

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

IMPACTS DE LA LIBÉRALISATION COMMERCIALE SUR LA  
PERFORMANCE DE L'APPROVISIONNEMENT EN FOURNITURES  
MÉDICALES : LE CAS DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE  
CONSTANTINE (ALGÉRIE)

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAITRISE EN ADMINISTRATION DES AFFAIRES

PAR  
LIECE KHALFAOUI

SEPTEMBRE 2009

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

*À la mémoire de ma mère et mon père qui nous ont récemment quittés  
Pour tous leurs soucis et leur impatience au sujet de ce mémoire alors qu'ils étaient  
en vie. Pour leurs sacrifices et leur bonté particulière*

## **REMERCIEMENTS**

En premier lieu, je tiens de façon très particulière à remercier le Dr Yvon Bigras, professeur à l'UQAM et directeur de mon projet de recherche, pour sa disponibilité, son aide et ses conseils qui m'ont été nombreux et importants. Je remercie le Dr Yvon Bigras spécialement pour le soutien et le secours qu'il m'a apportés à un moment particulier où je me suis heurté à des problèmes difficiles reliés à ce travail de recherche. Je lui présente toute ma gratitude et ma reconnaissance.

Je remercie également tous mes professeurs précédents à l'UQAM et à HEC Montréal pour leur aide et leur enseignement précieux. Je citerai particulièrement Dr Sandra Dow, Dr Pater Twarabimenye, Dr Jean Pasquéro, Dr Line Ricard, Caroline Maujonnet et Hary Takur. Je remercie aussi les membres suivants du personnel du centre hospitalier universitaire de Constantine, le secrétaire général du CHU Mr Abdesselem Rouabhi, Mr Ahcene Beniou au service d'approvisionnement, Mr Hamza Tniou au service de l'ORL et Mme Nora Boukerrou au service de chirurgie thoracique qui ont participé à mon étude, pour leur coopération remarquable et leur disponibilité à me fournir toutes les informations et les données nécessaires pour ma recherche. Merci à Tahar Boudjedaa pour son aide et ses conseils précieux.

Je remercie Suzanne St-Onge, Julie et Martin Hudon pour leur amitié et leur agréable compagnie durant mes années d'étude à l'UQAM. Mes profonds remerciements s'adressent aussi à mes très chers amis de Casablanca, Mohcène Benjelloun et sa femme Fatima pour l'ambiance familiale qu'ils m'ont toujours procurée à Montréal.

Mes plus profonds remerciements vont enfin à toute ma famille, spécialement mon père alors en vie et mes deux frères aînés, Hamza et Rachid, qui m'ont financièrement permis d'étudier et de vivre au Canada dans les conditions les plus favorables, et m'ont évité ainsi les tracas du monde de travail. Sans oublier mon frère cadet Khaled que j'aime beaucoup.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>iv</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>viii</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>ix</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>x</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1. CHAPITRE I: PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>5</b>
1.1 JUSTIFICATION DU THÈME DE RECHERCHE.....	5
1.2 LA PROBLÉMATIQUE MANAGÉRIALE.....	8
1.3 LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	9
<b>2. CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>11</b>
2.1 LA LIBÉRALISATION COMMERCIALE ET LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT.....	11
2.1.1 Les effets de la libéralisation commerciale sur les pays en développement.....	11
2.1.1.1 Études macroéconomiques.....	11
2.1.1.2 Études microéconomiques.....	17
2.1.1.3 Débat et études critiques.....	19
2.2 L'ALGÉRIE ET LE FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL.....	24
2.2.1 La gestion politique de l'économie algérienne.....	24
2.2.2 L'Algérie et le FMI : dates et chiffres.....	29
2.2.3 Programme d'ajustement structurel entre 1994 et 1998.....	31
2.2.4 Mesures du P.A.S directement liées au secteur de la santé.....	34
2.3 L'APPROVISIONNEMENT HOSPITALIER.....	38
2.3.1 Les activités logistiques d'un établissement de santé.....	38
2.3.2 L'environnement du service d'approvisionnement.....	40
2.3.3 La dynamique de la chaîne d'approvisionnement.....	45

2.3.4	Le processus d'approvisionnement : niveau opérationnel.....	49
2.3.5	La performance de l'approvisionnement hospitalier.....	53
2.3.5.1	La mesure de la performance.....	54
2.3.5.2	Les indicateurs de performance.....	56
<b>3.</b>	<b>CHAPITRE III : CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>64</b>
3.1	DÉFINITION DES CONCEPTS.....	64
3.1.1	La libéralisation commerciale.....	64
3.1.2	L'approvisionnement.....	66
3.1.3	La performance.....	67
3.2	CADRE D'ANALYSE.....	68
3.2.1	Évolution du service d'approvisionnement.....	68
3.2.2	Performance de l'approvisionnement dans le contexte d'ouverture commerciale.....	71
<b>4.</b>	<b>CHAPITRE IV : PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>74</b>
4.1	QUESTIONS DE RECHERCHE.....	74
4.2	PROPOSITIONS DE RECHERCHE (HYPOTHÈSES).....	76
<b>5.</b>	<b>CHAPITRE V : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>84</b>
5.1	CHOIX DU TYPE DE RECHERCHE.....	84
5.2	ÉCHANTILLONAGE.....	86
5.3	LA COLLECTE DES DONNÉES.....	89
5.4	L'INSTRUMENT DE MESURE.....	92
5.5	L'ANALYSE DES DONNÉES.....	95
5.6	SYNTHÈSE DE LA MÉTHODOLOGIE.....	97
<b>6.</b>	<b>CHAPITRE VI : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....</b>	<b>99</b>
6.1	PRÉSENTATION DU SERVICE D'APPROVISIONNEMENT.....	100
6.1.1	L'établissement : le centre hospitalier universitaire de Constantine.....	100

6.1.2	Le service d'approvisionnement.....	102
6.1.2.1	Structure.....	102
6.1.2.2	Budget financier.....	104
6.1.3	Les approvisionnements en fournitures médicales : Catégories et classification.....	108
6.1.4	Le processus d'approvisionnement.....	110
6.1.4.1	Le processus d'approvisionnement avant la libéralisation commerciale.....	110
6.1.4.2	Le processus d'approvisionnement après la libéralisation commerciale.....	114
6.2	DISCUSSION SUR LES CINQ PROPOSITIONS DE RECHERCHE..	118
6.2.1	Synthèse des entrevues.....	118
6.2.2	Analyse de l'évolution du processus d'approvisionnement.....	126
6.2.2.1	Évolution du processus au niveau des opérations internes.....	126
6.2.2.2	Évolution du processus au niveau des opérations externes.....	128
6.2.3	Analyse des impacts de l'environnement interne et externe sur le SA.....	132
6.2.3.1	L'augmentation du nombre des fournisseurs.....	132
6.2.3.2	La diversification de l'offre.....	137
6.2.4	Analyse des effets sur la performance des approvisionnements..	143
6.2.4.1	Effets sur l'efficience des approvisionnements.....	143
6.2.4.2	Effets sur l'efficacité des approvisionnements.....	148
6.2.4.3	Effets sur le niveau de service.....	151
6.2.5	Synthèse sur les cinq propositions de recherche.....	154

<b>7. CHAPITRE VII : LIMITES ET CONTRIBUTIONS DE LA</b>	
<b>RECHERCHE.....</b>	<b>157</b>
7.1 LIMITES DE LA RECHERCHE.....	157
7.2 CONTRIBUTIONS DE LA RECHERCHE.....	158
7.3 AVENUES DE RECHERCHES FUTURES.....	159
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>160</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>164</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>175</b>



## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1	Classification des indicateurs de mesure de la performance.....	62
Tableau 2	Objectifs, questions et propositions de recherche.....	82
Tableau 3	Questionnaires, services à interviewer et questions et propositions de recherche.....	93
Tableau 4	Étude de cas unique : Centre hospitalier universitaire de Constantine...	97
Tableau 5	Crédits pour équipements vs budget de fonctionnement général du CHU .....	104
Tableau 6	Les dépenses en fournitures médicales du CHU de Constantine.....	105
Tableau 7	Liste des personnes interviewées et leurs postes de travail occupés, dates, heures, lieux et durées des entrevues.....	120
Tableau 8	Principaux changements dans le processus d’approvisionnement.....	130
Tableau 9	Validation des propositions de recherche.....	154

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Activités logistiques d'un établissement de santé.....	39
Figure 2	L'environnement du service d'approvisionnement.....	41
Figure 3	La chaîne d'approvisionnement dans le secteur de la santé.....	46
Figure 4	Cadre de mesure de la performance de la chaîne d'approvisionnement....	57
Figure 5	Cadre conceptuel.....	72
Figure 6	Structure du service d'approvisionnement.....	102
Figure 7	Fonctionnement du processus d'approvisionnement avant la libéralisation du commerce extérieur.....	110
Figure 8	Fonctionnement du processus d'approvisionnement après la libéralisation du commerce extérieur.....	114

## RÉSUMÉ

L'ordre économique mondial actuel contraint la majorité des économies en développement à changer leurs politiques économiques. L'un des plus importants changements fait en ce sens est la libéralisation de leur commerce extérieur. Cependant, plusieurs études démontrent que les effets et les conséquences de cette mesure macroéconomique importante ne sont pas les mêmes pour chaque pays concerné, ceci selon que ce dernier l'applique avec précaution ou de façon hâtive et précipitée.

L'Algérie est un exemple idéal de pays en développement qui a adopté cette mesure de façon accélérée. Le libre échange s'est installé pendant l'année 1994 avec une rapidité qui a immédiatement généré des nouveaux contextes et conditions plus difficiles pour le fonctionnement microéconomique des institutions algériennes publiques et privées. La question se pose alors sur la capacité des dirigeants d'adapter l'ensemble de leurs ressources aux nouvelles exigences de l'environnement et aussi sur leur pouvoir de réorienter les impacts de ces changements conjecturels vers l'intérêt ultime de leurs entreprises. C'est en ce sens que nous effectuons notre étude.

Cette étude propose l'examen analytique de l'évolution du processus dans lequel la fonction «approvisionnement» s'accomplit, ainsi que l'évaluation des effets survenus sur sa performance dans la nouvelle conjoncture du marché économiquement ouvert.

Sur des bases théoriques, nous nous sommes fixé des objectifs de recherche et nous avons conçu un cadre d'analyse et une méthodologie de recherche précise, ceci afin de réaliser une étude sur l'approvisionnement en fournitures médicales du centre hospitalier universitaire (CHU) de Constantine. Les résultats que nous avons obtenus démontrent effectivement que le processus général d'achat assiste à une évolution importante qui se traduit sous plusieurs formes. On note les restructurations organisationnelles, l'implication de nouveaux intervenants dans le processus et le retrait d'autres intervenants qui y participaient préalablement.

Par ailleurs, le niveau de la performance des approvisionnements en fournitures médicales est influencé par ces changements importants causés par l'application de la libéralisation commerciale. Notre étude démontre la baisse des coûts généraux des approvisionnements, la hausse de l'efficacité des opérations d'achats et l'amélioration du service offert par les services d'approvisionnement aux unités de soins internes. Cette amélioration de service porte seulement sur le plan managérial et non pas sur le plan technique.

Mots clés : Libéralisation commerciale. Algérie. Approvisionnement. Performance

## INTRODUCTION

Pendant plus des deux tiers du siècle précédent, on retrouve parmi les particularités qui façonnent les économies en voie de développement celui du monopole public. On cite, à ce titre, le cas du monopole économique algérien.

Le monopole public algérien s'est toujours caractérisé par le fait que c'était l'État qui devait prendre en charge des tâches prioritaires que personne ne pouvait ou n'avait le droit de faire à sa place, telles que la réalisation des infrastructures économiques et sociales, leur gestion et leur exploitation et l'appropriation de toutes les activités qui leur sont rattachées. En plus, en Algérie comme presque dans tous les autres PVD<sup>1</sup>, l'État exerçait des rôles de puissance publique que personne ne pouvait exercer à sa place tels que la planification de l'économie, l'instauration de la réglementation, le contrôle par la fiscalité et le contrôle du commerce extérieur.

En ce sens, le monopole étatique du commerce extérieur en Algérie se manifestait dans le cadre d'un strict contrôle des échanges. Celui-ci, instauré parallèlement à l'étatisation de l'industrie, a entraîné pénuries et marchés noirs. Le commerce intérieur pour sa part, était contrôlé par des centrales d'achats; il était sujet à de fréquentes ruptures des stocks dans beaucoup d'organisations économiques du pays.

Au début des années 90, suite à la crise économique du pays, les institutions financières internationales, qui sont le FMI<sup>2</sup> et la Banque Mondiale, ont accepté d'accorder leurs prêts financiers à l'État algérien pour soutenir son économie en détresse, ceci à la condition de reformer son économie en adoptant des mesures macro-économiques stabilisatrices.

---

<sup>1</sup> PVD : Pays en Voie de Développement

<sup>2</sup> FMI : Font Monétaire International

La libéralisation commerciale était l'une des principales mesures macro-économiques prises dans cette perspective, et le commerce extérieur du pays fut alors concrètement libéralisé en 1995. (Nashashibi, K., et *al.* 1998).

Selon les écrits, l'ouverture commerciale n'est pas à elle seule un remède aux économies faibles. Cependant, il semble qu'elle soit une conséquence majeure du développement car il y a peu de pays qui se sont développés de manière durable sans que leurs économies ne soient ouvertes aux échanges internationaux.

Conformément aux apports théoriques sur la libéralisation commerciale dans les PVD, l'augmentation de l'offre des biens et services était l'un des effets le plus saillant sur les marchés libéralisés. Celle-ci s'est effectivement installée de façon importante et probablement incontrôlable dans certains secteurs économiques de ces pays.

Il est à noter que dans ce contexte, quel que soit le secteur d'activité, l'un des volets les plus affectés dans la gestion des organisations est celui des approvisionnements. Le mode d'acquisition des biens et services dans des marchés économiquement ouverts joue un rôle décisif dans le succès des entreprises et des institutions, qu'elles soient privées ou qu'elles demeurent étatiques après les réformes économiques. Les gestionnaires responsables des opérations d'approvisionnement doivent relever le défi de faire face aux pressions exercées par les facteurs de l'environnement internes et externes à leurs organisations sur leurs activités. Parmi ces pressions citons les nouvelles réglementations instaurées dans le cadre de l'ouverture des marchés et surtout le facteur «fournisseurs» qui a également un impact important dans ce cas.

Ces dirigeants des services d'approvisionnement ont également le défi d'adapter au maximum leurs ressources intellectuelles et financières aux nouvelles conditions des marchés afin d'assurer l'efficience et l'efficacité de leurs opérations d'achat ainsi que

d'assurer une gestion optimale de leurs activités internes en concordance avec les autres points de services dans leurs établissements. En d'autres termes, il s'agit d'assurer la bonne performance dans leurs activités d'approvisionnement, ceci inclut également une bonne gestion de leurs partenariats avec les fournisseurs privés sur des marchés rendus extrêmement concurrentiels par l'ouverture commerciale.

De façon générale, la compétition désormais accrue sur le marché, les nouvelles réglementations introduites dans le contexte de l'ouverture économique et la multiplication des besoins internes des établissements engendrent inévitablement des changements majeurs, des restructurations massives et des rationalisations de la part de ces institutions dans leurs propres services et activités d'approvisionnement.

Pour toutes ces raisons, nous avons choisi de poser notre attention sur le cas riche des institutions de santé. Leurs SA<sup>3</sup>, ayant décidé de relever le défi d'être à la hauteur de ces mutations des marchés, adaptent leurs expertises et leurs façons de faire aux nouvelles circonstances de l'environnement afin d'atteindre le niveau de performance requis pour le succès de leur mission de base qui est la gestion des approvisionnements en équipement et fourniture médicale.

Le présent document se divise en huit chapitres. Le premier chapitre traite de la présentation de la recherche; il présente la justification du thème de la recherche, la problématique managériale et les objectifs de la recherche effectuée. Le deuxième chapitre porte sur la revue de la littérature où une synthèse des grandes dimensions théoriques en rapport avec le thème de la recherche est présentée. Dans le chapitre trois, on expose le cadre conceptuel qui trace de façon précise l'orientation générale de notre analyse en se basant, toutefois, sur les apports abordés dans la synthèse de la littérature. Dans le chapitre quatre, on met au point la problématique de notre

---

<sup>3</sup> SA : Service d'approvisionnement

recherche en dressant clairement des questions et des propositions de recherche. Le cinquième chapitre comprend la description détaillée de la méthodologie entreprise pour effectuer la recherche. Une explication minutieuse de ses différentes composantes lui est réservée. Le chapitre six contient le traitement des résultats, en commençant par les résultats descriptifs et en passant ensuite à ceux issus des analyses tirées de l'application de notre méthodologie de recherche. Au chapitre sept, à base du contenu de l'ensemble de notre étude, on explique plus ou moins les limites de cette dernière, sa contribution en tant que travail de recherche, et on propose à la fois des avenues possibles que nous-mêmes, ou d'autres chercheurs, pourront entreprendre dans l'avenir. Enfin, le huitième chapitre comprend la conclusion générale qui récapitule l'ensemble des résultats par rapport à la problématique de base et clôture l'ensemble de l'étude.

# **1. PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE**

## **1.1 JUSTIFICATION DU THÈME DE LA RECHERCHE**

À partir de son indépendance au début des années 60, l'Algérie avait une économie marquée principalement par la nationalisation des secteurs clés et par la création d'entreprises publiques ainsi que la mise en place d'un processus de planification centralisée. Chaque entreprise publique avait son propre plan annuel. Les ministères concernés approuvaient ces plans et contrôlaient les importations. La fixation des prix de vente et les programmes d'investissement sur des périodes pluriannuelles étaient étudiés, approuvés et mis en œuvre par ces ministères.

Comme beaucoup d'autres pays en développement, l'Algérie adoptait des politiques économiques protectionnistes caractérisées par une stratégie de substitution aux importations. Ainsi, les secteurs économiques et socio-économiques algériens ont été, pour leur majorité, légalement ralentis par le monopole public.

Cependant, suite au choc pétrolier de 1986, et suite aussi aux périodes d'instabilité sociopolitique au début des années 90, le pays sombre dans une crise socioéconomique intense. C'est à ce moment là qu'il se rapproche du Fonds Monétaire International pour conclure un premier accord d'ajustement structurel, accord en vertu duquel le pays engage des réformes structurelles importantes qui lui permettent le passage à l'économie de marché. La composante principale de ces réformes était un programme de libéralisation commerciale accompagné d'une dévaluation monétaire (Nashashibi et *al.*, 1998)



Dès lors, l'Algérie a opté pour son intégration à l'économie mondiale à travers deux processus, à savoir l'ouverture de son commerce extérieur et son engagement dans le cadre des accords de commerces internationaux. Autrement dit, l'état engage un processus de « démonopolisation du commerce extérieur ». Ceci s'accomplit par une levée de toutes les barrières non tarifaires (suppression des listes de produits prohibés à l'importation et des autorisations préalables) et la simplification du tarif douanier en ramenant les taux des droits douaniers à des niveaux fixés nettement plus bas.

Aujourd'hui en Algérie, le commerce extérieur est entièrement libre et s'accomplit dans le respect des réglementations et des procédures bancaires et douanières<sup>4</sup>.

En ce sens, beaucoup de grandes entreprises du secteur public algérien se retrouvent dans un environnement en grande mutation. Les gestionnaires et les dirigeants de ces entreprises se voient devant l'obligation de changer leur mode de gestion et de l'adapter aux différentes nouvelles variables de l'environnement pour accomplir de façon adéquate leurs tâches.

On note que le contexte économique algérien, comme pour toutes les économies émergentes, est fondamentalement différent et souvent plus complexe que celui des pays dits « avancés » à cause de la forte dépendance des entreprises algériennes envers le marché international quant à l'accomplissement de certaines de leurs fonctions de base. Parmi les problèmes que cela soulève, citons la difficulté d'acquérir les matières et les produits nécessaires à leurs activités opérationnelles, autrement dit, la difficulté d'accomplir de la meilleure façon qui soit leur fonction d'approvisionnement en produits et fournitures qui proviennent des marchés étrangers.

---

<sup>4</sup> <http://www.mincommerce.gov.dz/?mincom=dgce>

La loi relative au monopole de l'État sur le commerce extérieur a été instaurée en 1968 puis mise à jour en 1988. Elle stipulait que tout approvisionnement en produits provenant d'au-delà des frontières pour le bénéfice des secteurs publics, en matières premières ou en produits finis, ne devait être effectué que directement par les services du secteur public concerné. Autrement dit, elle proscrivait formellement le recours à tout intermédiaire commercial comme les revendeurs, les distributeurs, les courtiers et les commissionnaires ou assimilés<sup>5</sup>. Le cas échéant, d'autres lois du code pénal seraient entreprises pour des fins de poursuites judiciaires. Les institutions de santé algériennes n'échappent pas à cette logique. Pendant les décennies 70 et 80, l'approvisionnement hospitalier algérien fonctionnait donc sous l'égide du monopole public.

L'étendu de cette période du monopole public sur des fonctions internes aux institutions, telle que l'approvisionnement hospitalier en fournitures médicales étrangères, a instauré un certain fait d'apprentissage et de routine de gestion chez les dirigeants dans leur mode de gestion et leur façon de faire avec les partenaires internationaux. Toutefois, on note que suite à la libéralisation du commerce extérieur appliquée en 1994 par l'abolition du monopole de l'État, ces centres hospitaliers, désormais laissés à eux-mêmes pour déployer leurs propres stratégies d'approvisionnement, se voient confrontés quotidiennement à cette question de plus en plus difficile à résoudre en raison de facteurs internes et externes. Les facteurs internes sont comme l'inexpérience et le manque des qualifications du personnel face à la nouvelle complexité de gestion, le manque de ressources financières et l'utilisation des systèmes d'information très mal adaptés. Citons parmi les facteurs externes les critères de sélection des fournisseurs multipliés sur le marché et de leur position monopoliste, la dépendance totale vis-à-vis du système bancaire et les ruptures fréquentes de l'approvisionnement perturbant le fonctionnement de l'hôpital.

---

<sup>5</sup> Loi n° 88-29 du 19 juillet 1988 relative au monopole de l'Etat sur le commerce Extérieur.

Les gestionnaires se retrouvent contraints de maîtriser ces variables internes et externes à l'organisation dont les retombées sont encore problématiques et fatales pour leurs stratégies d'opération.

C'est dans cet esprit que s'inscrit cette recherche. Nous avons choisi de l'orienter autour de la problématique générale de l'approvisionnement hospitalier en fournitures médicales en provenance des marchés étrangers. Le caractère distinctif de cette recherche est celui d'aborder la problématique sous l'angle de passage de la politique monopolistique de l'État à la libéralisation du commerce extérieur.

