficier des actifs qu'elle a transférés.

1.3.4. La distinction entre l'externalisation et le reengineering

L'externalisation est également fréquemment confondue avec le reengineering. Le reengineering consiste à améliorer radicalement les performances de l'entreprise en refondant ses processus qui ne créent pas de valeur.

Le reengineering est une démarche globale de restructuration qui peut s'accompagner de l'externalisation des processus les moins créateurs de valeur. Toutefois, il serait faux d'assimiler l'externalisation au reengineering car des opérations d'externalisation peuvent

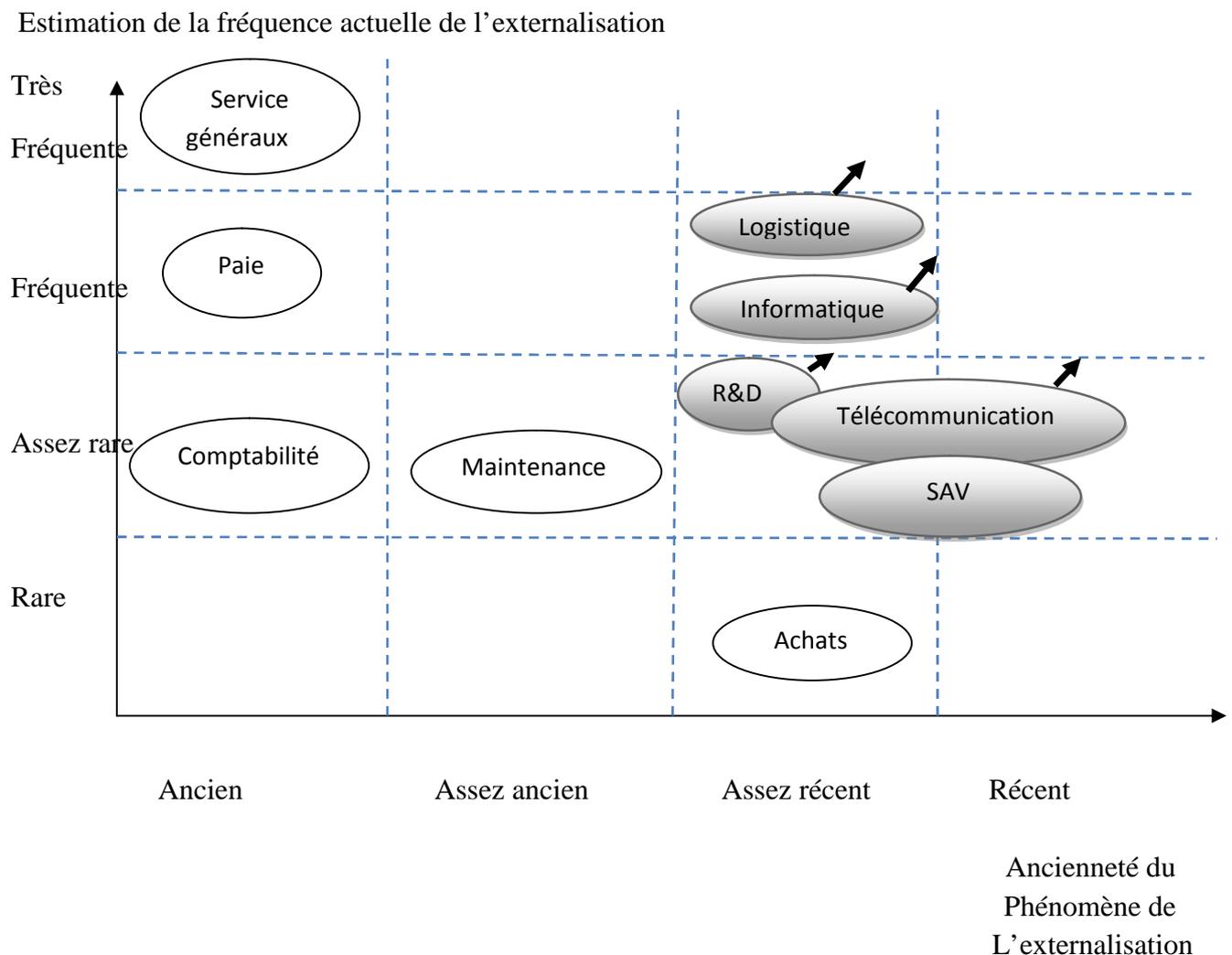
³⁹ Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; DUNOD; 2eme édition ; paris ; 2004; p 12-13.

avoir lieu sans qu'une entreprise soit engagée dans une opération de reengineering de ses processus.

1.4. Les activités concernées par l'externalisation et son évolution

L'externalisation connaît aujourd'hui une forte croissance. Elle touche également un nombre de plus en plus important d'activités. La figure ci-après, montre à la fois l'ampleur et l'évolution du phénomène de l'externalisation pour un certain d'activités de la chaîne de valeur (voir figure 2).

Figure n° 2 : fréquence et ancienneté de l'externalisation par activité



Source : Jérôme BORTHELEMY ; 2007 ; p 22.

A partir de cette figure nous pouvons constater que⁴⁰ :

- Certaines activités sont externalisées depuis très longtemps. Il s'agit essentiellement des services généraux, de la paie, de la comptabilité ou de la maintenance. Même si l'ampleur de l'externalisation varie selon les activités, il s'agit aujourd'hui d'un phénomène bien établi ;
- Les activités comme la logistique, l'informatique, recherche et développement (R&D), les télécommunications, le service après-vente (SAV) ou les achats sont externalisées depuis beaucoup moins longtemps. En revanche, leur externalisation est aujourd'hui en plein essor.

Aujourd'hui, l'externalisation semble avoir dépassé le cadre des activités périphérique des entreprises pour s'étendre à des activités plus proches de leur « cœur de métier ». Si le mouvement est parti d'activités comme les services généraux, la paie ou la comptabilité, il s'étend à la logistique, aux systèmes d'information ou aux télécommunications. A un degré moindre, il commence à touche des activités comme le SAV ou les achats.

1.5.Le contrat : une implication de la stratégie d'externalisation

La mise en place de contrat s'avère être un bon moyen de gérer efficacement l'externalisation. Les constructions contractuelles ne sont pas si libres puisqu'elles doivent de plus en plus se plier au respect de très nombreuses réglementations, on citer les normes concernant la qualité, le respect de l'environnement, et la sécurité. En effet, la maîtrise d'une activité externalisée repose essentiellement sur le contrat.

1.5.1. Le continu du contrat d'externalisation

Le contrat d'externalisation comprend généralement trois types d'obligations : les obligations opérationnelles, les obligations financières et les obligations juridiques. Ces principales obligations sont résumées dans les tableaux suivant⁴¹.

⁴⁰ Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; DUNOD; 2eme édition ; paris ; 2004 ; p 22.

⁴¹ Idem ; p 136.

Tableau n° 1 : les conditions générales d'un contrat d'externalisation

Obligations opérationnelles	Obligations financières	Obligations juridiques
<ul style="list-style-type: none"> • Objet du contrat • Nature des prestations • Transfert des hommes et du matériel • Réversibilité • Comité technique • Exécution des prestations • Contrôle et audit 	<ul style="list-style-type: none"> • Durée du contrat • Mode d'établissement du prix des prestations • Mode de révision du prix • Mode de facturation et de paiement 	<ul style="list-style-type: none"> • Propriété de l'information traitée • Régime de responsabilité • Force majeure • Résiliation du contrat • Personnel • Assurances • Cession du contrat • Procédure amiables • Attribution de compétence

Source : Brute de Rémur (1994) ; Jérôme BARTHELEMY : « stratégie d'externalisation » ; 2004 ; p136.

Le contrat à trois objectifs principaux et met en œuvre quatre types de mécanismes afin de les réaliser. L'objectif d'un arrangement contractuel est :

- D'assurer la coordination ;
- Répartir les fruits de la coopération ;
- Garantir la réalisation des processus.

Toute fois, l'atteinte de ces objectifs est contrainte par des comportements des contractants et par le pouvoir de négociation. Cela amène à l'articulation de quatre mécanismes pour construire tous types de contrat.

- L'institutionnalisation des routines permet d'économiser du savoir : en effet, une routine permet d'appliquer sans comprendre et d'utiliser le savoir et l'expérience des autres.
- L'autorité : permet de dominer la contingence : elle est le droit de définir l'usage des actifs et le comportement des contractants lorsque des événements imprévus surviennent.
- La surveillance est destinée à évaluer les contributions de chacun. Cette évaluation est nécessaire d'une part, pour améliorer l'efficacité de la production en fournissant aux détenteurs de l'autorité un moyen d'analyser l'efficacité de l'organisation existante et les décisions qui sont prises. D'autre part pour résoudre les conflits sur le partage des résultats

de la coopération. La surveillance est une garantie entre les comportements opportunistes et permet de mieux connaître la contribution de chacun.

- Des systèmes d'incitation qui sont complémentaire aux systèmes de surveillance. Les deux premiers sont principalement des mécanismes cognitifs. Les deux derniers sont principalement destinés à lutter contre l'opportunisme des agents⁴².

1.5.2. Les principales clauses contractuelles

Les principales clauses des contrats d'externalisation sont au nombre de six⁴³ :

- Durée ;
- Prix ;
- Mesure de la performance ;
- Evolutivité de la prestation ;
- Résolution des conflits ;
- Sortie de contrat.

Bien que leurs modalités varient selon les caractéristiques de l'activité externalisée, toutes ces clauses doivent figurer dans le contrat.

1.5.2.1. Clause de durée

La durée est une clause essentielle des contrats d'externalisation. En générale, les entreprises externalisatrice montrent une préférence pour les contrats courts. De tels contrats réduisent apparemment le risque de se trouver bloqué dans une relation de long terme avec un prestataire médiocre. A l'inverse, les prestataires préfèrent les contrats plus longs car ils leur permettent d'amortir leurs investissements initiaux.

1.5.2.2. Clauses de prix

Les clauses de prix sont centrales dans les contrats d'externalisation. Toutefois, la littérature juridique propre à l'externalisation se montre succincte à leur égard. Elle se borne généralement à opposer l'approche « globale forfaitaire » à l'approche « fondée sur les unités

⁴² TIFRANI Souad : « les déterminants de choix des stratégies d'externalisation dans les entreprises des services public en Algérie » ; mémoire de magister université Mouloud MAMMARI de TIZI OUZOU ; 2012 ; p 52-53.

⁴³ Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; DUNOD; 2eme édition ; paris ; 2004 ; p 136-143.

d'œuvre⁴⁴ » : « le cout de l'exploitation est soit défini d'une manière globale forfaitaire, soit sur la base d'un tarif fondé sur des unités d'œuvre réservées ou consommées »⁴⁵.

En fait, il existe cinq grandes clauses de prix :

a. Clause « prix de marché » - « market price »

La clause « prix de marché » présente l'avantage de la simplicité. Elle consiste à se référer directement au marché pour fixer le prix de la prestation. Apparemment, cette solution est idéale car elle permet à l'entreprise externalisatrice de bénéficier des prix les plus bas. Elle présente cependant deux limites :

- Il n'est pas toujours facile de définir un prix de marché. Par exemple, une prestation d'externalisation de la totalité d'une fonction informatique est difficilement comparable d'une entreprise à l'autre.
- L'indexation sur le prix de marché ne prend pas en compte les investissements spécifiques consentis par le prestataire.

b. Clause « prix fixe » - « fixed price »

La clause de type « prix fixe » implique la fixation du prix de la prestation au moment de la signature du contrat. Dans le domaine de l'externalisation, on a longtemps considéré les clauses de type « prix fixe » comme la panacée. Les arguments avancés étaient que de telles clauses permettaient de planifier les dépenses et donc de simplifier la gestion de l'activité externalisée. Toutefois, raisonnement a montré ses limites. En effet, l'écart entre le prix fixe contractuellement et le prix de marché se creuse rapidement. La clause de type « prix fixe » reste toutefois bien adaptée au cas des contrats courts.

c. Clause « cout plus marge » - « cost plus »

La clause de type « cout plus marge » consiste à facturer les couts de la prestation auxquels on rajoute une marge. Elle permet de prendre en compte l'évolution des couts technologique,

⁴⁴ L'unité d'œuvre : En comptabilité, l'Unité d'Œuvre sert à ventiler des charges par rapport à des critères généraux tels que le nombre d'employés de l'entreprise, les heures passées sur un projet, ... Cet outil d'analyse permet de calculer le coût de revient d'un produit ou d'un service en fonction des Unités d'œuvres. Dans le domaine de l'externalisation de services, les unités d'œuvre permettent de valoriser et consolider un ensemble d'activités hétérogènes en fonction de leur valeur contributive (temps de traitement, valeur ajoutée).

⁴⁵ Citation de l'ouvrage de Bruté de Rémur F ; p4.

souvent difficile à anticiper en début de contrat. Dans le cadre de l'externalisation, le recours à clause « couts plus marge » est rare.

d. Clause « échelle mobile » - « base price plus escalation »

La clause de type « échelle mobile » est la plus évoluée. Le principe régissant ce type de clause est le suivant. Un prix de base est fixé au moment de la signature du contrat. Ensuite, le prix évolue en fonction d'un panachage des couts de production du prestataire et de l'évolution des couts technologiques. Ce type de clause permet donc de régler les problèmes inhérents aux contrats de type « cout plus marge ».

e. Clause « partage des couts et des bénéfices »

Ce type de clause prévoit le partage des couts et des bénéfices par l'entreprise externalisatrice et son prestataire.

1.5.2.3. Clauses de mesure de la performance

Le contrat doit clairement stipuler le niveau de performance exigé. Plus les exigences en matière de performance sont claires, plus il est facile de déterminer si le prestataire les remplit.

1.5.2.4. Clauses d'évolutivité de la prestation

Plus la durée d'un contrat d'externalisation est élevée, plus la question de l'évolutivité de la prestation se pose avec acuité. Dans la plupart des opérations d'externalisation, il existe un risque important de déconnexion entre les technologies utilisées par le prestataire et les standards du marché.

1.5.2.5. Clauses de résolution des conflits

Afin de résoudre les conflits éventuels, le contrat doit prévoir une procédure d'escalade. Dans un premier temps, les conflits doivent être gérés au niveau de la cellule de pilotage. Si aucune solution n'est trouvée, il est souhaitable de faire intervenir une tierce partie.

1.5.2.6. Clauses de sortie de contrat

Pour éviter de se retrouver démunis à la sortie d'un contrat d'externalisation, il est impératif d'y faire figurer des clauses de réversibilité. Ces clauses doivent comporter trois caractéristiques :

- Porter aussi bien sur le personnel que sur les équipements ;
- S'appliquer aussi bien à la fin du contrat qu'en cas de rupture anticipée ;
- Intervenir aussi bien au profit d'un autre prestataire que de l'entreprise externalisatrice.

En effet, la sortie d'un contrat d'externalisation peut être suivie soit du transfert de l'activité à un autre prestataire soit de la réinternalisation de l'activité.

1.5.3. Les différents types de contrat d'externalisation

Williamson distingue trois types de contrat d'externalisation⁴⁶:

1.5.3.1. Les contrats classiques

Les contrats classiques sont utilisés pour gérer des opérations d'externalisation d'activités simples et peu sensibles tel que le nettoyage, la restauration, le jardinage etc. Les risques contractuels sont faibles et l'entreprise externalisatrice au choix entre un grand nombre de prestataires. Les contrats sont de court terme car il est facile et peu coûteux de changer de prestataire. L'accent est mis sur les documents formels et l'aspect relationnel intervient très peu.

1.5.3.2. Les contrats néoclassiques

Les contrats néoclassiques sont utilisés pour gérer des opérations d'externalisation complexes ou les risques contractuels sont élevés. Ce sont des contrats de moyen ou long terme dont la durée peut atteindre cinq ans ou plus. La principale caractéristique de ces contrats est leur formalisme ils sont détaillés et comportent de nombreuses clauses comme la mesure de performance, évolutivité de la prestation. Résolution des conflits et sortie du contrat.

1.5.3.3. Les contrats relationnels

Les contrats relationnels sont utilisés pour gérer des opérations d'externalisation encore plus complexes. Ce sont des contrats de long terme dont la durée atteint parfois dix ans. Bien que les risques contractuels soient très élevés, les contrats relationnels ne sont pas forcément très détaillés. De fait, ils sont peu formalisés et peu complexes. Leur rôle est de préciser les objectifs de la relation. Ils comportent des clauses d'incitation visant à motiver les prestataires.

⁴⁶ Jérôme BARTHELMY « comment réussir une opération d'externalisation » ; revue française de gestion ; n° 151 ; 2004 ; p14.

2. Les différents types d'externalisation

A partir de la définition que nous avons proposée, deux caractéristiques fondamentales permettent de distinguer les différents types d'externalisation⁴⁷:

- L'existence ou non d'une internalisation préalable ;
- La proximité des activités externalisées avec le « cœur de métiers ».

En croissant ces deux critères, on obtient une typologie des quatre grands types d'externalisation (voir figure 3).

Figure n°3 : les quatre grands types d'externalisation

Proximité Avec le « le Cœur de Métier »	Forte	Externalisation stratégique avec transfert de ressources (3)	Externalisation stratégique (4)
	Faible	Externalisation traditionnelle avec transfert de ressources (2)	Externalisation traditionnelles (1)
		Internalisation De l'activité	Externalisation Préalable À l'opération D'externalisation de l'activité

Source : Jérôme BARTHELEMY : « stratégie d'externalisation » ; 2004 ; p 14.

2.1.L'externalisation traditionnelle

Le premier type d'externalisation revient à confier de façon répétée le management d'une activité peu sensible à un fournisseur extérieur.

⁴⁷ Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; DUNOD; 2eme édition ; paris ; 2004 ; p 14-18.

2.2.L'externalisation traditionnelle avec transfert de ressources

Le second type d'externalisation revient à confier à un prestataire ou à un fournisseur extérieur une activité peu sensible, qui était jusque là réalisée en interne. Ce type d'externalisation présente une différence essentielle par rapport au précédent. En effet, il ne s'agit plus de poursuivre une stratégie d'externalisation qui a été définie par le passé.

2.3.L'externalisation stratégique avec transfert de ressources

Le troisième type d'externalisation revient à confier à un prestataire ou à un fournisseur extérieur une activité sensible, qui était jusque là réalisée en interne.

Les implications de telles opérations sont extrêmement importantes. Lorsqu'elles réussissent, elles peuvent permettre à une entreprise de renforcer sa position concurrentielle. Lorsqu'elles échouent, elles peuvent aboutir à la paralysie de l'entreprise.

2.4.L'externalisation stratégique

Le dernier type d'externalisation revient à confier de façon répétée une activité sensible à un prestataire ou à un fournisseur extérieur. Ce type d'externalisation est assez rare.

3. Les objectifs de l'externalisation

Quelle que soient les caractéristiques d'une opération d'externalisation, l'objectif visé sera toujours l'un des trois suivants⁴⁸ :

- L'amélioration du fonctionnement de l'activité externalisée

La réduction des coûts et l'accroissement de la performance sont les objectifs les plus classiques de l'externalisation. Avec la maturation progressive du marché de la prestation de service, les entreprises externalisatrices sont devenues de plus en plus exigeantes. Elles n'hésitent plus à demander à leur prestataire d'apporter des compétences qui n'étaient pas disponibles en interne, voire de transformer l'ensemble de l'activité externalisée.

- L'accroissement de la contribution de l'activité externalisée à la performance globale de l'entreprise

La mise en place de nouveaux processus par le prestataire nécessite de bien comprendre les liens entre l'activité externalisée et les mécanismes de création de valeur de l'entreprise.

⁴⁸Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; DUNOD; 2eme édition ; paris ; 2004 ; p18-19.

- L'exploitation commerciale de l'activité externalisée

Le principe consiste à externaliser une activité pour qu'elle génère de nouveaux revenus. Dans le cas de l'informatique par exemple, on observe l'émergence d'applications propres à chaque secteur d'activité.

4. Les différentes phases de l'externalisation

Les différentes phases de l'externalisation sont les suivantes:

- L'évaluation et négociation;
- Le transfert des services externalisés;
- La gestion des services externalisés ;
- L'évaluation.

4.1.L'évaluation et la négociation préliminaires

Les démarches initiales en vue de l'établissement d'une convention de service constituent l'occasion de poser des fondations solides pour l'organisation de la délégation des fonctions (ou externalisation) au prestataire de services et du bon déroulement des opérations:

- L'Appel d'offres est la première opportunité de présenter aux candidats un cahier des charges qui définit clairement l'activité souhaitant être externalisée.
- L'évaluation des compétences du prestataire est une manière de connaître et de juger l'ensemble des fournisseurs proposant une solution pour l'externalisation de l'activité.
- La négociation de la convention de service permet de définir des critères de mesure précis dans le cadre de l'engagement sur la qualité de service et prévoir des pénalités en cas d'inexécution des tâches prévues.

4.2.La délégation de service

Pour préparer l'établissement à externaliser certaines de ses activités, la direction doit procéder à des remaniements dont les implications sont :

- Des changements et modifications dans les responsabilités;
- La mise en place de formations;

- Des considérations juridiques et réglementaires;
- La communication avec le partenaire.

En outre, la mission des principaux acteurs au sein de l'établissement ainsi qu'au niveau de la société sous-traitante doit être précisée. Il est important de s'assurer que le personnel chargé de la gestion de la convention de service est suffisamment qualifié et expérimenté et que les parties maîtrisent parfaitement les dispositions contractuelles relatives aux obligations de résultats.

Les démarches à engager pour assurer la transition sont multiples:

- Identifier les éventuelles lacunes des méthodes opérationnelles du prestataire;
- Gérer efficacement la communication et le leadership;
- Mettre en place des formations et un suivi des résultats du prestataire;
- Garantir l'implication des principaux acteurs des parties cocontractantes;
- Préparer les contrôles réglementaires ultérieurs.

Tout au long du processus de pilotage de l'externalisation, il faut organiser des réunions entre l'établissement et le prestataire de service.

4.3.La gestion des activités externalisées

Il est essentiel de gérer soigneusement la convention de service pour assurer l'atteinte des résultats entre les deux parties. Un engagement sur la qualité du service doit être établi pendant la phase de négociation. Il comportera un référentiel destiné à évaluer les performances du prestataire de services ainsi que les obligations éventuelles du client.

4.4.Le suivi de la convention de service et le contrôle de conformité

Le coût de gestion d'une convention de service couvre l'ensemble de la prestation de la société sous-traitante. Cette convention doit être réévaluée fréquemment. Il faut mesurer le rapport coût / bénéfice global et y incorporer d'éventuelles modifications. Des critères de mesure des revenus, de la rapidité, de la qualité et des économies de coûts sont à établir dès le début du processus d'externalisation.

Ces différents critères permettent une évaluation réelle de l'entreprise sous-traitante et elle permet ainsi de:

- Fixer clairement les principaux critères de réussite du prestataire de services;
- Mesurer le succès à trois niveaux: résultats techniques, qualité de service et satisfaction de la clientèle;
- Mettre en place des outils de communication des résultats.

4.5.La mise en œuvre du contrôle réglementaire ultérieur

Il faut généralement plusieurs mois pour résoudre tous les problèmes d'une convention de services. Lorsque tout est au point, il faut en effectuer le suivi. Il s'agit alors de surveiller les indicateurs principaux de performances qui mesurent les résultats du prestataire et de revoir les critères internes afin de s'assurer que l'externalisation est toujours profitable.

Il sera peut-être nécessaire de réviser la convention après un certain délai, avec le même soin que lors des négociations initiales. La souplesse est une qualité essentielle car elle permet de s'adapter à des exigences, des environnements et des rapports évolutifs.

La rédaction juridique du contrat est la phase primordiale du cycle de la négociation, elle requiert une certaine vigilance.

5. Les facteurs favorisant le développement de l'externalisation

L'externalisation a connu un développement rapide ces dernières années les facteurs qui ont contribué à cet essor sont présentés ci-dessous⁴⁹ :

5.1.L'impératif de création de valeur

L'objectif ultime de toute entreprise est la création de valeur. Cet objectif amène les entreprises à chercher des nouvelles sources de la valeur. Cela incite les entreprises à externaliser un certain nombre d'activité afin de se recentrer sur les activités les plus créatrices de valeur.

⁴⁹ Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; DUNOD; 2eme édition ; paris ; 2004 ; p 32-39.

5.2. La croissance continue de marché des services et la pression de l'offre

Depuis longtemps les entreprises internalisent de nombreuses activités à cause de l'absence de prestataires compétents.

Aujourd'hui l'émergence d'un véritable marché de la prestation pour la plupart des activités de service incite les entreprises à remettre en question les décisions d'externalisation passées. Effet, ce marché de la prestation se caractérise par l'émergence d'acteurs de plus en plus qualifiés, ouvrant la voie à des opérations d'externalisation de plus globales.