## **1.2 LA PROBLÉMATIQUE MANAGÉRIALE**

Le centre d'intérêt de cette recherche se situe dans la fonction d'approvisionnement des centres hospitaliers algériens en fourniture médicale face au passage à la libéralisation commerciale. Par conséquent, notre problématique managériale trouve son origine dans le champ de pratique d'un gestionnaire du service d'approvisionnement d'un centre hospitalier face aux enjeux, au poids et à l'ampleur de ses responsabilités dans ce nouvel environnement. L'objectif managérial que nous avons choisi se rapporte principalement à la performance de la fonction approvisionnement du centre hospitalier.

**Objectif managérial :** Assurer et améliorer la performance du processus d'approvisionnement en fourniture médicale dans un centre hospitalier algérien dans la nouvelle conjoncture de libéralisation commerciale.

Les gestionnaires du service d'approvisionnement se voient alors devant la charge de résoudre le problème managérial suivant :

**Problème managérial :** Dans le nouveau contexte du marché ouvert et de l'élargissement de l'offre, comment assurer et améliorer la performance de l'approvisionnement en fournitures médicales dans un centre hospitalier algérien ?

Il est certain que la maximisation de la performance dépend majoritairement des compétences dont disposent les gestionnaires du service d'approvisionnement. Mais il est important de signaler qu'actuellement cette fonction se pratique dans un contexte différent de celui de l'ère du monopole public, et pour répondre efficacement à leur problématique managériale, ces dirigeants doivent, tout en tenant compte des nouveaux défis de la libéralisation commerciale, ajuster leurs choix stratégiques pour réaliser efficacement leur mission d'assurer, en temps et lieux, et à coût économique acceptable, les produits médicaux indispensables au fonctionnement de leur centre hospitalier.

### **1.3 LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

Pour établir des bases de réponse à la problématique managériale décrite ci-dessus, notre recherche s'est engagée vers deux objectifs principaux (OR) :

OR1 : Comprendre l'évolution du processus d'approvisionnement en fourniture médicale en passant du monopole Étatique à la libéralisation du commerce extérieur.

OR2 : Vérifier les effets de la libéralisation commerciale sur la performance de l'approvisionnement en fourniture médicale.

Nous visons alors à distinguer les éléments qui caractérisent le changement du processus d'approvisionnement suite à l'ouverture commerciale, comme nous cherchons également à évaluer les impacts de cette ouverture commerciale sur la performance de ce processus.

Ainsi, dans le cadre de notre problématique on peut discerner deux tendances théoriques principales : les échanges commerciaux internationaux qui font référence à la libéralisation commerciale et la logistique hospitalière. On traitera chacune dans la revue de la littérature que l'on retrouve dans la section qui suit.

## **2. REVUE DE LA LITTÉRATURE**

### **2.1 LA LIBÉRALISATION COMMERCIALE ET LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT**

Les deux dernières décennies ont été marquées par des multiples efforts de la part des pays en voie de développement pour la libéralisation de leurs économies. Le but essentiel de vouloir libéraliser leur commerce extérieur n'est autre que leur intégration dans l'économie mondiale. Dans la plupart des cas, ces efforts se sont reposés sur trois axes importants en matière de politique économique, à savoir : l'adoption des Programmes d'Ajustement Structurel (P.A.S), l'adhésion à l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) et la signature des Accords de libre-échange (A.L.E) avec les pays industrialisés. Cette libéralisation des échanges a changé le cours économique et social de plusieurs de ces pays.

#### **2.1.1 LES EFFETS DE LA LIBÉRALISATION COMMERCIALE SUR LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT**

Nous allons ici appréhender les divers effets principaux d'ordre économique et managérial de cette mesure importante sur les économies en développement, soit des effets qui relèvent du plan macroéconomique ou microéconomique.

##### **2.1.1.1 ÉTUDES MACROÉCONOMIQUES**

Les effets de la libéralisation commerciale sur les pays en développement ont été abondamment étudiés au cours des dernières années. Suite à la croissance économique expérimentée par les pays asiatiques au cours des années 60 et 70, la mise en place de programmes de libéralisation commerciale dans les autres pays en

développement est devenue prioritaire et essentielle pour une majorité d'économistes. Devant ce courant dominant et les opportunités proposées par les organisations internationales, la majorité de ces pays qui avaient jusqu'alors adopté des politiques économiques protectionnistes et de substitution aux importations, ont mis en place des programmes d'ouverture commerciale. Les effets de ces programmes restent toujours un sujet controversé. D'une part, certaines études, et qui sont les plus nombreuses, ont démontré clairement l'influence positive de la libéralisation commerciale sur la croissance des variables économiques tels que la productivité et l'emploi, voire la croissance économique en général (Krueger, 1978; Rodrik 1995; Santos-Paulino 2005; Navaretti et *al.*, 2002). D'autre part, les résultats décevants de nombreux pays, particulièrement en Afrique subsaharienne, ont remis en question certaines politiques de libéralisation mises de l'avant au cours des années 80 dans le cadre des programmes d'ajustement structurel (Stiglitz 2004 ; Chossudovsky, 2004).

Dans sa revue de littérature sur l'industrialisation et le commerce international, Rodrik (1995) identifie 4 principaux arguments en faveur de la libéralisation commerciale.

#### 1) Meilleure allocation des ressources

En permettant une meilleure allocation des ressources, la libéralisation commerciale réduit les inefficacités statiques. Elle permet aux firmes d'être plus concurrentielles et leur fournit des incitatifs pour accéder aux marchés locaux et internationaux. Les entreprises non efficaces doivent baisser leurs coûts et améliorer leur productivité pour éviter de se retrouver dans le secteur informel. Krueger (1978) appuie fortement cette argumentation sur l'allocation des ressources en ajoutant que l'inefficacité statique est au cœur des préoccupations des nouveaux investissements pour que ces derniers soient initialement efficaces sur les marchés locaux.

## 2) Progrès technologiques et augmentation de la productivité

La libéralisation commerciale encourage le développement industriel, les progrès technologiques et la croissance économique. L'auteur explique que l'effet théorique de la libéralisation commerciale sur la productivité est positif. Ceci rejoint l'accord de la majorité des autres auteurs sur l'importance de la diffusion des connaissances technologiques comme source de la croissance de la productivité. Tybout (2000) mentionne que pour les économies en développement, de façon générale, la libéralisation commerciale facilite le transfert des technologies à travers les liens commerciaux et les relations d'affaires avec les clients internationaux, également par l'importation des technologies étrangères et par la concurrence avec les firmes internationales.

Plusieurs auteurs tels que Rodrik (1995) et Tybout (2000) ont montré que la libéralisation commerciale a un effet positif sur la croissance de la production. Rodrik (1995) et Santos-Paulino (2005) notent que la majorité des études empiriques ont eu des résultats comparables au sujet des effets positifs de la libéralisation commerciale sur la productivité.

## 3) Réponse aux chocs externes

Chacune des économies ouvertes ou protectionnistes est susceptible de faire face à d'importants chocs externes. Sur ce point, Balassa (1971), démontre suite à une étude très détaillée sur le secteur manufacturier de la Norvège, de l'Argentine et du Chili, que la libéralisation commerciale, bien qu'elle n'empêche pas les firmes d'être affectées par des chocs extérieurs, donne des outils, en particulier par ses incitations à l'exportation, pour traverser plus aisément les crises économiques. L'auteur a procédé à l'étude de plusieurs cas de pays en développement qui pratiquent différentes politiques de développement macro-économiques. Il affirme que les pays qui



travaillent pour promouvoir continuellement leurs exportations, contrairement à ceux qui ont une politique protectionniste, ont vu leur part de marché mondiale augmenter en pleine conjoncture de crise économique globale. L'auteur conclut que ce sont ces pays en particulier qui tirent, dans certains cas, bénéfices des crises économiques. Sachs (1985) confirme les résultats de Balassa qu'il illustre avec une analyse comparative des pays asiatiques et sud-américains, alors que certains pays asiatiques n'ont pas soufferts des problèmes d'endettement suite au choc du début des années 80 parce que ces pays, contrairement au pays d'Amérique du Sud, étaient fortement présents sur les marchés de l'exportation.

#### 4) Diminution des rentes économiques

Plusieurs pays, qui ont leurs industries sous une stratégie de substitution aux importations, retirent des rentes économiques anormalement élevées (Krueger, 1974). La libéralisation commerciale cause une diminution des rentes de certaines firmes à cause des prix qui baissent et des économies d'échelles que les firmes locales réalisent en ayant accès à un marché plus large.

Une étude du FMI montre que dans le contexte de certains secteurs économiques tel que celui de l'agriculture, les pays en développement sont les plus bénéficiaires de la libéralisation commerciale par rapport aux pays industrialisés. L'argument est que même si l'accès amélioré aux marchés des autres pays présente des avantages, c'est la libéralisation de leur propre marché qui est le plus profitable. Pour les pays industrialisés, les principaux avantages proviendraient de la libéralisation de leurs marchés agricoles. Les pays en développement gagneraient tout autant à libéraliser leurs industries de transformation et leur agriculture. Cependant, le groupe de pays à faible revenu bénéficierait le plus de la libéralisation des marchés agricoles que les pays industrialisés, en raison de l'importance relativement plus grande de l'agriculture dans ces pays (FMI, 2001).

Cependant, la libéralisation commerciale ne fonctionne pas en vase clos et d'autres politiques doivent l'accompagner pour obtenir des résultats optimaux. Krueger (1998) mentionne que la détermination du taux de change est une composante essentielle pour y arriver. Sous une stratégie de substitution aux importations, les firmes n'ont pas librement accès aux devises étrangères, mais suite à la libéralisation commerciale, elles peuvent les transiger librement au taux de change nominal. Par conséquent, un mauvais ajustement du taux de change peut créer des déséquilibres résultant en des fluctuations non voulues de la valeur de la monnaie et même une réimposition de certains tarifs. Une mauvaise adéquation du taux de change était la cause principale de l'échec de l'ouverture commerciale des Philippines à la fin des années 50 (Krueger, 1978)

Krueger (1998) ajoute en ce sens que les réformes fiscales et l'abolition du contrôle des prix accompagnent généralement les politiques de libéralisation commerciale de façon à diminuer les avantages fournis en trop à certaines industries et de façon à se rapprocher des prix internationaux. D'autres facteurs contribuant aux succès de la libéralisation ont été abordés également par une étude de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE, 2001). L'étude évoque les analyses de Rodrik (1995) qui rappellent que l'investissement est en tête des raisons du miracle asiatique où l'ouverture commerciale a affiché son plus grand succès. Ceci s'explique par de fortes incitations à investir, augmentant à la fois la demande d'importation de biens d'équipement et l'offre de biens d'exportation permettant de les payer.

Selon l'étude, Rodrik (1995) a élargi son argumentation en allant de l'investissement aux conditions politiques et sociales. Il explique que la variable critique qui fait la différence entre les pays à forte croissance et les pays à faible croissance est leur capacité à gérer les tensions et les conflits. Les institutions qui gèrent les conflits sont fortes dans la majorité des pays en développement comme chez leurs partenaires

industrialisés, et à l'évidence, ces institutions pourraient avoir une interaction forte avec l'ouverture, car celle-ci représente une source importante de changement; en fait, elle est tributaire du changement pour déployer ses effets positifs. Autrement dit, une ouverture réussie pourrait nécessiter un bon mécanisme de résolution des conflits.

Berthélemy et *al.* (1997) concluent, avec des études purement économétriques réalisées au centre de développement de l'OCDE, que l'éducation également est un facteur qui favorise la libéralisation des échanges pour aller jusqu'au bout de ces réussites. Cette recherche confirme ces résultats en se basant sur l'étude d'un échantillon comprenant 83 pays et six périodes entre 1960 et 1990. Elle suggère que la contribution de l'éducation à la croissance dépend du taux d'ouverture commerciale. Ce résultat peut s'expliquer par la variation, liée d'une part aux changements de la demande de capital humain induits par les échanges et d'autre part aux changements de l'offre relative de facteurs et de la rémunération des facteurs qui sont amplifiés dans les économies fermées. Les distorsions qui en résultent dans l'affectation du capital humain aux diverses activités économiques sont susceptibles d'influer sur le taux de croissance. Les auteurs mentionnent dans leur étude ce qui suit :

*«En ouvrant leur économie, les pays en développement peuvent tirer pleinement partie de leurs dotations en capital humain lors du processus de convergence. En revanche, en présence d'un régime commercial fermé, il y a peu de chances pour qu'un niveau d'éducation élevé suffise, seul, à amorcer un processus de convergence. Lorsque la transmission des connaissances susceptibles d'être acquises est freinée par les barrières commerciales, la productivité marginale du capital humain dans le processus d'apprentissage est susceptible de diminuer, d'où un taux de convergence relativement faible»*

### 2.1.1.2 ÉTUDES MICROÉCONOMIQUES

La majorité des auteurs mentionnés jusqu'à présent se réfèrent aux études macroéconomiques pour évaluer le constat positif de la libéralisation commerciale sur la croissance économique et la productivité dans les pays en développement. En fait, il y a peu d'études microéconomiques sur le sujet compte tenu du manque remarquable de données précises sur les performances des firmes dans ces pays. On attribue particulièrement ce manque de données à la faiblesse accentuée des systèmes d'information mis à leur disposition.

Les recherches existantes se sont essentiellement penchées sur la relation entre la libéralisation commerciale et certains indicateurs de performance tels que les profits, l'efficacité technique et la productivité (Tybout, et *al.* 1991 ; Navaretti, et *al.* 2003).

Malgré les difficultés méthodologiques dans ces études, El-Agraa (1989) a pu relever des impacts positifs internes en faveur de la libéralisation commerciale à l'égard des entreprises des pays en développement. Il avance que dans des industries installées suite au libre échange, telles que celles produisant les pièces de rechange et les accessoires pour produits finis, les entreprises assistent à une efficacité plus grande dans la production, rendue possible par l'accroissement de la spécialisation en accord avec la loi de l'avantage comparatif. El-Agraa continue à expliquer que des changements affectant à la fois la valeur et la quantité des facteurs de production surviennent suite à des avancées technologiques, ce qui génère des économies externes qui influencent les structures des coûts internes de certaines entreprises locales. Il ajoute que des niveaux de production plus élevés, dus à une meilleure exploitation interne des économies d'échelles, sont rendus possible par un agrandissement de la demande dans les marchés que ces entreprises desservent.

Les économies d'échelle sont sans doute l'argument le plus souvent présenté concernant ce sujet. Ce qui a été avancé par El-Agraa sur ce point est appuyé par les

apports de Rollet (1987) quand il affirme que l'ouverture des frontières consécutive à la participation des pays dans le libre échange favorisait, grâce à l'élargissement des marchés desservis, l'exploitation des économies d'échelles conduisant ainsi à une réduction des coûts de production et à une plus grande efficacité de l'appareil productif des entreprises. L'auteur explique, en allant plus profondément dans des analyses microéconomiques, que l'élargissement des marchés, suite aux libéralisations commerciales mondiales ou du moins régionales, permet d'exploiter ce qu'il appelle «les économies de dimension» et d'être à la source des gains de productivité. Ces économies apparaissent bien entendu au niveau des unités techniques de production. Pour chaque activité existe une taille minimale d'efficacité où il est possible de réduire substantiellement les coûts de production et d'accroître les gains de productivité grâce à l'augmentation des unités et à l'allongement des séries de production. Il ajoute que l'augmentation de la taille des entreprises, qui en résulte, accroît les possibilités d'accès aux marchés des capitaux ainsi que les possibilités de réaliser des économies sur leur approvisionnement en matières premières et en consommations intermédiaires. L'auteur soutient son point de vue en expliquant qu'à tout ceci s'ajoute les effets d'apprentissage «learning by doing» et les économies d'échelles dynamiques puisque le développement de la production permet progressivement l'acquisition de connaissances agissant directement sur la productivité.

Krueger (1978) identifie quant à lui quatre effets de la libéralisation commerciale qui se dévoilent directement sur les marchés locaux : 1) un degré plus élevé des capacités d'exploitation et d'utilisation des marchés; 2) une disponibilité plus importante de la main-d'œuvre qui accompagne l'ouverture; 3) les corporations industrielles qui produisent davantage d'offres d'emploi; et 4) la concurrence qui en résulte sur les marchés domestiques et qui mènent à une croissance rapide des principaux facteurs de productivité.

Distinctement des auteurs cités, Krueger (1978) finit par aborder le secteur des services, un secteur que vraisemblablement les études sur la libéralisation commerciale n'ont pas beaucoup traité. Il explique que si les services sont moins importés que les biens tangibles, l'importance des niveaux d'importation et l'établissement de l'offre étrangère dans les autres secteurs pourrait libérer les ressources qui trouveraient alors l'emploi dans le secteur des services.

### **2.1.1.3 DÉBAT ET ÉTUDES CRITIQUES**

Malgré tous les faits abordés et qui permettent d'affirmer que la libéralisation commerciale est profitable pour les pays les moins développés, elle soulève cependant chez eux des préoccupations qu'il convient de prendre en compte.

Winocur (2000) a effectué une étude sur la zone de libre échange des Amériques qui implique l'échange commercial entre des pays dont la plupart sont en voie de développement et où participent également les États-Unis et le Canada. Selon ses constatations, la libéralisation du commerce dans ces contextes intra-continentaux pourrait entraîner des coûts élevés d'ajustement et la nécessité d'accélérer la reconversion industrielle. L'auteur explique que, pour les pays de cette région, ces coûts peuvent être d'autant plus élevés que les tarifs douaniers sont hauts, que les structures de prix sont différentes et que les marchés financiers et de travail sont segmentés. Par ailleurs, le risque de faillite menace plusieurs entreprises dans le secteur de l'agriculture à cause de la suppression des subventions gouvernementales après que ce secteur soit libéralisé. De plus, la même étude mentionne qu'un risque majeur de déréglementation et d'instauration de règles plus strictes dans le secteur du travail pourrait survenir suite à la nécessité de changer certaines politiques internes sur les règlements de ce secteur.

Une étude du FMI (2006), faite sur l'intégration des pays pauvres dans le système commerciale mondial, appuie celle de Winocur. Elle souligne qu'en plus des

problèmes touchant les agriculteurs et les ouvriers suite à l'ouverture commerciale, ces pays craignent les conséquences qui pourront avoir lieu sur la balance des paiements, les comptes budgétaires et les termes de l'échange. Leurs craintes concernent principalement les points suivants: la baisse éventuelle des recettes d'exportation si l'érosion des préférences met celles-ci en concurrence avec les produits exportés par des producteurs à moindre coût, la perte de recettes publiques en cas d'élimination des tarifs douaniers sur les importations et enfin la hausse des prix mondiaux des produits alimentaires importés si les subventions agricoles sont supprimées, ce qui conduisait justement à la faillite des entreprises locales tel qu'il a été commenté par Winocur (2000).

Bouzidi (2007) ajoute qu'une simple libéralisation du commerce extérieur sans préparation sérieuse va avoir pour les pays du sud des effets budgétaires désastreux. Il nous fait comprendre qu'avec la diminution des tarifs douaniers et le démantèlement tarifaire que préconisent les institutions financières et commerciales internationales, les recettes fiscales générées par le commerce extérieur, qui représentent 30% des recettes de l'État dans les pays du Sud contre 1% au Nord, vont considérablement diminuer. Ces baisses des recettes fiscales qui font suite à la libéralisation commerciale représentaient pour un pays tel que l'Algérie 100 milliards de dinars par an (1,5 milliard CAD). L'auteur souligne les répercussions de l'ouverture à la concurrence des produits industriels européens par les pays du Maghreb. Ces derniers pouvaient perdre une moyenne annuelle de 1,7% de leur PIB suite à l'entrée des produits européens.

Malgré l'aspect économique des études qu'on vient d'aborder, on note que la plupart des écrits critiques sur la libéralisation commerciale penchent davantage sur les dimensions sociales dans les pays en développement. À la fin des années 90, les politiques d'ouverture commerciales ont été contestées en raison de leurs impacts sociaux dans ces pays. En conséquence, un courant alter mondialiste se structure, et

au cœur des débats se retrouvent des questions telles que l'impact de ces réformes sur la pauvreté des populations, les inégalités sociales, la distribution du revenu et les répercussions sur le marché de travail. Ces débats sont très importants pour les pays en développement puisque les luttes contre la pauvreté et les déséquilibres sociaux sont au centre des préoccupations des politiques publiques.

Stiglitz (2004) critique profondément la libéralisation commerciale gérée par le FMI. Il avance que celle-ci ne peut être bénéfique que si elle est réalisée correctement. Dans son ouvrage, il affirme que cette mesure en particulier rend très facile la destruction de l'emploi quand les industries inefficaces dans ces pays disparaissent sous la pression de la concurrence internationale et ceci conduit à la paupérisation des populations. Stiglitz critique également le traité du commerce inégal qui a tant été jugé comme facteur majeur de l'échec de l'ouverture commerciale dans plusieurs pays en développement. Ceci consiste en l'exigence par les pays du nord de libérer le commerce des produits qu'ils exportent, alors que, simultanément, ils continuent à protéger chez eux les secteurs que la concurrence des pays en développement aurait pu menacer.

En ce sens, Chossudovsky (2004) rejoint Stiglitz dans son opinion et avance qu'en réalité le libéralisme se dote d'une face dangereusement cachée qui est la cause de l'appauvrissement des peuples en Afrique, en particulier ceux de la région Est du continent. Il explique que plusieurs de ces pays se sont vus obligés par leurs créanciers occidentaux de libéraliser leur commerce extérieur et de privatiser à grand échelle la majorité de leurs services publics, leurs institutions financières ainsi que leurs exploitations agricoles et les usines appartenant à l'État. Ces mesures ont mené aux licenciements de fonctionnaires, notamment d'enseignants et de travailleurs de la santé, au gel des salaires et à la révision du droit du travail afin de permettre aux entreprises de l'État de se débarrasser des travailleurs en surnombre. Cette situation dans les pays d'Afrique de l'Est a conduit à la généralisation de la corruption et à



l'achat des actifs de l'État par des intérêts étrangers. De tout ceci il en résulte que les conditions sociales et économiques se détériorent. Chossudovsky explique en plus que pour certains pays l'ouverture commerciale nuit aux secteurs clés de leurs économies. Dans le secteur des céréales, la libéralisation du marché a eu pour effet de déstabiliser l'économie paysanne et de détruire la sécurité alimentaire. L'argument est que, suite au "dumping" des excédents céréaliers de l'Union européenne et des États-Unis sur les marchés intérieurs de ces pays, la faillite est le sort de milliers d'agriculteurs et, qu'en quenséquence, la famine frappe des millions d'habitants.

Les apports de Stiglitz et Chossudovsky sont appuyés par ceux de Daugareilh et Sindzingre (2001). Dans leur recherche publiée par le Conseil économique et social des Nations Unies, ils rappellent à leur tour les effets négatifs des réformes liées à la libéralisation, soit des effets sociaux en matière de conditions de vie. L'ouverture contribue à l'accroissement des taux de pauvreté et elle induit au moins des poches de pauvreté dans les secteurs d'activité ne bénéficiant pas de l'augmentation de la demande internationale créée par l'ouverture commerciale. Les auteurs ajoutent aussi que la libéralisation a également des effets sur la distribution des revenus, et même si elle génère des gains pour les économies au niveau agrégé, elle peut accroître les inégalités.

Le marché du travail n'échappe pas à cette logique. Daugareilh et Sindzingre (2001) expliquent encore que les réformes de l'ouverture commerciale peuvent négativement affecter les prédictions positives des théories traditionnelles du commerce international. Leur point de vue est que ces mesures condamnent les activités auparavant protégées par leurs États et s'avérant non compétitives, et donc détruisent des emplois et sont génératrices de chômage. Cette situation s'applique dans de nombreux secteurs industriels des pays d'Afrique subsaharienne qui se sont vus incapables de faire face à la concurrence internationale lors des premières réformes pendant les années 80.

Notre survol de la littérature montre que la majorité des études réalisées portent essentiellement sur le plan macroéconomique et moins sur le plan microéconomique des entreprises. De plus, peu d'études ont été faites spécifiquement autour des impacts de l'ouverture commerciale sur certaines fonctions internes des entreprises, telle que l'approvisionnement. C'est pour cette raison que notre recherche trouve son origine essentiellement dans le manque d'écrits qui entoure la problématique de l'approvisionnement sous l'ombre d'une libéralisation commerciale nouvellement adoptée.

## **2.2 L'ALGÉRIE ET LE FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL**

Avant d'entamer la présentation de l'ensemble des rapports de l'État algérien avec le Fonds monétaire international, nous dresserons un bref portrait sur la gestion politique de son économie. Nous sillonnerons son histoire en passant de la nationalisation des hydrocarbures à l'industrialisation du pays, à la création du monopole public, à la crise économique, aux réformes structurelles et enfin à l'amélioration progressive de l'économie.

### **2.2.1 LA GESTION POLITIQUE DE L'ÉCONOMIE ALGÉRIENNE**

Les années de la crise socio-politique et économique qu'a vécu l'Algérie pendant les deux dernières décennies ont suscité plusieurs analystes algériens et étrangers à étudier l'évolution des situations sociales, politiques et économiques du pays.

Chaib-Chérif (1998) explique comment, au début de l'indépendance, l'économie algérienne était basée essentiellement sur l'agriculture avant que le pétrole ne devienne la principale ressource du pays. L'économie de ce dernier s'est en effet basée sur les rentes pétrolières après la nationalisation des hydrocarbures en février 1971. Cet événement historique pour les algériens a donné lieu, dans les dix années suivantes, aux premiers plans de développement qui se sont concentrés principalement sur l'industrie, l'urbanisation, l'éducation et la santé. Cependant, la nationalisation des hydrocarbures et l'étatisation des rentes pétrolières ont conduit à l'élaboration d'une stratégie de commerce extérieur profondément critiquée. Blin (1990) estime que les richesses naturelles faisaient de l'Algérie un pays économiquement très extraverti<sup>6</sup> qui orientait ses richesses vers les marchés de

---

<sup>6</sup> Extraversion : c'est le fait pour une économie d'être principalement orientée vers l'extérieur pour son approvisionnement, et presque toujours pour l'écoulement de certains de ses produits, à cause du manque d'intégration intra-sectorielle (Blin, 1990).

l'exportation aux pays développés. L'auteur décrit cette situation d'enclave pétro-exportatrice qui domine l'économie du pays et qui renforce son extraversion au lieu de la modérer. Il continue à critiquer fortement cette stratégie en soulignant qu'elle alimente la dépendance économique aux pays industrialisés en payant les importations de leurs productions avec les rentes des mêmes exportations d'hydrocarbures qui leurs sont destinées, soit un cercle vicieux qui ne fait que renforcer la domination de ces pays industrialisés. Hireche (1989) justifie tout de même cette stratégie d'extraversion de l'économie algérienne, car elle nous fait comprendre que même si les richesses n'étaient pas destinées pour la transformation industrielle locale, elles servaient directement au financement de l'industrialisation du pays à partir de leurs rentes. En ce sens, Hireche (1989) explique également que le processus d'industrialisation algérien après l'indépendance a été essentiellement orienté vers l'implantation prioritaire d'industries de base, soient, la sidérurgie, la chimie, l'extraction minière, les matériaux de construction, l'électronique et l'énergie.

Sadi (2005) appuie les affirmations de Hireche (1989) et affirme que le plan algérien de développement était effectivement basé sur l'industrialisation dans le but d'appliquer une stratégie de substitution aux importations. Cette dernière repose sur des politiques visant à développer les industries locales afin de limiter la dépendance économique.

Le plan d'industrialisation économique est par ailleurs à l'origine de la naissance du secteur public algérien. Sadi (2005) souligne que suite à cette stratégie économique, et devant l'absence et l'insuffisance du capital privé, le gouvernement en vigueur a multiplié la création d'entreprises publiques qui dominent les industries lourdes et irriguent à travers leur production l'ensemble de l'économie, créant ainsi un vrai capitalisme d'état qui se maintient depuis une trentaine d'années.

Le monopole public algérien a contrôlé le secteur industriel sous la forme juridique de grandes entreprises nationales, ainsi que le secteur des services sous la forme de sociétés nationales. Avec un système de gestion centralisé et planifié, l'état s'est assigné à travers de nombreux ministères le rôle de régulateur, de créateur de richesses et de principal employeur (Sadi, 2005). Il contrôle également le secteur de la distribution intérieure qui concerne autant les produits d'importation que les produits fabriqués par le secteur industriel public; une partie de la distribution de détail est toutefois cédée aux petits distributeurs privés (Benissad, 1979). Selon Belmihoub (2005), ces décennies algériennes se caractérisaient par la forte domination de l'administration publique. Il décrit comment l'ensemble des institutions publiques n'était pas de nature à favoriser l'esprit d'initiative ni à imposer un défi pour l'amélioration continue de la qualité des services offerts à la population.

Le secteur public détenait ainsi les industries lourdes de base et contrôlait également l'importation des industries petites et légères. Benhouria (1980) qualifie l'Algérie, pendant ces années fastes du monopole public, de marché d'exportation en continuelle expansion pour les pays industrialisés à cause de sa capacité de paiement favorisée par les rentes d'hydrocarbures. Selon l'auteur, ces rentes ont été également orientées de façon massive pendant les années 70 vers l'approvisionnement du besoin en technologies modernes et de pointe à l'usage des industries nationales déjà établies. Ce transfert technologique ne pouvait être satisfait que par les grandes firmes du monde occidental. En ce sens, les principaux pays exportateurs vers l'Algérie pendant cette période d'industrialisation étaient principalement l'Allemagne, l'Italie, la Grande Bretagne, le Japon, l'URSS, les États-Unis et le Canada pour les produits agricoles, mais la France restait la puissance industrielle dont l'économie algérienne dépendait le plus (Kramer et Fauerbach, 1978).

Chaib-Cherif (1998) élucide de façon globale l'échec du modèle d'industrialisation adopté par l'Algérie qui n'est apparu qu'en l'année 1986. Il explique que les rentes

d'hydrocarbures étant les seules sources pour supporter les industries nationales et les importations, cela laissait l'économie du pays assujettie aux prix internationaux du pétrole d'autant plus que les secteurs hors énergie ne représentaient que 5% des exportations totales. Selon l'auteur, cette inefficacité et cette forte dépendance ont fait subir à l'économie du pays des profondes répercussions suite aux chocs, pétrolier et financier, survenus en 1986. Quand le prix du pétrole a considérablement baissé de 26 \$ à 12 \$, cela faisait chuter les recettes d'exportation de 10,16 milliards de dollars en 1985 à 7,8 milliards de dollars en 1986. Et également, quand il y a eu la forte hausse des taux d'intérêt réels sur le marché financier international, cela a alourdi considérablement le coût de la dette extérieure publique du pays.

Ce n'est que suite à ces conditions de crise que les pouvoirs publics, afin de soutenir l'économie fragilisée du pays et réanimer leur plan d'industrialisation, ont eu recours aux crédits des institutions financières internationales (Chaib-Cherif, 1998). Les accords «stand by» et le programme d'ajustement structurel<sup>7</sup> se réalisent alors avec le Fonds monétaire international et la Banque mondiale. Le P.A.S visait principalement la croissance économique en mettant en oeuvre la libéralisation commerciale, la réduction du chômage, la convergence de l'inflation, la restructuration des entreprises publiques et la restauration de la viabilité de la balance de paiement en assurant des niveaux adéquats en réserves étrangères. Ces mesures ont été programmées sous l'angle important d'affaiblir les coûts traditionnels du P.A.S sur les segments les plus vulnérables de la population (Nashashibi et *al.*, 1998)

La libéralisation commerciale était l'une des mesures les plus significantes sur laquelle se basaient les accords du gouvernement algérien avec les organisations internationales, essentiellement avec le FMI. Sur le plan économique, Zabouri (1994) précise que la libéralisation du commerce extérieur algérien s'est reposée

---

<sup>7</sup> On utilisera ci-après la notion de «P.A.S» pour désigner le programme d'ajustement structurel.

essentiellement sur trois processus, soient, le désengagement de l'État de la gestion des entreprises à travers notamment une réduction sensible du secteur public, le démantèlement des monopoles économiques et la séparation des leviers de régulation administrative fiscal et monétaire. Sadi (2005) souligne que dans le cas algérien, la privatisation des entreprises publiques était la forme importante de toute politique de désengagement de l'État. Effectivement, dans les mesures prises, il y a d'abord eu l'instauration d'un cadre légal pour la privatisation des entreprises publiques. Nashashibi et *al.* (1998) expliquent que cette mesure de taille consistait à autoriser légalement la vente des entreprises publiques et de privatiser les capitaux et les quotes-parts. Cette mesure s'appliquait aussi à celles qui ne pouvaient être vendues totalement à un niveau supérieur à 49%. Les auteurs précisent qu'entre 1994 et 1997, on a enregistré la liquidation de 827 des 1300 entreprises publiques locales qui étaient jugées non fructueuses. Ils soutiennent encore qu'afin de baisser la dépendance économique aux exportations des hydrocarbures, l'État a effectivement renoncé à 50% des restrictions sur les exportations en dehors des hydrocarbures et il a également procédé à la libéralisation des importations des équipements industriels et professionnels usagés et à l'élimination des exigences sur les importations de certains biens qui étaient soumis à des contrôles douaniers renforcés.

En effet, il faut admettre que depuis la fin des années 90 des résultats économiques positifs ont été enregistrés et sont probablement imputables à la politique de stabilisation macroéconomique opérée : une reprise de la croissance et une maîtrise de l'inflation a été notée, le solde budgétaire est passé de déficits à excédents d'une année à l'autre et le solde extérieur courant est marqué par une évolution favorable au cours des années (Nashashibi et *al.* 1998). La réserve officielle de change atteint les dix milliards de dollars en 2000 pour passer à quatre vingt milliards de dollars à la fin 2006, soit un niveau record entraîné principalement par la baisse du volume de la dette extérieure, par la stabilisation du dinar algérien et évidemment par

l'augmentation en valeur des exportations des hydrocarbures au courant des dernières années<sup>8</sup>.

Il faut cependant noter que, malgré les effets positifs des mesures de stabilisation et d'ouvertures commerciales réalisées, plusieurs études, telle que celle du Conseil National Économique et Social (CNES, 1999), soulignent les effets négatifs que le P.A.S des institutions financières internationales a causé sur le plan social en Algérie.

Mais, suite aux progrès économiques continues, à la stabilisation sociale progressive et à l'amélioration remarquable de la perception internationale de son niveau du risque socio-économique, l'Algérie opère actuellement des accords de coopération économique importants avec l'ensemble de l'Union Européenne et négocie depuis des années son intégration à l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

### **2.2.2 L'ALGÉRIE ET LE FMI : DATES ET CHIFFRES**

Les conditions difficiles que vivait le pays se sont amplifiées lors de la nouvelle chute des prix du pétrole en 1994. De plus, les impacts du conflit civil croissant que le pays vivait pendant cette période ont conduit l'économie au bord d'une crise de balance des paiements. Aussitôt, en réponse à cette situation, les autorités qui étaient pendant longtemps réfractaires à l'idée de passer toute sorte d'accord soit pour de nouveaux endettements soit pour le rééchelonnement des anciens, ont eu recours finalement, en mai 1994, au soutien financier du Fonds Monétaire International en acceptant un programme d'ajustement structurel qui visait une transformation radicale du mode de fonctionnement de l'économie algérienne.

---

<sup>8</sup> [www.algerie-dz.com/article7242.html](http://www.algerie-dz.com/article7242.html)



Un accord « Stand by » a d'abord été conclu en mai 1994. Il sera suivi d'un autre accord portant sur trois ans et contenant les grandes mesures que devaient prendre les autorités algériennes pour opérer la restructuration économique. L'accord «stand by», d'une durée d'un an (mai 1994-avril 1995), consistait en l'application d'un programme de stabilisation économique pour l'amélioration de la croissance et la réduction du chômage. Pour soutenir ce programme, le FMI avait accordé, en mai 1994 un prêt de 457 millions de DTS<sup>9</sup> (environ 701 millions \$US) (FMI, 2006). Ce premier accord a été élaboré en tenant compte des contraintes essentielles de l'économie algérienne, qui sont le poids excessif de la dette extérieure et les déséquilibres financiers internes et notamment le déficit du trésor (FMI, 2006).

La seconde étape de l'ajustement structurel était marquée par l'accord signé avec le FMI le 22 mai 1995 portant sur un crédit total d'environ 1 169,28 millions de DTS, (environ 1 795 millions \$US) au titre du mécanisme élargi de crédit (FMI, 1995). Ce crédit sera décaissé sur trois ans (1995-1998) à l'appui d'un programme gouvernemental de réformes et d'ajustement structurels. Il vise dans ses grandes lignes le rétablissement des équilibres macro-économiques. On note que ce nouvel accord de mai 1995 a permis un second rééchelonnement de la dette algérienne auprès du Club de Paris en juin 1995 et auprès du Club de Londres en mai et juillet 1996.

Le 26 juin 1996, le FMI approuve encore un crédit à l'Algérie qui équivalait à 174,62 millions de DTS (près de 252 millions \$US) dans le cadre de la facilité de financement compensatoire des imprévus (CCFF)<sup>10</sup>. La situation était causée par un

---

<sup>9</sup> Le droit de tirage spécial (DTS) est un avoir de réserve internationale. Sa valeur est déterminée en fonction d'un panier des principales monnaies internationale. 1 DTS = 1,45186 \$US au 31 juillet 2005 (ABC du FMI, 2005)

<sup>10</sup> Le programme compensatoire CCFF fournit des ressources à des membres pour couvrir des excès dans des coûts d'importation qui sont temporaires et qui surgissent suite à des événements au-delà de leur contrôle.

excès dans le coût d'importation des céréales pendant des périodes prolongées d'augmentation exceptionnelle dans les prix mondiaux de grain au courant de l'année 1995 (FMI, 1996). Enfin, le 23 juillet 1997, l'Algérie accepte les conditions de l'article IV du FMI et signe un accord pour se soumettre aux obligations générales de ses termes qui consistent à reconnaître que le but essentiel du système monétaire international est de fournir une structure qui facilite l'échange des biens, des services et des capitaux parmi les pays membres, et que chaque pays membre est tenu de collaborer avec le Fonds et les autres membres pour assurer un système financier et monétaire stable et efficace sous l'égide des conditions bien précises de cet article (IMF, 1997).

### **2.2.3 PROGRAMME D'AJUSTEMENT STRUCTUREL ENTRE 1994 ET 1998**

Avant d'entamer une description détaillée des mesures prises dans le cadre du programme d'ajustement conclu avec le FMI entre 1994 et 1998, nous rappelons que la vision de base de ce dernier était essentiellement anti-inflationniste et qu'elle reposait sur des ajustements budgétaires plus que sur toutes autres mesures. Chaib-Cherif (1998) explique de manière générale les volontés du FMI, et il souligne que l'un des principaux enjeux du programme est la volonté de réduire l'inflation tout en réduisant le déficit budgétaire et que cela était d'autant plus délicat dans un pays où l'État contrôle la quasi-totalité de l'activité économique et financière. L'auteur explique qu'il ne suffisait pas seulement d'examiner les comptes du gouvernement, mais l'ensemble du secteur des administrations et des entreprises publiques pour apprécier l'étendue de l'intervention de l'État. Pour ce faire, le programme d'ajustement structurel proposait d'améliorer les recettes fiscales et, à terme, de générer une épargne grâce aux revenus tirés de la privatisation des entreprises publiques. De plus, en demandant de nouveau la séparation du trésor public de la banque centrale, le FMI réussissait relativement bien à imposer un mécanisme de

financement du budget de l'État fondé uniquement sur l'activité économique. La dévaluation du dinar et le relèvement des prix internes des carburants devaient permettre au gouvernement d'augmenter le niveau des recettes budgétaires. Inscrite à l'ordre du jour du programme d'ajustement, la réforme fiscale n'était pas sérieusement mise en application tant que les relations étaient étroites entre l'État et les milieux d'affaires.

En ce sens, le FMI avance que l'objectif principal de la politique fiscale, pendant les années 1995 jusqu'à 1998, est celui d'établir très rapidement un bas niveau d'inflation en éliminant le déficit budgétaire et en générant des excédents budgétaires, et que cela serait accompli à travers des réformes plus accentuées du système fiscal en se concentrant sur un élargissement important de l'assiette fiscale et une restructuration des dépenses budgétaires (IMF, 1995). La publication ajoute que la réalisation des objectifs d'inflation du programme exigerait aussi une gestion rigoureuse de la liquidité domestique, la séparation de la banque centrale d'avec la trésorerie de l'État ainsi que l'élimination des restrictions sur la détermination des taux d'intérêt en augmentant le rôle du marché dans la détermination de ces taux. On supposait que ces politiques réduiraient considérablement l'inflation et conduiraient à des taux d'intérêt réels positifs. On ajoutait que l'objectif macro-économique pour ces années était une accélération de la croissance économique réelle de 1,1% à 5.3% et une réduction du taux d'inflation à 10.3 % qui était alors de 35.1 % au début de 1994.

Nashashibi et *al.*(1998), dans une étude sur le FMI, présentent une synthèse détaillée sur les différents volets de l'ajustement structurel prescrit dans le cadre de l'accord du FMI avec l'État algérien durant la période de 1994 à 1998. Les auteurs identifient quatre objectifs majeurs qui structurent le programme d'ajustement mis en place en 1994 pour l'économie algérienne :

- 1) Promouvoir un taux élevé de croissance économique en absorbant l'augmentation excessive dans la force de la main-d'oeuvre et réduire ainsi progressivement le chômage.
- 2) Assurer une convergence rapide de l'inflation vers le taux qui prédomine en général dans les pays industrialisés.
- 3) Affaiblir le coût transitionnel de l'ajustement structurel sur les segments les plus vulnérables de la population.
- 4) Restaurer la viabilité de la balance des paiements en assurant des niveaux adéquats en réserves étrangères.

Les auteurs expliquent qu'à la poursuite de ces objectifs, l'Algérie décidait de réduire les contraintes immédiates qui provenaient de son haut niveau d'endettement externe grâce à un rééchelonnement complet de sa dette qui était alors estimée à plus de 17 milliards de dollars. Ce rééchelonnement, accordé par le FMI, s'étendait sur les trois années du programme qui s'en suivaient soit de mai 1995 à mai 1998 (IMF, 2006). Cela serait complété par un montant additionnel de 5,5 milliards de dollars dans le cadre du programme exceptionnel de support de la balance de paiement par le FMI et d'autres institutions internationales et régionales, ainsi que d'autres bailleurs de fonds bilatéraux. La disponibilité de ces financements externes a causé un changement majeur dans la balance de compte courant externe du pays, ce qui menait à la transformation du 1,9 % de surplus du PIB en 1993 à un déficit de 4,3 % de PIB en 1994.

Suite à ces observations, Nashashibi et *al.* (1998) soulignent que dans le cadre de l'ajustement, une stratégie supplémentaire a été aussitôt mise en oeuvre afin de stabiliser encore la situation économique. Elle consiste principalement :

- 1) au réalignement des prix relatifs et à l'abolition des restrictions sur le commerce extérieur afin d'alléger les pénuries dans bon nombre de produits de base ainsi que par la mise en œuvre d'une meilleure allocation des ressources.
- 2) à baisser les dépenses publiques et resserrer la politique monétaire de façon à augmenter la demande globale et amener, avec le temps, l'ajustement de la balance interne et externe.
- 3) à l'établissement de mécanismes, institutionnel et de marché, nécessaires pour une transition d'un ordre de marché trop centralisé à une économie de marché diversifiée.

Les auteurs présentent la liste des mesures prises pour redresser l'économie du pays :

1. *Mesures dans le régime de change*
2. *Libéralisation des échanges et du commerce extérieur*
3. *Libéralisation des prix*
4. *Réformes dans les entreprises publiques et développement du secteur privé*
5. *Politique monétaire et réforme du secteur financier*
6. *Mesures touchant les finances publiques*
7. *Mesures modifiant le filet de la sécurité sociale et les questions sociales*

#### **2.2.4 MESURES DU P.A.S. DIRECTEMENT LIÉES AU SECTEUR DE LA SANTÉ**

En Algérie, il y a eu peu d'analystes qui se sont penchés sur l'étude de l'économie de la santé. Le Professeur Oufriha, avec quelques chercheurs qui l'assistaient, est parmi les rares chercheurs qui ont mené des études sur l'impact des réformes d'ajustement structurel sur le secteur de la santé. Nous nous concentrerons sur ses apports et sur

ceux de ses collaborateurs afin de cerner les principales réformes appliquées dans le secteur de la santé sans toutefois approfondir les aspects économiques de ces réformes.

Dans son ouvrage sur le sujet, Oufriha (2006) précise que les réformes structurelles en matière de santé se traduisent par trois mesures principales: 1) la privatisation, 2) la maîtrise des dépenses et les répartitions différentes de la charge globale, et 3) la contractualisation qui s'inscrivait dans une perspective de récupération des coûts reliés à la santé.

### **1) La privatisation :**

La privatisation dans le secteur de la santé a touché à la fois le personnel de la santé et celui des biens de la santé. Le secteur public lève, à partir de 1996, le contrôle total qu'il avait sur l'exercice de l'activité médicale. L'État autorise l'installation des médecins hospitalo-universitaires à titre personnel. Ces derniers sont, désormais, autorisés par la réglementation à offrir des soins généraux et spécialisés pour leur propre compte.

Cheriet (2006) souligne qu'en réalité la mesure de la privatisation dans la santé avait pour but général d'améliorer l'efficacité du système de soins algérien. Par contre, sur le plan de l'efficacité du système, Oufriha (2006) souligne le double effet financier qui était causé par la privatisation de l'exercice médical. Ce double effet est celui du «volume» entraîné par l'explosion de l'offre privée faisant à son tour exploser les remboursements aux titres des assurances sociales et celui de «report» causé par les paiements des soins reportés définitivement sur les usagers de la santé. El Ghosli (2007) affirme que la réforme du secteur de la santé à travers la privatisation n'est pas du tout un désengagement de l'État parce que celui-ci a toujours continué jusqu'à présent à subventionner les secteurs sanitaires dans le cadre de son budget annuel de la santé. Le secteur public est donc constamment dominant et omniprésent.