5.3. Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)

Les novations organisationnelles sont souvent conditionnées par le progrès technologique. Aujourd'hui, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) semblent également avoir un impact important sur les entreprises.

Le développement des NTIC a pour conséquence une baisse des coûts de la coordination interentreprises. L'externalisation devient alors une alternative intéressante pour des activités qui ne pouvaient pas être externalisées dans le passé. En effet, les coûts de la communication avec les prestataires étaient trop élevés et il était préférable de les réaliser à l'intérieur de l'entreprise.

En fait, le progrès des NTIC permet aux formes de coordination marchande comme l'externalisation de se développer au détriment des formes de coordination hiérarchiques comme l'internalisation pour des raisons :

- Les NTIC permettent de traiter des opérations de plus en plus complexes en facilitant la circulation d'une information riche à un coût peu élevé ;
- Les NTIC réduisent de plus en plus la nécessité de recourir à des actifs de production spécifiques.

5.4. Le recours généralisé au BENCHMARKING

Le recours de plus en plus fréquent au benchmarking⁵⁰ a également contribué à l'essor de l'externalisation.

Lorsque l'entreprise étalon est un concurrent, on cherche à faire jeu égal avec elle en limitant, lorsqu'elle a un prestataire spécialisé, il est également possible de lui confier l'activité en question.

5.5. Le rôle du mimétisme

Le mimétisme a joué un rôle non négligeable dans l'essor de l'externalisation.

6. Les principaux bénéfices et risques de l'externalisation

La stratégie d'externalisation a des bénéfices et des risques, qui sont :

6.1. Les bénéfices de l'externalisation

Les bénéfices généralement attribués à l'externalisation sont nombreux et hétérogènes. Comme nous l'avons suggéré, la liste des bénéfices que peut procurer l'externalisation est longue. Il nous semble toutefois qu'elle peut être ramenée à quatre bénéfices principaux⁵¹:

- La réduction des coûts de l'activité externalisée ;
- L'amélioration de la performance de l'activité externalisée ;
- Le recentrage sur le « cœur de métier » de l'entreprise ;
- L'amélioration de la gestion de l'activité externalisée.

Nous détaillons chacun de ces quatre bénéfices ci-dessous, en nous attachant à comprendre leur fonctionnement.

6.1.1. La réduction des coûts de l'activité externalisée

La réduction des coûts est souvent présentée comme le principal bénéfice de l'externalisation.

La réduction des coûts d'une activité externalisée repose sur trois grands mécanismes :

⁵⁰ Le BENCHMARKING a été inventé par RANK Xerox, leader mondial des photocopieurs en 1975, attaqué par les japonais : Canon, Minolta, Ricoh. Pour faire face à cette concurrence Xerox en 1979, pratique le benchmarking, en se comparant aux meilleures entreprises dans ses différentes fonctions ou métiers.

⁵¹ Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; DUNOD ; 2ème édition ; Paris ; 2004 ; p 44-53.

6.1.1.1. Les économies d'échelle des prestataires spécialisés

Les économies d'échelle résultent de la mutualisation des équipements et du personnel. En travaillant simultanément pour clients, les prestataires spécialisés peuvent réaliser des économies d'échelle plus importantes que celles dont bénéficient les entreprises généralistes.

6.1.1.2. Les économies d'investissements

Des nombreuses opérations d'externalisation s'accompagnent d'un transfert d'équipement vers le prestataire. Il peut en résulter un apport financier non négligeable pour l'entreprise externalisatrice.

L'externalisation autorise la flexibilisation des coûts. Au lieu d'investir dans des hommes et des équipements-frais fixes-, l'entreprise externalisatrice verse à son prestataire une rémunération correspondant à la prestation réellement consommé-frais variables-. L'externalisation permet donc d'éviter d'immobiliser des ressources financières tout en transférant au prestataire les deux grands risques inhérents aux investissements : le risque de surcoût lié au surinvestissement et le risque lié au sous investissement.

6.1.1.3. Des conditions moins avantageuses pour les salariés

Les prestataires proposent généralement à leurs employés des conditions moins intéressantes que les grandes entreprises. C'est l'un des facteurs essentiels de leur avantage de coût.

6.1.2. L'amélioration de la performance de l'activité externalisée

Le second bénéfice de l'externalisation est l'amélioration de la performance de l'activité externalisée. Contrairement à leurs clients, les meilleurs prestataires sont des véritables spécialistes des services généraux, de la logistique ou de l'informatique. Leur supériorité repose généralement sur trois grandes compétences :

- Une bonne gestion des carrières ;
- Le développement et l'utilisation de « best practices » ;
- Une bonne gestion de la relation avec le client.

6.1.3. Le recentrage sur le « cœur de métier » de l'entreprise

Les ressources financières des entreprises sont limitées. Par conséquent, elles doivent être en priorité affectées aux activités qui constituent leur « cœur de métier ».

L'externalisation des activités permet de libérer des ressources financières et managériales pour les réinvestir exclusivement dans le « cœur de métier ».

6.1.4. L'amélioration de la gestion et la restructuration de l'activité externalisée

Les fonctions de support des entreprises sont souvent peu efficaces. Les dysfonctionnements résultent en grande partie d'un fonctionnement « bureaucratique » et de l'absence de la mise en concurrence avec le marché. On constate alors un paradoxe. Comme certaines fonctions de support prennent la forme de véritables fiefs mal gérés et inefficaces, les confier à un prestataire peut donner à la direction générale l'occasion de « reprendre le pouvoir ».

6.2. Les risques de l'externalisation

Si l'externalisation peut être très bénéfique pour les entreprises, elle comporte également des risques non négligeables. Comme la liste des risques est longue. Il nous semble toutefois qu'elle peut être ramenée à quatre risques principaux⁵²:

- La sous-performance ;
- La dépendance envers le prestataire ;
- La perte du savoir-faire et des compétences ;
- Le risque social.

Nous détaillons chacun de ces quatre risques ci-dessous :

6.2.1. La sous-performance

La sous-performance du prestataire est un risque important pour l'externalisation. On parle de sous-performance lorsque le prestataire n'atteint pas les objectifs de performance fixés par le contrat. Une telle situation peut être très dommageable pour le client.

6.2.2. La dépendance envers le prestataire

L'externalisation diffère fortement de la cession d'activité. Lorsqu'une entreprise externalise une activité, ses besoins en la matière ne disparaissent pas pour autant. On se trouve dans le cas où une entreprise a fait le choix d'être dépendante d'un prestataire extérieur.

⁵²Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; DUNOD; 2eme édition ; paris ; 2004 ; p60-67.

6.2.3. La perte de savoir-faire et des compétences

La perte de savoir-faire et des compétences suite à une opération d'externalisation provient essentiellement du transfert de personnel et d'équipement vers le prestataire. Avec le transfert du personnel, tout le savoir accumulé en interne est perdu.

En fait, la réussite d'une opération d'externalisation exige de conserver en interne un niveau de compétences suffisant.

6.2.4. Le risque social

Comme nous l'avons souligné, les opérations d'externalisation impliquent fréquemment un transfert de personnel voire des licenciements. Par conséquent, il n'est pas étonnant qu'elles suscitent souvent des réactions de rejet de la part des salariés. Les réactions peuvent prendre deux formes :

- Opposition ouverte ;
- Opposition larvée.

6.2.4.1. Une opposition ouverte

Les syndicats ou le comité d'entreprise font entendre leur hostilité au projet d'externalisation et n'hésitent pas à déclencher une grève.

6.2.4.2. Une opposition larvée

L'opposition des salariés n'est pas toujours aussi visible qu'une grève. Par opposition larvée, nous entendons le fait que les employés concernés par une opération d'externalisation contribuent à son échec en réduisant leur productivité.

A travers tous les éléments de cette section, nous pouvons constater, que l'externalisation constitue l'une des pratiques organisationnelles marquantes des dernières années. L'externalisation, peut être définie comme le fait de confier une activité à un prestataire extérieur après l'avoir réalisée en interne sur une durée contractuelle pluriannuelle. L'externalisation relève d'une décision stratégique qui engage l'organisation sur une durée plus ou moins importante et qui se traduit par la recherche d'un prestataire, la conclusion d'un contrat de délégation et le suivi de ce contrat.

Conclusion

L'externalisation connaît actuellement une forte croissance. Elle touche des activités de plus en plus nombreuses et critiques pour le bon fonctionnement des entreprises. L'essor de l'externalisation s'explique essentiellement par le fait qu'elle permet de réduire les coûts, d'améliorer la performance et de faciliter le fonctionnement de certaines activités. En outre, elle permet aux entreprises de se recentrer sur leur « cœur de métier ». Afin de pleinement bénéficier du potentiel de l'externalisation, il faut cependant être conscient des risques qu'elle induit. En effet, l'externalisation peut avoir pour conséquences la baisse de la performance, une dépendance vis-à-vis du prestataire, une perte de savoir faire et des risques sociaux. Quelques règles simples doivent donc impérativement être suivies pour être sûr de réussir une opération d'externalisation.

En matière de décision, seules les activités suffisamment éloignées du « cœur de métier » de l'entreprise et pour lesquelles la performance des services internes est inférieure à celle des meilleurs prestataires du marché peuvent être externalisées. Il est impératif de ne pas externaliser les activités qui font partie du « cœur de métier ». En matière de gestion, il est impératif de conserver la maîtrise des activités externalisées. Cette maîtrise passe essentiellement par un contrat détaillé mais également par le maintien en interne d'une direction d'activité forte, d'une cellule de pilotage et de compétences juridiques et techniques.

CHAPITRE II :

ASPECT OPERATIONNEL DE L'EXTERNALITE ET SON EVALUATION

CHAPITRE II : ASPECT OPERATIONNEL DE L'EXTERNALITE ET SON EVALUATION

Historiquement l'hôpital était une « institution total » qui maitrisait l'ensemble de son processus de production. Cependant, le processus de production des soins hospitalier peut se décomposer en un ensemble de fonctions qui peuvent être identifiées et donc confiées à des prestataires spécifiques. Cette approche est légitimée par les métiers qui sont nécessaires pour exécuter ces prestations : plus le niveau de technologie augmente plus cette notion de métier devient importante. L'hôpital ne peut plus être performant sur tous les métiers nécessaires à sa production, cela justifier la sous-traitance ou externalisation.

Dans les pays en développement, l'externalisation a été tentée ou est pratiquée dans de nombreux, dans la plupart des cas pour des établissements de taille importante disposant d'une autonome de gestion. En général ce sont des fonctions logistiques qui ont été sous-traitées, en particulier autour de la fonction hôtelière (repas, linge, entretien des locaux, espaces verts,...) et de la fonction maintenance (entretien des installations, des équipements ou des bâtiments,...).

L'externalisation peut toucher la majeure partie des domaines de l'hôpital et en particulier les fonctions de gestion mais aussi une partie des fonctions de soins, en particulier au niveau du plateau technique.

Dans tous les cas la faiblesse globale de gestion des établissements publics se traduit par une difficulté à superviser l'intervention de la sous-traitance : l'amélioration du début tente à se réduire dès que l'entrepreneur mesure la marge de manœuvre dont il dispose. Le nombre limité des opérations de sous-traitance ne suffit pas à modifier significativement la prestation globale offerte par l'hôpital ni ses coûts de production. Les domaines qui son privilégies pour la sous-traitance ne pèsent que faiblement sur le budget d'un hôpital consacré essentiellement aux dépenses de personnel et aux fournitures et consommable nécessaires à l'activité de soins.

L'objectif de ce chapitre comporte dans une première section : nous faisons le processus d'externalisation des services non médicaux. Dans la deuxième section nous allons étudier La technique d'évaluation d'un service.

SECTION 1 : LE PROCESSUS D'EXTERNALISATION DES SERVICES NON MEDICAUX

1. Organisation en établissements de santé

Dans le cadre d'une organisation en établissements de santé, chaque hôpital possède ses propres ressources et fonctionne de façon indépendante du reste des établissements.

1.1. Chaîne de valeur de l'hôpital

Pour étudier l'organisation interne de l'hôpital, nous nous basons sur la « chaîne de valeur » de Porter utilisée dans le secteur manufacturier pour décomposer une entreprise en activités principales et activités de support¹.

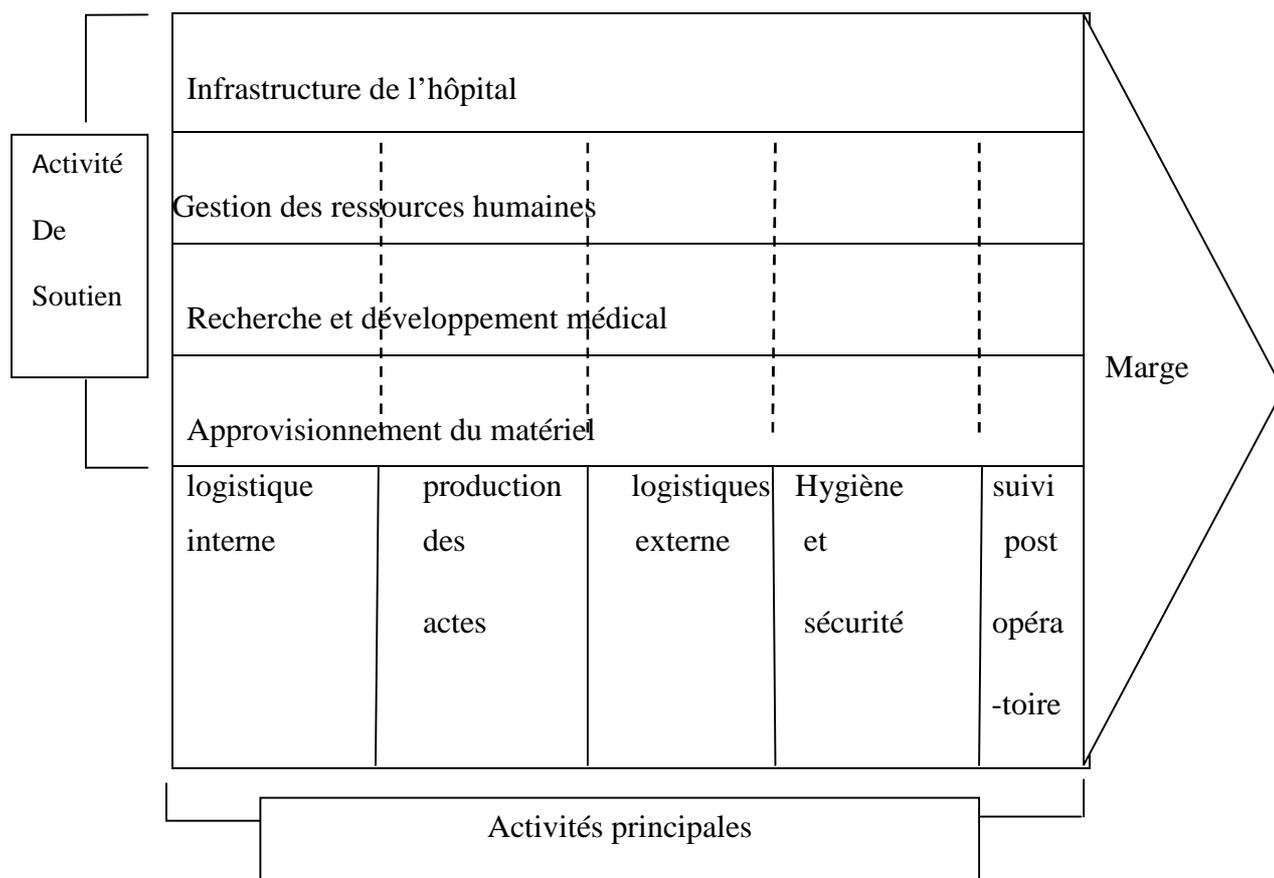
Porter considère que la firme acquiert un avantage concurrentiel en exerçant des activités créatrices de valeur et de marge. L'auteur décompose l'entreprise en :

- activités principales, définies comme les activités qui impliquent la création matérielle et la vente du produit, son transport jusqu'au client ainsi que le service après-vente,
- activités de soutien, qui viennent à l'appui des fonctions principales et se soutiennent les unes les autres en assurant diverses fonctions de l'ensemble de l'entreprise.

Cette même décomposition en activités principales et activités de support peut être adoptée dans le cas d'un établissement de santé. Les activités créatrices de valeur ou activités principales sont en relation avec le processus de soin du patient et regroupent essentiellement la logistique interne et externe, la production de l'acte médical, l'hygiène et le suivi postopératoire. Les activités de soutien viennent en appui des activités principales en assurant : l'infrastructure (activités administratives, affectation des ressources, suivies de performance, etc.), la gestion des ressources humaines (définition des profils des postes, recrutement, formation, etc.), la recherche et le développement médical et l'approvisionnement du matériel (achat, choix des fournisseurs, stratégies d'approvisionnement, etc.).

La chaîne de valeur de l'hôpital inspirée de la chaîne de Porter est représentée par le schéma n° 4.

¹ M..Pierre LADET : « Vers un outil d'aide à la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas de service de stérilisation » ; thèse ; 2009 ; p22.

Schéma n° 4 : Chaîne de valeur de l'hôpital inspirée de la chaîne de Porter

Source : M..Pierre LADET : « Vers un outil d'aide a la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas de service de stérilisation » ; thèse ; 2009 ; p23.

1.2.Organisation interne de l'hôpital

Moison et Tonneau classifient les unités internes de l'hôpital en cinq secteurs, qui peuvent être groupés en deux grandes catégories² :

a. Les secteurs liés à la trajectoire du patient

- Les services cliniques : également appelés unités de soins. Ce secteur implique des ressources matérielles (lits) et du personnel médical (médecins) et paramédical (infirmières, aide-soignante...).

² M..Pierre LADET : « Vers un outil d'aide a la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas de service de stérilisation » ; thèse ; 2009 ; p23.

- Les services de consultation : ces services peuvent être inclus dans les services cliniques mais tendent à être groupés dans des unités de consultations polyvalentes.
 - Le plateau technique : lieu de réalisation des actes thérapeutiques ou d'aide au diagnostic. Ce plateau regroupe le plateau d'imagerie médicale, de biologie et de chirurgie.
- b. Les secteurs d'appoint et de support**
- Le secteur logistique : il gère les activités de restauration, de stérilisation, de blanchisserie, de transport des malades, de stockage, de préparation et de distribution des produits médicaux (consommables, médicaments, etc.). Certaines de ces activités peuvent être prises en charge totalement par l'hôpital ou bien sous-traitées chez des sociétés externes ou par d'autres hôpitaux.
 - Le secteur administratif : ce secteur regroupe la direction générale, le service financier, le service de gestion des ressources humaines et le service informatique. Il assure des tâches telles que la gestion administrative des dossiers des patients.

1.3.Complexité de l'organisation en établissements de santé

La cible principale mise en œuvre par l'hôpital est à caractéristique humaine. L'incertitude générée par cette caractéristique semble être fondamentale dans les interrogations sur la conception et la gestion des systèmes de production de soins car elle a des répercussions sur la complexité des opérations de production, sur leur durée et sur leur qualité.

D'après Hammami, l'hôpital est une structure particulièrement complexe à deux points de vue³:

- le point de vue fonctionnel : un établissement hospitalier n'est pas seulement un lieu de soins, mais assure également d'autres fonctions et services (hôteliers, de restauration, etc.) ce qui implique les services et les activités annexes correspondants ;
- le point de vue sociologique : un hôpital met en présence des types de populations aux situations diverses et aux intérêts très distincts.

Une autre complexité peut toutefois découler de la gestion du secteur logistique d'un établissement de soins. Ce secteur prend en charge l'hébergement des malades et effectue un certain nombre de tâches à destination des unités de soins. Il s'agit essentiellement de la

³ M..Pierre LADET : « Vers un outil d'aide à la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas de service de stérilisation » ; thèse ; 2009 ; p29.

restauration, de la blanchisserie ou de la stérilisation des dispositifs médicaux destinés aux blocs opératoires, activités considérées comme ne faisant pas partie du cœur de métier de l'hôpital et pouvant donc être externalisées par des fournisseurs externes.

2. L'externalisation en sein de l'hôpital

L'hôpital ne peut plus être performant sur tous les métiers nécessaires à sa production, cela justifie le recours à la stratégie d'externalisation. En effet, cette stratégie offre à l'hôpital l'opportunité de se recentrer sur son métier tout en garantissant la meilleure sécurité des soins donnés aux patients

2.1.Externalisation des activités hospitalières

Un peu partout dans le monde, l'externalisation a été tentée et/ou pratiquée dans de nombreux hôpitaux généralement de taille importante. Jusqu'ici, les fonctions logistiques (cuisine, blanchisserie, entretien des locaux, espaces verts, etc.) ainsi que la fonction maintenance (entretien des installations, des équipements ou des bâtiments, etc.) constituent les fonctions généralement sous-traitées par l'hôpital⁴.

D'une façon générale, un hôpital peut recourir à la solution d'externalisation pour les raisons suivantes :

- Recentrer les ressources de l'hôpital sur les activités de soins, Associer des prestations complémentaires (location, maintenance, renouvellement) dont les enjeux et les coûts sont mal connus ;
- Maîtriser les dépenses et les relier aux ressources dans le cadre de l'adoption progressive de 2004 à 2013 de la Tarification A l'Activité, élément important de la réforme Hôpital 2007 ;
- Economiser des ressources en personnels, notamment paramédicaux devenant de plus en plus une ressource « rare » de l'hôpital ;
- Transférer des responsabilités importantes des établissements et des pharmaciens responsables vers un industriel contrôlable et contrôlé.

Gilles définit la sous-traitance dans le domaine hospitalier comme « l'acte par lequel l'hôpital délègue la gestion de ses activités à une société privée ».

⁴ M..Pierre LADET : « Vers un outil d'aide a la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas de service de stérilisation » ; thèse ; 2009 ; p44.

Selon d'autres auteurs, l'externalisation est une stratégie d'organisation en interne pour se concentrer sur le cœur de métier et créer un réseau de fournisseurs externes pour les activités de support.

Certains auteurs rappellent que le choix entre offrir un service directement ou à travers une relation contractuelle est une décision stratégique importante pour les établissements hospitaliers.

Aujourd'hui, le secteur hospitalier est soumis à des contraintes réglementaires et budgétaires de plus en plus accrues. Ce secteur représente un enjeu d'autant plus important qu'il réunit des ressources humaines et matérielles à la fois rares et coûteuses. Dans un contexte pareil, l'externalisation des services non médicaux représente une stratégie nouvelle qui permet à l'hôpital de se recentrer sur son cœur de métier, offrir au patient un service qui répond au triptyque coût/qualité/délais.

SECTION II : LA TECHNIQUE D'EVALUATION D'UN SERVICE

La question d'externalisation est intéressante à étudier aussi bien pour le système hospitalier que pour le prestataire externe. En ce sens, le système hospitalier doit disposer d'outils l'aidant à choisir entre internalisation ou externalisation, le type d'externalisation à adopter et éventuellement le prestataire à contracter. Le prestataire, de sa part, doit proposer une solution qui satisfait le besoin de l'hôpital en termes de qualité et de délai tout en respectant la réglementation en vigueur. Cette solution doit également tenir compte de l'aspect hygiène et qualité de soins tout en garantissant un coût intéressant pour le système hospitalier.

1. Les définitions

Dans ce passage, nous essayons de clarifier les définitions des termes suivants : la satisfaction, la qualité, l'attitude et la performance.

1.1. La satisfaction

Le concept de satisfaction a fait l'objet de nombreuses recherches en sciences de gestion, particulièrement dans deux disciplines⁵ : les ressources humaines avec l'étude de la satisfaction au travail et le marketing, la satisfaction étant au cœur du maintien et du

⁵ Florence Dano, Sylvie Llosa et autre: « Evaluer un service » ; France ; 2003.

développement de la relation entreprise-client. Ce concept a été particulièrement développé dans le cadre des activités de services où il existe peu d'évaluations objectives et pertinentes de la prestation. La satisfaction est « un terme complexe et un concept difficile »

La satisfaction est un jugement global portant sur une expérience particulière de consommation ou une transaction spécifique.

1.2. La qualité

Concept transverse à toutes les sciences de gestion, la qualité recouvre des significations diverses.

Par qualité, on entend ici la qualité perçue par le client, et non la qualité objective, pouvant être contrôlée par des experts, délicate à évaluer dans le cadre d'un service et de toute façon moins utile dans l'étude du comportement du consommateur.

Dans le domaine des services où la littérature sur la qualité foisonne, ce concept se définit également en termes d'état final ou par le processus qui conduit à la formation de cet état. La qualité perçue représente « le jugement du consommateur concernant le degré d'excellence ou de supériorité attribué à une entité ».