La privatisation des biens de la santé concerne quant à elle la chaîne d'approvisionnement des médicaments et les sources d'approvisionnement en fournitures et équipements médicaux. Les réformes prescrivaient la levée du monopole de l'État sur les importations, la production et la distribution en gros des produits pharmaceutiques et équipements médicaux qui relevaient jusque-là du monopole public. Cette privatisation des sources d'approvisionnement en médicaments et matériel médical, accompagnée d'autres mesures du P.A.S telles que la libéralisation du commerce extérieur et la dévaluation, a conduit à une multiplication des importateurs et des distributeurs des produits médicaux, ce qui a par conséquent causé l'explosion des prix pratiqués aux établissements de santé. On note également que la production publique des médicaments s'est affaiblie suite à cette privatisation conjuguée à l'ouverture du commerce extérieur, mais celle-ci n'a pas été éliminée par le secteur privé (Oufriha, 2006).

## **2) La maîtrise des dépenses et les répartitions différentes de la charge globale**

Cette mesure visait, toujours selon Oufriha (2006), la modification des principes des remboursements des médicaments pour qu'à partir de cet instant ils soient basés non plus sur les prix réels mais plutôt les tarifs de référence déterminés par la caisse de la sécurité sociale algérienne. Ces tarifs étaient nettement inférieurs aux prix réels des médicaments. Néanmoins, il y a eu allongement de la liste des médicaments remboursés à 100% et donc offerts gratuitement à la population. Dans cette même optique des réformes, la réglementation obligeait les importateurs et les distributeurs à produire, même à petite échelle, du matériel et du consommable médical après deux ans d'exercice dans le but de promouvoir le secteur productif local. Ce dernier reste toutefois inefficace et insignifiant à cause du manque de ressources matérielles et techniques requises (Oufriha, 2006).

### **3) La contractualisation**

L'objectif de récupération des coûts est principalement celui visé par les réformes du secteur de la santé. Pour atteindre ce dernier, toujours selon Oufriha (2006), la mesure principale prise est celle de la mise à contribution financière des usagers de la santé.

Cheriet (2006) remonte les débuts réels de la remise en cause de la gratuité des soins à l'année 1984, lors de l'introduction d'un ticket modérateur. Il confirme cependant l'adoption totale de la mesure en 1994 par l'introduction de la participation financière concrète des malades. L'auteur estime que cette politique de gratuité des soins n'a eu en réalité que des effets de désarticulation néfastes sur l'organisation et le financement du système de soins. Pour appuyer ses commentaires, Oufriha (2006) affirme de son côté que l'acquittement des soins appliqué totalement à partir 1994 n'a pas réellement changé les conditions de fonctionnement du secteur public et n'a non plus porté remède à ses dysfonctionnements. Elle dresse une analyse chiffrée qui indique que l'impact financier de cette mesure était faible et décroissant entre 1995 et 2005.

El Ghosli (2007) aborde plutôt la mesure de la mise à contribution financière des usagers sous l'angle des conditions qui ont accompagné son application. Il soulève la problématique de l'accès aux soins des ménages et préconise que la responsabilisation financière des ménages dans le financement des soins doit être accompagnée de l'accès à une couverture de soins complémentaires.

Oufriha (2006) souligne finalement que les problèmes majeurs qui freinent le bon fonctionnement des réformes appliquées sont bien ceux de financement. Mais cet auteur ajoute qu'au-delà des problèmes de financement, il y a nécessité d'une réforme du système dans sa double composante publique et privée et d'une plus forte articulation de ses composantes. Ceci nécessite une meilleure connaissance macro et



micro d'un système qui souffre d'une liaison extrêmement mauvaise entre le secteur public et le secteur privé.

## **2.3 L'APROVISIONNEMENT HOSPITALIER**

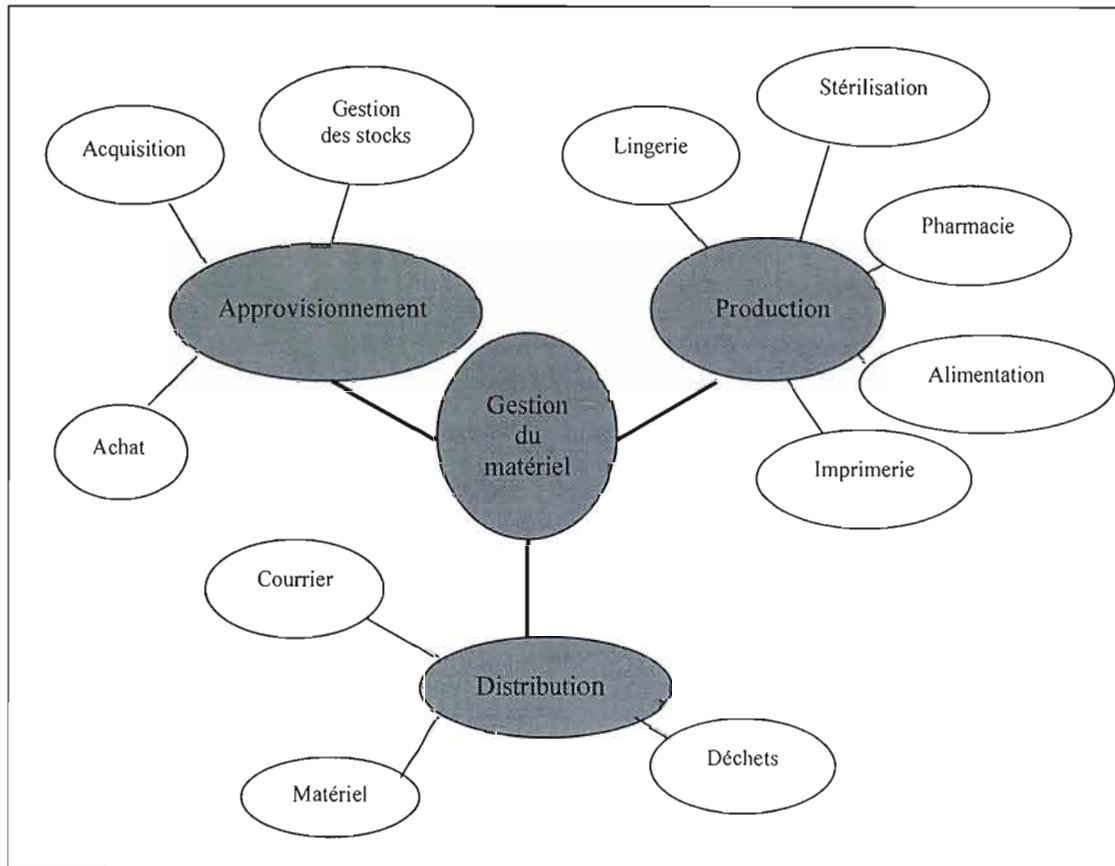
Pendant les années 20, deux services internes aux établissements de santé assuraient la tâche de faire parvenir le matériel et les fournitures hospitalières à leurs points de consommation, ce sont le service des achats et le service de soutien aux activités de soins. Pendant les années 60, ces activités se caractérisaient par la forte augmentation des coûts qui a amené les dirigeants des établissements de santé à prendre des mesures pour éliminer le gaspillage en éliminant les activités inutiles par le jumelage des deux services en un seul : le service de gestion du matériel<sup>11</sup> (Thorsfeldt, 1988).

### **2.3.1 Les activités logistiques d'un établissement de santé**

Les établissements de santé actuels renferment plusieurs activités logistiques. Celle-ci sont présentées dans la figure 1 qui est adaptée de Chow et Heaver (1994).

---

<sup>11</sup> On utilisera ci-après la terminologie du «Service d'approvisionnement» qui est utilisée au Québec à la place de celle de «Service de Gestion du Matériel» utilisée principalement aux États-Unis.



**Figure 1 : Activités logistiques d'un établissement de santé**

Adaptation de Chow et Heaver (1994)

Ces activités se répartissent en trois catégories (Chow et Heaver, 1994) :

- La gestion des approvisionnements qui fait les acquisitions et assure la gestion des stocks.
- La distribution interne qui assure l'acheminement des produits à leurs points de consommation et qui reprend (gère) les déchets.
- Les activités de production qui assurent la disponibilité de produits et des activités adaptées aux besoins internes de l'établissement.

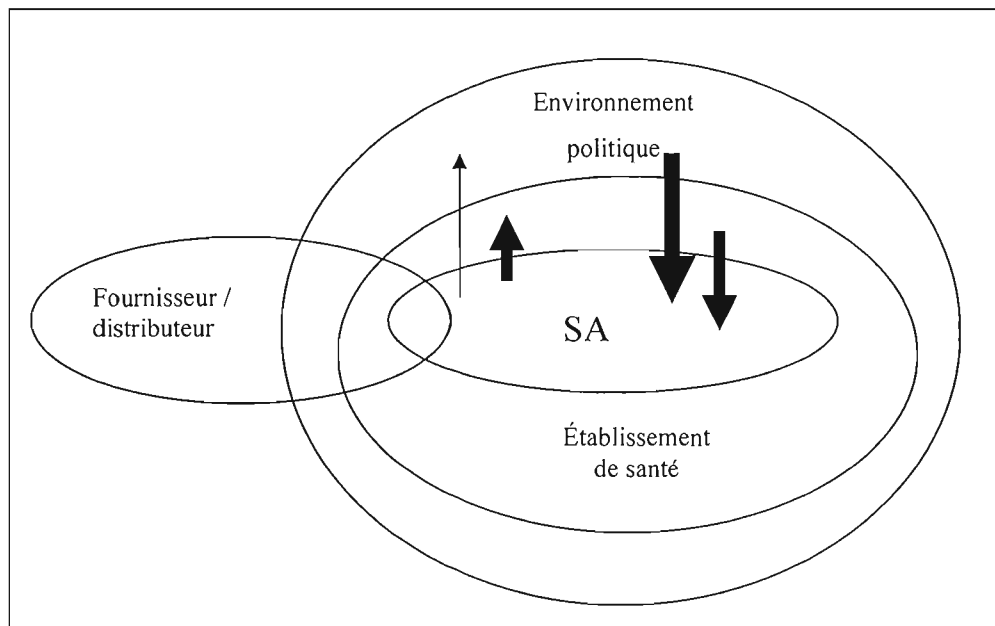
Selon Landry et *al.* (1998), dans le cas des établissements de santé du Québec, le SA est tenu de planifier, organiser, diriger et contrôler toutes les activités d'achats, de réception, d'entreposage et de réapprovisionnement des produits qui assure leur distribution aux unités de soins. Une telle structure permet de générer des économies importantes au SA. Toutefois, les mêmes auteurs soulignent que plusieurs fonctions sont assurées à la fois par différents services, selon une étude sur dix services d'approvisionnement dans dix établissements de santé au Québec. Cette étude montre que seulement deux SA assurent le réapprovisionnement des unités de soins. Trois autres SA ont une fonction de réapprovisionnement des produits gérée en même temps par une centrale de distribution contrôlée par les unités de soins et le magasin central du SA. Mais sur l'ensemble des cas, l'étude souligne qu'aucun SA ne gère les activités de stérilisation.

Quoi qu'il en soit, ce mémoire porte d'avantage sur la facette de la chaîne externe de l'approvisionnement et les impacts que celle-ci peut entraîner sur la chaîne interne de l'approvisionnement. La figure 1 adaptée de Chow et Heaven (1994) positionne l'ensemble des activités logistiques d'un établissement de santé. Bien qu'une approche théorique détaillée de l'ensemble de ces activités soit souhaitable, ce qui suit concerne uniquement l'activité «approvisionnement», et en partie également celle de la «distribution» relativement à sa fonction de la gestion interne du matériel.

### **2.3.2 L'environnement du service d'approvisionnement**

A l'intérieur comme à l'extérieur du milieu hospitalier, le service d'approvisionnement se confronte à plusieurs forces et contraintes, ce qui le contraint à adapter ses ressources et ses stratégies de façon adéquate. Afin de cerner les pressions auxquelles fait face un SA, nous examinerons ses interactions avec son environnement interne et externe.

Landry et *al.* (1998) illustrent dans la figure 2 l'interaction d'un SA avec ses environnements, interne et externe, qui se caractérisent par trois ensembles d'intervenants, soit, son propre établissement, son environnement politique et les marchés fournisseurs avec lesquels il transige.



**Figure 2 : L'environnement du service d'approvisionnement**

Source : Landry et *al.* (1998)

Ces trois groupes exercent des pressions différentes qui demandent au SA de s'adapter de façon différente selon la nature et l'ampleur de ces pressions.

Landry et *al.* (1998) expliquent qu'un établissement de santé réagit à plusieurs contraintes extérieures en transmettant les impacts à ses services internes. Le SA est parmi ceux qui sont les plus touchés. La plus importante des problématiques, en ce sens, est celle de la réduction budgétaire qui conduit à des mesures de réduction de personnel du SA causant ainsi la perte d'expertise, l'absence des budgets de formation et la difficulté du renouvellement du parc technologique.

Faultrier et *al.* (2004) donnent un autre aspect à la relation du SA avec son établissement sans toutefois être spécifique aux établissements de santé. Ils expliquent que la première caractéristique de l'environnement d'un SA dans son établissement qui peut affecter son fonctionnement est la complexité même de l'établissement et de sa fonction de base. Leur argument est que si l'organisation et ses activités sont complexes, l'équipe du SA doit être multidisciplinaires et dotée, en plus des connaissances logistiques, d'une culture étendue dans des domaines économique, marketing, technique et juridique si le secteur d'activité l'exige. Le but est de renforcer les compétences dans divers domaines afin de palier à la complexité de l'environnement et d'optimiser les approvisionnements.

Le deuxième point soulevé par Landry et *al.* (1998) est l'impact de l'environnement politique sur le SA et sur ses activités. Les auteurs expliquent que l'élargissement considérable des marchés des produits et des services dans le secteur de la santé a imposé que ce dernier se dote de réglementations en matière d'approvisionnement. Ceci permet d'assurer l'équité et l'intégrité des relations d'affaires et de partenariat entre les intervenants dans les échanges. Ces réglementations se basent sur des articles et des lois officiels et précis qui encadrent toutes les opérations d'acquisitions, soient, au niveau opérationnel, au niveau de la documentation administrative ou au niveau de l'identification des responsabilités financières, logistiques et juridiques entre les partenaires. En terme d'exemple, on cite qu'une demande de soumission doit être écrite et comporte un devis qui présente les spécifications des biens et services à acheter. Aussi, la réglementation précise qu'avant d'octroyer un contrat, il est obligatoire de faire des demandes auprès de trois fournisseurs et de sélectionner pour chaque article le plus bas soumissionnaire. Gely et Walter (2004) soulignent que suite à la complexité et l'importance que peut avoir les opérations d'approvisionnement d'une organisation, il convient de prendre régulièrement en compte les évolutions légales et réglementaires, et que dans le cas de certaines organisations complexes ceci nécessite même de le faire à travers des cellules de veilles internes spécialisées. Pour

appuyer les points de vue de ces auteurs, Fournier et Ménard (2004) abordent la question de la réglementation sous un angle plutôt social. Ils nous font comprendre que puisque le SA fonctionne à l'intérieur d'une société, ses acheteurs sont tenus de connaître et de ne pas transgresser les règles, les normes, les lois, l'éthique et les politiques qui encadrent cette société. Les mêmes auteurs justifient toutefois l'introduction de ces réglementations par les gouvernements. Ces derniers visent par ces lois la protection des organisations les unes à l'égard des autres, la protection du public face aux entrepreneurs sans scrupules et la défense des intérêts globaux de la société face aux activités individualistes des entreprises.

Cependant, plusieurs auteurs tels que Beaulieu et Nollet (1999), qui ont fait des enquêtes dans le milieu québécois de la santé, affirment que l'intensité et la rigueur de la réglementation appliquée sur les SA conduisent dans plusieurs cas au ralentissement des activités d'approvisionnement et nuisent aux stratégies et aux tactiques de ces derniers. Dans d'autres situations, le recours marqué aux réglementations pourrait restreindre le développement d'ententes à long terme avec les fournisseurs et entraver ainsi le développement des partenariats (Landry et *al.*, 1998). En ce sens également, Poulin et *al.* (2000) donnent l'exemple de la vague des mises à pieds à la fin des années 90 au Québec qui trouve son origine dans des mesures législatives.

Le troisième intervenant qui interagit avec le SA, selon Landry et *al.* (1998), relève de l'environnement externe. Ce sont les fournisseurs et les distributeurs qui lui procurent les produits et les services.

En terme de relations, les fournisseurs sont confinés dans leur rôle traditionnel qui se limite à des éléments quantitatifs et qualitatifs tels que la qualité, la livraison, le coût, l'environnement, la sécurité, l'amélioration continue, les finances, la gestion et les réalisations techniques (Leenders et *al.*, 2006). Toutefois, on peut attribuer aux

pratiques des secteurs publics surtout la notion de partenariat. Cette dernière est une entente de durée prolongée entre le SA et le fournisseur. Elle se concrétise par le partage d'informations, le partage de risques ainsi que le partage des bénéfices découlant d'une relation étroite entre les deux parties impliquées. Le partenariat tiendra compte non seulement des éléments précédents mais aussi des critères d'ordre moral et éthique qui concernent les relations entre le SA et son fournisseur, voire même les relations entre les dirigeants et les employés des deux parties basées sur la confiance et le partage mutuel (Landry et *al.* 1998).

Mentzer (2004) soulève l'importance et les avantages des relations de partenariat dans le contexte de l'approvisionnement sous un angle purement macroéconomique. Il stipule qu'elles peuvent même prendre la position d'un «investissement» du moment que les organisations déploient des dépenses dans l'implantation des relations d'affaires et que ces dernières reviennent à leur tour par des économies de coûts sur le moyen et le long terme. Selon l'auteur, les relations de partenariat peuvent être ainsi intégrées dans une configuration de rapport «coûts/bénéfices».

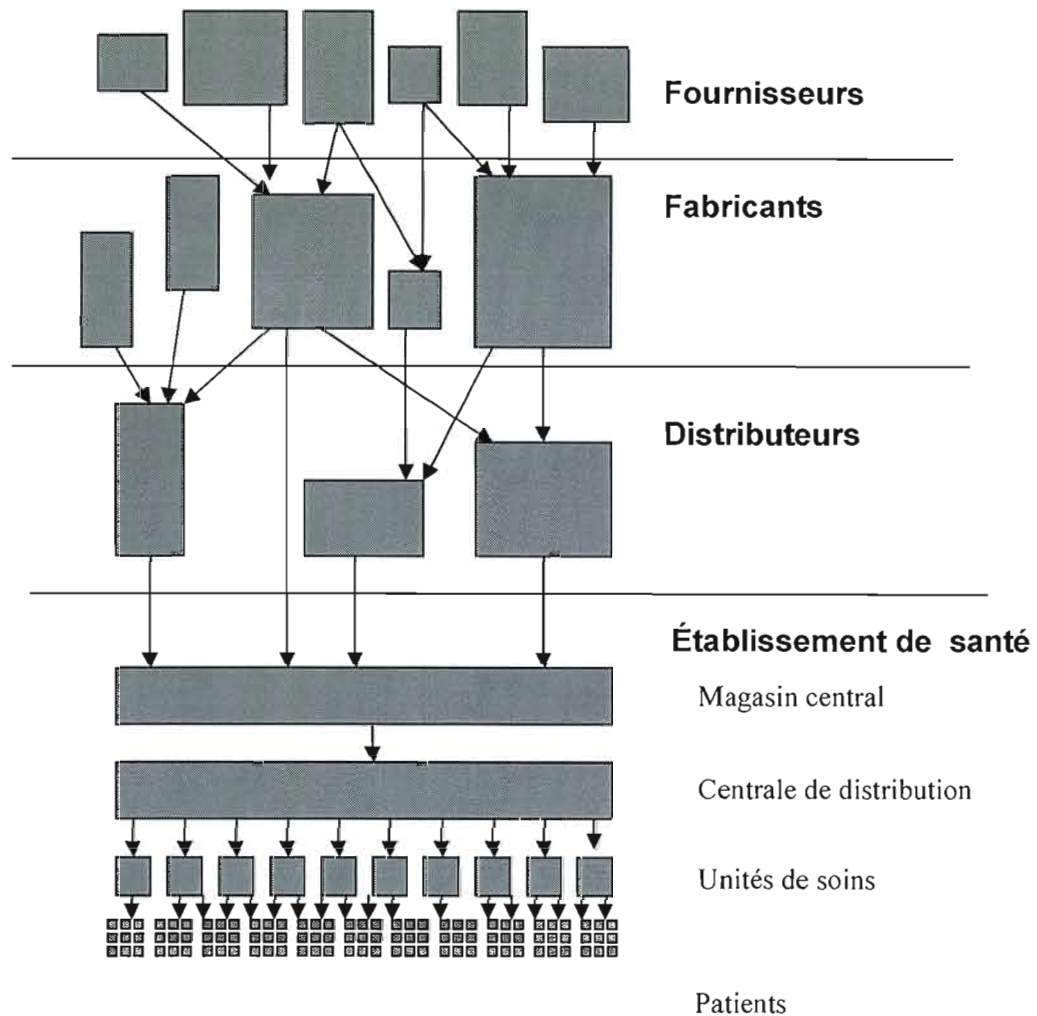
Malcolm (1993) aborde la relation entre fournisseur et SA en s'articulant beaucoup plus sur les obligations et les responsabilités du SA. Il explique que ce dernier est supposé donner l'image de son organisation sur le marché des fournisseurs, et que la profession, la crédibilité et la réputation de celle-ci sont souvent jugées sur l'attitude des membres du SA. L'auteur fait référence à la façon de gérer la collaboration, à la crédibilité auprès des fournisseurs et aux respects des conditions contractuelles dont les membres du SA doivent faire preuve envers leurs fournisseurs. Les dirigeants du SA doivent donc respecter ces critères tout en faisant face à l'hostilité de l'environnement causé principalement par la concurrence dont ils ne peuvent ignorer les règles. Les dirigeants du SA doivent analyser le marché en intégrant les fournisseurs présents afin d'aboutir aux décisions d'achats optimales (Faultrier et *al.* 2004).

D'autres auteurs (Landry et *al.* 1998; Beaulieu et Nollet, 1999) ont dressé des études sur les regroupements d'achat comme facteurs de l'environnement externe qui influent souvent sur les stratégies et les opérations des SA. Ils révèlent que la particularité de cette façon de s'approvisionner en commun se situe principalement au niveau de la taille des organisations qui la pratiquent. Celles qui sont les plus grandes détiennent un rapport de force décisionnel et un pouvoir de négociation plus important vis-à-vis les plus petites quant au contenu, aux conditions et aux caractéristiques des opérations approvisionnements.