1.3. L'attitude

Parmi les sciences de gestion, c'est en marketing que l'attitude a été la plus étudiée. Cependant, le concept d'attitude trouve ses sources et ses premières applications en psychologie, en psychologie sociale et en sociologie. La définition la plus classique de l'attitude est faite référence à « un état mental de promptitude, organisé grâce à l'expérience, qui exerce une influence directive et/ou dynamique sur les réponses de l'individu vis-à-vis de tous les objets et les situations avec lesquelles il est en relation ».

1.4. La performance

La performance est un concept qui a été utilisé avec différentes acceptions en stratégie, en gestion des opérations et en marketing. Plus précisément, les chercheurs en stratégie considèrent la performance comme un indicateur multidimensionnel de la réussite d'une entreprise, les chercheurs en opérations l'envisagent comme l'objectif du processus de programmation et de contrôle de la production, les chercheurs en marketing s'intéressent en priorité à la performance perçue par le client. La performance perçue est ainsi définie comme

« l'évaluation subjective de la performance réelle du produit pendant ou après l'expérience de consommation »⁶.

2. Les objectifs de l'externalisation

Parmi ces objectifs, on a : maîtrise des dépenses de santé et l'amélioration de la qualité des soins.

2.1. Maîtrise des dépenses de santé et externalisation

Dans un contexte de vieillissement de la population et de développement d'une médecine de plus en plus technicisée conjugués à une montée des contraintes de toutes natures (contraintes légales, renforcement des normes, exigence accrue en termes de qualité, sécurité et hygiène, etc.), les dépenses de santé ne font qu'augmenter.

Les coûts induits par les activités de l'hôpital ont atteint aujourd'hui des proportions importantes au point qu'il est devenu impératif de mettre en place une organisation plus efficiente et d'aller vers une gestion beaucoup plus rigoureuse des ressources dans l'objectif de maîtriser les coûts tout en veillant à l'amélioration de la qualité des soins.

La maîtrise des dépenses de santé constitue ainsi un enjeu majeur. Une maîtrise de ces dépenses repose en grande partie sur la maîtrise des modes de production de soins et les choix organisationnels faits par le système de santé. Mais, il se trouve nécessaire d'impliquer une vision partagée des acteurs (publics-privés) comme préalable à toute action, et une réconciliation du médical et de l'économique autour de l'analyse et de la gestion des processus⁷.

2.2. L'externalisation et l'amélioration de la qualité des soins

L'un des axes majeurs du *Plan Hôpital 2007* est l'amélioration continue de la qualité de soins dans les établissements hospitaliers tout en réduisant les coûts logistiques induits⁸.

Donabedian distingue deux composantes de la qualité des soins : la qualité technique qui relève de l'application de la science médicale et technologique de manière à maximiser les bénéfices sans augmenter les risques, et la qualité interpersonnelle qui relève de la rencontre des valeurs et normes socialement définies, propres à chaque individu. D'une manière

⁶ Florence Dano, Sylvie Llosa et autre: « Evaluer un service » ; France ; 2003.

⁷ M..Pierre LADET : « Vers un outil d'aide a la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas de service de stérilisation » ; thèse ; 2009 ; p25.

⁸ Idem ; p26.

générale, les critères de qualité peuvent être classés selon trois axes : la structure, les résultats et les processus.

- La structure a un impact sur la qualité des soins dans le sens qu'elle influence la probabilité d'une prise en charge performante. En effet, une structure bien conçue utilisant des ressources efficaces permet de préserver et d'améliorer la qualité des soins.
- Les résultats sont définis par le changement de l'état du patient. Ce changement permet de mesurer la qualité de soins, en effet un changement d'état positif pour le patient reflète une bonne qualité du service rendu.
- Les processus font références aux pratiques professionnelles des médecins et soignants ainsi qu'aux processus organisationnels. Les processus logistiques, par exemple, sont des éléments qui peuvent (à des degrés différents) impacter la satisfaction du patient. La qualité des soins pourrait être ainsi améliorée de manière significative en analysant les processus de soins et les processus ou sous-processus de support connectés.

La qualité ne peut dès lors être atteinte par un « simple » effort des services hospitaliers, mais requiert une stratégie intégrée et une réflexion sur les moyens et les ressources déployées par les différents types d'acteurs et de services.

3. dispositions régissant les contrats d'externalisation

3.1.1. conditions d'applications d'un contrat d'externalisation

Principes généraux applicables aux contrats d'externalisation conclus avec des prestataires de services. Il est demandé aux prestataires de services de se conformer aux principes, dispositions et valeurs en vigueur à l'hôpital, ainsi que de respecter la règle de confidentialité. Cette condition devra figurer expressément dans le contrat⁹.

En offrant des contrats aux prestataires de services, il conviendra d'être attentif à la manière dont ces prestataires respectent la politique de l'hôpital en matière d'égalité des chances et de non-discrimination.

Les contrats conclus avec les prestataires de services sont exécutés conformément aux dispositions financières en vigueur, notamment au Règlement financier de l'hôpital, et aux principes généraux de bonne gestion. Il pourra, le cas échéant, être recouru à une procédure d'appel d'offres.

⁹ Instruction n° 60 du 21 décembre 2007 relative aux contrats d'externalisation.

3.1.2. Circonstances autorisant le recours à un prestataire de services dans le cadre d'un contrat d'externalisation

Un contrat d'externalisation pourra être conclu avec des prestataires de services dans les circonstances ci-après :

- Lorsque l'externalisation permet à l'Organisation de se concentrer sur son métier, les tâches de soutien étant assurées par un prestataire de services afin qu'elles ne nécessitent pas un investissement disproportionné en gestion, en ressources et en temps ;
- de par la nature même des tâches concernées, les prestataires de services proposent des ressources complètes et spécialisées pour répondre aux besoins de l'Organisation, par exemple un accès à des technologies, techniques et outils nouveaux dont l'Organisation ne dispose pas au moment où elle choisit de recourir à l'externalisation;
- Lorsque l'externalisation permet à l'Organisation de concrétiser plus rapidement les bénéfices escomptés de la restructuration d'un processus en confiant celui-ci à un prestataire de services ;
- Lorsque grâce à l'externalisation, l'Organisation devient plus flexible et donc mieux à même de s'adapter aux changements en matière d'opportunités ou de priorités ;
- Lorsque l'externalisation permet à l'Organisation de réduire ou de mieux maîtriser ses frais de fonctionnement ;
- Lorsque l'externalisation permet de se passer d'investissements dans des fonctions non essentielles, ce qui libère des ressources financières pour des domaines d'activités essentiels;
- Lorsque l'Organisation ne dispose pas des ressources internes requises.

3.1.3. Facteurs déterminants dans la décision de recourir à l'externalisation

Pour évaluer les avantages et les inconvénients d'un contrat d'externalisation, il convient de prendre en compte un certain nombre de facteurs, à savoir¹⁰ :

¹⁰ Instruction n° 60 du 21 décembre 2007 relative aux contrats d'externalisation.

3.1.3.1. Impact financier

La décision de recourir à l'externalisation est de nature essentiellement économique : elle vise à obtenir un coût unitaire plus bas que le coût en interne ou à accroître la flexibilité afin de réduire les frais fixes. Pour cela, il convient d'analyser les éléments de coût suivants :

a. Coûts de production

Les coûts de production, autrement dit les sommes versées par l'hôpital à un prestataire pour les services que celui-ci lui fournit, sont un facteur important à prendre en compte. Dans cette optique, l'Organisation entend avant toute chose obtenir un avantage en termes de coûts de production ; il faut donc que le prix facturé par un prestataire de services soit inférieur à ce qu'il en coûterait de conserver une tâche spécifique en interne.

b. Coûts de transaction

Les coûts de transaction sont constitués par les frais encourus à partir du moment où l'Organisation commence à envisager de recourir à l'externalisation et ceux qui sont générés par la gestion du contrat une fois celui-ci en place. Ils couvrent le temps et les ressources financières nécessaires pour :

- Chercher un prestataire qui convienne ;
- négocier et rédiger le contrat ;
- en assurer la supervision et obtenir le niveau de service requis ;
- changer de prestataire si le cocontractant ne respecte pas ses obligations contractuelles.

Il est essentiel d'évaluer les coûts de transaction pour veiller à ce que l'Organisation économise de l'argent en sous-traitant une tâche à un prestataire de services. L'éventuel avantage en termes de coûts de production peut très bien être divisé par deux, annulé ou devenir une perte si les coûts de transaction sont plus élevés que les économies générées en termes de coûts de production.

L'impact financier de l'externalisation ne doit pas être évalué uniquement en termes d'économies immédiates et évidentes mais au moins à moyen terme, en tenant compte non seulement des frais de personnel, mais aussi des répercussions en termes d'investissements et de surface de bureaux.

L'impact financier fera l'objet d'une analyse aussi complète et objective que possible, et qui, à ce stade, ne prendra pas en compte d'autres considérations (qualité de service, répercussions sociales).

3.1.3.2. Préservation de l'autonomie sur le long terme

L'hôpital ne doit pas devenir le client captif d'un prestataire de services et ne plus être à même de reprendre, si nécessaire, son indépendance en ce qui concerne les tâches confiées à ce dernier.

Le cas échéant et pour garantir la disponibilité, la continuité, la sécurité et la confidentialité des tâches externalisées, l'Organisation préservera une structure minimale dans le secteur d'activités concerné.

3.1.3.3. Maintien d'un contrôle sur les activités externalisées

L'hôpital doit également préserver sa capacité à superviser la conduite de l'activité par le prestataire de services, en ce qui concerne :

- le contrôle de la qualité ;
- le contrôle des coûts ;
- le contrôle des procédures internes, pour éviter toute atteinte aux conditions d'une concurrence loyale et aux principes fondamentaux de l'hôpital.

3.1.3.4. Mesures socialement acceptables

Il n'est pas possible de concrétiser les économies potentielles si l'on ne met pas en place des mesures susceptibles d'être acceptables pour le personnel.

3.1.3.5. Choix du prestataire de services

Le prestataire de services sera choisi avec le plus grand soin et de manière impartiale parmi des personnes (ou institutions ou organisations à but lucratif) pourvues des qualifications et de l'expérience professionnelles suffisantes pour exécuter les prestations externalisées.

Le prestataire de services sera sélectionné par une procédure d'appel d'offres. Exceptionnellement, il pourra être sélectionné à partir d'une liste de prestataires qualifiés pour les prestations en question.

3.1.3.6. Forme et contenu du contrat d'externalisation

Article : Dispositions générales

Le contrat doit stipuler clairement toutes les obligations mutuelles des parties, le mandat confié au prestataire de services, la durée du contrat et le montant des honoraires¹¹.

La durée du contrat peut être prorogée par tacite reconduction mais le service concerné du Secrétariat peut, en tant que de besoin, dénoncer un contrat au cours de la période stipulée pour ce faire et organiser un appel d'offre.

Les travaux font l'objet d'une description complète, claire et détaillée dans une note intitulée « Accord sur le niveau de service », annexée au contrat et qui en fait partie intégrante.

Article : Echéance pour la réalisation des travaux

Lorsque la prestation des services externalisés doit intervenir avant une date d'échéance précise, celle-ci sera stipulée dans le contrat et sera contraignante.

Article : Honoraires et frais

- Les honoraires sont exprimés en dinars.
- En règle générale, les honoraires doivent couvrir tous les frais encourus dans le cadre de l'exécution des prestations. Sauf stipulation expresse dans le contrat, les frais administratifs ne donnent lieu à aucun paiement supplémentaire. Lorsque des déplacements sont nécessaires, le contrat doit stipuler les conditions applicables au remboursement des frais de voyage et de séjour.
- Les honoraires sont fixés en fonction de la complexité des prestations confiées au prestataire, de la qualité requise pour les travaux et des prix du marché pour des services similaires. En cas d'appel d'offres, les honoraires seront fixés en conséquence.

Article : Actifs mis à disposition du prestataire de services

- Si l'Organisation met à disposition du prestataire de services des actifs et/ou infrastructures, le contrat stipulera clairement les conditions de la mise à disposition et précisera que ces actifs sont utilisés uniquement pour l'objectif prévu dans le cadre de la

¹¹ Instruction n° 60 du 21 décembre 2007 relative aux contrats d'externalisation.

mission, qu'ils ne deviennent pas la propriété du prestataire de services extérieur et qu'ils doivent être rendus à l'Organisation à la fin des travaux.

- Le cas échéant, des coûts d'amortissement pour l'utilisation des actifs et/ou infrastructures seront déduits des honoraires du prestataire de services.

Article : Procédure de paiement

- Le prestataire de services qui demande à être réglé doit produire une facture. Il lui incombe de veiller à ce que celle-ci soit conforme à la législation en vigueur.
- Le règlement des honoraires et des frais ne peut intervenir que si les prestations pour lesquelles le contrat avait été conclu ont été exécutées et acceptées par le Secrétaire Général.
- Des avances sur honoraires seront consenties seulement dans le cas où, au début des travaux, le prestataire de services doit engager des dépenses significatives pour s'acquitter de ses obligations (par exemple, achat d'équipement, nouvelles technologies).
- Si le contrat doit être exécuté en plusieurs phases ou s'étend sur une longue période de temps, des dispositions seront prévues pour procéder au règlement approprié à la fin de chaque phase ou après une durée appropriée.
- Les règlements doivent être effectués uniquement par virement bancaire sur le compte du prestataire de services concerné.

Article : Loyauté et discrétion¹²

- Le contrat stipulera que, lors de l'exécution dudit contrat, le prestataire de services ne sollicitera ni n'acceptera d'instructions d'aucun gouvernement ou autorité extérieure à l'hôpital.
- En outre, le contrat doit stipuler que le Prestataire de services est tenu de respecter les directives du Secrétaire Général pour l'exécution des prestations confiées, d'observer la discrétion la plus absolue concernant toute question de service et de s'abstenir de toute déclaration ou acte pouvant être interprétés comme engageant l'hôpital. Ces conditions figureront expressément dans le contrat.

¹²Instruction n° 60 du 21 décembre 2007 relative aux contrats d'externalisation.

Article : Droits de propriété intellectuelle

Lorsque le prestataire de services fournit des services intellectuels pouvant engendrer des droits de propriété intellectuelle, le contrat doit stipuler que le prestataire de services cède à l'hôpital, pour une durée illimitée, l'exclusivité de tous les droits portant sur les produits remis par le prestataire de services au titre du contrat, et notamment le droit d'utiliser, reproduire, représenter, publier, adapter, traduire et diffuser, ou de faire utiliser, reproduire, représenter, publier, adapter, traduire et diffuser, dans tout pays et dans toute langue, sous quelque forme que ce soit, y compris sur CD-ROM ou en ligne sur Internet, en tout ou partie, les produits remis par le prestataire de services au titre du contrat.

Article : Utilisation du nom

Le contrat stipulera que le prestataire de services peut utiliser le nom de l'hôpital sous réserve d'y avoir été autorisé au préalable par le Secrétaire général. La demande d'autorisation devra indiquer dans quel but le nom et le logo du Conseil de l'Europe seront utilisés.

Article : Obligations fiscales du prestataire de services

Le contrat stipulera expressément que le prestataire de services est tenu de respecter les dispositions légales en vigueur dans son pays de rattachement fiscal, et notamment l'obligation, à des fins fiscales, de déclarer tous les honoraires perçus de l'hôpital.

Article : Modifications

Les dispositions du présent contrat ne peuvent être modifiées que par avenant écrit accepté par les deux parties.

Ce contrat ne peut faire l'objet d'aucune cession totale ou partielle, à titre couteux ou gratuit, sans l'autorisation préalable et écrite de l'hôpital.

Article : Rupture du contrat

- Le contrat stipulera que, si le prestataire de services ne s'acquitte pas de ses obligations contractuelles ou si le niveau de sa prestation de services n'est pas satisfaisant, le Secrétaire Général sera en droit d'estimer qu'il s'agit d'une rupture de contrat, de refuser de verser les honoraires et d'exiger le versement de toute pénalité prévue au contrat.

- En outre, le contrat stipulera que, l'hôpital réserve à tout moment et après notification au prestataire de services, le droit de mettre fin au contrat avec ce dernier. En cas d'annulation du contrat, l'hôpital ne règlera que le montant correspondant aux services effectivement assurés à son entière satisfaction au moment de l'annulation du contrat, et exigera le remboursement des montants déjà versés correspondant aux services non fournis.

Article : Litiges

Le contrat contiendra une disposition spéciale stipulant que tout litige entre l'hôpital et le prestataire de services concernant les conditions d'exécution du contrat sera, à défaut de règlement amiable entre les parties, soumis à un arbitrage pris par le Secrétaire général.

3.1.4. Le contrat d'externalisation

La Résolution relative aux contrats de service des consultants ; Considérant qu'il est nécessaire d'établir les conditions dans lesquelles des contrats de service sont proposés à des tiers; Les dispositions applicables du Règlement financier, en particulier concernant la décentralisation de la gestion financière et la délégation d'autorité, et les principes de la budgétisation basée sur les résultats¹³.

3.1.4.1. Définitions et champ d'application

- Le terme « externalisation » est utilisé pour désigner le résultat d'une décision avant tout économique visant à demander à un tiers de réaliser totalement ou partiellement une tâche de soutien générale plutôt que de la confier à des agents du Secrétariat ou d'investir dans l'acquisition de ressources technologiques, d'équipements propres, etc. Le Statut du personnel n'a pas vocation à s'appliquer aux parties engagées au titre d'un contrat d'externalisation.
- Les tiers engagés au titre d'un contrat d'externalisation sont appelés des « prestataires de services extérieurs ».
- Les tâches concernées sont essentiellement permanentes et récurrentes. Plus spécifiquement, peuvent être envisagées pour un recours à l'externalisation les tâches liées à la sécurité, au nettoyage, aux services de restauration, à la production de

¹³ Instruction n° 60 du 21 décembre 2007 relative aux contrats d'externalisation.

documents complexes, aux travaux de maintenance complexe concernant les bâtiments, aux services informatiques spécialisés, aux services éditoriaux, à la traduction, etc.

- Toute référence faite dans la présente Résolution au Secrétaire Général doit être entendue conformément aux dispositions pertinentes de l'hôpital, du Statut du personnel et des règles régissant la délégation d'autorité.

3.1.4.2. Le recours à l'externalisation

Le recours à l'externalisation intervient pour les motifs suivants :

- L'externalisation permet à l'hôpital de se focaliser sur des questions clés, les tâches de soutien étant assumées par un prestataire de services extérieur de sorte qu'elles ne mobilisent pas des ressources et une attention disproportionnées en matière de gestion;
- de par la nature même des tâches concernées, les prestataires de services extérieurs proposent des ressources complètes et spécialisées pour répondre aux besoins de l'hôpital, par exemple un accès à des technologies, techniques et outils nouveaux dont l'hôpital ne dispose pas au moment où elle choisit de recourir à l'externalisation;
- L'externalisation permet à l'hôpital de concrétiser plus rapidement les avantages escomptés de la réorganisation des processus en confiant la réalisation du processus à un prestataire de services extérieur ;
- Elle permet à l'hôpital de devenir plus flexible et donc d'être mieux à même de s'adapter à des opportunités ou priorités évolutives ;
- Elle permet à l'hôpital de réduire ou de mieux maîtriser les coûts de fonctionnement ;
- Elle réduit les besoins d'investissements financiers dans des activités non essentielles, ce qui permet de dégager des ressources pour des domaines prioritaires ;
- L'hôpital peut recourir à l'externalisation parce qu'elle ne dispose pas des ressources nécessaires en interne.

3.1.4.3. Sélection des prestataires de services extérieurs et principes généraux régissant les contrats des prestataires de services extérieurs

Le prestataire de service extérieur est engagé pour réaliser une tâche clairement définie dans un laps de temps spécifique en contrepartie d'un montant d'honoraires spécifié.

Il appartient à l'hôpital de procéder à la sélection des consultants dans la plus grande mesure possible sur la base d'une mise en concurrence, gardant à l'esprit la nécessité d'impartialité et d'objectivité¹⁴.

Le critère principal de la sélection d'un prestataire de service extérieur devra être celui de sa compétence à accomplir le travail requis.

L'hôpital s'efforcera d'assurer une répartition géographiquement équitable dans l'attribution de contrats de prestataires de services extérieurs.

Il est demandé aux prestataires de services extérieurs de s'acquitter de ses tâches de manière impartiale et objective et de respecter les principes, règles et valeurs en vigueur à l'hôpital, les droits de la propriété intellectuelle et la confidentialité.

Les contrats conclus avec les prestataires de services extérieurs respectent le Règlement financier en vigueur à l'hôpital et les principes généraux de bonne gestion.

Un contrat d'externalisation est signé par le Secrétaire, au nom de l'hôpital, d'une part, et par les prestataires de services extérieurs, d'autre part.

3.1.4.4. Mandat

Le contrat stipule clairement le mandat du prestataire de service extérieur, notamment la description détaillée des services faisant l'objet de la prestation et la durée du contrat. Les termes du mandat sont déterminés par l'hôpital.

3.1.4.5. Rémunérations

Les rémunérations sont fixées en tenant notamment compte, de la complexité des tâches impliquées, de la qualité du travail demandé et des rémunérations de référence pour des services similaires du prix du marché existants.

3.1.4.6. Supervision et communication d'information

L'hôpital devra veiller à ce que le travail confié au prestataire de service extérieur soit exécuté conformément aux termes de son contrat, notamment au regard des résultats escomptés et de la qualité du travail.

¹⁴Instruction n° 60 du 21 décembre 2007 relative aux contrats d'externalisation.

Dans la mesure où le prestataire de service extérieur manque à ses devoirs contractuels, ou si le niveau du service fourni n'est pas satisfaisant, l'hôpital est en droit de considérer qu'il s'agit d'une rupture du contrat et refuser le paiement de la rémunération et des frais fixés par le contrat. Les contrats doivent prévoir des dispositions relatives aux procédures de règlement des litiges¹⁵.

L'hôpital établit des procédures internes de collecte et d'archivage de toute information pertinente relative aux contrats d'externalisation.

Les contrats conclus avec des prestataires de services extérieurs devront expressément autoriser l'hôpital à communiquer toute information demandée par les Auditeurs interne et externe.

3.1.4.7. Application de la Résolution

L'hôpital veillera à l'application des principes exposés dans la présente Résolution par voie d'une Instruction sur les contrats d'externalisation pour les prestataires de services extérieurs.

3.1.6.8. Entrée en vigueur

La présente Résolution annule et remplace la Résolution n° et entre en vigueur.

3.1.7. Le cadre opérationnel de l'externalisation

La démarche opérationnelle d'une opération d'externalisation est constituée de cinq (05) étapes suivantes :

3.1.7.1. L'élaboration d'un plan stratégique

Pour identifier les processus de création de valeur que cherchent les hôpitaux, une vision claire des différentes fonctions de l'hôpital et l'élaboration d'un plan stratégique sont nécessaires. Il faut faire la distinction entre les fonctions stratégiques, celles secondaires ou à valeur ajoutée négative, pour les quelles une gestion extérieure peut être envisagée. Il est utile en suite de s'interroger sur les liens que telle ou telle fonction possède avec d'autres activités. Enfin vérifier la faisabilité dans les registres techniques ; opérationnel ; fiscal et juridique de la décision d'externalisation.

¹⁵ Instruction n° 60 du 21 décembre 2007 relative aux contrats d'externalisation.

L'analyse stratégique doit par la suite porter sur l'évaluation de cette décision à base des critères suivants¹⁶:

- La structure et le niveau des coûts de l'activité ou de la fonction concernée ;
- La contribution à la valeur ajoutée ;
- La comparaison en termes de performance relative entre solution interne et la solution externe.

3.1.7.2. une analyse des risques associés à l'externalisation

Ces risques peuvent regroupés comme suite :

- Les coûts mal ou non anticipés ;
- La perte de contrôle opérationnel en particulier ;
- La perte de compétence et de savoir faire ;
- Le risque d'un conflit social interne ;
- Une certaine distance entre les cultures de groupe du client et de prestataire.

3.1.7.3. l'état des lieux de l'externalisation

L'état des lieux de l'externalisation est une opération qui vise à faire un inventaire préalable de l'intégralité des moyens humains et technique et des infra structures nécessaires pour la dite opération.

Cet inventaire préalable (état des lieux) porte sur les axes suivants :

- La dimension organisationnelle (réorganisation de la structure) ;
- La dimension fonctionnelle (moyens techniques et matériels) ;
- La dimension humaine (les salariés œuvrant dans la fonction qui sera externalisée).

¹⁶ Instruction n° 60 du 21 décembre 2007 relative aux contrats d'externalisation.

3.1.7.4. la sélection du prestataire

Le choix du prestataire est une étape très délicate ; les procédures du choix du prestataire diffèrent selon qu'il s'agit d'une opération d'externalisation classique ou stratégique. L'entreprise repose sur le principe de la liberté contractuelle.