### **2.3.3 La dynamique de la chaîne d'approvisionnement**

La figure 3 schématise une structure simplifiée d'une chaîne d'approvisionnement qui intègre certaines particularités du secteur de la santé. Elle est représentée sous différentes formes par plusieurs auteurs, notamment par Rivard-Royer et *al.* (2001) et Chow et Heaver (1994). À partir de cette présentation adaptée par Andersen et *al.* (1990) et présentée par Rivard-Royer et *al.* (2001), nous aborderons brièvement, selon le flux des produits, les trois points de cette chaîne et leur rôle respectif, soient, le fabricant, le distributeur, pour ensuite détailler le point de consommation qui est l'établissement de santé.





**Figure 3 : La chaîne d’approvisionnement dans le secteur de la santé**

Adaptation de Andersen (1991)

Tout d’abord, comme on le constate dans la figure 3, le nombre élevé de fournisseurs et la multitude des canaux de distribution des fournitures médicales occasionne une complexité élevée de cette chaîne d’approvisionnement. Aussi, le fait que l’établissement de santé ne constitue pas le point ultime de consommation des fournitures médicales rend la structure de la chaîne encore plus complexe. En effet, les fournitures doivent parvenir aux unités de soins, ce qui s’accomplit par le déploiement d’un réseau logistique propre à chaque établissement. Une

caractéristique majeure de la chaîne d’approvisionnement du secteur de la santé est aussi la présence simultanée de deux chaînes, l’une externe et l’autre interne, comme le montre la figure 3.

### 2.3.3.1 Le fournisseur

Nous attribuons, selon le dictionnaire Larousse, la définition la plus simple au terme «fournisseur» comme suit :

*«Personne ou établissement qui fournit habituellement à un particulier ou à une entreprise certaines marchandises»<sup>12</sup>.*

Nous notons qu’un fournisseur procure des biens destinés directement à la consommation ou pour produire d’autres biens qui seront à leur tour consommés. En ce sens, le Social Accountability International (1997) définit le fournisseur comme une entité commerciale qui procure des biens et services qui seront utilisés dans la production des biens et services faisant objet de l’activité de l’entreprise.

### 2.3.3.2 Le fabricant

Selon le code français de la santé publique<sup>13</sup>, le fabricant dans le secteur de la santé se définit comme suit :

*«On entend par fabricant la personne physique ou morale responsable de la conception, fabrication, du conditionnement et de l’étiquetage d’un dispositif médical<sup>14</sup> en vue de sa mise sur le marché en son nom*

<sup>12</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/D%26acute%3Bfinition%20de%20fournisseur/34866>

<sup>13</sup> Article R. 665-5 du code de la santé publique, définition qui découle de la directive 93/42/CEE relative au dispositif médical.

<sup>14</sup> Tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l’exception des produits d’origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement,

*propre, que ces opérations soient effectuées par cette personne ou pour son compte par une autre personne.»* Code français de la santé publique. Art.R.665-5 (tiré de Poyet, 2003)

La même source ajoute que le fabricant est également une personne physique ou morale qui assemble, conditionne, traite et remet à neuf des dispositifs médicaux. Cette définition ne s'applique pas à la personne qui, sans être fabricant, assemble ou adapte pour un patient déterminé, conformément à leur destination, des dispositifs déjà mis sur le marché.

Le fabricant est tenu de choisir la destination des produits médicaux, c'est-à-dire qu'il détermine l'utilisation à laquelle ils sont destinés. Cette destination est concrétisée par les indications fournies par le fabricant, soit, l'étiquetage, la notice d'instruction et également par les matériels promotionnels. De manière plus générale, le fabricant est responsable de la qualité, de la sécurité et de la fonctionnalité de ses produits jusqu'au point d'utilisation. Ce qui peut être fait à travers des mesures contractuelles avec ses distributeurs<sup>15</sup>.

### **2.3.3.3 Le distributeur**

Le distributeur assume la gestion des produits finis pour ensuite les redistribuer aux établissements de santé. Généralement, le distributeur a comme rôle principal d'effectuer l'interface entre le format du fabricant et celui de l'établissement de santé sans toutefois modifier le produit fini (Chow et Heaver, 1994). Par exemple, de ses entrepôts, il fragmente le format des produits reçus des fabricants, en vue de les acheminer aux établissements de santé, plus fréquemment en volume et en formats réduits (palettes et/ou boîtes). De façon générale, les distributeurs se spécialisent dans

---

destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales (Code français de la santé public., Article L.5211-1).

<sup>15</sup> <http://www.cmqe.com/en46000.htm>

la mise en marché, la promotion et la distribution des produits de certains fabricants (Chow et Heaven, 1994).

#### **2.3.3.4 L'établissement de santé**

Pour les fins de cette recherche, nous nous limiterons à la définition d'un établissement public de santé. Un établissement public de santé n'a de vocation ni industrielle, ni commerciale, ce qui fait de lui un établissement public à caractère administratif. Il a un statut de personne morale de droit public, dotée de l'autonomie financière et placée sous l'autorité des instances publiques. Il a pour mission le soin, la prévention, l'enseignement et la recherche<sup>16</sup>.

#### **2.3.4. Le processus d'approvisionnement- Niveau opérationnel**

Nous tenterons dans cette section de présenter les étapes essentielles d'un processus d'approvisionnement. Vu le manque de la littérature dans le secteur hospitalier qui décrit les étapes du processus de façon détaillée, on a choisit de prendre en considération la présentation de Leenders, et *al.* (2006), puisque cette dernière ne spécifie aucun secteur en particulier et qu'elle nous semble plutôt générale et applicable à ce secteur.

Leenders et *al.* (2006) présentent les étapes du processus d'approvisionnement comme suit :

##### **1. La reconnaissance du besoin**

Ce sont les responsables des unités à l'intérieur des organisations qui sont tenus de connaître clairement les besoins de leurs unités. En supervisant bien les opérations, ces responsables d'unités peuvent prévoir d'avance leurs besoins et le SA pourra

---

<sup>16</sup> [http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tablissement\\_public\\_de\\_sant%C3%A9](http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tablissement_public_de_sant%C3%A9)

réaliser ainsi des économies en évitant les achats urgents et immédiats. Également, une bonne coordination entre les responsables des unités, le SA et les fournisseurs permet de diminuer les dépenses, d'accélérer le temps d'accès au marché et d'améliorer la compétitivité de l'entreprise.

## **2. La description du besoin**

Une description exacte et détaillée des biens ou services à acheter doit être élaborée de la part de l'unité utilisatrice. Également, cette description doit nécessairement figurer sur une demande d'achat qui comprend des renseignements détaillés que le SA utilisera pour identifier le besoin auprès du fournisseur. Ces renseignements sont, par exemple, la date de rédaction de la demande d'achat, le numéro de référence, les quantités, la date où l'on a besoin du bien ou du service, les instructions de livraison et la signature du demandeur autorisé.

## **3. La détermination des sources potentielles d'approvisionnement**

Dans le cas des achats non soumis à des contrats, des demandes de prix, un appel de propositions ou un appel d'offres sont effectués par le SA. Le choix entre ces trois procédures est fait en fonction de la complexité et la taille du besoin requis. Dans tous les cas, il y a des pratiques et des réglementations bien précises auxquelles les membres du SA doivent se conformer afin d'assurer l'équité envers l'ensemble des fournisseurs.

## **4. L'analyse des offres des fournisseurs**

Toute une série de questions doit être posée par les responsables du SA. Le besoin, son prix, son marché, le nombre, la nature et la proximité géographique des fournisseurs potentiels, les conditions et les relations avec ces derniers, tous ces critères doivent être minutieusement considérés afin d'établir le choix final du fournisseur avec lequel le SA transigera.

## **5. La préparation et expédition du bon de commande**

L'élaboration du bon de commande se fait directement après la sélection du fournisseur convenable. Le bon de commande est transmis au fournisseur mais il est très important qu'une copie soit gardée par le SA parce que ce document joue le rôle ultime de preuve et de justificatif dans le cas de différends et de litiges avec le fournisseur. Le bon de commande ne comprend pas seulement le contenu de la commande mais il comprend également des clauses et des dispositions qui délimitent les droits et les responsabilités de l'acheteur et du fournisseur.

## **6. Le suivi de la commande et la relance**

Le suivi de la commande consiste à maintenir le contact régulier avec le fournisseur afin de s'assurer du bon déroulement de l'opération d'achat. Le SA peut dans certaines situations faire des relances auprès de son fournisseur, celles-ci se traduisent par l'amplification et l'intensification des communications avec le fournisseur afin de le contraindre à respecter ses engagements.

## **7. La réception et inspection de la marchandise**

La fonction de réception et d'inspection des biens commandés relève souvent du SA parce que ce sont ses membres qui ont effectué la commande. Ils sont donc ceux qui peuvent vérifier, de façon précise, ce qui est livré par rapport à ce qui était commandé. Cette vérification s'effectue sur le plan de la description de la commande, de la quantité, de l'état des biens livrés et de l'exactitude de la documentation qui doit être remplie et transmise aux parties intéressées.

## **8. L'approbation et le règlement de la facture**

La facture comprend habituellement le numéro du bon de commande et les prix des articles achetés. Elle demeure sous forme de créance jusqu'à ce que l'acheteur l'acquitte. Selon les organisations, la vérification et l'approbation se fait soit par le service de comptabilité ou celui d'approvisionnement. Le moment de régler la facture

varie également selon les clauses ou les arrangements faits entre le fournisseur et l'acheteur. Dans certains cas la facture est acquittée avant même que les marchandises soient livrées si cela est indiqué dans les clauses de la transaction ou si cela est tout simplement prévu entre le vendeur et l'acheteur. Mais généralement, la transaction est officiellement clôturée au moment de l'acquittement de la facture par l'acheteur.

### **9. La conservation des documents et le maintien des relations**

Les documents concernant les transactions effectuées sont généralement conservés sous format papier ou sur des bases de données électroniques. Ils servent à court, moyen et long terme à considérer les bonnes décisions à prendre par les décideurs suite à leur consultation et à leur analyse. Parmi les documents conservés on trouve les copies des bons de commande, les fichiers des marchandises achetées avec toutes leurs caractéristiques et leurs références, les fichiers des fournisseurs et les transactions qui leurs sont reliés, les contrats, la classification des transactions réalisées et celles non finalisées ou annulées, les copies des propositions des prix et les copies des bons de réception.

Au fil de l'exécution du processus d'approvisionnement, les relations entre les principales parties prenantes sont souvent sujet à amélioration, développement, dégradation, interruption et reprise. Il est donc primordial de veiller régulièrement sur l'implantation de relations solides et productives avec les fournisseurs, des relations qui entraîneront à moyen et à long terme des économies de coût sur les opérations d'approvisionnement (Leenders et *al.* 2006).

### **2.3.5 La performance de l'approvisionnement hospitalier**

L'importance de la gestion de la chaîne d'approvisionnement dans les hôpitaux ne s'arrête pas aux considérations budgétaires. Une bonne ou mauvaise gestion des activités d'approvisionnement aura d'importantes répercussions sur les activités d'un centre hospitalier. Une gestion des activités d'approvisionnement efficace affectera la qualité des services d'un centre sanitaire de deux manières : 1- en assurant la disponibilité des fournitures médicales et autres produits nécessaires au traitement du patient, 2- en augmentant la disponibilité du personnel infirmier (Kowalski, 1991; Landry et Beaulieu, 2001).

Kowalski (1991) explique qu'une mauvaise gestion du matériel dans les hôpitaux peut entraîner la création d'un système informel de gestion du matériel, qui, par le fait même, augmente les besoins de l'hôpital en personnel, en stocks, en espaces et autres ressources afin d'assurer la disponibilité des produits. Une gestion inefficace des activités de la chaîne d'approvisionnement peut donc s'avérer extrêmement coûteuse pour un centre hospitalier. Dans un deuxième temps, une gestion efficace de ces activités permet de libérer le personnel infirmier de certaines tâches. En effet, une partie du travail de ce personnel est consacrée à des activités de commande et de manutention des fournitures. Kowalski (1991) nous fait également comprendre qu'une meilleure organisation des activités d'approvisionnement permettrait de réduire une partie des tâches logistiques du personnel infirmier. Cette réduction des tâches libérerait du temps qui peut être consacré directement aux patients augmentant ainsi la qualité des soins. Il pousse plus loin sa réflexion en démontrant que cette réduction des tâches permettrait au personnel infirmier de mieux utiliser leurs aptitudes et connaissances augmentant ainsi leur satisfaction au travail. Il conclut en affirmant qu'une meilleure gestion du matériel peut permettre à un hôpital de recruter et conserver un personnel de haute qualité, ce qui a pour effet d'augmenter la qualité des



services aux patients. Également, pour Blouin et *al.* (2000), une meilleure utilisation des ressources de réapprovisionnement permettrait de dégager des économies ou, au moins, de gérer plus efficacement les fonds disponibles.

L'ampleur des actions et des ressources engagées dans l'approvisionnement hospitalier nous indique à quel point cette activité est importante pour l'ensemble d'un établissement de santé, et par conséquent nous fait comprendre la nécessité de s'assurer de sa qualité et sa performance. La prochaine section traitera des systèmes de mesures de la performance de l'approvisionnement hospitalier généralement utilisés par les hôpitaux afin de s'assurer de la qualité de l'ensemble des activités.

#### **2.3.5.1 La mesure de la performance**

Afin de définir la performance, nous adopterons le raisonnement de Gleason et Barnum (1982). Ces derniers distinguent deux aspects à la performance : celui de l'efficacité et celui de l'efficience. L'efficacité mesure le degré d'atteinte des objectifs, tandis que l'efficience mesure le degré auquel les ressources sont utilisées de façon économique pour atteindre ces objectifs. Ainsi, pour être performante, une organisation devra atteindre tous les objectifs qu'elle s'est fixée (efficacité) de façon économique (efficience). Une mesure de performance devra alors fournir une information permettant d'évaluer et de quantifier l'efficacité et l'efficience de l'organisation par rapport à l'atteinte d'objectifs prédéfinis.

Le fait de mesurer la performance dans une organisation est analogue au fait que les gens mesurent régulièrement certains indicateurs de leur santé : pression artérielle, pouls, niveau de cholestérol, etc. Les gestionnaires effectuent des mesures pour s'assurer de la santé de leur organisation. Tchokogué et *al.* (1999) expliquent l'utilité

de mesurer la performance, et ils font le lien entre la mesure de la performance et les objectifs de l'organisation comme suit :

*« Les mesures de performance servent avant tout à mesurer l'atteinte des objectifs qui découlent de la stratégie mise en place afin de concrétiser la vision de l'entreprise. Chaque secteur de l'entreprise, chaque fonction et chaque action doivent idéalement s'aligner sur cette stratégie ».*

En se rapportant aux affirmations de Jobin et *al.* (2003), la mesure de la performance de l'approvisionnement hospitalier va au-delà d'une simple activité d'évaluation. Il s'agit de déployer tout un système structuré qui vise à rendre opérationnelle la stratégie de l'organisation, à orienter l'action de l'organisation et à améliorer les processus. Par conséquent, il s'agit de déployer un système qui cherche aussi à témoigner de l'atteinte des objectifs et à rendre des comptes. Ce système, ajoutent-ils, s'inscrit dans un cycle de gestion qui s'étale sur toute l'année, voire sur une période plus longue, lorsqu'il s'agit des éléments de portée stratégique. Blouin et *al.* (2001) reconnaissent également l'importance de la mesure de la performance des modes de réapprovisionnement en fournitures médicales. Ils expliquent que pour profiter des avantages liés à la mise en place de meilleures pratiques, une plus grande connaissance du contexte entourant la gestion des modes de réapprovisionnement s'avère nécessaire. Pour ce faire, il est nécessaire d'identifier les facteurs contextuels qui affectent la performance des modes de réapprovisionnement des fournitures médicales. Selon eux, l'atteinte de cet objectif exige une évaluation régulière de la performance de ces derniers.

On a constaté que plusieurs autres auteurs sont d'accord que la mesure de la performance est étroitement liée aux objectifs du moment qu'elle mesure leur réalisation et témoigne de leur atteinte. Or, pour réaliser ceci, des outils de mesures qui soient conçus selon ces objectifs ciblés sont inévitablement requis. Il s'agit des

indicateurs de mesure de la performance d'approvisionnement. La prochaine section traitera de ce sujet.

### **2.3.5.2 Les indicateurs de performance**

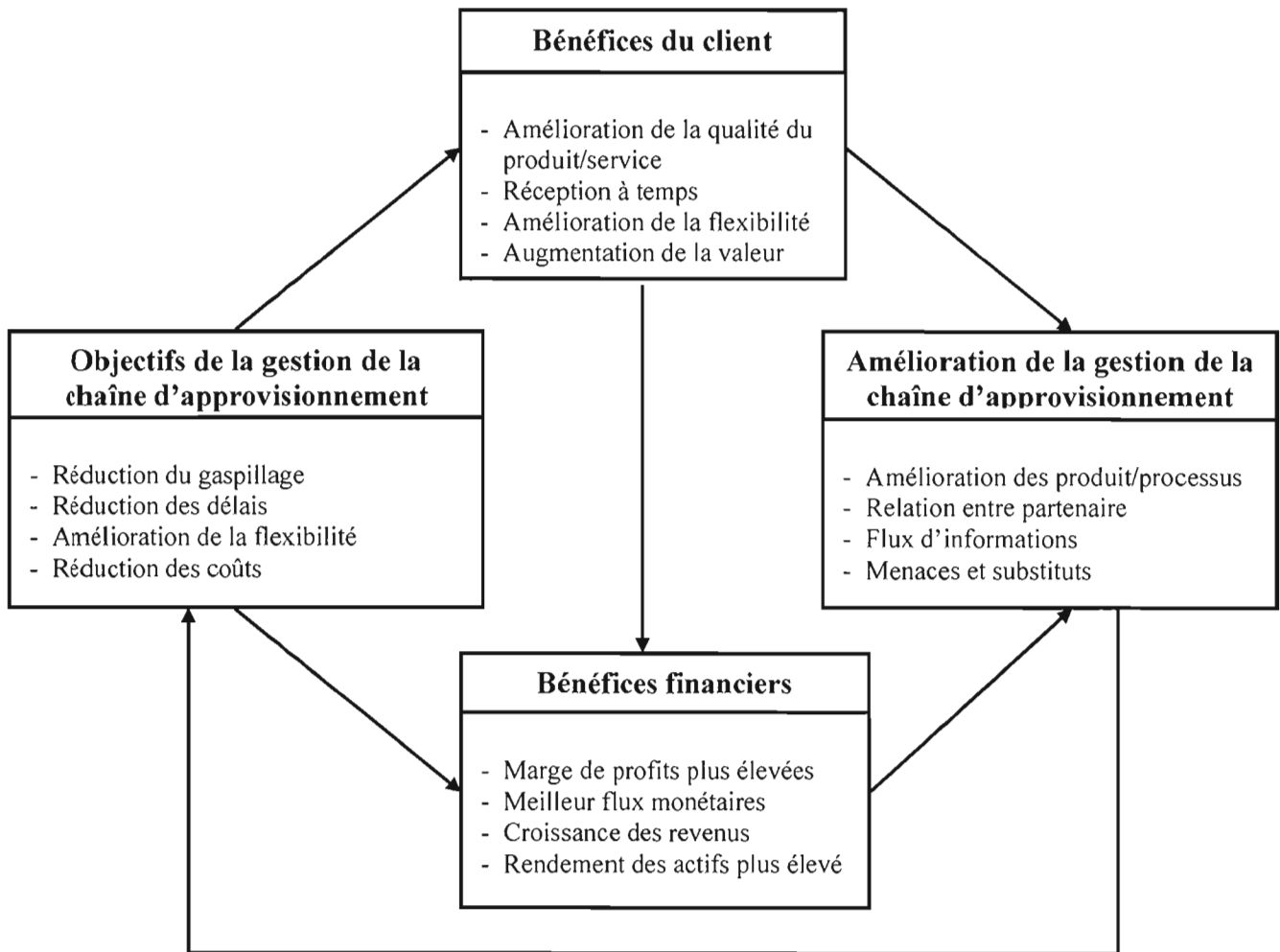
La mesure des indicateurs de performance associés à la gestion de la chaîne d'approvisionnement est un élément essentiel du concept de chaîne d'approvisionnement. Il est estimé que 37% des entreprises nord-américaines ayant mis en place des applications d'analyse des indicateurs de performance associés à la logistique et à la gestion de la chaîne d'approvisionnement, et ce à l'échelle de leur organisation, ont enregistré une diminution de 15% ou plus de leurs délais d'expédition, comparativement à seulement 7% des entreprises ne mesurant pas ces indicateurs de performance de façon régulière (Industrie Canada, 2006).

De ce fait, une multitude de ces indicateurs de performance est mise à la disposition des gestionnaires. Il arrive même qu'il y ait tant de mesures, rapports, tableaux et autres statistiques que les décideurs soient saturés d'informations diverses compliquant, par le fait même, tout le processus d'évaluation. C'est pour résoudre ce problème que certains procèdent à établir un système de classification de ces indicateurs qui varie selon les objectifs poursuivis, et qui aide à mieux intégrer l'information, la comparer et l'enrichir afin d'aider les gestionnaires dans leurs prises de décision. Ce système, jugé très efficace par les gestionnaires, est le tableau de bord en gestion.

Le tableau de bord est une technique de gestion relativement récente dans le monde des organisations. Après son introduction au début des années 1990, il a suscité un grand intérêt chez les compagnies dans les dernières années. Initialement, le tableau de bord a été décrit comme un système de mesure de la performance financière, des

relations clients, de la gestion des processus internes et des activités de formation et d'innovation. Plus récemment, cette technique de mesure fut développée pour être également utilisée dans l'évaluation de différents autres volets de la gestion interne tels que l'allocation des ressources, les prévisions, et la planification budgétaire stratégiques (Malmi, 2001).

Pour illustrer la façon d'utiliser cet instrument de mesure de performance, Brewer et Speh (2000) ont développé un modèle qui mesure la performance de la chaîne d'approvisionnement. Ils affirment en premier lieu que les organisations, en général, bien qu'elles soient conscientes de l'importance des activités d'approvisionnement, continuent d'utiliser des systèmes de mesure de la performance qui ne prennent pas en compte ces activités ou qui ne motivent pas le personnel à agir de façon conséquente. Ainsi, ils ont développé leur modèle de tableau de bord dévoilant les perspectives importantes de la gestion de la chaîne d'approvisionnement tout en conciliant le système de mesure aux objectifs généraux d'approvisionnement afin de favoriser leur réalisation. La figure 4 présente ce modèle.



**Figure 4 : Cadre de mesure de la performance de la chaîne d'approvisionnement**

Traduit de Brewer et Spoh (2000, p.78)

Leur modèle décrit les perspectives de la gestion de la chaîne d'approvisionnement qui devraient être mesurées par les gestionnaires. Chaque perspective renferme les indicateurs clés qui mesurent la performance. Le modèle montre que pour évaluer le niveau d'atteinte des objectifs de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, il est question de mesurer des données telles que la réduction du gaspillage, les coûts et les

délais ainsi que l'amélioration de la flexibilité. Concernant les bénéfices clients, il faudrait mesurer la performance surtout sous l'angle de la qualité des produits et des niveaux du service offert aux clients. Il devient donc essentiel de rechercher quels sont les véritables bénéfices pour les clients et les conditions qui peuvent les créer. L'efficience est l'élément de la performance qui est le plus souvent mesuré. Le modèle désigne la marge de profits, les flux monétaires, la croissance des revenus et le rendement des actifs comme indicateurs de mesure de la performance financière et de la réduction des coûts. L'amélioration des activités des approvisionnements est la dernière perspective exposée par leur modèle. Cette dernière nous fait comprendre qu'il existe quatre indicateurs qu'il faut mesurer et qui sont relatifs aux sources majeures entraînant l'amélioration de ces activités, soient, l'amélioration des produits/processus qui est en rapport avec l'efficacité des activités, la relation entre partenaires, les flux d'information à travers les différents intervenants qui aident à la prise de décisions, et finalement, les menaces et les substituts qui font référence à l'évaluation des processus d'approvisionnement par rapport à ceux de la concurrence.

Différemment de Brewer et Speh (2000), qui expliquent que le tableau de bord, de même que les indicateurs de performance, sont élaborés en fonction des objectifs ciblés par les organisations, Malmi (2001) relie ces derniers à la stratégie et au système d'information des organisations. Suite à une étude qu'il réalise sur 17 organisations finlandaises, il affirme dans un premier temps que les tableaux de bord et les indicateurs de performance sont identifiés et utilisés dans l'optique d'implanter une stratégie de gestion. Des objectifs stratégiques sont alors fixés afin d'orienter les efforts des gestionnaires vers la rencontre des stratégies. Dans un deuxième temps, les tableaux de bord sont utilisés à titre de système d'information. L'auteur souligne que ces derniers doivent être conçus de façon à fournir l'information nécessaire à la prise de décision des utilisateurs.

### 2.3.5.2.1 Regroupement et classification des indicateurs de performance

Plusieurs auteurs abordent les indicateurs de mesure de la performance d'approvisionnement sans passer par leur classification sur un tableau de bord. Kowalski (1991) souligne que la réussite des opérations de gestion du matériel hospitalier requiert un développement significatif et une utilisation continue d'indicateurs de performance au niveau des aspects quantitatifs ou qualitatifs. Il regroupe ces indicateurs de mesure en différentes catégories : ceux qui mesurent la performance des activités d'achat telles que les coûts d'achats et les variations des prix, ceux qui traitent la gestion des stocks et ceux qui mesurent la performance de la distribution interne des produits médicaux. L'auteur ajoute que l'identification des bons indicateurs seule ne suffit pas pour effectuer une mesure précise et adéquate de la performance. Les gestionnaires doivent s'assurer de l'exactitude des éléments mesurés et de la faisabilité de la mesure. De plus, l'action de mesurer la performance doit être effectuée par un personnel spécialisé et qualifié qui dispose de système d'information approprié et efficace.

Pour Jobin *et al.* (2003), il est possible que les gestionnaires aient accès à une vaste gamme d'indicateurs de performance. Mais, selon la nature du contexte organisationnel, ces indicateurs ont tendance à changer et des préoccupations de gestion peuvent alors s'ajouter. Cependant, ils associent les indicateurs de performance d'approvisionnement à trois dimensions de préoccupations incontournables : «performance financière», «performance opérationnelle» et «performance client». Chacun de ces volets est mesuré à l'aide d'indicateurs. Selon leur modèle, une grande partie de la performance financière peut s'appuyer sur une logique de comptabilité par activité (*activity based costing*) qui vise à mieux assigner les coûts aux différentes activités et processus et permet de voir les activités consommatrices de ressources. La performance opérationnelle fait référence au niveau de service offert par les fournisseurs, à l'évaluation de la gestion des stocks et

à la distribution interne des produits. Pour les indicateurs traitant la satisfaction des clients internes, leur utilité est de mesurer la performance des processus sous l'angle des bénéficiaires ou par la satisfaction des unités de soins qui utilisent directement les services offerts.

Blouin et *al.* (2001) tentent d'identifier les indicateurs de performances permettant d'évaluer les activités de réapprovisionnement. Ils ont dirigé leur étude de façon à identifier initialement les activités de réapprovisionnement, soit : commander, prélever, transporter et placer. Ensuite, ils ont fixé les objectifs qui doivent être atteints par ces activités, soit améliorer le niveau de service, maîtriser les coûts et réduire le niveau des stocks. Ainsi, pour évaluer ces objectifs, les auteurs ont eu recours à des indicateurs basés sur les coûts des activités, sur le niveau des stocks et sur le niveau de service. Pareillement à Jobin et *al.* (2003), les auteurs se sont inspirés d'une approche de comptabilité par activité en vue de déterminer les coûts des activités de réapprovisionnement. Ils décrivent le niveau de service comme étant le pourcentage de la demande satisfaite à partir des stocks lorsqu'un membre du personnel soignant peut compter sur une fourniture entreposée à l'unité de soins au moment voulu. Les auteurs affirment que le niveau de service pourrait être mesuré également selon le nombre de commandes internes effectuées, selon le nombre de lignes de produits ainsi que selon la quantité d'articles prélevée. Les stocks sont évalués à partir du taux de rotation et la proportion des opérations d'approvisionnement effectuées.

Par ailleurs, suite à une expérience réalisée dans un milieu hospitalier québécois, Beaulieu et *al.* (2006) montrent comment développer les indicateurs de performance par les gestionnaires d'un SA. Ils considèrent que le développement des indicateurs de performance devrait s'inscrire dans une démarche de gestion de la performance qui implique un exercice de communication avec les services requérants, la direction de l'établissement et les employés du service d'approvisionnement. Les auteurs



expliquent que le développement des indicateurs et des objectifs les accompagnant exige de doser les attentes de différentes parties. Cependant, on constate que les indicateurs de performances identifiés par leur recherche sont surtout d'ordre qualitatifs et visent à évaluer et à comparer dans le temps la valeur de certains déterminants relevant du secteur des achats et de la gestion des stocks. La mesure de la performance dans le contexte de leur recherche s'est également faite sous l'angle général de la recherche constante d'économies. D'autres auteurs, tels que Chow et Heaver (1994), considèrent que seuls les indicateurs relevant de la chaîne d'approvisionnement externe, de l'évaluation de l'efficacité des fournisseurs et du niveau de service que ces derniers offrent, représentent des outils optimaux pour juger la performance des opérations d'approvisionnements faites par les SA.

Le tableau 1 illustre l'ensemble des indicateurs de performance identifiés au cours de notre revue de la littérature. Les mesures sont classifiées selon les auteurs, l'activité à laquelle elles se rattachent ainsi que selon les dimensions générales de la performance. Notre choix de ces dimensions est basé sur les attributs donnés à la performance par la plupart de ces auteurs, soient, l'efficacité, l'efficacités et le niveau de service. Il est à noter que ces mesures peuvent servir à la constitution d'un système de mesure de la performance d'approvisionnement hospitalier qui pourra être à son tour pertinent pour notre présente recherche.

Tableau 1 : Classification des indicateurs de mesure de la performance

Dimensions performance	Indicateurs de mesure	Activité	Sources
EFFICIENCE	Économies dégagée sur les contrats signés	Achats	Jobin et al (2003)
	Coûts pour les produits sous contrat	Achats	Jobin et al (2003)
	Coûts pour les produits en achat direct	Achats	Jobin et al (2003)
	Coûts de gestion des stocks (réception et lancement des commandes)	Gest.des Stocks	Jobin et al (2003)
	Coûts des activités (ressources humaines et matérielles engagées)	Indicat.général	Blouin et al (2003)
	Réduction des coûts	Indicat.général	Brewer et Speh (2000)
	Équilibre budgétaire	Indicat.général	Brewer et Speh (2000)
	Réduction du gaspillage	Indicat.général	Brewer et Speh (2000)
	Coûts généraux	Indicat.général	Gleason-Barnum (1992)
	Coûts d'achat VS coûts d'opération total	Achats	Kowalski (1991)
	Coûts d'achat	Achats	Kowalski (1991)
	Taux de variation du prix	Achats	Kowalski (1991)
Indice des prix	Achats	Kowalski (1991)	
EFFICACITÉ	Taux potentiel de ruptures	Appro.	Beaulieu et al (2006)
	Nombre des transactions internes/période	Appro.	Beaulieu et al (2006)
	Valeur et nombre des commandes sous appelles d'offre	Achats	Beaulieu et al (2006)
	Valeur et nombre des commandes en gré à gré	Achats	Beaulieu et al (2006)
	Valeurs et nombre des commandes sous appel d'offre provinc./régional	Achats	Beaulieu et al (2006)
	% de commandes sous contrat	Achats	Beaulieu et al (2006)
	Nombre total de lignes de bon de commande/période	Achats	Beaulieu et al (2006)
	Nombre total de bon de commande/période	Achats	Beaulieu et al (2006)
	Réduction des délais	Achats	Beaulieu et al (2006)
	Exactitude des inventaires	Gest.des Stocks	Jobin et al (2003)
	Exactitude des achats effectués	Achats	Jobin et al (2003)
	Niveau de service des fournisseurs	Achats	Jobin et al (2003)
	Nombre des factures litigieuses /période	Achats	Jobin et al (2003)
	Nombre de commande en souffrance/période	Achats	Jobin et al (2003)
	Nombre ou % de retour aux fournisseurs/période	Achats	Jobin et al (2003)
	Nombre de réquisition en suspens/période	Appro.	Jobin et al (2003)
	Nombre de contrats à renouveler au cours d'une période données	Achats	Jobin et al (2003)
	Respects des délais de livraison	Achats	Jobin et al (2003)
	Exactitude des factures	Achats	Jobin et al (2003)
	Révision des points de commande	Achats	Jobin et al (2003)
	Disponibilité des produits	Achats	Jobin et al (2003)
	Temps de cycle de révision de quotas conservés aux unités de soins	Appro.	Jobin et al (2003)
	Exactitudes des commandes livrées	Achats	Jobin et al (2003)
	Exactitude des stocks	Gest. des stocks	Jobin et al (2003)
	Taux de rotation de stocks	Gest. des stocks	Blouin et al (2003)
	Valeur et nombre d'article dans le stock	Gest. des stocks	Blouin et al (2003)
	Rupture des stocks	Gest. des stocks	Blouin et al (2003)
	Relation entre partenaires	Achats	Brewer et Speh (2000)
	Flux d'information	Indicat.général	Brewer et Speh (2000)
	Objectifs d'approvisionnement généraux	Indicat.général	Gleason-Barnum (1992)
Qualité des services généraux des fournisseurs (délais, réponses aux commande...etc.)	Achats	Chow et Heaver (1994)	
NIVEAU DE SERVICE	Nombre de plaintes aux services de soins	Appro.	Jobin et al (2003)
	La paramétrisation : satisfaire les proportions demandées par les unité de soins (produits/ fréquence)	Appro.	Blouin et al (2003)
	Nombre de transactions faites aux unités de soins	Appro.	Blouin et al (2003)
	Fréquence des demandes de dépannage faite par les unités de soins	Appro.	Blouin et al (2003)
	Quantité de produits commandés par les demandes de dépannage	Appro..	Blouin et al (2003)
	Amélioration de la qualité des produits/services	Achats	Brewer et Speh (2000)
	Réception à temps	Achats	Brewer et Speh (2000)
	Amélioration de la flexibilité (perspective client)	Appro.	Brewer et Speh (2000)
	% des réquisitions complétées à partir des stocks en magasins	Appro.	Kowalski (1991)
	Nombre de jours que les opérations pourraient continuer à fonctionner sans approvisionnements	Appro.	Kowalski (1991)
Délais entre le lancement d'une réquisition et son traitement	Appro.	Kowalski (1991)	

### **3. CADRE CONCEPTUEL**

Le cadre conceptuel décrit les principales dimensions à étudier et les variables qui leur sont reliées, il explique également les relations entre elles (Miles et Huberman, 2003). Il nous permet alors de mieux définir l'objet de notre recherche, ainsi que de cerner de façon plus précise les limites de cette dernière. Il a aussi pour but de diriger le sens principal de l'analyse que nous allons effectuer.

Afin de dresser la structure générale de notre cadre conceptuel, on définira les concepts essentiels issus de nos deux objectifs de recherches (OR1, OR2). On fera également les liens entre ces concepts et les différentes variables qui leur sont reliées. Ces dernières ont été essentiellement identifiées et définies au cours de la revue de la littérature.

#### **3.1 DÉFINITION DES CONCEPTS**

La revue de la littérature nous a permis de définir et de comprendre les différentes dimensions qui s'inscrivent dans le cadre de notre étude. Néanmoins, il est nécessaire de définir les trois concepts clés découlant de notre recherche et de nos objectifs de recherche, soit, la libéralisation commerciale, l'approvisionnement et la performance.

##### **3.1.1 LA LIBÉRALISATION COMMERCIALE**

Il existe un corpus considérable de littérature qui aborde les aspects théoriques de la libéralisation commerciale et qui élabore différentes définitions. Néanmoins, pour définir le concept, nous avons choisi de retenir les définitions données par Blackhurst *et al.* (1977) et Stranks (1998).

Selon Blackhurst et *al.* (1977), la libéralisation commerciale est la promotion des échanges commerciaux internationaux en mettant en place des règles qui définissent des comportements monétaires et commerciaux admissibles et en éliminant ou allégeant les diverses restrictions tarifaires et non tarifaires au commerce. D'autre part, en donnant la possibilité de consolider progressivement les niveaux des droits de douane et en mettant l'accent sur le principe de la non-discrimination afin de promouvoir le développement économique dans un climat de sécurité et de prévisibilité sur les marchés mondiaux. En s'appuyant sur la définition de Stranks (1998), la libéralisation commerciale est beaucoup plus large. Non seulement c'est une pratique qui donne aux entreprises accès à des marchés beaucoup plus importants où elles peuvent vendre leurs produits, mais elle fait également référence à la suppression des obstacles posés par la demande interne, aux réformes relatives aux subventions et pratiques des marchés publics, aux mesures concernant les investissements liées au commerce, aux aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et, enfin, aux échanges internationaux de services.

La libéralisation commerciale sera donc définie ici comme :

**La promotion des échanges commerciaux internationaux en éliminant ou allégeant les entraves tarifaires et non tarifaires entre les pays afin de donner accès à des marchés plus importants de produits, de services et d'investissements, ainsi qu'en limitant le contrôle des pouvoirs publics sur les marchés nationaux et l'adoption de ces pouvoirs publics des réglementations internationales relatives aux échanges commerciaux.**

### 3.1.2 L'APPROVISIONNEMENT

Savard et *al.* (1998) définissent l'approvisionnement comme un ensemble d'activités et de ressources par lesquelles les stocks se déplacent selon les besoins de l'entreprise. Les auteurs soulignent que l'approvisionnement est à la base vu comme une activité de distribution reliée à l'environnement marketing de l'entreprise. L'approvisionnement peut donc être considéré comme une activité qui vise à aider les différents services et à répondre aux besoins d'une clientèle interne et externe à l'organisation, soit l'ensemble des employés et les clients acheteurs des produits ou services offerts par l'organisation.

D'autres définitions peuvent nous éclairer sur cette approche. Compton (1974) définit l'approvisionnement comme étant la branche de la direction générale qui prend en charge la politique, le contrôle, la procédure, la planification et l'administration de tout ce qui est nécessaire au fonctionnement de l'entreprise. Il fait référence aux stocks, aux composantes, au matériel neuf, à l'outillage et aux services. Pettigrew et St-Martin (1987), quant à eux, définissent plus largement l'approvisionnement en l'intégrant à la distribution et en l'abordant sous l'angle du rôle du service d'approvisionnement. Ils soulignent que ce dernier est responsable de la sélection géographique des sources d'approvisionnement, des choix des moments appropriés d'achat, des catégories et des formes des marchandises à acheter, ainsi que des prix et de la qualité de ces marchandises.

À partir de ces différentes définitions, on est en mesure d'attribuer au concept «approvisionnement» la définition suivante :

**Une activité qui planifie, organise, dirige et contrôle les achats des biens et services nécessaires au fonctionnement de l'organisation. Elle assure leur bonne sélection en terme de coûts et de qualité et supervise leur déplacement géographique selon les besoins et les avantages de l'entreprise. C'est une activité qui vient pour aider les services internes de l'organisation et pour répondre aux besoins de la clientèle externe de celle-ci.**

### 3.1.3 LA PERFORMANCE

La performance peut être considérée comme un des plus importants concepts dans le management des organisations. Concernant sa définition, les auteurs divergent sur les différents paramètres qui pourraient la mesurer.

Vu cette grande divergence sur les paramètres de mesure de la performance, nous avons choisi de prendre en compte un résumé de la littérature fait par Chaput (2007) sur les aspects particuliers de la performance. L'auteur décrit les modèles multidimensionnels de la performance en s'inspirant des écrits remontant jusqu'aux années 50. Il identifie plusieurs critères de performance tels que l'adaptabilité, la flexibilité, la productivité, la satisfaction de la clientèle interne et externe de l'organisation, la puissance des ventes, le profit, l'innovation et l'environnement, ainsi que la réalisation des buts. Ce dernier critère de performance cité par l'auteur est relié aux objectifs de l'organisation, et il a été également évoqué par Gleason et Barnum (1982). Ces auteurs, déjà abordé dans notre revue de la littérature, donnent deux dimensions à la performance, l'efficacité qui mesure le degré d'atteinte des objectifs de l'organisation et l'efficience qui mesure à quel niveau ces objectifs ont été réalisés de façon économique.

Sans approfondir le sens très large de ce concept, nous nous basons sur certains déterminants de la performance identifiés dans différentes recherches et nous définissons la performance comme :

**Le niveau de réalisation des objectifs généraux de l'organisation (efficacité), ainsi que le degré de réalisation de ces objectifs avec le plus d'économie des coûts possible (efficience), tout en assurant un niveau optimal du service offert (niveau de service).**

## **3.2 CADRE D'ANALYSE**

Le cadre général de notre analyse est constitué de deux blocs principaux qui correspondent à chacun de nos objectifs de recherche (OR1 et OR2).

### **3.2.1 Évolution du service d'approvisionnement**

Le premier bloc comprend l'angle analysant le passage du fonctionnement du SA entre deux environnements de marché complètement distincts. Ces derniers sont l'environnement initial, qui est celui du monopole public, et le nouvel environnement du marché actuel qui est désormais ouvert aux fournisseurs et aux produits étrangers suite à l'application des réformes structurelles.

Par définition, le monopole public procède à l'intervention de l'État pour restreindre la concurrence sur un marché donné. Il est appelé monopole légal ou monopole de droit du fait qu'il est imposé par la législation (Wikipedia). Dans un monopole public, les prix sont déterminés par l'État selon des critères qui lui sont propres tels que permettre à des populations défavorisées d'accéder aux produits et aux services,

répondre à des impératifs macroéconomiques et assurer l'aménagement du territoire<sup>17</sup>. Il est à noter que cette politique de marchés est valable pour la majorité des pays en voie de développement.

Le marché d'importation des produits médicaux en Algérie fonctionnait sous le contrôle total de l'État malgré des opportunités de production négligeables qui étaient concédées au secteur privé, celui-ci étant peu productif essentiellement par faute de compétences et de ressources financières. Les centres hospitaliers publics procédaient à leurs propres opérations d'importation des fournitures médicales. Les SA détenaient des liens d'affaires avec les fournisseurs étrangers à travers des opérations d'achats relativement peu nombreuses mais qui couvraient généralement les besoins annuels en produits médicaux. Ceci se faisait en concluant des contrats d'achat annuels auprès d'eux. Dans le cas des besoins immédiats et des petites commandes, des entreprises importatrices, qui relevaient également du secteur public, assuraient la fourniture des produits médicaux aux centres hospitaliers. Les ministères algériens de la santé, de l'industrie et du commerce, contrôlant en même temps ces opérations d'importations, approuvaient ou refusaient aux hôpitaux les plans annuels d'approvisionnements internationaux et octroyaient les licences d'importation distinctement à chaque opération d'achat.

Dans une telle situation de marché, un SA dans un centre hospitalier maintient des processus d'approvisionnement généralement standards et semblables dans un environnement de marché stable et inchangeable au cours des opérations d'approvisionnement répétitives. Le personnel du SA procède au même processus opérationnel qui implique un même flux informationnel, documentaire et financier. Pour ce fait, on présentera explicitement comment ce processus se déroule dans le chapitre 6 sur les analyses des résultats.

---

<sup>17</sup> <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Monopole.htm>



En 1994, la libéralisation du commerce extérieur a changé la structure et les données du marché des équipements médicaux en Algérie. Ce dernier était complètement ouvert au secteur privé qui dès lors assurait l'importation et la distribution des fournitures médicales. Depuis cette année, les SA des hôpitaux fonctionnent dans des conditions plus complexes qui les mettent sous la pression de nouveaux facteurs internes et externes à l'établissement de santé et qui leur demande d'interagir et de s'adapter adéquatement.

Pour fin de notre analyse, nous avons choisi de retenir les facteurs internes et externes de l'environnement du SA identifiés par Landry et *al.* (1998), soit, l'établissement de santé, les fournisseurs et l'environnement politique.

L'analyse relative à notre premier objectif de recherche (OR1) s'inscrit dans une perspective où, dans un premier temps, nous procéderons à une étude descriptive qui mettra en lumière l'évolution du processus d'approvisionnement en passant du monopole public à la libéralisation commerciale. nous décrirons l'ensemble des changements opérationnels survenus sur le processus d'approvisionnement à partir du moment de l'identification du besoin au sein de l'unité de soins jusqu'à la fourniture de ce besoin de la part du SA à cette dernière. Dans un deuxième temps, il s'agit d'étudier comment les facteurs internes et externes du nouvel environnement ont influencé le fonctionnement du SA. Ces facteurs donnent lieu à des changements dans le fonctionnement du processus général d'approvisionnement, dans le mode de gestion interne du SA, dans les compétences requises du personnel, dans les conditions financières et juridiques auxquelles il faut se conformer et, surtout, dans les exigences accrues des dirigeants sur les aspects des produits et services fournis par les fournisseurs concentrés sur le marché local en conséquence de l'ouverture commerciale. Il est à noter que ces deux parcelles d'analyse correspondent à nos deux questions de recherche QR1 et QR2.

### **3.2.2 Performance de l'approvisionnement dans le contexte de l'ouverture commerciale**

Le deuxième bloc de notre cadre d'analyse porte sur l'évaluation de la performance de l'approvisionnement dans le nouveau contexte de l'ouverture commerciale. Cette partie d'analyse permet de mettre en lumière explicitement les incidences et les implications finales entraînées par les changements et les évolutions de l'environnement, analysés dans le premier bloc du cadre d'analyse, en terme de performance au niveau de la fonction «approvisionnement» en fournitures médicales.