Par ailleurs, dans une opération d'externalisation stratégique, le recours à l'appel d'offres ou à un contractant déterminé sur simple consultation est donc possible. L'appel d'offre est un procédé selon lequel une entreprise informe ses fournisseurs potentiels de sa volonté de conclure un contrat avec lui qui répondra le mieux aux conditions spécifiées dans un cahier des charges.

La sélection peut se faire selon plusieurs critères : stratégiques, techniques, géographique,...etc.

L'appréciation des candidats portera sur la qualité de leur offre mais aussi sur leur capacité à anticiper les besoins de l'entreprise au delà d'une offre standard. En effet, il ne s'agit pas de négocier une vente mais de bâtir un partenariat à long terme.

Pour les opérations d'externalisation classique, l'entreprise cliente choisit son futur prestataire directement sur le marché de la prestation et cela en se basant sur des critères tels que :

- La notoriété de prestataire ;
- Le prix affichés par ce dernier ;
- La qualité des prestations fournis par le prestataire ;
- Les recommandations d'une entreprise.

Donc on constate l'importance de l'établissement d'un cahier des charges incorporant toute les précisions requises afin d'exprimer, le plus clairement possible, les attentes de l'entreprise cliente de l'externalisation et le choix d'un prestataire convenable. En effet, dès lors que ce choix est établi, l'entreprise cliente et le prestataire entrent dans la phase de la contractualisation qui débouche sur l'exécution de l'opération.

3.1.7.5. la rédaction du contrat

Après le choix du prestataire convenable, l'entreprise cliente entame la phase de contractualisation avec ce dernier où il est nécessaire d'établir un contrat renfermant toutes les

clauses nécessaires et requises susceptibles d'encadrer le déroulement de l'opération d'externalisation et de contrecarrer tout éventuel conflits pouvant surgir lors de l'entrée en vigueur du contrat. En effet, le contrat doit contenir des informations détaillées sur le contenu de la prestation, le rythme du transfert, les performances attendues, la confidentialité des données et les responsabilités des deux parties.

4. Les enjeux de l'externalisation à l'hôpital

Dans le contexte actuel de rationalisation des dépenses de santé, d'évolution rapide des pratiques médicales, de croissance et de diversité de la demande de soins, l'hôpital est confronté à d'autant plus de défis. S'ajoute à ceci le contexte réglementaire de plus en plus contraignant, l'accréditation et la mise en place de pôles qui obligent les établissements de santé à repenser leur mode d'organisation et de gestion. Face à ces contraintes, l'hôpital est tenu par de nombreux enjeux¹⁷.

4.1. La réforme hospitalière

Parmi ces réformes, on a : le système d'accréditation et la coopération entre établissements.

4.1.1. Le système d'accréditation

La création d'un système d'accréditation apprécie la qualité des activités des établissements de santé est l'une des mesures les plus importantes¹⁸.

L'accréditation repose sur la place centrale accordée au patient, l'amélioration de la sécurité des soins et l'amélioration continue de la qualité, par l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité et l'implication sur le long terme des professionnels exerçant dans l'établissement.

Répondre à des objectifs sécuritaires et qualitatifs sans cesse plus élevés, avec des moyens limités, tel est aujourd'hui le défi que doivent relever les gestionnaires d'hôpitaux.

¹⁷ M..Pierre LADET : « Vers un outil d'aide a la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas de service de stérilisation » ; thèse ; 2009 ; p25.

¹⁸ L.CECILE, K.HABBACHE, M. COUTOUX : « Externalisation des activités, exemple du service biomédical et de stérilisation » ; mémoire de magister université de technologie de Compiègne ; 2002.

4.1.2. La coopération entre établissements

Pour privilégier la mission principale d'un établissement de soins, la réforme incite aux coopérations inter hospitalières, qui « permettent de développer des activités de soins dans les mêmes locaux et avec des moyens communs ». Cette mise en commun des ressources est souvent associée à une spécialisation plus grande de certains établissements, un hôpital principal pouvant signer par exemple des conventions avec des établissements périphériques traitant des cas particuliers.

4.2. Faire ou Faire Faire : problématique d'actualité au niveau des établissements de soins

Dans le contexte hospitalier, le problème de choix entre internalisation et externalisation des services pose une problématique d'actualité au niveau des établissements de soins.

4.2.1. La tendance à l'externalisation

La problématique du "faire ou faire-faire" prend aujourd'hui toute son ampleur. Et il n'est d'ailleurs plus possible de gérer un établissement de soins sans s'interroger sur l'opportunité d'externaliser une partie des activités¹⁹.

Le phénomène d'externalisation a débuté dans les années 1950, d'abord dans un contexte industriel, puis ensuite dans les établissements de soins. Ceci amène aujourd'hui un ensemble de fonctions logistiques à ne plus être traitées en interne comme par exemple la blanchisserie, la restauration et prestations d'hôtellerie, le gardiennage, l'entretien des espaces verts, la gestion des déchets, le travail temporaire, la gestion de la maintenance.

L'objectif de ce phénomène est de réserver les capacités d'investissement au domaine des soins, plutôt que de moderniser des infrastructures improductives, et de renforcer le personnel soignant pour offrir de meilleurs services aux patients.

4.2.2. Les facteurs influençant le choix de l'externalisation

Toute externalisation doit être pérenne. Il faut qu'elle soit à la pointe de la technologie et très spécialisée. Le cas échéant, une comparaison des coûts évalués en interne doit être analysée

¹⁹ L.CECILE, K.HABBACHE, M. COUTOUX : « Externalisation des activités, exemple du service biomédical et de stérilisation » ; mémoire de magister université de technologie de Compiègne ; 2002.

par rapport à la solution externe. Cette comparaison est complexe du fait qu'elle ne peut se faire à prestations égales et également du fait que les coûts internes sont souvent en partie masqués.

La balance penche souvent en faveur de l'externalisation quand une activité montre une structure de coûts qui présente un taux de charges fixes important, quand le savoir-faire interne est limité ou que le volume d'activité est insuffisant et donc non rentable.

L'externalisation apporte la transformation des coûts fixes en coûts variables, l'acquisition du savoir-faire par l'intermédiaire du prestataire, la flexibilité et la simplification non négligeable par l'intermédiaire d'une unique facture. Malheureusement, elle apporte des inconvénients, parmi eux figurent le paiement de la TVA sur le coût de la prestation, les risques de perte d'informations et de mauvaise gestion des liens contractuels.

Il n'y a pas de solution toute prête où le choix d'externaliser s'imposerait, mais seulement un contexte de démarche qualité qui est devenu une réalité et qui pousse à ouvrir les barrières structurelles de l'établissement de soins et ce, au bénéfice des patients.

4.2.3. Le sort du personnel

En France, l'externalisation au sein de l'hôpital ne va pas sans quelques interrogations bien légitimes. Dans les esprits, l'externalisation peut être synonyme de licenciements et de réductions drastiques des coûts, surtout lorsque certaines précautions n'ont pas été prises pour informer le personnel concerné et les syndicats. Le transfert d'une activité est alors difficile à accepter et souvent vécu comme un drame social.

Les externalisations menées en milieu hospitalier présentent l'avantage d'être le plus souvent des externalisations "offensives", c'est à dire dans lesquelles il n'y a pas d'urgence vitale pour la survie de l'établissement. C'est pourquoi le projet se déroulera d'autant mieux qu'il n'est pas une alternative à un plan social et que l'établissement peut démontrer que pour le personnel concerné, c'est effectivement à plus ou moins long terme la meilleure solution. Mais de pareils changements nécessitent du temps, de la pédagogie et une démarche extrêmement participative de la part du personnel des établissements de soins.

4.3. L'implication croissante des prestataires dans l'organisation interne des établissements de soins

On distingue habituellement plusieurs niveaux d'externalisation, différenciés par le degré de contrôle que l'organisme principal garde sur le travail réalisé par ses partenaires, ainsi que le degré de responsabilisation de ces derniers²⁰:

- la sous-traitance représente un premier degré d'externalisation, dont l'objectif majeur est de "débarrasser" de tâches spécialisées mais largement répandues, à faible valeur ajoutée mais néanmoins nécessaire;
- le partenariat est un deuxième degré plus avancé d'externalisation qui vise le développement en commun d'un certain objet ;
- l'externalisation « classique » arrive ensuite, dont l'objectif principal est de tirer parti de l'expertise d'un partenaire externe à un coût inférieur à celui en interne;
- au dernier stade, et c'est un fait nouveau, l'organisation virtuelle apparaît lorsque les seules fonctions restant en interne sont celles qui présentent la plus forte valeur ajoutée et la plus grande spécificité.

Ces dernières années ont montré que les établissements de soins, publics et privés, commencent à s'interroger sur les modalités d'une externalisation « classique » et sur ses avantages par rapport à la sous-traitance ou le partenariat. On peut comprendre qu'avec les fortes contraintes budgétaires que connaissent les établissements de soins, ceux-ci sont très naturellement portés à faire supporter une part de plus en plus importante de cette charge à leurs fournisseurs extérieurs.

Mais déléguer n'est pas abandonner et l'établissement de soins reste responsable de la qualité du service apporté au patient, il lui faut donc conserver en interne des compétences capables d'y veiller. Un partenariat s'établit donc entre l'établissement et ses prestataires, dont les modalités sont généralement définies par des contrats de 3 à 5 ans, permettant de faire évoluer l'appel d'offre.

La tendance est de faire intervenir le prestataire de plus en plus tôt dans le projet: les grands établissements se montrent de plus en plus portés à prendre conseil auprès du prestataire pour

²⁰ L.CECILE, K.HABBACHE, M. COUTOUX : « Externalisation des activités, exemple du service biomédical et de stérilisation » ; université de technologie de Compiègne ; 2002.

lui demander d'intervenir au stade de l'avant-projet sommaire, voire même au niveau de l'assistance à la maîtrise d'ouvrage, jusqu'à l'avant-projet détaillé.

4.4. L'accès à des nouveaux services et à de nouvelles technologies

L'externalisation venait jusqu'à présent en substitution à un existant, sans réel apport technologique pour l'hôpital: on basculait d'une prestation interne à une prestation externe, c'est le cas de la première vague d'externalisation de fonctions logistiques²¹.

Les restructurations hospitalières impliquent maintenant de nouvelles demandes et des locaux pour les prestataires. Sur quoi peut porter l'externalisation ? Le périmètre est large. La restructuration des établissements de soins crée des opportunités pour les fournisseurs de services, opportunités dont la plupart restent encore à inventer, les prestataires devant continûment optimiser leurs méthodes de production, chercher et trouver des solutions originales aux attentes du marché.

4.5. Les problèmes posés par l'externalisation

Comme il a été indiqué précédemment, l'opération d'externalisation va du plus simple ou plus compliqué.

L'externalisation n'est pas une opération très simple donc certaines difficultés peuvent apparaître:

- l'établissement, qui fait appel à un prestataire extérieur, doit s'assurer que celui-ci est en règle avec les organismes sociaux (justificatifs de déclarations préalables d'embauche, versements des cotisations sociales, etc.);
- l'établissement qui fait appel à un prestataire extérieur devra également s'assurer de son immatriculation, du registre du commerce, du répertoire des métiers ou du registre des agents commerciaux.

Ainsi, l'externalisation implique quelquefois des conséquences extrêmement graves car elles peuvent entraîner:

- la requalification du contrat de prestation en contrat de travail;

²¹ L.CECILE, K.HABBACHE, M. COUTOUX : « Externalisation des activités, exemple du service biomédical et de stérilisation » ; mémoire de magister université de technologie de Compiègne ; 2002.

- le versement des cotisations sociales au régime général de la sécurité sociale.

En fait, aucune opération d'externalisation ne doit être prise à la légère. Dans tous les cas, compte tenu de ses implications juridiques et des risques qui en découlent, l'opération envisagée doit être impérativement validée sur le plan juridique.

Donc, les principales difficultés rencontrées intéressent la gestion, des objectifs et des opérations du prestataire, l'obtention de compétences adéquates et l'entente sur une norme d'excellence.

Les établissements hospitaliers sont confrontés à une mutation imposée par leur tutelle et leurs usagers. Ainsi, une réflexion sur de nouvelles stratégies au sein même de l'hôpital ou encore entre un ensemble d'hôpitaux est devenue une priorité pour faire face à l'accroissement de la demande et atteindre les objectifs de qualité des soins et de maîtrise des dépenses.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous situons le contexte qui a incité les établissements de santé à repenser leurs processus opérationnels et leurs structures organisationnelles pour s'orienter vers de nouvelles stratégies telle que l'externalisation.

L'externalisation, un des outils pour la réforme des systèmes de santé. Elle doit par conséquent être considérée parmi les principaux outils dont disposent les décideurs pour réformer le système de santé. Pour prendre les bonnes décisions, les décideurs doivent être pleinement informés des outils qui sont à leur disposition.

Pour le contrat comme un outil de régulation, les centres de responsabilité qui constituent les services, bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur de l'hôpital. Ce contrat définit les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

Dans un système de santé, le recours à l'externalisation induit les hôpitaux à se concentrer sur le cœur de leurs métiers (activité principale) ainsi ces stratégies permettant de réduire les coûts d'un côté et l'espoir d'améliorer la qualité des prestations d'un autre côté. Une stratégie prisée de plus en plus par les hôpitaux qui s'impose comme une stratégie qui permet de s'adapter à l'efficacité et l'efficience de leurs activités.

CHAPITRE III :

EXTERNALISATION DES SERVICES NON MEDICAUX EN SEIN DE L'EPSP DE SIDI AICH

CHAPITRE III

EXTERNALISATION DES SERVICES NON MEDICAUX AU SEIN DE L'EPSP DE SIDI AICH

L'externalisation est un mode de gestion qui consiste à confier tout ou une partie d'une fonction ou d'une prestation de service à un acteur spécialisé pour une durée pluriannuelle, avec obligation de résultat. Ce nouveau mode de gestion qui a vu le jour dans l'entreprise privée s'est étendu par la suite à l'administration publique. Ce ci permet de concentrer ses ressources sur les activités les plus stratégiques et gagner de ce fait sur deux niveaux. D'une part, les fonctions externalisées seront assurées par des prestataires spécialisés ce qui permettra d'améliorer la qualité de service et d'avoir une meilleure performance. D'autre part, l'administration gagne en termes de flexibilité et d'efficacité, car les responsables ont plus de temps à consacrer aux missions cœur du métier.

L'établissement public de santé de proximité n'échappe pas à cette tendance ; la recherche de la qualité, la pénurie des ressources humaines et la nécessité de concentrer les efforts sur les prestations de soins étaient des facteurs déterminants pour l'adoption progressive de ce mode gestion. En 2008, EPSP de Sidi Aich externalise la fonction d'hygiène et nettoyage ainsi un nombre de fonctions externalisées et leurs budgets n'a pas cessé d'augmenter; ainsi en 2011 ce budget a atteint 9.300.000,00 DA (alimentation et entretien des infrastructures sanitaire), soit 4.48% du budget du fonctionnement de l'EPSP de Sidi Aich, couvrant une dizaine de fonctions de soutien (alimentation, nettoyage et hygiène, gardiennage, blanchissage, déchets hospitaliers, brancardage, jardinage, accueil & secrétariat ...).

L'EPSP Sidi Aich a procédé à l'externalisation de plusieurs services non médicaux dont la fonction d'hygiène et de nettoyage des locaux, maintenance et la restauration qui fera l'objet de notre étude. Notre choix d'évaluer l'externalisation des services de restauration et de nettoyage au niveau de l'EPSP Sidi Aich trouve son fondement et sa pertinence.

Ce travail de recherche va permettre de mettre la lumière sur l'expérience de l'externalisation de service de restauration et de nettoyage des locaux à l'EPSP Sidi Aich.

Ce chapitre se compose de deux sections. La première section présente le lieu du déroulement de notre étude empirique, à savoir l'EPSP de Sidi Aich. Ensuite nous présenterons l'évaluation de services non médicaux externalisés à L'EPSP Sidi Aich (restauration et nettoyage).

SECTION I : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE DE PROXIMITE DE SIDI AICH

1. Historique de l'organisation

Dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle carte sanitaire et conformément aux dispositions du décret exécutif n°07-140 du 19 Mai 2007, l'EPSP constitue l'unité de base médicalisée, essentielle en matière de soins de proximité elle est rattachée administrativement à un établissement public de santé de proximité, ce jour la porte la création, organisation et fonctionnement de l'EPSP de Sidi Aich (voir l'annexe n°1).

L'établissement public de santé de proximité de Sidi Aich est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité moral et de l'autonomie financière, il est placé sous la tutelle du wali.

EPSP Sidi Aich est constitué d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins, couvrant un bassin de population à la disponibilité de nombre de trente-six (36) lits. Il prend en charge les missions suivantes d'une manière intégrée et hiérarchisée :

- La prévention et les soins de base ;
- Le diagnostic ;
- Les soins de proximité ;
- Les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base ;
- Les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- La mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population.

Il est chargé également de :

- contribuer à la protection et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de santé.

2. Organisation et fonctionnement

Les établissements publics de santé de proximité sont administrés, chacun, par un conseil d'administration et dirigés par un directeur. Ils sont dotés d'un organe consultatif dénommé « conseil médical ».

2.1. Le conseil d'administration

Le directeur de l'établissement public de santé de proximité assiste aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assurent le secrétariat.

Le conseil d'administration délibère notamment sur¹ :

- Le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement ;
- Le projet de budget de l'établissement ;
- Les comptes prévisionnels ;
- Le compte administratif ;
- Les projets d'investissement ;
- Les projets d'organisation interne de l'établissement ;
- Les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments, des équipements médicaux et des équipements connexes ;
- Les conventions prévues aux articles 5 et 9.
- Les contrats relatifs aux prestations de soins conclus avec les partenaires de l'établissement, notamment les organisations de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;
- Le projet de tableau des effectifs ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location ;
- Les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur.

2.2. Le directeur

Le directeur de l'établissement public de santé de proximité est le responsable du bon fonctionnement de l'établissement. Il représente l'établissement devant la justice et dans tous

¹ Journal officiel de la république algérienne n°33.

les actes de la vie civile, prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes de l'établissement. Ainsi, valide tous les contrats, les marchés, les conventions et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur.

Le directeur est assisté de quatre sous-directeurs :

- Sous-directeur des finances et des moyens ;
- Sous- directeur des ressources humaines ;
- Sous-directeur des services de santé ;
- Sous-directeur de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.

2.3.Le conseil médical

Le conseil médical est chargé d'étudier et d'émettre son avis médical et technique sur toute question intéressant l'établissement, notamment sur² :

- L'organisation et les relations fonctionnelles entre les services médicaux ;
- Les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;
- Les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;
- La création ou la suppression de structures médicales.

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

- Les responsables des services médicaux ;
- Un pharmacien responsable de la pharmacie ;
- Un chirurgien-dentiste ;
- Un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux ;
- Un représentant des personnels hospitalo-universitaires, le cas échéant.

² Journal officiel de la république algérienne n°33.

3. Situation géographique de l'EPSP de Sidi Aich

L'établissement public de santé de proximité de Sidi Aich³ est situé au centre ville de SIDI AICH, à proximité de l'ancien hôpital.

4. Présentation de l'organigramme (voir l'organigramme de l'EPSP Sidi Aich)

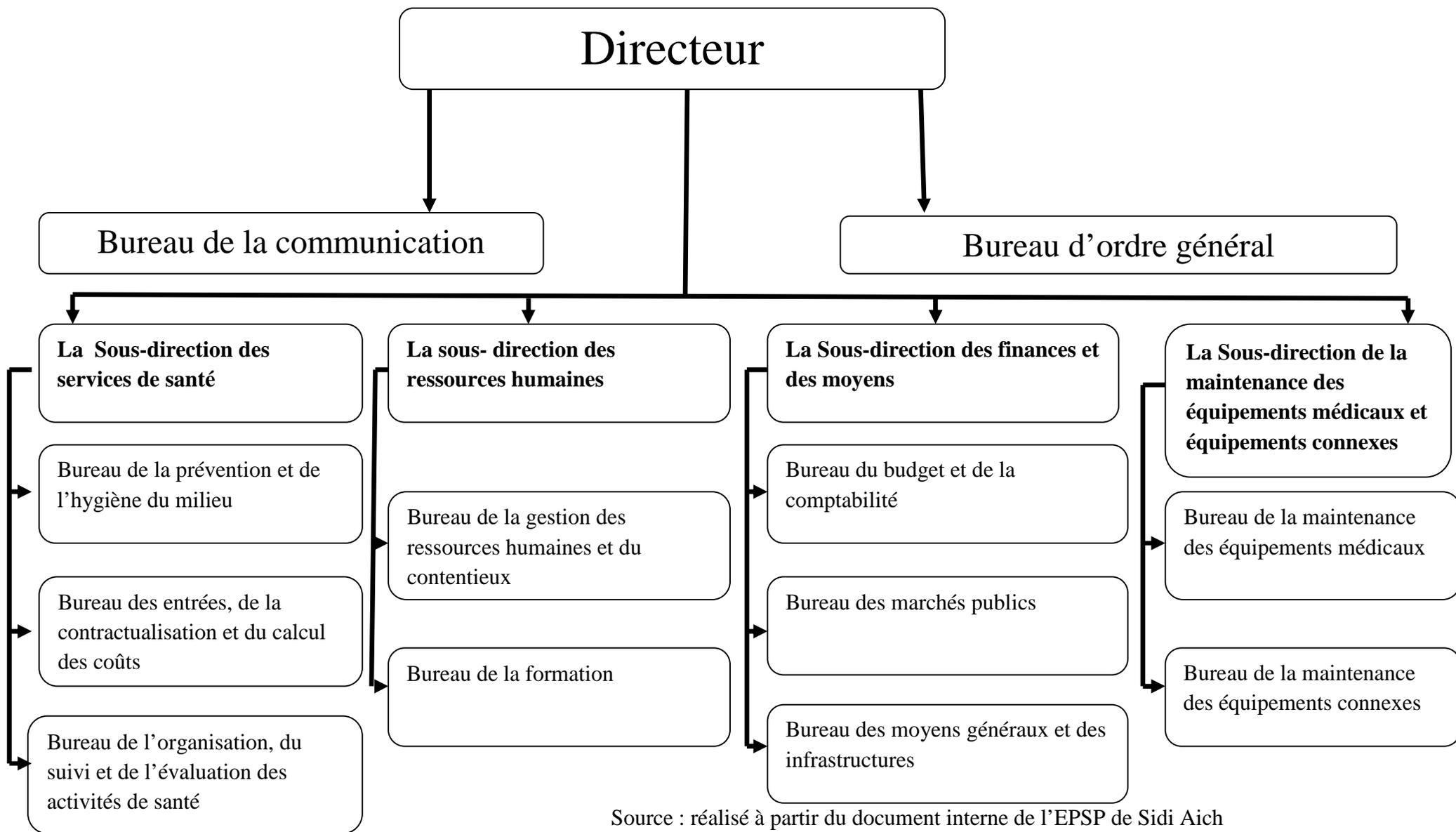
Sous l'autorité du directeur auquel sont rattachés le bureau d'ordre général et le bureau de la communication, l'organisation interne de l'établissement public de santé de proximité de Sidi Aich comprend⁴ :

- Sous-direction des finances et des moyens ;
- Sous- direction des ressources humaines ;
- Sous-direction des services de santé ;
- Sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.

³La ville de Sidi Aich, et située à 43 km au sud de Bejaïa sur les deux rives de la Soummam. Elle est entourée de LAFLAYE et SOUK-OUFELLA au sud, TINABDHER à l'ouest, SIDI AYAD à l'est, TIMEZRIT et FENAIA ILMATEN au nord. Elle se trouve sur la route nationale n° 26 qui relie EL KSEUR, Sidi Aich, AKBOU, TAZMALT et CHORFA.

⁴ Journal officiel de la république algérienne n°33.

Figure n°5 : L'organigramme de l'établissement public de santé de proximité de Sidi Aich



Source : réalisé à partir du document interne de l'EPSP de Sidi Aich

5. Répartition des communes

L'EPSP de Sidi Aich prend en charge une vaste grille d'habitants qui est estimée à quatre-vingt treize mille cinq cent cinq (93505) habitants pour trois daïras, qui englobent neuf communes.

6. Répartition des infrastructures sanitaires par l'EPSP de Sidi Aich

Le secteur sanitaire est une entité de dispense de prestataires de santé qui comprend un hôpital général, des polycliniques, des centres de santé et des salles de soins et de consultation coiffant les délimitations géographiques et administratives d'une daïra. Il est doté d'un budget et d'une unicité comptable.

Tableau n°2 : répartition des infrastructures sanitaires et le nombre d'habitants pour chaque commune

Communes	Polyclinique	Polyclinique, maternité et point urgence	Salles de soins	Nombre d'habitants
Sidi Aich	01	-	03 dont 01 maison du diabétique	13684
Tinebdar	01	-	-	5837
El-flaye	01	-	02	6259
Akfadou	01	-	03	7200
Chemini	-	01	03	15036
Souk Oufella	-	-	03	8973
Tibane	01	-	02	5386
Timezrit	-	01	06	25530
Sidi Ayad	-	-	03	5600
Total EPSP Sidi Aich	05	02	25	93505

Source : document interne de l'EPSP Sidi Aich.