Pour mieux évaluer en profondeur la performance d'approvisionnement, nous avons choisi d'utiliser les aspects de la performance retenus par Gleason et Barnum (1982) qui sont l'efficacité qui évalue le niveau d'atteinte des objectifs généraux d'approvisionnement et l'efficience qui mesure à quel niveau ces objectifs sont réalisés de façon économique. Toutefois, notre parcours de la littérature nous a fait constaté que la majeure partie des auteurs ont considéré le niveau de service offert aux unités de soins par les SA comme un aspect fondamental d'évaluation de la performance de l'activité d'approvisionnement hospitalier (Jobin et *al.* 2003; Brewer et Speh, 2000; Blouin et *al.*, 2000; kowalski, 1991). Pour interpréter le sens du niveau de service qui sera considéré dans notre analyse, nous retiendrons celui attribué par De Villers (1993) qui définit le niveau de service dans le contexte hospitalier comme étant le pourcentage de la demande satisfaite à partir des stocks. L'auteur explique qu'une demande est considérée satisfaite lorsqu'une fourniture médicale est concrètement disponible à l'unité de soins au moment même où elle est demandée par un membre du personnel soignant. Par contre, une pénurie est considérée présente lorsque la fourniture demandée n'est pas disponible à l'unité de soins au moment voulu. Ainsi, pour cet aspect de mesure de la performance, c'est le niveau de service à l'unité de soins qui sera pris en considération et non le niveau de service au magasin central de l'hôpital.

Avec l'efficacité et l'efficacité, le niveau de service vient donc pour former une triade de dimensions attribuées à notre analyse de la performance d'approvisionnement hospitalier en fournitures médicales, à la lumière de l'ouverture commerciale et des changements contextuels qu'elle engendre. Cette partie d'analyse correspond principalement à notre deuxième objectif de recherche (OR2) et à notre troisième question de recherche (QR3).

Notre cadre conceptuel est schématisé dans la figure 5. Il délimite les angles et les dimensions de l'analyse à effectuer, ainsi qu'il synthétise les éléments que nous avons développés dans cette section. Les deux principaux blocs représentent les éléments de l'analyse relative à nos deux objectifs de recherche (OR1 et OR2).

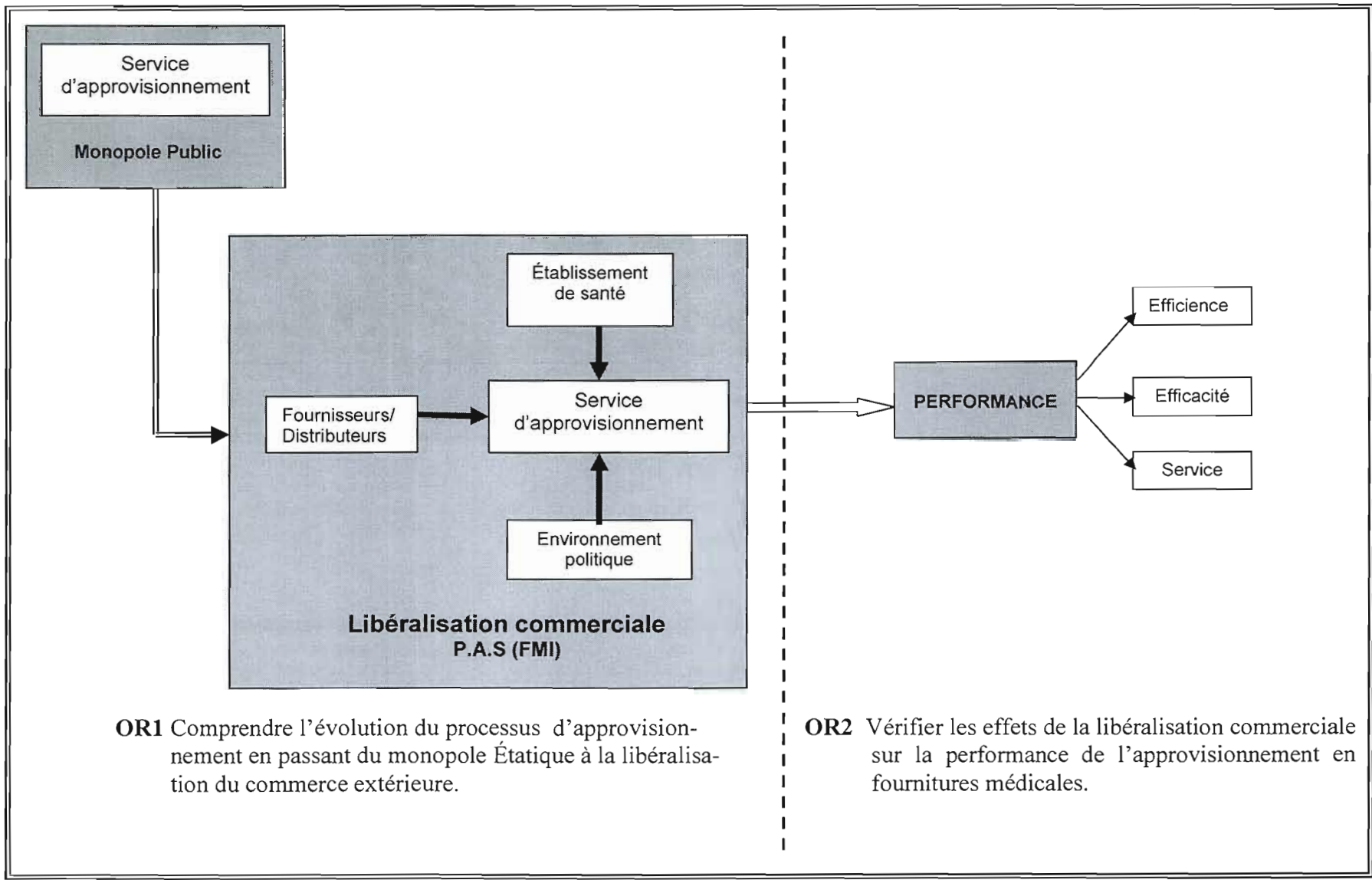


Figure 5  
Cadre conceptuel

## 4. PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

### 4.1 QUESTIONS DE RECHERCHE

Notre premier objectif de recherche est de comprendre l'évolution du processus d'approvisionnement en fournitures médicales dans un établissement de santé algérien passant du monopole Étatique à la libéralisation du commerce extérieur (OR1). Une question de recherche se rattache directement à ce premier objectif de recherche.

Bien que la littérature sur le fonctionnement de l'activité «approvisionnement» des centres hospitaliers en général soit variée et disponible, nous avons constaté l'absence presque totale de celle-ci lorsque les centres hospitaliers fonctionnent sous le contrôle du monopole public qui détient toutes les sources d'approvisionnement et les canaux de distribution qui conduisent les produits à leurs points de consommation.

Par conséquent, notre première question de recherche reste large et porte davantage sur une étude comparative du fonctionnement du processus d'approvisionnement pendant le monopole Étatique et après la libéralisation commerciale. Cette question de recherche fait référence à un niveau d'analyse plus descriptif.

<p><b>QR1</b> Comment a évolué le processus d'approvisionnement en fournitures médicales d'un centre hospitalier algérien en passant du monopole public à la libéralisation du commerce extérieur ?</p>
---

En suivant l'ordre de notre cadre d'analyse, notre deuxième problématique de recherche porte sur l'influence des facteurs internes et externes de l'environnement sur le service d'approvisionnement, dans les nouvelles conditions de la libéralisation commerciale.

Les facteurs internes et externes de l'environnement choisis pour fin de notre recherche sont ceux identifiés par Landry et *al.* (1998) qui sont eux-mêmes utilisés dans la structure de notre cadre d'analyse, soient, l'établissement de santé, les fournisseurs et l'environnement politique. La littérature traitée sur ce sujet nous permettra ultérieurement d'avancer nos deux propositions de recherche qui s'y rattacheront (voir section 4.2).

**QR2** Comment les facteurs internes et externes de l'environnement influent-ils sur le service d'approvisionnement après l'introduction de la libéralisation commerciale ?

Notre deuxième objectif de recherche est d'étudier la performance de l'approvisionnement en fournitures médicales sous les nouvelles conditions de la libéralisation commerciale. Nous avons rattaché à cet objectif notre troisième question de recherche. Celle-ci porte sur les effets de l'ouverture commerciale au niveau de la performance d'approvisionnement.

**QR3** Quels sont les effets de la libéralisation commerciale sur la performance de l'approvisionnement en fournitures médicales ?

## 4.2 PROPOSITIONS DE RECHERCHE

Afin qu'on puisse mettre au point quelques réponses possibles pour les questions de recherches présentées, l'analyse de la littérature nous permet de faire des propositions adéquates.

Néanmoins, notre cadre d'analyse et notre synthèse de la littérature ne nous permettent pas de formuler de propositions de recherche pour la première question de recherche. Comme nous l'avons déjà mentionné, cette dernière ne fait l'objet que d'une analyse descriptive.

Concernant notre deuxième question de recherche, on rappelle que l'environnement du SA se compose de trois éléments dont le premier est l'établissement de santé lui-même. Selon Landry *et al.* (1998), l'interaction entre les deux parties, touchant habituellement et à la structure et au fonctionnement du SA, trouve son origine dans la restriction budgétaire. Cette dernière mesure conduit inévitablement à la réduction du personnel, à la perte d'expertise, à l'absence de budget de formation, au manque de sensibilisation du personnel infirmier pour la gestion des produits médicaux et à la difficulté de renouveler le parc technologique (voir section 3.3.2.1). Or, la restriction budgétaire est une autre mesure prise dans le cadre des réformes gouvernementales et qui est distinctement différente de celle de la libéralisation commerciale. Ainsi, et afin de rester dans les limites de notre cadre d'analyse, il nous serait également impossible d'apporter une proposition de recherche autour de l'influence de l'établissement de santé sur le SA.

Cependant, comme les regroupements d'achats n'existent pas dans le système d'approvisionnement hospitalier algérien, les fournisseurs privés sont désormais la source principale des produits médicaux à destination des établissements de santé.

Comme le mentionne Chow et Heaver (1994) et Leenders et *al.*, (2006), le fournisseur se donne la tâche générale d'assurer au SA la qualité, la livraison, le coût, l'environnement, la promotion, la sécurité, l'amélioration continue, les finances, la gestion et les réalisations techniques. Nous pouvons donc supposer que suite à l'ouverture commerciale, il y a un double effet compliquant la tâche des gestionnaires du SA : une augmentation du nombre des fournisseurs qui s'enregistre sur le marché local faisant augmenter l'offre, ainsi que les nombreuses prestations très variées que ces fournisseurs leur offrent. Les dirigeants du SA doivent alors très minutieusement se confier aux meilleurs fournisseurs et aux meilleures offres qui leurs sont proposées afin de faire les meilleurs achats possibles. Ceci est une tâche qui n'est guère facile parce que, tel que le souligne Legouge (1998), l'essentiel de l'effort des acheteurs publics est aujourd'hui tourné vers la compréhension et la mise en œuvre des règles applicables à la commande publique dont la maîtrise complète est d'ailleurs devenue inaccessible. L'auteur appuie notre supposition en expliquant que les dirigeants du SA dans de telles situations doivent savoir organiser leurs achats, exprimer et traduire les besoins à satisfaire, maîtriser la sélection des fournisseurs et des offres et enfin, contrôler la qualité des prestations et évaluer les fournisseurs.

Il nous semble donc raisonnable de poser une première proposition de recherche portant sur l'influence des fournisseurs sur le SA.

**P1** La libéralisation commerciale donne lieu à une augmentation du nombre des fournisseurs sur le marché, ce qui exige du SA une gestion optimale des processus d'achat.

Pareillement aux regroupements d'achat, les conventions collectives ne font pas partie du fonctionnement du système de santé algérien et la réglementation représente



le seul élément de l'environnement politique qui interagit avec les SA des établissements de santé.

Pour faire face aux contraintes qui surgissent de l'accès libre des entreprises importatrices privées dans un domaine d'activité assez technique et spécialisé tel que celui des équipements et des produits médicaux, les autorités publiques concernées ont procédé de sorte à faire évoluer ce contexte libéral sous la pression de nouvelles exigences de sécurité et de qualité. À titre d'exemple, on cite la certification des produits et des services, dont la réglementation prévoit que les dirigeants des SA doivent être correctement informés de sa signification et de l'obligation de son obtention auprès des fournisseurs. Legouge (1998) recense la quasi-totalité des certifications de qualité européennes en soulignant la certification ISO 9001 comme étant la plus étendue. Il ajoute également que dans le cas de certains achats hautement spécialisés, la réglementation oblige l'acheteur public à exiger la qualification professionnelle des fournisseurs, et que sa position soit rigoureuse pareillement à celle appliquée en ce qui concerne la certification de qualité.

Landry et *al.* (1998) soulèvent cette question d'un point de vue managérial. Les réglementations exigent des procédures bien précises dans le processus d'approvisionnement : une demande de soumission doit être écrite et elle doit présenter les spécifications des biens et services à acheter, et, avant d'octroyer un contrat, il est obligatoire de faire des demandes auprès de trois fournisseurs et de sélectionner, pour chaque article, le plus bas soumissionnaire. L'obligation du détenteur final du contrat d'être dégagé de toutes charges fiscales est également demandée, tel qu'il est effectivement le cas en Algérie.

C'est donc aux gestionnaires des SA qu'il revient de trier entre bonnes, moyennes et mauvaises entreprises privées au moment du choix du prestataire qui sera leur

fournisseur. En ce sens, on est en mesure de poser une deuxième proposition de recherche à ce niveau.

**P2** La libéralisation commerciale donne lieu à une diversification de l'offre des biens et des services qui exigent du SA le respect strict et l'application minutieuse des réglementations dans leurs décisions.

Trois propositions de recherche sont rattachées respectivement à l'analyse des effets de la libéralisation commerciale sur la performance de l'approvisionnement des établissements de santé : P3 pour l'analyse de l'efficience des approvisionnements, P4 en relation avec l'efficacité de l'approvisionnement et P5 qui se rattache à l'analyse du niveau de service.

Au cours de la revue de la littérature, nous avons constaté que les impacts macroéconomiques et microéconomiques liés à la libéralisation commerciale touchaient majoritairement les entreprises productrices. Il a été démontré que ces dernières tirent avantage de la libéralisation dans l'acquisition de leurs intrants<sup>18</sup> pour dégager le maximum de bénéfices par leurs extrants<sup>19</sup>. Or, une absence d'écrits nous a empêché de traiter parallèlement le cas des impacts sur les organismes de service. Ainsi, nous prévoyons dans notre étude que les effets identifiés seront semblables dans le cas d'un établissement de santé, en tant qu'entreprise de service qui tire avantage de ces entreprises fournisseurs avantagés eux-mêmes par l'ouverture commerciale. L'argument est que l'établissement de santé en tire avantage en se procurant les intrants que sont les fournitures et les produits médicaux, et fournit aux

---

<sup>18</sup> Matières premières.

<sup>19</sup> Produits finis commercialisés.

usagers de la santé de meilleurs services, qui sont considérés comme étant ses extrants (Swinehart et *al.*, 1995).

L'amélioration de l'efficacité est l'une des principales retombées de la libéralisation commerciale. Rodrik (1995), El-Agraa (1989), Rollet (1987) et Krueger (1978) ont tous abouti à des résultats communs qui attribuent la baisse des prix de vente à la fois à l'ampleur de la concurrence sur le marché domestique et aux économies d'échelles réalisées par les entreprises fournisseurs. On peut ainsi supposer que l'atteinte des objectifs avec les moindres coûts est effectivement possible pour un établissement de santé quand ce dernier tire avantage d'une forte concurrence entre des fournisseurs de taille variée, et quand ces fournisseurs réalisent des économies d'échelles parce qu'ils ont désormais accès à un marché plus large suite à l'ouverture commerciale. Ils se permettent alors d'offrir aux établissements de santé des prix plus bas.

En partant de ce raisonnement, on estime qu'il nous est possible d'établir notre troisième proposition de recherche (P3).

**P3** La libéralisation commerciale cause une forte concurrence sur le marché et permet aussi des économies d'échelle aux fournisseurs sur leurs importations. Une telle situation permet de meilleurs prix offerts au SA et ainsi une réduction importante du coût d'approvisionnement (efficacité).

Tel que le montre notre cadre conceptuel, la performance d'approvisionnement en fournitures médicales se fera également sous l'angle de l'efficacité et du niveau de service. La libéralisation procure de multiples facteurs faisant augmenter l'efficacité des approvisionnements et le niveau de service vis-à-vis des unités de soins. L'effet d'apprentissage «*learning by doing*», souligné par Rollet (1987), pourrait être attribué

au cas d'un SA qui interagit régulièrement et intensivement avec des fournisseurs implantés sur le marché et qui sont souvent différents dans leur statut et leur taille. Un savoir faire et une expertise de gestion s'installe dans les rangs du SA suite à ces relations professionnelles prolongées. L'importance de la diffusion et de l'acquisition de connaissances technologiques est également discutable. La libéralisation commerciale rend plus facile le transfert des technologies par le biais des relations professionnelles avec les partenaires internationaux, par l'importation des technologies étrangères et par la compétition avec les firmes internationales (Tybout, 2000 ; Rodrik, 1995 ; Rollet, 1987). Pour le cas d'un établissement de santé, ceci est possible dans la mesure où l'avantage de l'accès facile des distributeurs aux progrès technologiques étrangers dans le domaine de la technologie médicale, se transmet de façon directe chez le personnel du SA. Nous pouvons donc supposer que cette acquisition de connaissances chez les dirigeants du SA est importante comme étant une source d'efficacité au niveau de l'évaluation de la qualité des biens et services achetés, et surtout une source d'amélioration du niveau de service auprès des points de consommation. Une bonne connaissance technique des produits et des équipements donne lieu à une meilleure compréhension des besoins des unités de soins et à une diminution des erreurs dans les commandes faites par le SA. Ainsi, on assure un degré élevé de satisfaction générale des services de soin.

Afin de vérifier à la fois les résultats conclus par les auteurs et nos suppositions, nous énoncerons les deux propositions de recherches suivantes :

**P4** La libéralisation commerciale produit des effets d'apprentissage qui donnent accès à une expertise de gestion pertinente aux dirigeants du SA, leur permettant ainsi d'atteindre davantage leurs objectifs généraux d'approvisionnement (efficacité).

**P5** La libéralisation commerciale donne lieu à une acquisition de connaissances techniques aux dirigeants du SA qui leur permet de satisfaire adéquatement les besoins des points de consommation (niveau de service).

Le tableau 2 présente une synthèse des objectifs, des questions et des propositions de recherche.

**Tableau 2 : Objectifs, questions et propositions de recherche**

<p><b>Objectifs de recherche (OR)</b></p>	<p><b>OR1</b> Comprendre l'évolution du processus d'approvisionnement en passant du monopole Étatique à la libéralisation du commerce extérieur.</p>	<p><b>OR2</b> Vérifier les effets de la libéralisation commerciale sur la performance de l'approvisionnement en fournitures médicales.</p>
<p><b>Questions de recherche (QR)</b></p>	<p><b>QR1</b> Comment a évolué le processus d'approvisionnement en fournitures médicales d'un centre hospitalier algérien, en passant du monopole public du marché à la libéralisation du commerce extérieur ?</p> <p><b>QR2</b> Comment les facteurs internes et externes de l'environnement influent-ils sur le service d'approvisionnement après l'introduction de la libéralisation commerciale ?</p>	<p><b>QR3</b> Quels sont les effets de la libéralisation commerciale sur la performance de l'approvisionnement en fournitures médicales ?</p>
<p><b>Propositions de recherche (P)</b></p>	<p><b>P1</b> La libéralisation commerciale donne lieu à une augmentation du nombre des fournisseurs sur le marché, ce qui exige du SA une gestion optimale des processus d'achat.</p> <p><b>P2</b> La libéralisation commerciale donne lieu à une diversification de l'offre des biens et des services qui exigent du SA le respect strict et l'application minutieuse des réglementations.</p>	<p><b>P3</b> La libéralisation commerciale cause une forte concurrence sur le marché et permet aussi des économies d'échelle aux fournisseurs sur leurs importations. Une telle situation permet de meilleurs prix offerts au SA et ainsi une réduction importante des coûts d'approvisionnements (efficience).</p> <p><b>P4</b> La libéralisation commerciale produit des effets d'apprentissage qui donnent accès à une expertise de gestion pertinente aux dirigeants du SA, leur permettant ainsi d'atteindre davantage leurs objectifs généraux d'approvisionnement (efficacité).</p> <p><b>P5</b> La libéralisation commerciale donne lieu à une acquisition de connaissances techniques par les dirigeants du SA, ce qui leur permet de satisfaire adéquatement les besoins des points de consommation (niveau de service).</p>

## **5. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Ce chapitre vise essentiellement à présenter l'approche méthodologique retenue pour cette recherche. Nous allons successivement justifier le choix du type de la recherche, le choix de l'échantillon à étudier, expliquer le déroulement de la cueillette des données et présenter notre instrument de mesure ainsi que le traitement des informations.

### **5.1 CHOIX DU TYPE DE RECHERCHE**

Selon Yin (2003), pour mener une recherche, cinq stratégies peuvent être identifiées : l'expérimentation, le sondage ou l'enquête, l'analyse d'archives, l'analyse de l'historique et l'étude de cas. Parmi celles-ci, l'auteur pose la question de la stratégie qu'un chercheur doit adopter pour sa recherche. Il explique que pour identifier la stratégie de recherche appropriée, il faut considérer les trois éléments suivants : 1) le type des questions de recherche posées, 2) l'aptitude du chercheur à contrôler les paramètres et les variables de la recherche, et 3) les dimensions temporelles de la problématique ou du phénomène étudié.

Dans le cas de notre recherche, nous considérons que nous sommes nullement en mesure de contrôler les données et les paramètres de l'étude. L'expérimentation est alors une stratégie qui ne nous est pas appropriée. Pareillement, nous soulignons que les études antérieures qui portent sur le même sujet de recherche sont quasiment absentes. Les stratégies d'analyse d'archives et d'analyse historique ne sont donc également pas les mieux adaptées à notre étude.

Pour sélectionner un choix de stratégie entre l'étude de cas ou celle du sondage, on s'est référé aux définitions apportées par Hlady Rispal (2002) et Yin (2003) concernant l'approche d'étude de cas.

Hlady Rispal (2002) précise que l'approche par étude de cas s'intéresse en profondeur au «comment et pourquoi» du phénomène, elle définit cette dernière comme suit :

*«L'étude de cas met l'accent sur la compréhension des dynamiques présentes au sein d'un environnement unique, elle se limite à un domaine d'investigation bien spécifique et permet la collecte de données très diverses. Elle se justifie par la complexité du problème à étudier.»*

Quant à Yin (2003), il propose la définition suivante de la stratégie d'étude de cas :

*«Une étude de cas est une enquête empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte réel lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas clairement évidentes et pour laquelle des multiples sources de données sont utilisées.»*

Notre étude porte effectivement sur un processus organisationnel qui présente un domaine d'investigation bien précis et contemporain pour le cas de l'Algérie, soit l'approvisionnement hospitalier. Nous considérons ce dernier comme une dynamique présente au sein d'un environnement unique qui est le milieu hospitalier et dans son contexte réel qui est le contexte de l'ouverture commerciale. Une collecte de données importantes peut être effectuée sur les lieux pour appuyer l'exécution de la stratégie.