D'après ce tableau, on constate que malgré que le nombre d'habitants est important ou pas (pour le cas de TEMEZRIT et TIBANE), le nombre de polyclinique, qui le prend en charge est le même (une seule polyclinique pour chaque commune).

Donc, nous concluons l'insuffisance des polycliniques pour les communes qui abritent un nombre important d'habitants.

Tableau n°3 : la répartition des lits et les structures sanitaires pour chaque commune

Communes	Structures/lits
Sidi Aich	Policlinique S.S. médical Timzaghra Maison de diabétique (02lits) S /S. Remila
Sidi Ayad	S.S. medical Sidi- Ayad S/S Maala Salle. Soins Igrane Harath
El-Flaye	Policlinique (02lits) S/S Tisserfine S/S Izghad
Tinebdar	Policlinique (02lits)
Akfadou	Policlinique (02lits) S.S médical Imaghdacen Salle soins Ait-Allouane S/S Zioui
Chemini	Policlinique, point urgence et Maternité (12lits) Salle soins Semaoune S.S médical Tidjounane S/S Boumellal
Souk-Oufella	Salle soins Tiliouacadi S.S médical Takrietz S/S Zountar
Tibane	Policlinique (02lits) S.S médical Ait-Chetla S/S Mezgoug
Timezrit	Policlinique, point urgence et Maternité (12lits) Maison du diabétique (02lits) S.S M. El-Had S.S Médical Iderrakene S.S M Avainou S.S Médical Amsiouene Salle soins Ighil-Amar Salle soins T. Mokrane

Source : document interne de l'EPSP Sidi Aich

D'après ce tableau, nous concluons que la répartition des lits pour chaque structure sanitaire

est insuffisante pour une population vaste et très importante (02 lits pour une polyclinique cela veut dire c'est pour les soins ambulatoires⁵).

7. Les ressources humaines au sein de l'EPSP de Sidi Aich

L'EPSP est un établissement doté de personnels médicaux, paramédicaux, assimilés, administratifs et d'équipements permanents qui permettent d'offrir toute une gamme de services relatifs à la santé, pour une meilleure prise en charge des patients.

7.1. Personnels médicaux

Tableau n°4 : l'effectif réel des personnels médicaux

Corps	Effectif réel
Médecins Spécialistes	02
Médecins Généralistes Principaux	12
Médecins Généralistes	22
Chirurgiens Dentistes Principaux	03
Chirurgiens Dentistes	13

Source : document interne de l'EPSP Sidi Aich

Nous remarquons qu'il y a un manque au niveau de l'effectif spécialiste. Par contre, pour d'autre corps cas des généralistes et dentistes, il y a suffisamment d'effectifs par rapport au nombre total de la population.

7.2. Personnels Assimilés

Tableau n°5 : l'effectif réel des personnels assimilés

Corps	Effectif réel
Psychologues cliniciens	03
Psychologues orthophoniste	01

Source : document interne de l'EPSP Sidi Aich.

L'effectif réel des personnels assimilés est insuffisant pour la prise en charge d'une vaste grille d'habitants qu'est estimé à quatre-vingt treize mille cinq cent cinq (93505) habitants pour trois daïras qui englobe neuf communes.

⁵ Se dit d'un malade ou de l'état d'un malade qui peut se déplacer

7.3. Personnels paramédicaux

Tableau n°6 : l'effectif réel des personnels paramédicaux

Corps	Effectif réel
Paramédicaux principaux	04
Paramédicaux Dip. D'état	41
AMAR Réanima principaux	-
AMAR Réanima. Dip. D'état	-
Sages femmes major	02
Sages femmes	16
Para. Méd. Brevetés	25
Aides paraméd. Princ.	03
Aides paramédicaux	30

Source : document interne de l'EPSP Sidi Aich.

Nous remarquons que les personnels paramédicaux est insuffisant pour certain corps, comme les sages femmes major, aides paramédicales principales et paramédicales principales.

7.4. Personnels administratifs

Tableau n°7: l'effectif réel des personnels administratifs

Corps	Effectif réel
Administratifs	19
Corps tech et ouvriers	51
Autres précisé : contractuels	26

Source : document interne de l'EPSP Sidi Aich.

L'effectif réel des ressources humaines au sein de l'établissement public de santé et de proximité est estimé à partir des tableaux présenté au-dessus, a un total général de deux cent soixante –treize (273 personnes qui travail au sein de l'EPSP de Sidi Aich)

SECTION II : L'ÉVALUATION DE SERVICES NON MÉDICAUX EXTERNALISÉS À L'EPSP SIDI AICH (RESTAURATION ET NETTOYAGE)

1. Les démarches

La démarche suivie est composée de deux étapes ; la première sert à évaluer le coût de la prise en charge du service. Dans cette partie on essaye de comparer les coûts du fonctionnement des services en s'appuyant sur les modalités de leur gestion (gestion centralisée ou interne d'un côté et une gestion déléguée d'un autre côté)

Pour pouvoir évaluer la qualité de la prestation, on a procédé par questionnaire pour avoir l'avis des usagers du service restauration.

La méthodologie adoptée est une évaluation normative, utilisant l'approche systémique qui consiste à porter un jugement sur une intervention en comparant les ressources mises en œuvre (structure), et leur organisation (processus), les services ou les biens produits et les résultats obtenus par rapport à des normes:

- La structure est représentée par les ressources utilisées (humaines, matérielles et financières) et leur organisation (le programme, la réglementation, le contrat, la coordination entre le prestataire et l'organe responsable, l'implication des responsables hospitaliers, le suivi et l'évaluation...), ainsi que les caractéristiques des locaux;
- Le processus ici concerne les activités techniques, ainsi que le style de gestion et de contrôle de cette opération ;
- Les résultats concernent la qualité, ses conséquences économiques et la satisfaction des patients et des professionnels de santé.

1.1.Stratégie et plan de la recherche

Il s'agit d'une étude de cas avec niveaux d'analyse imbriqués. Le recours à plusieurs niveaux d'analyse nous permet de concevoir une étude qui répond mieux aux questions de recherches posées précédemment aux niveaux de la problématique.

1.2.Population d'étude d'une structure de soins publics

L'EPSP de Sidi Aich est constituée d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population.

1.3. Définition des variables

1.3.1. La variable dépendante

La variable dépendante est représentée par l'activité externalisée qui est le nettoyage et la restauration. Le nettoyage vise à assurer le confort d'une part et l'hygiène (propreté) de l'autre et la restauration vise à assurer les repas de tous les jours et satisfaire le malade et le personnel de garde.

1.3.2. Les variables indépendantes

Sont représentées par les ressources, les caractéristiques des locaux et l'organisation.

1.3.3. Méthodes de collecte des données (méthodes de vérification)

Le recueil de données a été fait par plusieurs méthodes : le questionnaire (voir l'annexe n°2), les entretiens, la consultation des documents, l'observation directe et un stage pratique en sein de l'EPSP de Sidi Aich.

1.3.4. Analyse des données

Pour l'analyse des données qualitatives, on a procédé en adoptant la méthode d'appariement (Excel) qui permet de confronter les différentes données recueillies entre elles et avec les variables du modèle théorique, cela est dans le but de vérifier nos hypothèses de recherches posées précédemment aux niveaux de la problématique.

2. Résultats

Notre évaluation de l'externalisation de la restauration et de nettoyage des locaux de l'EPSP Sidi Aich, a suit le schéma du modèle théorique adopté nous avons commencé par l'analyse et l'évaluation des inputs, puis celle du processus et en fin l'évaluation des résultats en comparaison à ceux de l'EPSP en mode autogéré.

2.1. Présentation des inputs

Les inputs représentent Les ressources humaines, matériel et les ressources financières.

2.1.1. Les ressources

2.1.1.1. Ressources humaines

Afin d'analyser les ressources humaines impliquées dans le processus de nettoyage et de restauration au niveau de l'EPSP Sidi Aich nous avons consulté le contrat qui identifie ses

différentes catégories : les agents d'exécution, et les agents d'encadrement, de contrôle et de suivi par la suite nous avons procédé à des entretiens avec ses catégories en ciblant les deux aspects de la qualité de nettoyage et de restauration adoptés dans le modèle théorique.

2.1.1.2. Les agents d'étude

Le contrat précise le nombre des agents et de leur répartition au niveau de l'EPSP Sidi Aich. Nous avons effectué un entretien avec ces derniers, qui sont au nombre de deux fournisseurs pour la restauration (TIMEZRIT et CHEMINI). Concernant le service de nettoyage, un nombre d'agents pour chaque polyclinique.

2.1.2. Matériel

Le contrat a défini une liste précise du matériel exigé. Le matériel utilisé par les agents.

2.1.3. Les ressources financières

Le budget alloué pour les dépenses de l'alimentation et d'entretien en 2011, était de **9.300.000,00 DA** soit de **4.48%** de la totalité du budget de fonctionnement de l'EPSP Sidi Aich, qui s'inscrit dans la rubrique des frais d'alimentation et d'entretien des infrastructures sanitaire.

2.1.4. L'organisation de service externalisé

L'organisation des activités de nettoyage et de restauration dépend des facteurs suivants :

2.1.4.1. Le contrat de l'externalisation (voir l'annexe n°3)

Le marché d'externalisation du nettoyage des locaux et de restauration de l'EPSP Sidi Aich est passé par appel d'offre ouvert conformément au décret qui fixe les conditions et les formes de passation des marchés de l'état, c'est un marché cadre sur une durée déterminée à partir d'une année précise. Son objet est d'assurer le nettoyage et la restauration de qualité pour l'EPSP Sidi Aich.

L'atteinte des objectifs des contrats qui sont la restauration correcte et la propreté de l'EPSP Sidi Aich, dépend de trois facteurs déterminants : Une définition claire et précise des prestations, un choix judicieux du contractant, un contrôle et un suivi rigoureux de l'exécution des travaux.

a. Choix du contractant

Les responsables de l'EPSP Sidi Aich après avoir effectués des entretiens avec les prestataires et la consultation de leurs curriculum vitae (CV), pour décider sur le choix du prestataire, qui est une société intervenant dans domaines d'activité très variés, qui se base en premier lieu sur l'offre financière puis le référentiel de la société prestataire (voir l'annexe n°4).

b. Détermination des prestations

Les articles des clauses techniques et administratifs du contrat sont consacrés à la définition des prestations de restauration et de nettoyage.

c. Contrôle de l'exécution et de la qualité des prestations

En ce qui concerne le contrôle, le contrat a différencié dans les articles entre deux types de contrôle :

- le contrôle d'exécution et la réception mensuelle des prestations attribués avec l'agent de maîtrise qui vérifient le respect du planning quotidien et sa conformité aux dispositions de contrat et procèdent à la réception mensuelle des prestations et dressent un PV de réception ;
- le contrôle de la qualité, attribué au comité de contrôle constitué des personnes qui procèdent à des contrôles imprévus en présence du représentant de la société, donnera lieu à des observations qui seront inscrites sur un registre de contrôle. Mais l'absence de l'agent de maîtrise impose à l'EPSP Sidi Aich le report et l'envoi d'une lettre recommandée avec accusée de réception pour effectuer un nouveau contrôle.

Hors le contrat n'a pas précisé la fréquence des contrôles, les paramètres à contrôler, les outils de contrôle et les paramètres de choix des zones et services lieu de contrôle.

2.1.4.2.La réglementation

La réglementation qui régie l'externalisation de la fonction de nettoyage et de restauration peut être répartie en deux catégories :

- générale : représentée par les différents textes qui régissent les marchés publics, notamment fixant les conditions et les formes de passation des marches de l'Etat ainsi que certaines règles relatives à leur gestion et à leur contrôle.
- spécifique : représentée par le règlement intérieur d'EPSP de Sidi Aich.

2.1.4.3.L'organe de contrôle

Le contrat a consacré l'article au contrôle, il a différencié entre le contrôle d'exécution et le contrôle de qualité, il a instauré un comité de contrôle chargé du contrôle de la qualité, quant au contrôle de l'exécution s'effectué au personnels interne de l'établissement.

2.2.Fréquence de jours des services de nettoyage et de restauration

Nous avons constaté que le nettoyage à la fréquence 7 j/7, à l'exception de la salle d'accouchement (a la nécessité) et les bureaux administratif 5j/7. Ainsi pour la restauration à la même fréquence 7j/7 en raison de 02 repas par jour.

2.3.Evaluation des résultats

Pour évaluer les résultats nous avons procédé à l'évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients hospitalisés, ainsi les conséquences économiques de l'externalisation des services non médicaux à travers la comparaison du coût de nettoyage et de restauration externalisé et celui autogéré.

2.3.1. Evaluation de services de restauration et de nettoyage

2.3.1.1.Dispositions financières

Le financement des hôpitaux public est assuré par le budget de l'Etat pour un service de santé général gratuit. Le risque assurance maladie obligatoire est financé par des cotisations de sécurité sociale. La protection des personnes des non assurées et démunies dépend de l'assistance de l'Etat.

Ce constat nous amène à dire que le budget des établissements publics de santé de proximité comporte deux partie les recettes et les dépenses.

a. Les recettes (voire le tableau n°10)

L'établissement public de santé de proximité comporte des recettes qui comprennent :

- Les subventions de l'état ;
- Les subventions des collectivités locales ;
- Les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de la sécurité sociale au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;
- Les dotations exceptionnelles ;

- Les dons et legs ;
- Les recettes diverses ;
- Toutes autres ressources liées à l'activité de l'établissement ;
- Les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

Tableau n°8: Récapitulation générale des recettes à l'EPSP Sidi Aich (2011)

Titres	Libellés	Montant (DA)	Pourcentage (%)
I.	Participation de l'état	176.395.000,00	85.05%
II.	Participation des Organismes de sécurité	30.000.000,00	14.46%
III.	Remboursement CNAS au titre des prestataires régis par convention	/	/
IV.	Autre ressources	1.000.000,00	0.49%
/	Total des recettes	207.395.000,00	100%

Source : document interne de l'EPSP Sidi Aich ; budget primitif exercice 2011.

Le budget global qu'est consacré au fonctionnement de l'EPSP est assuré par un taux de 85.05% financé par l'Etat et 14.46% de budget par des organismes de sécurité, le reste 0.49% financé par autre ressource (les entreprises,...). Cela veut dire que l'état prend la part la plus importante.

b. Les dépenses (voire le tableau n°11)

Les dépenses comprennent :

- Les dépenses de fonctionnement ;
- Les dépenses d'équipement ;
- Toutes autres dépenses nécessaires à la réalisation de son objet.

Tableau n°9: Récapitulation générale des dépenses à l'EPSP Sidi Aich (2011)

Titres	Libellés	Montant (DA)	Pourcentage (%)
I.	Dépenses du personnel	150.000.000,00	72.32%
II.	Dépenses de formation	495.000,00	0.24%
III.	Alimentation	2.300.000,00	1.11%
IV.	Médicaments et autres produits à usage médical	11.000.000,00	5.3%
V.	Dépenses d'action spécifique de prévention	10.000.000,00	4.82%
VI.	Dépenses matériel et outillages médicaux	8.000.000,00	3.86%
VII.	Entretien des infrastructures sanitaires	7.000.000,00	3.37%
VIII.	Autre dépenses de fonctionnement	16.000.000,00	7.72%
IX.	Œuvres sociales	2.600.000,00	1.26%
X.	Dépenses de recherche médicales	/	/
/	Total général des dépenses	207.395.000,00	100%

Source : document interne de l'EPSP Sidi Aich ; budget primitif exercice 2011.

D'après le tableau, la majorité du budget global est dépensé au titre des dépenses du personnel (les salaires). Alors que les dépenses de formation est insignifiante avec un taux de 0.24% malgré c'est un point important pour un système de santé efficace et efficiente.

2.3.1.2. Les activités principales de l'EPSP de Sidi Aich

Essentielle en matière de soins de proximité. L'EPSP de Sidi Aich est rattachée administrativement à un établissement public, qui peut être aussi le siège technico-administratif⁶.

La polyclinique, en tant que structure sanitaire extrahospitalière, doit abriter et organiser :

- Les activités de médecine générale ;
- Les activités de soins dentaires (Stomatologie) ;
- Les consultations de spécialités de base : chirurgie générale, médecine interne, obstétrique et pédiatrique ;
- Les activités de soins paramédicaux (injections, pansements,...) ;
- Les activités d'urgences médico-chirurgicales : les gardes 24h/24, lits d'observation et une ambulance ;
- Les activités de prévention : application et suivi des programmes nationaux et locaux de santé publique, application et suivi de l'activité de prévention maternelle et infantile, application et suivi de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, et surveillance et contrôle de l'hygiène du milieu ;
- Les activités d'aide au diagnostic : laboratoire d'analyses médicales pour les examens (hématologie, sérologie, biochimie et bactériologie).
- Activités de maternité ;
- Radiologie ;
- Psychologie.

Sous l'autorité du directeur auquel sont rattachés le bureau d'ordre général et de la communication, l'organisation interne de l'EPSP de Sidi Aich comprend des sous directions incluant l'ensemble des bureaux (voir dans la première section, partie pratique).

Parmi ses différentes activités exécutées au niveau de chaque service (médical, paramédical et administratif), l'EPSP de Sidi Aich dispose des services secondaires comme les services d'entretien (restauration, nettoyage, jardinage,...etc.)

⁶ Exerce une responsabilité d'encadrement technique et administratif dans des structures ou services développant des activités sociales, médico-sociales, éducatives, culturelles ou ludiques... et appartenant à la fonction publique, à des établissements à statut chargés de service public ou à des associations.

Dans notre étude de recherche de cas, notre objectif principal est d'évaluer les services non médicaux externalisés, comme l'EPSP de Sidi Aich a externalisé un ensemble de ses services on a basé pour avoir ces informations surement sur ces deux services secondaires le nettoyage et la restauration pour avoir des réponses claire a nos hypothèses.

3. Les services externalisés étudiés

Les nombreux services que l'EPSP assure contribuent au bien être de ses patients et de son personnel professionnels et administratifs. Pour cela, on a choisit d'étudier les deux services qui représentent un point important pour l'établissement (le nettoyage et la restauration).

3.1.Le nettoyage

Le nettoyage est un service que les hôpitaux et les établissements doivent prendre en considération. D'après une étude à l'établissement public de santé et de proximité à Sidi Aich, on a constaté que pendant trois ans, l'établissement a externalisé le service de nettoyage à un prestataire privé. Suite à la consultation des documents, on a conclu que le trésorier de l'établissement public de santé et de proximité de Sidi Aich paie à la partie prenante (IFRI MAGIC) la somme de : six cent vingt-sept mille dinars (**627.000,00 DA**) pour un prix unitaire de **33000,00DA** pour l'année 2010 (voir l'annexe n°5).

Après avoir effectué un entretien avec le personnel de l'EPSP de Sidi Aich, on a constaté que pour les simples travaux effectués avec des moyens et matériels traditionnels (eau, détergent et autre), l'établissement constate que le coût est très important et la stérilisation est faible malgré le bon travail effectué par le prestataire.

A partir de là, les conseils d'administration de l'établissement ont pris une décision d'investir sur le sujet (le nettoyage) pour un investissement durable et efficace. Dans ce sens, ils ont acheté un appareil Bio nettoyage « SANIVAP » pour chaque polyclinique qui fonctionne avec l'eau et un produit spécial pour la stérilisation ; cette machine nettoie par la vapeur. Suite à cette décision, l'EPSP de Sidi Aich met fin au contrat avec le prestataire en 2010 et il a engagé des personnes pour assurer leur fonctionnement juste pour internaliser ce service.

3.1.1. L'évaluation des coûts

3.1.1.1.L'externalisation de service de nettoyage

Comme on a dit avant, l'établissement public de santé et de proximité de Sidi Aich a externalisé le service de nettoyage à l'entreprise d'entretien et de nettoyage « IFRI MAGIC »

pour une durée de trois ans. Comme on n'a pas toutes les factures qui ont été déjà faites au cours de ce contrat, on a analysé juste (13) factures pour l'année 2010 et on a constaté que le prix unitaire de **33000,00DA** par mois concernant la polyclinique de TIMEZRET, CHEMINI, EL FLAYE et TIBANE.

Pour avoir le coût de nettoyage par année pour une seule polyclinique, on a :

$$33000,00 * 12 = \mathbf{396.000,00 DA / (12 mois)}$$

Le montant global de nettoyage externalisé par année pour une seule polyclinique est estimé à **396.000,00DA.**

3.1.1.2.L'autogestion du service de nettoyage

On a mentionné déjà que l'EPSP de Sidi Aich a investi sur l'achat des machines qui servent à nettoyer et à désinfecter les surfaces, les meubles, etc. Le coût d'achat de cette machine est de **630.000,00 DA.**

Comme l'EPSP de Sidi Aich a pris en charge sept polycliniques, il a acheté une machine pour chaque polyclinique. Pour savoir le coût global on doit calculer le coût d'achat de toutes ces machines :

$$630.000,00 * 7 = \mathbf{4.410.000,00 DA}$$

Le fonctionnement de cet appareil se fait à l'aide d'un produit et d'une eau distillée (sans calcaire), Le prix du ce produit est de **1 381,00 DA** pour une bouteille de 5 litres (voir l'annexe n°6 et 7).

La consommation par année de ce produit est de **10** Litre (02 bouteilles de 5 litre)

Pour calculer le coût que l'EPSP de Sidi Aich consacre pour le nettoyage par année, on doit aussi connaître le statut du salaire des personnes qui travaillent sur cette machine.

Suite à l'entretien réalisé avec le personnel qui travaille au service de solde, on a constaté que les personnes qui travaillent sur la machine sont des ouvriers professionnels, le salaire moyen brut de ces ouvriers est de **20.033,38 DA.**

Pour avoir le montant global pour ce service géré par l'EPSP de Sidi Aich, nous effectuons les calculs suivants :

Le salaire annuel pour un ouvrier est de : $20.033,38 * 12 = 240.400,56 \text{ DA}$

Le prix de produit consommé par année : $1\ 381,00 * 2 = 2\ 762,00 \text{ DA}$

Donc :

$240.400,56 + 2.762,00 + 630.000,00 = 873.162,56 \text{ DA}$

Le coût annuel de service autogéré par l'EPSP de Sidi Aich pour une polyclinique est de **873.162,56 DA**.

Pour connaître la différence entre les différents coûts pour la période de l'externalisation et l'internalisation, on trace le tableau suivant :

Tableau n°10 : l'évaluation de coûts pour le service de nettoyage

Désignation	Coût (DA)	Taux (%)
Le budget d'alimentation et d'entretien d'infrastructures Sanitaire	9.300.000,00	100%
Le coût de nettoyage a l'externalisation	396.000,00	4.26
Le coût de nettoyage a l'internalisation	873.162,56	9.39
La différence entre ces deux coûts	477.162,56	5.13 %

Source : établie par nous même sur la base des données.

D'après le tableau, nous ne constatons que le taux de service de nettoyage externalisé estimé à 4.26% par rapport au budget consacré à l'alimentation et l'entretien des infrastructures sanitaires et 9,39% pour l'autogestion de ce service.

La comparaison du coût de nettoyage entre les deux modes nous mène à conclure que le nettoyage autogéré est deux fois plus cher que le nettoyage externalisé.

Dans cette notion, malgré que la différence est très importante entre les deux coûts (5,13%) à cause de l'achat des machines, l'EPSP de Sidi Aich a décidé d'internaliser ce service pour avoir la qualité et la stérilisation au même temps.

3.1.2. L'évaluation de la qualité

Pour évaluer la qualité de service de nettoyage externalisé, on a interrogé le personnel de l'administration de l'EPSP de Sidi Aich, et on a constaté que la propreté et la qualité de service de nettoyage est parfaite a niveau de l'exécution. Mais le manque de stérilisation surtout pour les salles de soins et les meubles et autres, met un point de réclamation et de besoin pour l'établissement. Pour cela, les conseils d'administration ont décidé d'internaliser ce service.

Le jour où l'établissement a pris en charge le nettoyage avec l'utilisation des machines (SANIVAP), la qualité et la stérilisation des surfaces est assurée parfaitement avec la satisfaction des patients et des professionnels.

3.2.La restauration

Avant la création de l'établissement public de santé et de proximité en 2007, la restauration des polycliniques de Sidi Aich n'existait pas. Ce sont les personnes concernées qui s'en chargeaient (c'est-à-dire la nourriture donnée aux patients hospitalisés à la polyclinique est à la charge de leurs familles).

Mais en 2007, à la création de l'EPSP de Sidi Aich, ce service a été considéré très important. Comme il y a un manque et la nécessité de local et de matérielles, les conseils de l'EPSP de Sidi Aich a décidé d'externaliser ce service de restauration au prestataire privé pour minimiser le coût consacré à ce service et bien sûr le but principal est de minimiser les coûts pour le destiner aux soins.

Après une consultation de documents, on a remarqué que l'établissement a engagé ce service externalisé que pour les polycliniques qui ont une maternité et un point d'urgence, et cela c'est le cas de la polyclinique de CHEMINI et TEMIZRET.

Conformément aux contrats entre l'établissement et le service de restauration, on a remarqué que pour chaque polyclinique son montant, après une estimation aux conditions du cahier des prestataires spéciales. Le service contractant se libère de sommes dues, par lui en faisant donner crédit au compte bancaire ou postal.

Pour avoir une idée sur l'externalisation de service de restauration, on a pris l'exemple du contrat « exercice 2012 » pour l'étudier. Au cours de cette année, l'établissement a engagé un contrat avec Ets : **FAST DE L'OPERATION** : la restauration du personnel de garde ainsi

que les malades admis à la polyclinique, pour TEMIZRET et CHEMINI avec le prix unitaire des repas diffère d'un prestataire à l'autre. Toujours dans les contrats, le restaurateur de CHEMINI a estimé le prix d'un repas à **270,00 DA** par contre celui de TEMIZRET à **300,00DA** au repas et le montant final diffère du nombre de repas distribués par mois.

Suite à la conversation avec les mêmes personnes de l'établissement, on a constaté que le prestataire de restauration ne s'occupe que de la préparation et de la livraison des repas. Le reste est à la charge des personnes de la polyclinique (le service et le réchauffement). Malgré ça, l'établissement a consacré pour le dépôt de ses plats une salle avec des tables, Chaises, télévision et même une micro-onde pour le réchauffement des repas.

Pour finir, malgré que le service de restauration ne soit pas déjà exécuté à l'interne de l'établissement, nous pouvons faire des calculs simples pour savoir combien l'EPSP de Sidi Aich a dépensé pour une année de service pour chaque polyclinique :

TEMIZRET : 2.346.600,00 DA/ P-U de 300,00DA (juin et septembre).

CHEMINI : 930.150,00 DA/ P-U de 270,00DA (Aout) (voir l'annexe n°8).

Malgré que les coûts payés soient importants, le prix unitaire pour un seul repas (270,00 et 300,00DA) est raisonnable. Donc, le coût d'externalisation de restauration est sensé, mais quand l'établissement l'internalise, il aura plus de frais (locaux, matériels, personnel professionnel...etc.).

3.2.1. L'évaluation de la qualité

3.2.1.1. Description de l'enquête

A la nécessité d'une vérification sur le terrain par le recours à une enquête par questionnaire sur l'évaluation de service de restauration externalisé, on a interrogé un ensemble de personnes pour avoir la qualité de service externalisé et le degré de satisfaction.

Partant de la, nous nous interrogerons à travers cette contribution sur l'évaluation de la qualité de service de restauration des secteurs sanitaires, en essayant d'examiner si les interrogés sont vraiment satisfait par le service.

3.2.1.2. déroulement de l'enquête

a. Echantillonnage

Notre échantillon est composée de :

Les patients : L'échantillon est déterminé par la technique d'échantillonnage accidentel, C'est-à-dire qu'on va questionner chaque jour consacré à la collecte de données, les malades qui ont séjourné à l'hôpital pendant une période donnée. Avec la collecte des données on a estimé que le nombre de patients interrogé est de 07 femmes.

Les professionnels de santé : L'enquête de satisfaction a porté sur l'ensemble du personnel de garde, qui est composé de 34 personnes ayant différents statuts professionnel (médecin, Paramé-médicale, chauffeurs,...etc.).

b. Le questionnaire

Cette enquête par questionnaire a eu pour objectif d'évaluer la qualité de service de restauration externalisé.

Pour évaluer les résultats, nous avons procédé à l'évaluation de la satisfaction des professionnels de garde et des patients hospitalisés. Nous avons distribué 70 exemplaires de questionnaires au niveau des polycliniques de Sidi Aich. Nous avons reçu les réponses de 41 questionnaires, soit un taux de réponse de 58.57%.

c. Déroulement de l'enquête par questionnaire

Avant d'opter pour l'enquête par questionnaire au niveau de la policlinique de TIMEZRET et de CHEMINI, on a fait un stage pratique au sein de l'EPSP de Sidi Aich. Notre première investigation porte sur le recueil de données. Nous avons ensuite décidé, de procéder à l'enquête d'évaluation de qualité par questionnaire sur un échantillon. Les étapes de déroulement ainsi que le calendrier sont décrits comme suit:

- 01/05/2013 : élaboration et préparation du questionnaire ;
- 10/05/2013 : réalisation de l'enquête ;
- 25/05/2013 : tri et traitement des données des 41 questionnaires correctement et complètement remplis avec l'Excel.

d. Traitement des données

Suite à l'analyse des réponses des questionnaires distribués à la polyclinique de TIMEZRET et de CHEMINI sur l'évaluation de qualité du service de restauration, nous avons extraits les critères principaux suivants :

3.2.1.2.1. Données personnelles

A l'analyse des ressources humaines impliquées dans le processus de restauration au niveau des polycliniques de Sidi Aich, et suite aux entretiens effectués avec le personnel de garde et patients (maternité, hospitalisé de 1 à 2 jours) qui sont en nombre 41 personnes, nous avons établi que plus de la moitié sont de sexe féminin 51.22% et seulement 48.78% ont de sexe masculin. (Voir le tableau n°11)

Tableau n° 11 : La répartition des personnels interrogés par sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Femme	21	51.22
Homme	20	48.78
Total	41	100 %

Source : établie par nous-mêmes à base des données recueillies.

L'enquête de satisfaction a porté sur l'ensemble des profils: médecins, infirmiers et administrateurs..., exerçant au niveau des polycliniques et des patients hospitalisés, nos questions sur l'évaluation adressées au personnel concerné par la restauration.

3.2.1.2.2. Qualité de service de restauration externalisé

a. L'hygiène

A l'analyse du processus de l'hygiène de service de restauration, nous avons remarqué d'après les jugements des personnes concernées que le service de restauration est peu propre (et même catastrophique en reprenant le langage de certaines personnes), à cause des repas servis dans les boites en plastique qui ne sont pas neufs et non propres et même les conditions de transport ne sont pas adéquates. Pour illustrer les jugements précédents, nous avons tracé le tableau suivant. (Voir le tableau n°12)

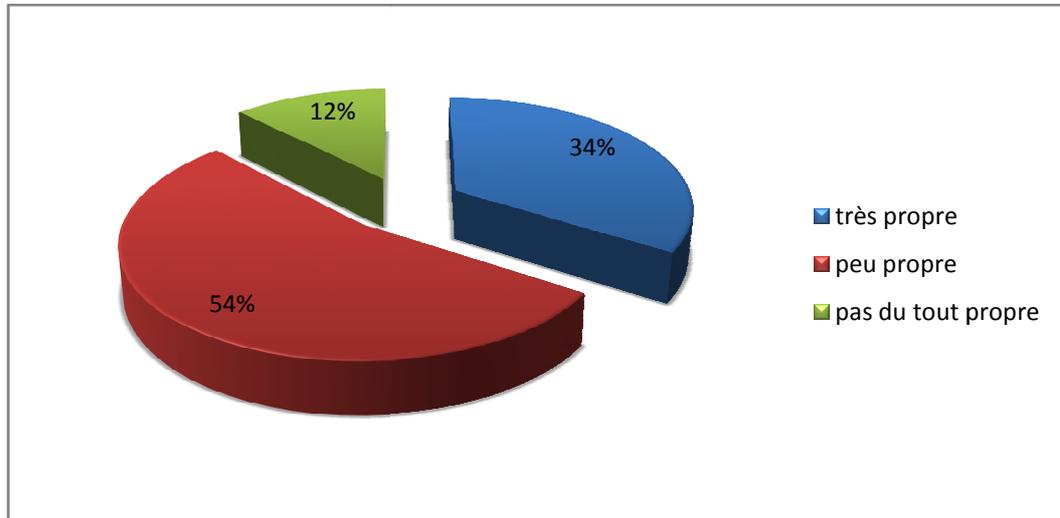
Tableau n°12 : les jugements de l'hygiène de service de restauration

Jugements	Fréquence	Pourcentage
Très propre	14	34.14
Peu propre	22	53.66
Pas du tout propre	5	12.2

Source : établie par nous-mêmes à base des données recueillies.

D'après le tableau n°14, 53,66% des personnes interrogées estiment que l'hygiène de service de restauration est peu propre ; par contre, le reste, 34,14% est très propre et 12.2% pas du tout propre. Pour voir les résultats clairement, on trace la figure suivante :

Figure n°6 : les jugements de l'hygiène de service de restauration



Source : établie par nous-mêmes à partir des données du tableau n°12.

Nous concluons d'après la figure que la majorité des enquêtées déclare que l'hygiène de service de restauration est un peu propre, donc le service de restauration externalisé auprès de prestataire privée est propre et acceptable.

b. L'Equilibre

Chaque jour, le restaurateur doit servir deux repas pour chaque polyclinique concernée. Pour cela, les repas doivent avoir un critère d'équilibre et de la diversification, mais ce n'est pas le cas d'après l'analyse des données recueillies. (Voir le tableau n°13 et 14)

Tableau n°13 : catégorie des repas servis par le service de restauration

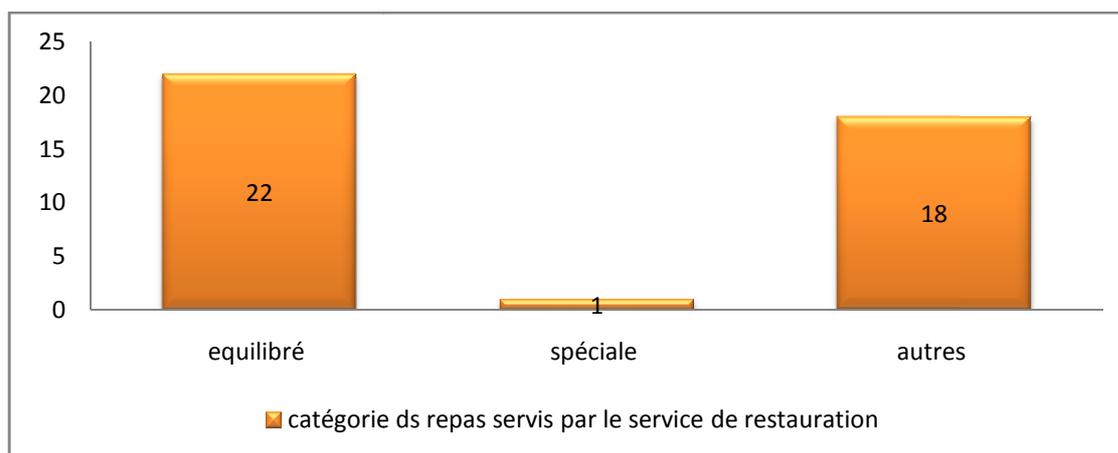
Catégorie	Fréquence	Pourcentage
Equilibré	22	53.65
Spéciale	1	2.43
Autres	18	43.92

Source : établie par nous-mêmes à base des données recueillies.

Le tableau n°15 montre que les repas servis sont équilibrés pour plus que la moitié des personnes concernées, 43,92% ont l'avis différent, qui ni équilibré, ni spéciale. Le reste de l'échantillon qui représente 2.43% trouve les repas spéciaux⁷.

La figure ci-dessous représente la répartition des repas par catégorie.

Figure n°7 : les catégories des repas servis par le service de restauration



Source : établie par nous-mêmes à partir des données du tableau n°13.

Les interrogés jugent que les repas servis sont équilibrés et autres déclarent que ces repas sont des repas aléatoires. Seule une personne estime que les repas de restauration sont spéciaux.

Tableau n°14 : la diversification des repas servis

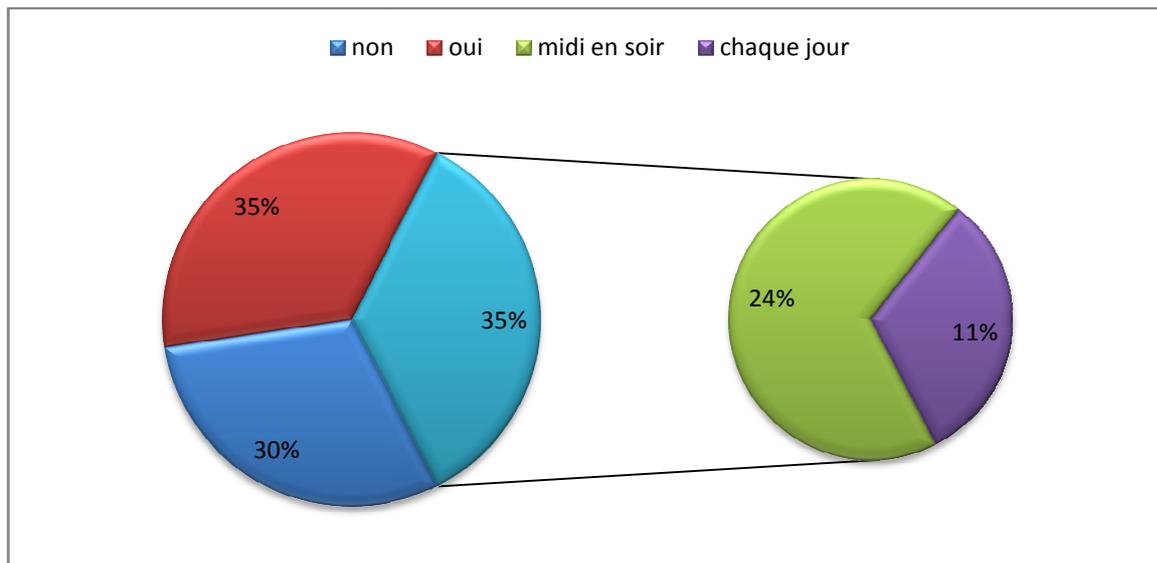
Diversification	Fréquence	Midi au soir	Chaque jour
Oui	22	15	7
Non	19		

Source : établie par nous-mêmes à base des données recueillies.

22 des 41 enquêtés qui ont répondu à cette question estiment que la diversification des repas servis est renouvelable de midi au soir pour les 15 personnes et le reste chaque jour.

Les 19 enquêtés restants ont rapporté que les repas servis ne sont pas diversifiés.

⁷ Des repas qui seront servis en adéquation aux types de pathologies des patients

Figure n°8 : la diversification des repas servis

Source : établie par nous-mêmes à partir des données du tableau n°14.

A la période de la distribution des questionnaires, on a effectué un entretien avec les personnes concernées à propos de la diversification, ils ont dit que : «le menu programmé signé par l'EPSP de Sidi Aich n'est pas respecté (Voir l'annexe n°9), les desserts sont toujours les mêmes (yaourt de 10 DA) et les plats sont les même (les pates, les pommes de terre, avec la viande congelé,...).

c. Ponctualité

Pour évaluer le service de restauration lors des repas servis, on a consacré une interrogation qui englobe la totalité des critères qui nous permet d'avoir une idée générale sur la qualité du service de restauration externalisée.

Comme la satisfaction est l'objectif principal de service de restauration, on a procédé à l'étude de ces deux points principaux : la qualité et la quantité. Au delà les statistiques révélant que la qualité ne répond pas aux exigences, la quantité est satisfaisante.

Tableau n°15 : rapport entre la satisfaction à la qualité et la satisfaction à la quantité pour les repas

Satisfaction à la qualité \ Satisfaction à la quantité	Oui		Non		Total	
	Fréquence	Taux (%)	Fréquence	Taux (%)	Fréquence	Taux (%)
Oui	16	39,02	08	19,52	24	58,54
Non	01	2,44	16	39,02	17	41,46
Total	17	41,46	24	58,54	41	100%

Source : établie par nous-mêmes à base des données recueillies.

D'après le tableau, 39,02% des interrogés jugent qu'il ya une satisfaction entre la qualité et la quantité, contre un taux de 19,52% qui juge que l'évaluation des repas n'est pas satisfaisante de leur qualité mais les exigences de leur quantité est adéquate.

D'un autre coté, 39,02% des interrogés ne sont satisfaits ni par la qualité ni par la quantité, alors que 2,44% qui sont satisfaits de la qualité, ne sont pas satisfaits de la quantité.

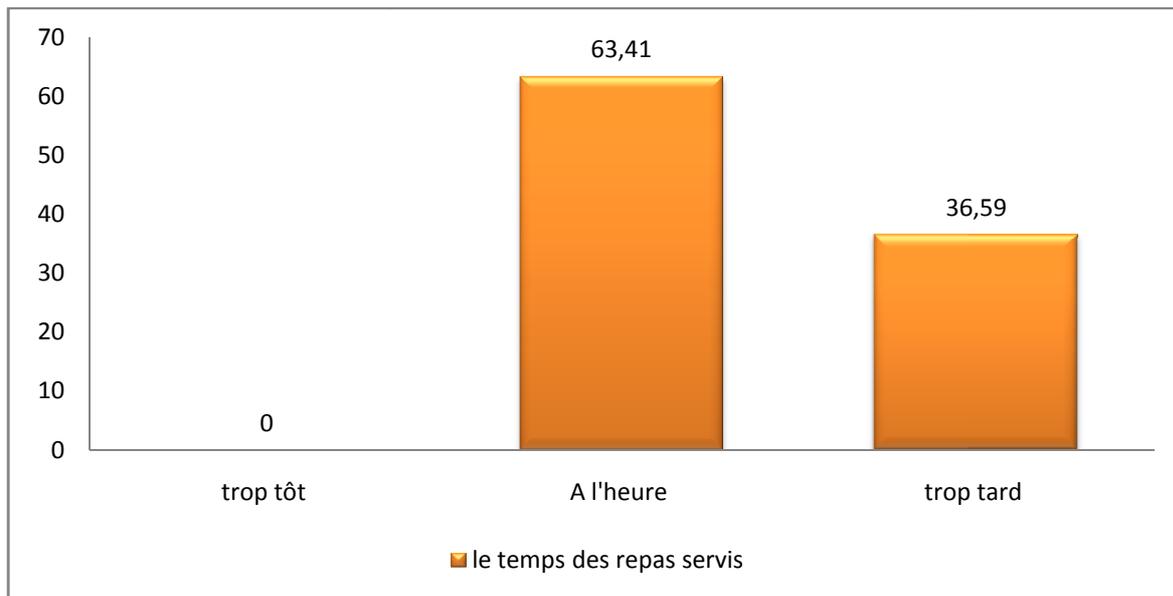
Alors, nous pouvons déduire que les repas servis par les prestataires atteignent les objectifs de satisfaction.

Tableau n°16 : la répartition du temps des repas servis

Désignation	Fréquence	Taux (%)
Trop tôt	00	00
A l'heure	26	63,41
Trop tard	15	36,59

Source : établie par nous-mêmes à base des données recueillies.

D'après le tableau, 63,41% des personnes qui estiment que les repas servis au sein des polycliniques sont distribués à l'heure de diner. Par contre, le reste des personnes interrogés estime que les repas sont servis trop tard. (Voir la figure suivante)

Figure n°9 : le temps des repas servis

Source : établie par nous-mêmes à partir des données du tableau n°16.

Comme le temps est un point essentiel qui influence la satisfaction des repas servis, nous concluons que d'après les données recueillies, les repas servis sont arrivés à l'heure malgré que parfois ils arrivent en retard.

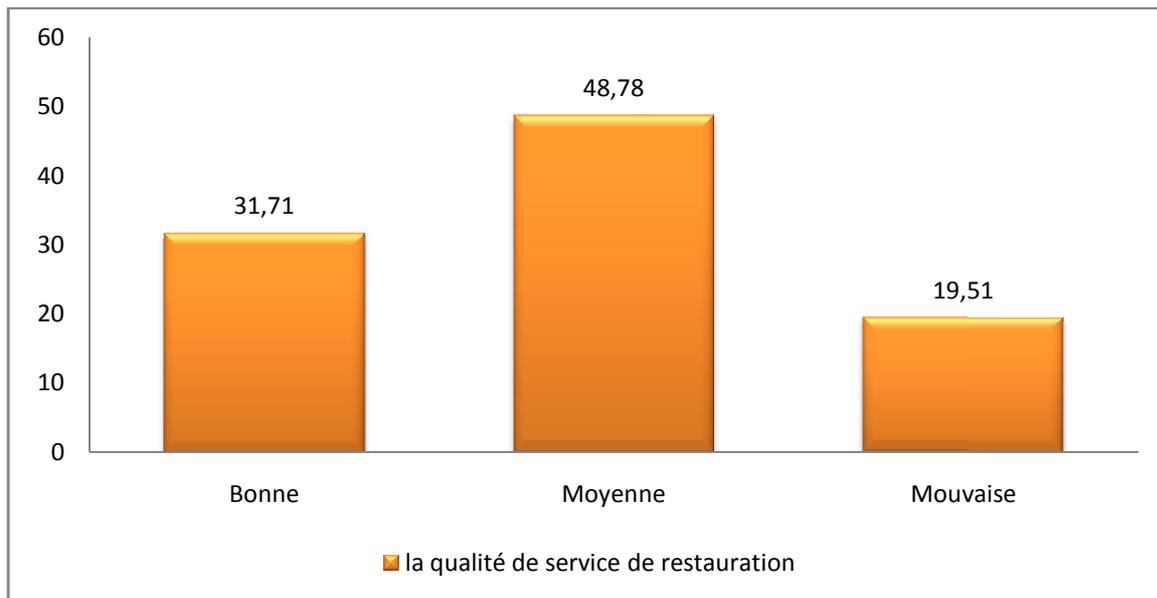
Tableau n°17 : l'évaluation de qualité de service de restauration

Désignation	Fréquence	Taux(%)
Bonnes	13	31,71
Moyennes	20	48,78
Mauvaises	8	19,51

Source : établie par nous-mêmes à base des données recueillies.

20 des 41 personnes qui ont répondu à cette question estiment que le service de restauration de leurs polycliniques est moyen. Par contre, 13 estime que l'exécution est bonne alors que les 8 qui reste réclame que le service est mouvais et q' il ya un manque.

Pour avoir une idée générale et claire sur la qualité de service de restauration de leurs polycliniques, on trace la figure ci-après.

Figure n°10 : la qualité de service de restauration

Source : établie par nous-mêmes à partir des données du tableau n°17.

Globalement, à cette évaluation de qualité de service de restauration, nous concluons que le service de restauration externalisé est moyen selon la moitié des interrogés, les autres ont estimé que le service est bon ou mauvais (19,51%).

Donc, d'après ces statistiques, nous constatons que la plupart de ces interrogés sont satisfaits par le service de restauration externalisé.

4. Discussions des résultats divers

Après la consultation des documents de l'EPSP de Sidi Aich comme les contrats et les factures, on a constaté d'après l'évaluation des coûts pour le nettoyage qu'à l'externalisation et à l'autogestion, il y a une différence importante à la comparaison de coûts.

Avant, le service de nettoyage est déjà externalisé auprès d'un prestataire privé, mais à cause de l'investissement sur son contexte comme on a déjà cité dans le chapitre trois, qu'il est internalisé. Pour avoir une réponse claire qui justifie cette décision, on a pensé premièrement aux coûts. Pour cela, on a fait des calculs pour avoir une réponse à cette question.

Les coûts de l'exécution de nettoyage à l'autogestion de service est de **837.162,56DA** alors que l'externalisation les coûts est moins importante **396.000,00 DA** par rapport au coût que l'établissement a déjà conféré à l'interne.

Mais à propos de service de restauration, l'établissement n'a pas internalisé ce service (Avant 2007, la restauration n'existait pas). Donc pour cela, l'établissement à externaliser ce service au privée. Concernant les coûts l'EPSP dépense :

TEMIZRET : 2346600,00 DA/ P-U de 300,00DA (juin et septembre).

CHEMINI : 930.150,00 DA/ P-U de 270,00DA (Aout).

On conclut que les coûts sont raisonnables pour un repas de 300,00 et 270,00 DA.

Pour évaluer la qualité des deux services et le degré de satisfaction de personnes concernées, pour le service de restauration, on a élaboré une enquête qui a été réalisée auprès des polycliniques de TEMAZRIT et CHEMINI afin d'explorer l'évaluation de ce service. La méthode consiste en l'élaboration d'un questionnaire adressé à des patients hospitalisés et au personnel de garde. Ce questionnaire portait sur l'évaluation de qualité de restauration et a été réalisé auprès de 41 personnes ; entre patients (maternité) et personnel de garde. Notre travail montre que la qualité de service de restauration est estimée bonne pour certains interrogés à (31.71%). Par contre, pour les 48.78% des personnes interrogées, le service de restauration de leur polyclinique est moyen et le reste 19.51% réclame que le service est mauvais. Cela peut s'expliquer par le fait que le service est peu propre et que la satisfaction en qualité et en quantité est insuffisante.

Concernant le service de nettoyage, pour évaluer la qualité de service externalisé on a élaboré l'entretien avec les personnels de l'EPSP de Sidi Aich et nous concluons que la propreté et la qualité de service de nettoyage est parfaite au niveau de l'exécution, mais la stérilisation est insatisfaisante.

Quand l'établissement a pris en charge le nettoyage avec l'utilisation des machines (SANIVAP), la qualité et la stérilisation des surfaces est assurée parfaitement avec la satisfaction des patients et des professionnels.

Conclusion

Au terme de ce chapitre, nous pouvons conclure que l'externalisation est une stratégie que les hôpitaux commencent à adopter par des services non médicaux (nettoyage, restauration, gardiennage, stérilisation, ...etc.).

Notre recherche nous a permis de mettre en lumière cette stratégie d'externalisation comme une réforme que l'hôpital doit sélectionner pour promouvoir les démarches qualité.

A travers l'étude du cas de l'EPSP de Sidi Aich, il nous a permis de vérifier les hypothèses posées précédemment au niveau de la problématique, en appliquant l'évaluation des coûts et de qualité de service afin de vérifier les causes et les conséquences que l'établissement affecte pour la décision d'externalisation.

Les résultats montrent que les coûts des services non médicaux externalisés (nettoyage) sont moins importants par rapport aux coûts de l'autogestion de ces services. Ainsi, d'après l'enquête d'évaluation de qualité de service externalisée après les avoir analysés, la plupart de ces interrogés sont satisfaits par le service externalisé.

Globalement, dans ces conditions nous nous permettons de dire que l'EPSP de Sidi Aich a exécuté la stratégie d'externalisation juste pour le besoin et le manque de moyens mais apparemment la réduction des coûts ou le savoir faire sont des objectifs qui viennent après.

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

L'externalisation consiste à confier une activité et son management à un fournisseur ou à un prestataire extérieur plutôt que la réaliser en interne. Elle se caractérise par : un transfert de ressources vers un prestataire qui se substitue à des services internes, une introduction des démentions de flexibilité et de contrôle des moyens mis en œuvre par le prestataire, la tenue d'une comptabilité analytique fiable permettant de situer les coûts du service en question. La stratégie d'externalisation offre des avantages non négligeables en termes de coûts, de structure, d'organisation et de gestion, mais elle comporte également des risques non négligeables, qui sont la dépendance envers le prestataire, la sous-performance de l'activité externalisée, le risque social et de comportement opportuniste.

La notion de l'externalisation présente une complexité théorique et pratique qu'explique en partie, la diversité des démarches que le secteur public et privée déploie. En effet, elle touche de plus des activités et des secteurs stratégiques jusqu'aux services publics en réseaux notamment les services non médicaux à l'hôpital.

La problématique d'externalisation étant nouvelle dans le monde de l'hôpital, l'un des objectifs de ce travail était de faire un état des lieux de la situation du secteur hospitalier et principalement d'analyser les formes d'externalisation déjà pratiquées par l'EPSP de Sidi Aich.

Le travail réalisé dans ce mémoire porte sur l'externalisation des services non médicaux au sein d'un établissement public de santé de proximité (l'EPSP de Sidi Aich). Nous nous intéressons spécialement au service de restauration et de nettoyage externalisés auprès des prestataires privés.

Ce travail nous a permis de distinguer deux approches principales : l'approche basée sur les analyses qualitatives et l'approche basée sur les évaluations économiques.

Ces deux approches nous ont permis de conduire vers l'étude de la problématique pour la décision de l'externalisation du service de restauration et de nettoyage et le choix de la meilleure configuration des deux services entre internalisation ou externalisation.

Nous commençons à analyser le service de nettoyage et ensuite la restauration :

- Pour le nettoyage : à l'évaluation des coûts en modes autogestion et en externalisation, on a constaté qu'il y a un écart en terme de coûts en faveur de l'externalisation c'est-à-dire le service coûte moins pour l'état en mode externalisation que l'autogestion. Cela veut dire que le premier objectif est atteint, ce qui confirme notre hypothèse. Cependant, en terme de qualité, le service n'a pas été au niveau des attentes des gestionnaires (confirmé par l'entretien).
- Concernant la restauration, ce service n'a jamais été autogéré, il est souvent externalisé. Une étude qualitative s'est imposée alors à travers notre enquête ; on a confirmé que le service est d'une qualité moyenne. Cela revient à la qualité de la sélection des acteurs privés. Malgré cela, les usagers de ce service restent satisfaits de niveau de la qualité, ce qui confirme notre deuxième hypothèse.

Notre étude empirique au sein de l'EPSP de Sidi Aich nous permet de suggérer les recommandations suivantes :

- Renforcer et inciter le contrôle d'exécution et de la qualité pour les services externalisé ;
- Externaliser les services secondaires (logistique) pour concentrer sur le cœur de métiers et réduire les dépenses et les consacrer aux soins et à la prévention ;
- Améliorer la formation des ouvriers professionnels (par exemple : les ouvriers de nettoyage) pour assurer la qualité des services autogérés par l'EPSP ;
- Etablir des études en termes d'organisation et étudier le comportement des patients aussi les professionnels de métiers pour prendre les bonnes décisions par la suite.

Enfin, nous souhaitons approfondir notre étude de cas sur des services médicaux.

ANNEXES

Listes des annexes

Annexe n°1 : Journal Officiel De La République Algérienne N°15.

Annexe n°2 : Questionnaire.

Annexe n°3 : Contrat.

Annexe n°4 : Procès Verbal D'ouverture Des Plis.

Annexe n°5 : Facture N°12/2010 Bon De Commande 40/DFM/2010.

Annexe n°6 : Bordereau Des Prix Unitaires.

Annexe n°7 : Le Produit Utilisé Pour Le Service Nettoyage.

Annexe n°8 : Devis Quantitatif Et Estimatif De Janvier A Mai 2012.

Annexe n°9 : Menu.

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**Arrêté interministériel du 3 Moharram 1431
correspondant au 20 décembre 2009 fixant
l'organisation interne des établissements publics
hospitaliers.**

Le secrétaire général du Gouvernement,

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme
hospitalière,

Le ministre des finances,

Vu le décret présidentiel n° 09-129 du 2 Joumada
El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant
reconduction dans leurs fonctions de membres du
Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula
1428 correspondant au 19 mai 2007, modifié et complété,
portant création, organisation et fonctionnement des
établissements publics hospitaliers et des établissements
publics de santé de proximité, notamment son article 22 ;

Vu le décret présidentiel du 7 Rabie Ethani 1423
correspondant au 18 juin 2002 portant nomination du
secrétaire général du Gouvernement ;

Arrêtent :

Article 1er. — En application des dispositions de
l'article 22 du décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada
El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007, susvisé, le
présent arrêté a pour objet de fixer l'organisation interne
des établissements publics hospitaliers.

Art. 2. — Sous l'autorité du directeur auquel sont
rattachés le bureau d'ordre général et le bureau de la
communication, l'organisation interne des établissements
publics hospitaliers comprend :

- la sous-direction des services de santé ;
- la sous-direction des ressources humaines ;
- la sous-direction des finances et des moyens ;
- la sous-direction de la maintenance des équipements
médicaux et des équipements connexes.

Art. 3. — La sous-direction des services de santé
comprend trois (3) bureaux :

- le bureau des entrées ;
- le bureau de la contractualisation et du calcul des
coûts ;
- le bureau de l'organisation, du suivi et de
l'évaluation des activités de santé.

Art. 4. — La sous-direction des ressources humaines
comprend deux (2) bureaux :

- le bureau de la gestion des ressources humaines et du
contentieux ;
- le bureau de la formation.

Art. 5. — La sous-direction des finances et des moyens
comprend trois (3) bureaux :

- le bureau du budget et de la comptabilité ;
- le bureau des marchés publics ;
- le bureau des moyens généraux et des
infrastructures.

Art. 6. — La sous-direction de la maintenance des
équipements médicaux et des équipements connexes
comprend deux (2) bureaux :

- le bureau de la maintenance des équipements
médicaux ;
- le bureau de la maintenance des équipements
connexes.

Art. 7. — Le présent arrêté sera publié au *Journal
officiel* de la République algérienne démocratique et
populaire.

Fait à Alger, le 3 Moharram 1431 correspondant au
20 décembre 2009.

Le ministre
des finances

Karim DJOUDI

Le ministre de la santé,
de la population
et de la réforme hospitalière

Saïd BARKAT

Pour le secrétaire général du Gouvernement
et par délégation,

Le directeur général de la fonction publique

Djamel KHARCHI

-----★-----

**Arrêté interministériel du 3 Moharram 1431
correspondant au 20 décembre 2009 fixant
l'organisation interne des établissements publics
de santé de proximité.**

Le secrétaire général du Gouvernement,

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme
hospitalière,

Le ministre des finances,

Vu le décret présidentiel n° 09-129 du 2 Joumada
El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant
reconduction dans leurs fonctions de membres du
Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula
1428 correspondant au 19 mai 2007, modifié et complété,
portant création, organisation et fonctionnement des
établissements publics hospitaliers et des établissements
publics de santé de proximité, notamment son article 22 ;

Vu le décret présidentiel du 7 Rabie Ethani 1423
correspondant au 18 juin 2002 portant nomination du
secrétaire général du Gouvernement ;

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCE ECONOMIQUES, DES SCIENCES
COMMERCIALES ET DES SCIENCE DE GESTION

Département des sciences économiques

Option : économie de santé

Questionnaire adressé au personnel de garde ainsi les
malades admis a la polyclinique

Thème de mémoire

**Externalisation des services non médicaux
cas de l'EPSP Sidi Aich**

Remili Lila

Dans le cadre de la préparation du master en sciences économiques à l'université Abderrahmane MIRA de Bejaïa, option : économie de la santé. Notre objectif dans le cadre de cette étude est d'évaluer la qualité de service de restauration externalisée en sein de la polyclinique de CHEMINI et TIMEZRIT. Nous vous demandons madame, monsieur de bien vouloir répondre aux questions posées, on cochant dans les cases qui correspondent à vos réponses, nous vous assurons que vos réponses resteront confidentielles et seront utilisées pour des fins scientifiques.

2012 – 2013

I. Données personnelles

- Votre sexe :

Femme Homme

- Quelle est la durée de votre hospitalisation ?

Moins 3 jours

3 à 4 jours

Plus de 4 jours

- Votre profession :

Médicale patient

Par. Médical autres

II. Qualité de service de restauration

1. Hygiène

- Comment jugez-vous la propreté de vous plats ?

Très propre

Peu propre

Pas du tout propre

- Avez-vous mot à dire sur l'hygiène de service de restauration de votre policlinique ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Equilibre

- Selon-vous, comment jugez-vous les repas servies par le service de restauration ?

Equilibré

Spéciale

Autres

- D'une façon générale, le menu de vous repas sont-ils diversifiés?

Oui

Non

- Si oui, les repas sont renouvelés :

Midi en soir

Chaque jour

- Sur l'échelle de 1 à 10, quel-est votre évaluation pour la qualité de service de restauration ?

01

06

02

07

03

08

04

09

05

10

3. Ponctualité

- Selon-vous, la qualité du service de restauration lors de vos repas est :

Bonne

Moyenne

Mauvaise

- Votre repas vous paraît-il satisfaisant?

En qualité : Oui Non

En quantité : Oui Non

Si non, justifier

.....

.....

.....

- Dans l'ensemble, les temps de vos repas sont servis :

Trop tôt

A l'heure

Trop tard

- Globalement, comment avez-vous trouvé la qualité des repas de votre policlinique ?

Bonnes

Moyennes

Mauvaises

Date à la quelle vous-avez rempli ce questionnaire

---- / ---- / 2013

Merci d'avoir rempli ce questionnaire

DIRECTION DE LA SANTE DE LA POPULATION

DE LA WILAYA DE BEJAIA

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE DE PROXIMITE DE SIDI AICH

CONTRAT

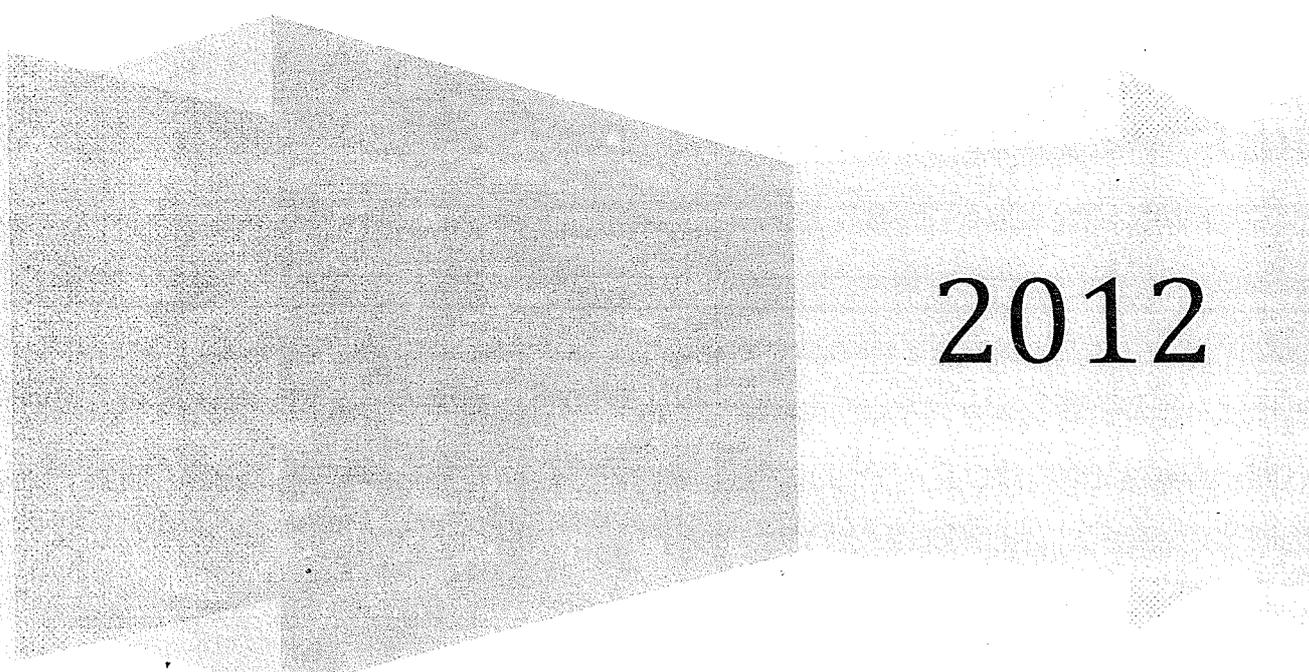
OPERATION :

N°...4.zt.....2012

INTITULE DE L'OPERATION : LA RESTAURATIONS DU PERSONNEL
DE GARDE AINSI LES MALADE ADMIS A LA POLYCLINIQUE
TIMEZRIT.

Ets: FAST FOOD BOUAMARA DJAMEL

Adresse : VILLAGE EL HAD COMMUNE TIMEZRIT



2012

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
الوزارة الجزائرية للصحة والسكان
Etablissement Public de Santé
Proximité de Sidi Aich

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA SANTE DE LA POPULATION

DE LA WILAYA DE BEJAIA

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE DE PROXIMITE DE SIDI AICH

LETTR DE SOUMISSION

Je soussigné(e),

Nom et Prénoms : **MONSIEUR BOUAMARA DJAMEL**

Profession : **FOURNISSEUR**

Demeurant à : **VILLAGE EL HAD COMMUNE TIMEZRIT**

Agissent au nom et pour le compte de **Cafeteria Et FAST FOOD BOUMARA DJAMEL** inscrit(e) au registre du commerce, au registre de l'artisanat et des métiers ou autre (à préciser) de **RC.N° :98 AV 0911496/04 DU 17/01/1998.**

Après avoir pris connaissance des pièces du projet de contrat et après avoir apprécié, à mon point de vue et sous ma responsabilité, la nature et la difficulté des prestations à exécuter :

Remets, revêtus de ma signature, bordereau des prix et un devis estimatif établis conformément au cadre figurant au dossier du projet de contrat.

Me soumet et m'engage envers **l'Etablissement public de santé de proximité de Sidi-Aich**, a exécuté les prestations conformément aux conditions du cahier des prestations spéciales

et moyennant la somme de : **1 352 100.00**

en lettres : **un million trois cent cinquante deux mille cent dinars .**

Le service contractant se libère de sommes dues, par lui en faisant donner crédit au compte bancaire ou postal

N° : **RIP N°007999990009264933/78.**

Adresse :

⋮

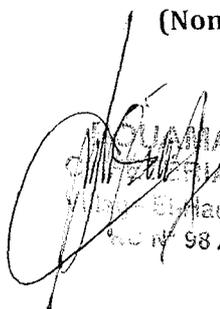
Affirme, sous peine de résiliation de plein droit du contrat ou sa mise en régie aux torts exclusifs de la société, que la dite société ne tombe pas sous le coup des interdictions édictées par la législation et la réglementation en vigueur ; Certifie, sous la peine de l'application des sanctions prévues par l'article 216 de l'ordonnance n°66-156 du 08 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

09 SEPT 2012

Fait à SIDI AICH, le 09 SEP 2012

* Le soumissionnaire

(Nom, qualité du signataire et cachet du soumissionnaire)


BOUMIARA Djamel
CITIZENIA FAST FOOD
W. El Had Cme TIMEZRIT
RC n° 98 A 0911496/04

N.B : En cas de groupement le chef de file doit mentionner qu'il agit au nom du groupement et préciser la nature du groupement (conjoint ou solidaire).

ALGERIA DE BEJAIA
DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE DE PROXIMITE
DE SIDI AICH
SOUS DIRECTION DES FINANCES ET DES MOYENS
N° :-----/DFM/EPSP/2012

PROCES VERBAL D'OUVERTURE DES PLIS

L'an deux mille douze et le vingt cinq du mois de mai à 13H s'est tenue une réunion de la commission d'ouverture des plis au niveau du siège de L'E.P.S.P de SIDI-AICH

Ordre du jour : Ouverture des plis pour la soumission : la restauration du personnel de garde ainsi les malades admis a la polyclinique Timezrit pour l'année 2012.

Étaient présent : Mr - charger du service de sante (président)
Mme - Administrateur (MEMBRE)
Mr - Agent d'administration (MEMBRE)

Le président ouvre la séance et souhaite la bienvenue aux membres présents, puis entame
La lecture du contenu des soumissions que nous illustrons sur le tableau ci-dessus :

N° D'ordre	Désignation de l'établissement	Lots objet de soumission	Prix unitaire	Observation
01	FAST-FOOD B OUAMARA Djamel Village EL-HAD TIMEZRIT	REPAS COMPLET	300,00	
02	NEANT	NEANT	NEANT	
03	NEANT	NEANT	NEANT	

La séance fut levée à 14h30mn

Les membres

le président

SIDI-AICH, LE 30/09/2010

RAMOUL TARIK
EIS IFRI MAGIC
VOE MAALA CNE SIDI-AICH
N° CARTE P : 1981 06390116531
N° ART : 06 390039410
N° R C : 05A 0941400
RIB:01100211100001085034 CNEP SIDI-AICH

Doit : ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE
DE PROXIMITE DE SIDI-AICH

FACTURE N°12 2010 bon de commande 40/DFM/2010

OBJET : CONCERNANT POLYCLINIQUE D'EL FLAYE :

N°	DESIGNATIONS	Mob	P UNITAIRE	MONTANT TTC
01	Travaux effectués à la polyclinique d'EL FLAYE Pour les mois (septembre).	01	33 000.00	33 000.00
Total				33 000.00

Arrêter la présente facture à la somme de : **TRENTE TROIS MILLE
DINARS**

L'ENTREPRISE

Entreprise d'Entretien et de Nettoyage
"IFRI MAGIC"
= RAMOUL Tarik =
ZHUN II Cne. SIDI-AICH (Béjaia)
RCN° 05 A 0941400-00/06

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

WILAYA DE BEJAIA

DIRECTION DE LA SANTE DE LA POPULATION

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE DE PROXIMITE DE SIDI AICH

BORDEREAU DES PRIX UNITAIRES

OBJET : FOURNITURE DE PRODUITS DE DESINFECTIONS

ATS : NOSOCLEAN

DESIGNATION DES PRODUITS	PRIX UNITAIRE EN CHIFFRE	PRIX UNITAIRE EN LETTRE
ANIOGEL 85 NPC	1 152.00	mille cent cinquante deux dinars
SAVON DOUX HF	492.00	quatre cent quatre vingt douze dinars
DERMANIOS SCRUB HF	923.00	neuf cent vingt trois dinars
SURFA SAFE	X 1 381.00	mille trois cent quatre vingt et un dinars
SURFANIOS FRAICHEUR	1 605.00	mille six cent cinq dinars
DE 100 DOS	652.00	six cent cinquante deux dinars
HEXANIOS G+R	1 931.00	mille neuf cent trente et un dinars
ESSUIE MAIN PAPIER DEV CENTRAL (450 fmts pure pate	3 585.00	trois mille cinq cent quatre vingt cinq dinars
MOP 50 CM POUR BALAI SV	10 920.00	dix mille neuf cent vingt dinars
NOSOGEL FLACON 100ML	5 064.00	cinq mille soixante quatre dinars
MOP 30CM BALAIS SV 100U	12 012.00	douze mille douze dinars
MOP 50CM BALAIS SV 150U	10 920.00	dix mille neuf cent vingt dinars
GAIN DE STERILISATION 15CM	4 126.00	quatre mille cent vingt six dinars
GAIN DE STERILISATION 20CM	7 224.00	sept mille deux cent vingt quatre dinars
GAIN DE STERILISATION 25CM	9 176.00	neuf mille cent soixante seize dinars

*c'est le produit utilis
pour le service netto*

fait a sidi aich le ;.....

le contractant ;

fait a Alger le ;.....

le cocontractant

(Nom, prénom, qualité, signature et cachet du soumissionnaire)

Net SF+

Détergent dégraissant et désinfectant

Vesismin
chemicals

www.vesismin.com

Applications

Détergent dégraissant et désinfectant à base d'ammoniums quaternaires caractérisé par son fort pouvoir détergent et la garantie du maintien de la désinfection des surfaces traitées. Produit spécialement conçu pour le nettoyage et la désinfection de tout type de surfaces dans le milieu hospitalier, industrie alimentaire, collectivité...

Composition

Chlorure de didécyldiméthylammonium : 1%
Solvants qsf : 100

Mode d'emploi

Avant d'utiliser le produit, lire attentivement l'étiquette et suivre les instructions d'utilisation afin d'éviter tout risque pour le personnel et l'environnement. Applications possibles par pulvérisation, immersion ou lavage manuel avec le produit préalablement dilué dans l'eau. En fonction du degré de saleté, le dosage recommandé est de 1,25% en conditions de propreté et 5% en conditions de saleté. Le produit passe la norme UNE-EN 1276 en conditions de propreté. Ne pas mélanger avec un autre produit chimique. Utiliser en absence d'aliments. Incompatible avec des tensioactifs anioniques.

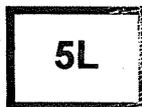
صنع من طرف شركة فيسيسمين ش.م.ك
برشلونة - إسبانيا 94.0828 HHS. ل. ق. قرن فيا كرونوس

مستورد من طرف شركة "عملة للتعداد الاستشفائي"
تجزئة بوجمعة تيمبلرارية الجزائر 249

DATE DE PÉREMPTION : 07/2015
DATE DE FABRICATION : 07/2010
LOT: 101373
D.G.S.P: 07-20-01333HA



843700562044



Précautions supplémentaires

Maintenir hors de portée des enfants. Maintenir loin des aliments et boissons. Ne pas respirer les vapeurs. Eviter le contact avec les yeux et la peau. Utiliser des gants appropriés. En cas d'accident ou de malaise, appeler à un médecin et si possible lui montrer l'étiquette.

Recommandations en cas d'intoxication ou d'accident :

Premiers soins

Sortir la personne de la zone contaminée. Retirer les vêtements tachés ou éclaboussés. Rincer les yeux abondamment à l'eau claire, pendant au moins 15 minutes. Laver la peau abondamment à l'eau claire et au savon, sans frotter. Ne rien administrer oralement. En cas d'ingestion ne pas provoquer le vomissement. Maintenir le patient au repos. Conserver la température corporelle. Surveiller la respiration, et si nécessaire utiliser la respiration artificielle. Si la personne est inconsciente, l'allonger sur le côté, la tête plus basse que le reste du corps et les genoux semi fléchis. Transporter la personne intoxiquée à un centre hospitalier, et si possible, apporter l'étiquette du produit de la bouteille. Ne jamais laisser seule la personne intoxiquée.

Conseil thérapeutique : traitement symptomatique.

Vesismin, S.L.

Gran Vía Carlos III, 94
08028 Barcelona (Spain)
Tel. +34 93 409 53 01
Fax +34 93 339 66 28

Pax =

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA SANTE DE LA POPULATION

DE LA WILAYA DE BEJAIA

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE DE PROXIMITE DE SIDI AICH

DEVIS QUANTITATIF ET ESTIMATIF

DE JANVIER A MAI 2012

*

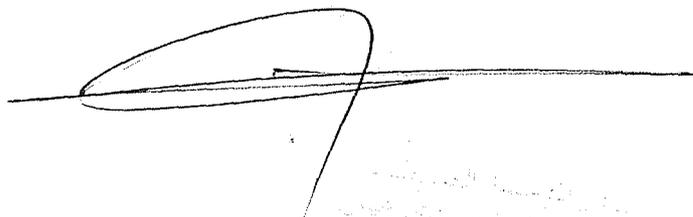
OBJET : LA RESTAURATION DU PERSONNEL DE GARDE POLYCLINIQUE AKFADOU ET CHEMINI AINSI LES MALADES ADMIS A LA POLYCLINIQUE DE CHEMINI.

FAST FOOD ZEMOURI MOHEND AKLI

N°	DESIGNATION	NOMBRE DES REPAS	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
01	REPAS POUR LE PERSONNEL AKFADOU	878	270.00 PAR REPAS	237 060.00
02	REPAS POUR LE PERSONNEL CHEMINI	2567	270.00 PAR REPAS	693 090.00
TOTAL				930 150.00

Arrêté le présent devis quantitatif et estimatif a la somme de : NEUF CENT TRENTE MILLE CENT CINQUANTE DINARS. /.

Fait à Sidi Aich le
L'ACHETEUR



Fait à sidi aich, le 15 AOUT 2012
le FOURNISSEUR

ROUSSERIE "
ZEMOURI MOHEND AKLI
Zemouri Mohend Akli
R.C. N° 06/10-0954266A06

Restaurant "Zemouri & fils"

MENU

	Midi	Soir
Samedi*	Salade – Spaghetti - Boulettes	Salade – Haricots - Boulettes
Dimanche	salade – haricot vert – sauté de veau	salade – Spaghetti - Sauté de veau
Lundi	Salade – pomme boulangère - Escalope	Salade – Frite - Escalope
Mardi	Salade – Riz - Boulette	Salade – Purée - Boulette
Mercredi	Salade – Frite - Merguez	Salade – Haricot vert - Merguez
Jeudi	Salade – coquille - Escalope	Salade – Riz - Escalope
vendredi	Salade – Purée - Poulet	Salade – Coquille - Poulet

EPSP Sidi-Aich

docteur Slaouti

Fournisseur Zemouri Md Akli

" ROTISSERIE "

ZEMOURI Md Akli

Ferhoun Cne d'Akfadou W. Bejaia

R.C. N° 06/00-0954266A06

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OUVRAGES:

- Christopher Lovelock, Jochen Wirtz et autres: « Marketing des services»; 6eme édition ; Person Education France ; Paris ; 2008.
- Claude Vilcot et Hervé Leclot : « indicateurs qualité en santé : certification et évaluation des pratiques professionnelles » ; 2eme édition ; AFNOR ; 2006.
- Didier CHAMBARETAUD : « construire une stratégie de service » ; DUNOD ; Paris ; 2003.
- Florence Dano, Sylvie Llosa et autre: « Evaluer un service » ; France ; 2003.
- Isabelle renard : « l'externalisation en pratique » ; édition d'organisation ; 2005.
- Jean Perrot : « la contractualisation dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE » ; organisation mondiale de la santé ; GENEVE ; 2006.
- Jean Perrot : « VADE-MECUM de la contractualisation dans le secteur de la santé » ; organisation mondiale de la santé ; GENEVE ; 2007.
- Jean Perrot, Eric de Roodenbeke et Ferdinand Siem Tjam : « les hôpitaux et la contractualisation » ; ch2-partie III.
- Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; édition. DUNOD ; paris ; 2004.
- Jérôme BARTHELEMY : « stratégies d'externalisation » ; édition. DUNOD; paris; 2007.

2. REVUES :

- 1^{er} colloque international d'économie de la santé : « gestion et réforme hospitalière dans les pays en développement ou à revenus intermédiaires » ; Bejaia ; 2006.
- Anne-Lise FAVIER: « l'hôpital face à l'externalisation » ; Magazine l'hospitalier ; 2011.

- CNESMS : « L'évaluation interne guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux » ; version n°1 ; 2006.
- Jérôme BARTHELMY « comment réussir une opération d'externalisation » ; revue française de gestion ; n°151 ; 2004.
- Revue : « méthodes d'évaluation des programmes : mesure et attribution des résultats des programmes » ; troisième édition ; Canada.

3. MEMOIRES :

- CHOUBANI ABDELILAH : «évaluation de l'externalisation du nettoyage a l'hôpital public » ; mémoire fin d'étude ; Institut National d'Administration Sanitaire ; Centre collaborateur de l'OMS ; 2012.
- FOUDI Brahim : « la contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : état des lieux » ; mémoire de magister université ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA ; 2011.
- M.Pierre LADET : « Vers un outil d'aide a la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas de service de stérilisation » ; thèse ; 2009.
- TIFRANI Souad : « les déterminants de choix des stratégies d'externalisation dans les entreprises des services public en Algérie » ; mémoire de magister université Mouloud MAMMERI TIZI OUZOU ; 2012 ; p 09.

4. RAPPORTS et ARTICLES :

- Bertrand Quélin : « les frontières de la firme » ; édition économoca ; 2002.
- Gérard Koenig : « de nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXI siècle » ; édition economica ; 1999.
- Jean-Paul Domin : « les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital-entreprise (1980-2009) » ; version 1-22 Mar 2010 ; manuscrit auteur, public dans journées d'histoire de la comptabilité et du management ; France ; 2010.

- L.CECILE, K.HABBACHE, M. COUTOUX : « Externalisation des activités, exemple du service biomédical et de stérilisation » ; université de technologie de Compiègne ; 2002.
- OMS : « Evaluation de la performance des systèmes de santé », rapport de la cent onzième session du Conseil Exécutif de l’OMS, décembre 2002. In www.who.int/health-systems-performance
- OMS : « La contractualisation dans les systèmes de santé des pays de l’OCDE » discussion paper No 4, 2006.
- OMS : « Le recours à la contractualisation dans les systèmes de santé : principaux messages », résumés techniques pour décideurs, numéro 04, 2005.
- OMS : « Le rôle de la contractualisation dans l’amélioration des systèmes de santé » discussion paper numéro 1, 2004.
- OMS, « rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant », 2000.
- Régis Coeurderoy, Bertrand Quélin : « la théorie des coûts de transaction : fondements théoriques et applications managériales » ; un collectif : dirigé par Hervé Laroche et Jean Pierre Nioche « repenser la stratégie » édition Vuibert ; 1998.
- Stéphane TIZIO : « l’approche contractuelle : d’une perspective systémique » ; partie V ; chap-I ; 2013.

5. Web-graphie

- www.google.fr
- www.memoireonline.fr
- www.ebooks.google.fr
- www.sante.dz
- www.ons.dz
- www.who.int/fr

Liste des tableaux, des figures et des schémas

1. LISTE DES TABLEAUX

Liste de tableaux	Intitulés	Page
Tableau n°01	les conditions générales d'un contrat d'externalisation.	31
Tableau n°02	répartition des infrastructures sanitaires et le nombre d'habitants pour chaque commune.	81
Tableau n°03	la répartition des lits et les structures sanitaire pour chaque commune.	82
Tableau n°04	l'effectif réel des personnels médicaux.	83
Tableau n°05	l'effectif réel des personnels assimilés.	83
Tableau n°06	l'effectif réel des personnels paramédicaux.	84
Tableau n°07	l'effectif réel des personnels administratifs.	84
Tableau n°08	Récapitulation générale des recettes à l'EPSP Sidi Aich (2011).	90
Tableau n°09	Récapitulation générale des dépenses à l'EPSP Sidi Aich (2011).	91
Tableau n°10	l'évaluation de coûts pour le service de nettoyage.	95
Tableau n°11	La répartition des personnels interrogés par sexe.	99
Tableau n°12	le jugement de l'hygiène de service de restauration.	99
Tableau n°13	catégorie des repas servis par le service de restauration.	100
Tableau n°14	la diversification des repas servis.	102
Tableau n°15	rapport entre la satisfaction à la qualité et la satisfaction à la quantité pour les repas.	103
Tableau n°16	la répartition du temps des repas servis.	103
Tableau n°17	l'évaluation de qualité de service de restauration.	104

2. LISTE DES FIGURES ET SCHEMA

Figures et schéma	Intitulés	Page
Figure n°01	les quatre phases dans le processus de contractualisation.	11
Figure n°02	fréquence et ancienneté de l'externalisation par activité.	29
Figure n°03	les quatre grands types d'externalisation.	36
Schéma n°04	chaîne de valeur de l'hôpital inspirée de la chaîne de porter.	49
Figure n°05	l'organigramme de l'EPSP de Sidi Aich.	80
Figure n°06	les jugements de l'hygiène de service de restauration.	100
Figure n°07	les catégories des repas servis par le service de restauration.	101
Figure n°08	la diversification des repas servis.	102
Figure n°09	le temps des repas servis.	104
Figure n°10	la qualité de service de restauration.	105

Table des matières

Remerciements	
Dédicace	
Sommaire	
Liste des abréviations	
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE I: L'EXTERNALISATION: ELEMENTS THEORIQUES ET STRATEGIQUES	5
Introduction.....	5
I. LA POLITIQUE DE CONTRACTUALISATION ET D'EXTERNALISATION.....	6
1. Généralités sur la contractualisation.....	6
1.1.Convention.....	6
1.2.Le contrat.....	6
1.3.Les principes de la contractualisation.....	7
1.4.L'objet du contrat.....	7
1.5.Les différents types de contrats.....	8
1.5.1.Le contrat d'entreprise.....	8
1.5.2.Le contrat de sous-traitance.....	9
1.5.3.Les contrats de mandat et de commission.....	9
2. Contractualisation.....	9
2.1. Le processus de contractualisation.....	10
2.2. Typologie des relations contractuelles	11
2.2.1. Une relation contractuelle basée sur une délégation de responsabilité.11	
2.2.2. Relations contractuelles basés sur un acte d'achat.....	12
2.2.3. Les relations contractuelles basées sur la coopération.....	12
2.3. Le recours à la contractualisation ^par un établissement hospitalière.....	12
II. L'APPORT THEORIQUE A LA STRATEGIE DE L'EXTERNALISATION	14
1. Les théories sous-jacentes à l'externalisation.....	14
1.1. La théorie de l'agence.....	15

1.1.1.	Les fondements de la théorie de l'agence.....	15
1.1.2.	Les obstacles de la théorie d'agence.....	15
1.1.2.1.	Le risque moral.....	16
1.1.2.2.	La sélection adverse.....	16
1.1.2.3.	L'asymétrie d'information.....	16
1.1.3.	Les objectifs de la théorie de l'agence.....	17
1.1.4.	Les coûts d'agence.....	17
1.1.4.1.	Les coûts de surveillance et d'incitation.....	18
1.1.4.2.	Les coûts d'obligation.....	18
1.1.5.	L'apport de la théorie de l'agence pour l'approche contractuelle.....	18
1.2.	La théorie des coûts de transaction.....	18
1.2.1.	Définition des coûts de transaction.....	19
1.2.2.	Les hypothèses fondamentales de la théorie des coûts de transaction..	20
1.2.2.1.	Rationalité limitée.....	20
1.2.2.2.	Opportunisme.....	21
1.2.3.	Les attributs des transactions.....	21
1.2.3.1.	Spécificité des actifs.....	21
1.2.3.2.	Incertitude.....	22
1.2.3.3.	Fréquence.....	22
1.2.3.4.	Difficulté de mesure de la performance.....	22
1.2.4.	Le lien entre attributs des transactions et l'externalisation.....	22
1.2.4.1.	Internalisation.....	22
1.2.4.2.	Externalisation avec contrat classique.....	22
1.2.4.3.	Externalisation avec contrat néoclassique.....	23
1.2.4.4.	Externalisation avec contrat relationnel.....	23
1.3.	La théorie de la ressource et de compétence.....	23
1.3.1.	Quelques définitions.....	23
1.3.2.	Le management des ressources et des compétences.....	24
1.3.3.	Les fondements de l'avantage concurrentiel.....	24
1.3.3.1.	Valeur.....	24
1.3.3.2.	La rareté.....	24
1.3.3.3.	Imitabilité imparfaite.....	25
1.3.3.4.	Substituabilité imparfaite.....	25

1.3.4. La décision de l'externalisation selon l'analyse de la théorie de ressource.....	25
---	----

III. LES ASPECTS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS DE L'EXTERNALISATION.....26

1. Définition et évolution de l'externalisation.....	26
1.1. L'historique.....	26
1.2. Définition.....	27
1.3. L'externalisation et les phénomènes connexes.....	27
1.3.1. Distinction entre externalisation et sous-traitance.....	27
1.3.2. Distinction entre l'externalisation et le downsizing.....	28
1.3.3. Distinction entre l'externalisation et la cession.....	28
1.3.4. Distinction entre l'externalisation et reengineering.....	28
1.4. Les activités concernées par l'externalisation et son évolution.....	29
1.5. Le contrat : une implication de la stratégie d'externalisation.....	30
1.5.1. Le contenu du contrat d'externalisation.....	30
1.5.2. Les principales clauses contractuelles.....	32
1.5.2.1. Clause de durée.....	32
1.5.2.2. Clauses de prix.....	32
a. Clause « prix de marché ».....	33
b. Clause « prix fixe ».....	33
c. Clause « coûts plus marge ».....	33
d. Clause « échelle mobile ».....	34
e. Clause « partage des coûts et des bénéfices ».....	34
1.5.2.3. Clauses de mesure de la performance.....	34
1.5.2.4. Clauses d'évolutivité de la prestation.....	34
1.5.2.5. Clauses de résolution des conflits.....	34
1.5.2.6. Clause de sortie de contrat.....	34
1.5.3. Les différents types de contrat d'externalisation.....	35
1.5.3.1. Les contrats classiques.....	35
1.5.3.2. Les contrats néoclassiques.....	35
1.5.3.3. Les contrats relationnels.....	35
2. Les différents types d'externalisation.....	36
2.1. L'externalisation traditionnelle.....	36

2.2.	L'externalisation traditionnelle avec transfert de ressources.....	37
2.3.	L'externalisation stratégique avec transfert de ressources.....	37
2.4.	L'externalisation stratégique.....	37
3.	Les objectifs de l'externalisation.....	37
4.	Les différentes phases de l'externalisation.....	38
4.1.	L'évaluation et la négociation préliminaires.....	38
4.2.	La délégation de service.....	38
4.3.	La gestion des activités externalisées.....	39
4.4.	Le suivi de la convention de service et le contrôle de conformité.....	39
4.5.	La mise en œuvre du contrôle réglementaire ultérieur.....	40
5.	Les facteurs favorisant le développement de l'externalisation.....	40
5.1.	L'impératif de création de valeur.....	40
5.2.	La croissance continue de marché des services et la pression de l'offre.....	41
5.3.	Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication.....	41
5.4.	Le recours généralisé au BENCHMARKING.....	42
5.5.	Le rôle du mimétisme.....	42
6.	Les principaux bénéfices et risques de l'externalisation.....	42
6.1.	Les bénéfices de l'externalisation.....	42
6.1.1.	La réduction des coûts de l'activité externalisée.....	42
6.1.1.1.	Les économies d'échelle des prestataires spécialisés.....	43
6.1.1.2.	Les économies d'investissements.....	43
6.1.1.3.	Des conditions moins avantageuses pour les salariés.....	43
6.1.2.	L'amélioration de la performance de l'activité externalisée.....	43
6.1.3.	Le recentrage sur le « cœur de métier » de l'entreprise.....	43
6.1.4.	L'amélioration de la gestion et la restructuration de l'activité externalisée.....	44
6.2.	Le risque de l'externalisation.....	44
6.2.1.	La sous-performance.....	44
6.2.2.	La dépendance envers le prestataire.....	44
6.2.3.	La perte de savoir-faire et des compétences.....	45
6.2.4.	Le risque social.....	45
6.2.4.1.	Une opposition ouverte.....	45
6.2.4.2.	Une opposition larvée.....	45

Conclusion.....	46
-----------------	----

CHAPITRE II : ASPECT OPERATIONNEL DE L'EXTERNALITE ET SON EVALUATION47

Introduction.....	47
-------------------	----

I. LE PROCESSUS D'EXTERNALISATION DES SERVICES NON MEDICAUX48

1. Organisation en établissements de santé.....	48
1.1. Chaine de valeur de l'hôpital.....	48
1.2. Organisation interne de l'hôpital.....	49
1.3. Complexité de l'organisation en établissement de santé.....	51
2. L'externalisation en sein de l'hôpital.....	51
2.1. Externalisation des activités hospitalière.....	51

II. LA TECHNIQUE D'EVALUATION D'UN SERVICE52

1. Définitions.....	52
1.1. la satisfaction.....	52
1.2. La qualité.....	53
1.3. L'attitude.....	53
1.4. La performance.....	53
2. Les objectifs de l'externalisation	54
2.1. Maitrise des dépenses de santé et externalisation	54
2.2. L'externalisation et l'amélioration de la qualité des soins.....	54
3. Dispositions régissant les contrats d'externalisation.....	55
3.1.1. Conditions d'applications d'un contrat d'externalisation.....	55
3.1.2. Circonstances autorisant le recours à un prestataire de services dans le cadre d'un contrat d'externalisation.....	56
3.1.3. Facteurs déterminants dans la décision de recourir à l'externalisation.....	56
3.1.3.1. Impact financier.....	57
a. Coûts de production.....	57
b. Coûts de transaction.....	57
3.1.3.2. Présentation de l'autonomie sur le long terme.....	58
3.1.3.3. Maintien d'un contrôle sur les activités externalisées.....	58

3.1.3.4. Mesures socialement acceptables.....	58
3.1.4. Choix du prestataire de services.....	58
3.1.5. Forme et contenu du contrat d'externalisation.....	59
3.1.6. Le contrat d'externalisation.....	62
3.1.6.1. Définitions et champ d'application.....	62
3.1.6.2. Le recours à l'externalisation.....	63
3.1.6.3. Sélection du prestataire de services extérieurs et principes généraux régissant les contrats des prestataires de services extérieurs.....	63
3.1.6.4. Mandat.....	64
3.1.6.5. Rémunérations.....	64
3.1.6.6. Supervision et communication d'information.....	64
3.1.6.7. Application de la résolution.....	65
3.1.6.8. Entrée en vigueur.....	65
3.1.7. Le cadre opérationnel de l'externalisation	65
3.1.7.1. L'élaboration d'un plan stratégique	65
3.1.7.2. Une analyse des risques associés à l'externalisation	66
3.1.7.3. L'état des lieux de l'externalisation	66
3.1.7.4. La sélection du prestataire	67
3.1.7.5. La rédaction du contrat	67
4. Les enjeux de l'externalisation à l'hôpital.....	68
4.1. La réforme hospitalière.....	68
4.1.1. Le système d'accréditation.....	68
4.1.2. La coopération entre établissements.....	69
4.2. Faire ou faire faire : problématique d'actualité an niveau des établissements de soins.....	69
4.2.1. La tendance à l'externalisation.....	69
4.2.2. Les facteurs influençant le choix de l'externalisation.....	69
4.2.3. Le sort du personnel.....	70
4.3. L'implication croissante des prestataires dans l'organisation interne des établissements de soins.....	71
4.4. L'accès à des nouveaux services et à de nouvelles technologies.....	72
4.5. Les problèmes posés par l'externalisation.....	72

Conclusion.....	74
-----------------	----

CHAPITRE III : EXTERNALISATION DES SERVICES NON MEDICAUX EN SEIN DE L'EPSP DE SIDI AICH.....75

Introduction.....	75
-------------------	----

I. PRESENTATION DE L'EPSP DE SIDI AICH76

1. Historique de l'organisation.....	76
2. Organisation et fonctionnement.....	77
2.1. Le conseil d'administration.....	77
2.2. Le directeur.....	77
2.3. Le conseil médical.....	78
3. Situation géographique de l'EPSP de Sidi Aich.....	79
4. Présentation de l'organigramme.....	79
5. Répartition des communes.....	81
6. Répartition des infrastructures sanitaires par l'EPSP de Sidi Aich.....	81
7. Les ressources humaines en sein de l'EPSP de Sidi Aich.....	83
7.1. Personnels médicaux.....	83
7.2. Personnels Assimilés.....	83
7.3. Personnels paramédicaux.....	84
7.4. Personnels administratifs.....	84

II. L'EVALUATION DE SERVICES NON MEDICAUX EXTERNALISES A L'EPSP SIDI AICH (RESTAURATION ET NETTOYAGE)85

1. Les démarches.....	85
1.1. Stratégie et plan de la recherche.....	85
1.2. Population d'étude d'une structure de soins publics.....	85
1.3. Définition des variables.....	86
1.3.1. La variable dépendante.....	86
1.3.2. Les variables indépendantes.....	86
1.3.3. Méthodes de collecte des données.....	86
1.3.4. Analyse des données.....	86
2. Résultats.....	86
2.1. Présentation des inputs.....	86

2.1.1. Les ressources.....	86
2.1.1.1. Ressources humaines.....	86
2.1.1.2. Les agents d'étude.....	87
2.1.2. Matériel.....	87
2.1.3. Les ressources financières.....	87
2.1.4. L'organisation de service externalisé.....	87
2.1.4.1. Le contrat de l'externalisation.....	87
a. Choix du contractant.....	88
b. Détermination des prestations.....	88
c. Contrôle de l'exécution et de la qualité des prestations.....	88
2.1.4.2. La réglementation.....	88
2.1.4.3. L'organe de contrôle.....	89
2.2. Fréquence de jours des services nettoyage et restauration.....	89
2.3. Evaluation des résultats.....	89
2.3.1. Evaluation de services de restauration et de nettoyage.....	89
2.3.1.1. Dispositions financières.....	89
a. Les recettes.....	89
b. Les dépenses.....	90
2.3.1.2. Les activités principales de l'EPSP de Sidi Aich.....	92
3. Les services externalisés étudiant.....	93
3.1. Le nettoyage.....	93
3.1.1. L'évaluation des coûts.....	93
3.1.1.1. L'externalisation de service de nettoyage.....	93
3.1.1.2. L'autogéré de service de nettoyage.....	94
3.1.2. L'évaluation de la qualité.....	96
3.2. La restauration.....	96
3.2.1. L'évaluation de la qualité.....	97
3.2.1.1. Description de l'enquête.....	97
3.2.1.2. Déroulement de l'enquête.....	97
a. Echantillonnage.....	97
b. Le questionnaire.....	98
c. Déroulement de l'enquête par questionnaire.....	98
d. Traitement des données.....	98
3.2.1.2.1. Données personnelles.....	99

3.2.1.2.2. Qualité de service de restauration externalisé.....	99
a. L'hygiène.....	99
b. L'Equilibre.....	100
c. Ponctualité.....	102
4. Discussions des résultats divers.....	105
Conclusion.....	107
CONCLUSION GENERALE.....	108
ANNEXE	
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
LISTE DES TABLEAUX, DES FIGURES	
TABLE DES MATIERES	
RESUMES	

Résumé

Les systèmes de santé sont en pleine mutation ; en effet, on constate une montée en puissance des acteurs privés qui commencent à s'intéresser à ce domaine. Parallèlement, le secteur public souffre de plusieurs dysfonctionnements malgré les dépenses de santé qui ne cessent d'augmenter. Alors, le contexte est favorable, il est même recommandé de faire recours à l'externalisation.

Dans ce travail nous avons tenté d'analyser les modalités de l'application de cette réforme dans un double objectif ; réduire les coûts (les dépenses) et améliorer la qualité des services fournis, pour ce faire ; deux cas ont été analysés dans cette recherche, il s'agit de la restauration et le nettoyage au sein de l'EPSP de SIDI AICH.

Mots clés : l'externalisation, services, non médicaux, l'EPSP de SIDI AICH.

Summary

Health systems are undergoing radical transformation; in fact, there is a rise of private actors who are becoming interested in this field. Meanwhile, the public sector suffers from several shortcomings despite spending health are increasing. So the context is favorable, it is even recommended to outsourcing.

In this work we attempted to analyze the modalities for the implementation of this reform is twofold; reduce costs (expenses) and improve the quality of services provided to this, two cases were analyzed in this research it is the restoration and cleaning in the EPSP SIDI AICH.

Keywords : outsourcing, services, non-medical, the EPSP SIDI AICH.