Le choix de l'analyse par étude de cas est donc approprié pour notre étude puisque le principal objectif de notre recherche est d'évaluer la performance de l'approvisionnement hospitalier en fournitures médicales dans le contexte de la libéralisation commerciale (OR2), d'autant plus que nos questions de recherche s'interrogent principalement sur le «comment» et le «pourquoi» du phénomène, tel que souligné par Hlady Rispal (2002) en caractérisant une analyse par étude de cas.

## 5.2 ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillonnage est crucial pour l'analyse future des données, les chercheurs qualitatifs travaillent habituellement avec des échantillons nichés dans leurs contextes et étudiés en profondeur, à la différence des chercheurs quantitatifs qui cherchent des multiples cas décontextualisés et visent une représentativité statistique (Miles et Huberman, 2003).

Selon Hlady Rispal (2002), deux types d'étude de cas peuvent être utilisés pour sélectionner un échantillon dans une recherche : l'étude de cas unique et l'étude de cas multi-sites. L'auteur explique également que le choix d'un cas peut relever d'un étonnement du chercheur au regard d'un phénomène donné. L'origine du choix peut donc être le cas lui-même. Cependant, l'origine du choix peut être aussi l'intérêt pour un phénomène particulier conduisant au choix d'un cas porteur du phénomène.

Yin (2003) précise que le choix du cas unique se fait quand le chercheur se retrouve dans l'une des trois situations suivantes : 1) il souhaite tester une théorie pour la confirmer, la réfuter ou la compléter, 2) il identifie un cas présentant un caractère extrême, unique ou rare, ce qui fait son unicité, et 3) il peut relever à l'aide d'un cas unique un phénomène qui, sans être rare, n'était pas encore accessible à la communauté scientifique. L'étude de cas unique est également appropriée, selon

Hlary Rispal (2002), dans des situations où le chercheur veut illustrer des phénomènes préalablement définis dans un modèle théorique. En revanche, dans l'étude de cas multiple, Hlary Rispal (2002) souligne qu'il s'agit d'identifier des phénomènes récurrents parmi un certain nombre de situations dans lesquelles le chercheur analyse chaque cas et compare les résultats obtenus pour dégager des processus récurrents.

Par conséquent, en se rapportant aux explications des typologies d'échantillonnage de Yin (2003) et Hlady Rispal (2002), on constate que c'est **la méthode d'étude de cas unique** qui s'applique à notre recherche. Cette dernière porte essentiellement sur les impacts de la libéralisation commerciale, soit un phénomène préalablement défini dans un modèle théorique et qu'on veut vérifier sur la base de questions et de propositions de recherche posées dans le contexte d'un cas porteur du phénomène qui est celui d'un centre hospitalier.

Maintenant qu'on a choisi d'utiliser l'étude de cas unique, nous rappelons que nos deux objectifs de recherche sont successivement l'étude de l'évolution du processus d'approvisionnement hospitalier en fournitures médicales avant et après la libéralisation commerciale en Algérie et l'analyse des impacts de cette dernière sur la performance de l'approvisionnement. Il est donc question de faire le choix du cas qui représente un contexte vrai et propice à la réalisation de ces objectifs de recherche.

Le choix du cas dépend de sa capacité à apporter une meilleure compréhension du phénomène à étudier ou de la théorie à générer (Hlady Rispal, 2002). En ce sens, Miles et Huberman (2003) soutiennent qu'un chercheur doit sélectionner un échantillon en fonction d'un ensemble de critères précis. Ils affirment que le plan d'échantillonnage : 1) doit être cohérent avec le cadre conceptuel et les questions de recherche, 2) doit être porteur du phénomène étudié et qu'il soit mesurable et analysable, 3) doit favoriser le caractère généralisable des résultats par sa forte

représentativité, 4) permet l'accès à des explications et des descriptions tangibles et concrètes qui correspondent à la réalité, 5) doit être réalisable en terme de temps et d'accès aux personnes clés et 6) doit tenir compte de l'éthique en terme d'accords consentis et de relations avec les informateurs.

En appliquant les critères de Miles et Huberman (2003), le cas du **centre hospitalier universitaire de Constantine** fut donc ainsi retenu. Tel que l'exige notre cadre conceptuel, la taille organisationnelle considérable du CHU<sup>20</sup> de Constantine fait que son service d'approvisionnement est entièrement indépendant des autres services mais qu'il est soumis à la pression de la direction générale de l'établissement, à celle issue de l'augmentation du nombre des fournisseurs et de la forte offre que ces derniers procurent, ainsi qu'à celle de la réglementation imposée afin d'assurer l'ordre et l'éthique dans le fonctionnement des opérations d'achats. Le CHU de Constantine occupe, avec celui d'Oran, le deuxième rang en terme de taille et d'offre de soins après le CHU d'Alger, nous estimons par conséquent qu'il nous permettait de réaliser notre étude du fait de sa représentativité signifiante qui permet une généralisation des résultats relativement à l'ensemble des institutions sanitaires du secteur de la santé algérien. La pertinence du CHU de Constantine pour notre étude revient également à son service d'approvisionnement qui effectue des opérations d'achat de grande envergure en terme de coût et de volume sur les marchés locaux et internationaux, ceci avant et après l'application de la libéralisation commerciale. De surcroît, sur la base de certaines possibilités personnelles issues d'une expérience professionnelle antérieure, nous estimons que nous étions en mesure d'accéder géographiquement et de façon éthique et professionnelle aux personnes clés afin d'acquérir des informations tangibles et concrètes correspondantes à la réalité de l'environnement interne de l'hôpital. Ainsi le cas du CHU de Constantine semble convenablement approprié pour notre étude.

---

<sup>20</sup> On utilisera ci-après l'abréviation CHU pour désigner le Centre Hospitalier Universitaire

Dans le chapitre sur l'analyse des résultats, on présentera le CHU de Constantine de façon plus détaillée, ce qui justifiera encore plus la pertinence de ce choix pour notre étude de cas unique.

### 5.3 LA COLLECTE DES DONNÉES

Le chercheur s'immerge dans son terrain de recherche en adoptant une interaction avec ses sources à l'aide de techniques d'observation, d'entrevues et de rassemblement de données écrites ou de documentation (Hlady Rispal, 2002).

Notre étude évoque un caractère exploratoire et descriptif, le recueil de données qualitatives est donc privilégié. Néanmoins, il est nécessaire de s'appuyer également sur une collecte de données quantitatives pour évaluer certaines situations relatives aux objectifs des activités d'approvisionnement. Nous avons donc décidé que notre collecte de données se ferait sous forme de **recherche documentaire et d'entrevues**.

L'utilisation de chacune des techniques de collectes de données dépend à la fois de la nature de nos questions et de nos propositions de recherches et de la nature des données recherchées, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives.

#### 5.3.1 La recherche documentaire

L'avantage de la collecte de données écrites est que les documents regroupés ont en principe été rédigés hors du contexte de l'étude. Ils sont donc objectifs au regard de la recherche (Hlady Rispal, 2002).

Dans notre cas, cette technique vise distinctement à prélever des données quantitatives qui correspondent principalement aux questions et aux propositions de

recherche sur l'évaluation de la performance (QR3, P3, P4), des données chiffrées nous permettant de comparer longitudinalement l'efficience des opérations d'approvisionnement du CHU à travers une analyse des coûts d'achats généraux annuels en fournitures médicales. De même, afin d'évaluer le degré de réalisation de certains objectifs du SA, nous avons procédé à l'analyse de données quantitatives qui nous ont permis de situer les objectifs réalisés par rapports à ceux ciblés. Cependant, ces deux paramètres de la performance, l'efficience et l'efficacité, ne manqueront pas de faire l'objet d'une analyse qualitative à travers des entrevues (voir section 5.3.2).

Afin de s'assurer de la fiabilité des données écrites recherchées et de considérer l'éthique de la recherche, nous avons choisi de recueillir ces dernières auprès du secrétaire général du CHU, ce dernier étant le deuxième responsable direct de la gestion générale de l'établissement. Suite à deux rencontres qui ont eu lieu à la deuxième et la troisième semaine du mois de décembre 2006 à son lieu de travail, ce dernier nous a fait part de documents qui nous ont fourni un grand nombre d'informations sur les états financiers généraux du CHU et qui remontaient jusqu'à l'année 1982. Nous avons jugé le contenu de ces derniers très représentatif à cause de ses dimensions temporelles qui cernaient les deux périodes d'avant et d'après la libéralisation commerciale, soit avant et après l'année 1994. Parmi ces documents contenant les données de 1982 à 2003, on trouve :

- les crédits annuels alloués au CHU par le ministère de la santé et de la population
- les engagements financiers totaux annuels effectués
- les paiements annuels effectués
- les crédits alloués spécifiquement aux achats des fournitures médicales
- les engagements financiers faits dans les achats des fournitures médicales
- les crédits alloués spécifiquement aux achats du médicament
- les engagements financiers faits dans les achats du médicament

- les restes à payer annuels qui correspondent aux dettes annuelles
- les reliquats annuels d'opportunités écartées (RAOE) qui font référence aux opportunités d'achats annuels non exploitées.
- les excédents et les déficits financiers annuels.

Il est à noter que la collecte de ces données chiffrées est considérée comme une étape plutôt réussie de notre démarche vu la décadence du système d'information utilisé dans la gestion administrative au CHU de Constantine.

### **5.3.2 Les entrevues**

La méthode des entrevues fournit une information directe sur le phénomène étudié et permet l'examen du vécu et des interprétations des praticiens au regard d'un phénomène donné (Hlady Rispal, 2002).

Nos entrevues ont été principalement destinées à collecter des données qualitatives qui nous ont permis de vérifier l'ensemble de nos propositions de recherche (P1, P2, P3, P4, P5). Les propositions de recherches P3 et P4 déjà traitées par la recherche documentaire ont été validées par les entrevues et abordées plus profondément. Les entrevues ont été organisées et effectuées selon l'ordre des variables dans la structure du cadre conceptuel et l'ordre de nos propositions de recherche. Il a été évidemment question d'identifier les personnes les plus impliquées dans le processus d'approvisionnement afin d'effectuer ces entrevues, qu'elles soient des personnes internes ou externes au centre hospitalier. Chaque entrevue a été enregistrée et immédiatement transcrite.

## 5.4 L'INSTRUMENT DE MESURE

Notre recherche est exploratoire et descriptive. Nous avons donc décidé d'effectuer l'ensemble de nos entrevues à l'aide de **questionnaires semi-dirigés**.

Nous avons établi nos besoins en nombre de quatre questionnaires. Ils ont été conçus en s'inspirant principalement de notre revue de la littérature. Chaque questionnaire sert à conduire une entrevue avec le service auprès duquel nous vérifions nos questions et propositions de recherche. Les questionnaires sont donc regroupés par service.

Selon nos questions et propositions de recherche, les services qui sont concernés par notre étude sont le service d'approvisionnement, la direction générale, deux services de soins parmi ceux du CHU et finalement deux fournisseurs différents. Il est à noter que nous avons choisi les services de soins qui sont prétendus utiliser le plus de fournitures médicales en terme de volume et de fréquence. Pour cette fin, et sous les recommandations des membres du SA et de la direction générale, nous avons choisi le service de chirurgie thoracique et celui de l'Oto-rhino-laryngologie (ORL). Pareillement, concernant la sélection des fournisseurs à interviewer, ces derniers ont été identifiés également à l'aide des membres du SA qui nous ont informé quant à leur importance en terme du niveau et d'ancienneté des relations d'affaire.

Le fait que chaque service puisse nous fournir parallèlement des données et des informations sur les différentes questions et propositions de recherche, nous a permis de subdiviser les questionnaires en sections différentes où chacune vérifie une proposition de recherche sur laquelle le service concerné est en mesure de nous informer.

Le questionnaire (1), destiné à conduire l'entrevue avec le SA, traite les trois questions de recherche (QR1, QR2, QR3), soit, l'évolution du processus d'approvisionnement, l'évaluation des effets des facteurs de l'environnement sur le SA et les effets de la libéralisation sur la performance du SA. Les questions sont classées en six sections qui correspondent successivement à la première question de recherche et à chacune des cinq autres propositions de recherche (QR1, P1, P2, P3, P4, P5).

Le questionnaire (2) a conduit l'entrevue effectuée auprès de la direction générale. Auprès de cette dernière, les questions de recherche (QR2) et (QR3) sont partiellement abordées. On vérifie à ce stade la deuxième proposition de recherche (P2) qui traite des impacts de la réglementation sur le SA, la troisième proposition de recherche (P3) qui porte sur l'efficacité des activités d'approvisionnement et la quatrième proposition de recherche (P4) qui vérifie l'efficacité des opérations d'approvisionnement.

Le questionnaire (3) touche également à la deuxième et la troisième question de recherche (QR2, QR3). Il s'adresse aux fournisseurs que nous avons sélectionnés afin de traiter des impacts des fournisseurs et de la réglementation sur le SA (P1, P2) ainsi que l'efficacité des approvisionnements du centre hospitalier (P3). On rappelle que les questionnaires sont toujours fractionnés en sections dont chacune vérifie séparément une proposition de recherche.

Quant au questionnaire (4), il sert à conduire l'entrevue effectuée auprès des services de soins choisis et il aborde principalement la troisième question de recherche (QR3). Les trois sections du questionnaire évaluent successivement l'efficacité des approvisionnements (P3), l'efficacité des approvisionnements (P4) et le niveau de service dans les unités de soins choisies (P5). Ces dernières sont supposées avoir le caractère généraliste sur l'ensemble des autres unités de soins de l'hôpital.



Il est à noter que l'analyse des paramètres de la performance est celle qui a exigé une structure plus détaillée et plus large des questions qui lui sont reliées. Pour les concevoir, ces questions ont été distinctement élaborées sur la base des indicateurs de mesure de la performance identifiés et classifiés pendant la revue de la littérature (voir tableau 1. section 2.3.5.2).

Notre instrument de mesure, soit les quatre questionnaires semi-dirigés, est présenté de façon détaillée dans les annexes : B, C, D et E.

Le tableau 3 permet de mieux comprendre la répartition des quatre questionnaires sur, ainsi que la répartition des propositions de recherche sur les différents questionnaires.

**Tableau 3 : Questionnaires, services à interviewer, questions et propositions de recherche**

Questionnaires		Questionnaire (1)	Questionnaire (2)	Questionnaire (3)	Questionnaire (4)
Services/personnes		SA	Direction générale	Fournisseurs	Services des soins
Questions et Propositions de recherche / sections des questionnaires	QR1	Évolution du Processus d'approvisionnement (Section 1)			
	QR2	P1 (Section 2) P2 (Section 3)	P2 (Section 1)	P1 (Section 1) P2 (Section 2)	
	QR3	P3 (Section 4) P4 (Section 5) P5 (Section 6)	P3 (Section 2) P4 (Section 3)	P3 (Section 3)	P3 (Section 1) P4 (Section 2) P5 (Section 3)

## 5.5 L'ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données implique l'examen, la classification et la tabulation des renseignements rassemblés pour enrichir les propositions de recherche de départ et favorisent l'émergence des nouveaux concepts (Hlady Rispal, 2002).

Nous considérons qu'à travers la façon dont nous avons structuré notre méthodologie de recherche, nous avons déjà anticipé la classification et l'organisation des informations obtenues.

Afin de pouvoir mettre un fil conducteur au déroulement de nos analyses, nous avons choisi de suivre le même ordre selon lequel sont établies nos questions et nos propositions de recherche, qui est également le même ordre de déroulement des entrevues.

Cependant, selon la nature de nos questions de recherche, nous avons pu diviser notre méthode d'analyse en trois différents types d'analyse.

### 5.5.1 Analyse comparative « avant/après »

Cette méthode d'analyse porte essentiellement sur l'étude de notre première question de recherche (QR1). Avec une approche « avant/après » nous avons procédé à une analyse plutôt descriptive basée sur les informations retirées à partir des entrevues et ensuite schématisées afin de comparer le processus d'approvisionnement en fournitures médicales avant la libéralisation commerciale à celui d'après. Des aspects et des pratiques de fonctionnement du processus d'après la libéralisation qui ont eu lieu suite aux changements seront donc identifiés et argumentés. Les aspects similaires pour les deux périodes ne manqueront pas d'être également abordés. De

même, cette approche comparative est utilisée dans l'analyse de la performance et ainsi que pour déterminer l'ampleur des impacts sur le processus d'après la libéralisation commerciale.

#### 5.5.2 Analyse qualitative

Cette façon d'analyser les données concerne les questions de recherche QR2 et QR3, soit l'ensemble de nos propositions de recherche (P1, P2, P3, P4, P5). Elle correspond essentiellement à l'analyse des données collectées à partir des entrevues. Ces dernières sont attentivement réécoutées et soigneusement transcrites. Une analyse profonde et vigoureuse se fait par la suite pour chacune de nos propositions de recherche.

#### 5.5.3 Analyse quantitative

Cette méthode d'analyse est particulièrement utilisée pour traiter en partie les impacts de la libéralisation commerciale sur l'efficience et l'efficacité de la performance. Elle appuie l'analyse qualitative destinée à ces mêmes paramètres. Cette analyse se base sur des données chiffrées qui sont également traitées sous une approche «avant/après» la libéralisation afin d'identifier les périodes où les évolutions importantes des coûts et des niveaux de réalisation des objectifs ont eu lieu.

Une discussion concluante viendra à la fin pour cerner les dimensions de l'analyse générale. Elle dressera une appréciation et une conclusion sur la véracité et l'exactitude de l'ensemble de nos propositions de recherche.

## 5.6 SYNTHÈSE DE LA MÉTHODOLOGIE

Dans cette section, nous faisons le point sur la méthodologie utilisée. Il s'agit d'une étude de cas unique de type plutôt exploratoire et relativement descriptive fondée sur une collecte de données primaires qualitatives et une collecte de données secondaires quantitatives. Le CHU de Constantine est choisi pour l'importance de sa taille organisationnelle, la région géographique qu'il dessert, ses achats annuels en terme de montant et de volume sur des marchés locaux et internationaux, le caractère généralisable des résultats, et surtout parce qu'il est porteur du phénomène étudié mais aussi à cause de notre capacité parfaite d'accès à ses services et aux personnes clés en quête d'informations concrètes et tangibles. Les données ont été collectées à travers une recherche documentaire et des entrevues guidées par des questionnaires semi-dirigés auprès du SA, de la direction générale, des unités de soins et des fournisseurs importants du centre hospitalier. Enfin, selon la nature des questions de recherche, les données ont fait l'objet d'analyse descriptive-comparative, qualitative et quantitative.

Le tableau 4 présente la synthèse de notre méthodologie, il explique comment et avec quel instrument nous avons entrepris notre collecte des données par rapport aux questions et aux propositions de recherche. Il précise également où nous avons exactement prélevé ces données dans le CHU de Constantine et avec quel type d'analyse elles ont été traitées.

Tableau 4. Étude de cas unique : Centre hospitalier universitaire de Constantine

Questions de recherche (QR)	Propositions de recherche (P)	Entrevues (Services/personnes)	Instrument de mesure pour entrevues (Questionnaires/sections) Q/S	Recherche documentaire (Services/personnes)	Type d'analyse
QR1	Évolution du processus D'approvisionnement	SA	(Q1, S1)		comparative «avant/après»
QR2	P1 Impacts des fournisseurs	SA Fournisseurs	(Q1, S2) (Q3, S1)		qualitative
	P2 Impacts de la réglementation	SA Fournisseurs Direction générale	(Q1, S3) (Q2, S1) (Q3, S2)		qualitative
QR3	P3 Efficience	SA Fournisseurs Direction générale Services de soins	(Q1, S4) (Q2, S2) (Q3, S3) (Q4, S1)	Direction générale	qualitative quantitative comparative
	P4 Efficacité	SA Direction générale Services de soins	(Q1, S5) (Q2, S3) (Q4, S2)	Direction générale	qualitative quantitative comparative
	P5 Niveau de service	SA Services de soins	(Q1, S6) (Q4, S3)		qualitative comparative

## **6- PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS**

Ce chapitre est divisé en deux grandes sections. La première section comprend les résultats descriptifs qui font une présentation générale du CHU de Constantine en Algérie ainsi que de la structure et des conditions financières de son service d'approvisionnement. Nous procéderons également dans cette section à une description détaillée des différentes catégories de fournitures médicales annuellement achetées par l'établissement. La partie suivante de cette section constitue une préparation à notre analyse sur l'évolution du processus d'approvisionnement. Elle décrit de façon détaillée le processus d'approvisionnement de l'établissement en fournitures médicales avant et après la libéralisation commerciale de 1994. Ces descriptions du processus nous permettront de comprendre et d'analyser l'évolution de ce dernier entre les deux périodes et de préparer l'analyse reliée à notre premier objectif de recherche (OR1).

La deuxième section du présent chapitre aborde concrètement et de façon analytique nos deux objectifs de recherche, soit, l'analyse de l'évolution du processus d'approvisionnement dans le contexte du changement de la conjoncture économique (OR1) et l'étude de la performance de l'approvisionnement dans le contexte de cette même évolution de marché (OR2).

## 6.1 PRÉSENTATION DU SERVICE D'APPROVISIONNEMENT

### 6.1.1 L'établissement : le Centre Hospitalier Universitaire de Constantine

Depuis qu'il a vu le jour, le CHU de Constantine a connu plusieurs phases de mutations tant sur le plan de sa vocation qu'en matière de capacités d'accueil et de ses édifices. Servant comme couvent (monastère) en 1846, le grand site était un lycée puis un hôpital civil de la ville au début du vingtième siècle. En 1960 il devient le Centre hospitalier régional de Constantine puis, en 1981, le secteur sanitaire universitaire de Constantine. De 1986 à ce jour, c'est le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Constantine.

S'étendant sur une superficie de 13 hectares dont, 5 hectares de bâti, le CHU de Constantine est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il assure, en matière de soins, les besoins des populations de dix-sept Wilayas<sup>21</sup> de l'Est et du Sud-est du pays. Le CHU présente une capacité de 1459 lits techniques dispersés sur l'ensemble de 50 services spécialisés dont certains n'assurent pas l'hospitalisation. En relation avec l'établissement d'enseignement et de formation en sciences médicales de Constantine, le CHU est chargé des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation et de recherche. Sa mission est :

- En matière de santé :
  - ✓ D'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population.
  - ✓ D'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé.

---

<sup>21</sup> Wilaya : Département géographique, il existe 48 wilayas qui forment le territoire national algérien.

- ✓ De participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé.
- ✓ De contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.
- En matière de formation :
  - ✓ D'assurer, en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents.
  - ✓ De participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement du personnel de santé.
- En matière de recherche :
  - ✓ D'effectuer dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de la santé.
  - ✓ D'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de la santé.

Le CHU de Constantine est administré par un conseil d'administration et est doté d'un organe consultatif dénommé «conseil scientifique» et d'un comité consultatif. Il dispose de ressources humaines suffisamment qualifiées dans beaucoup de disciplines, aptes à accompagner et à satisfaire les nouveaux besoins en soins causés par l'éclatement démographique et l'évolution épidémiologique de sa région. Par



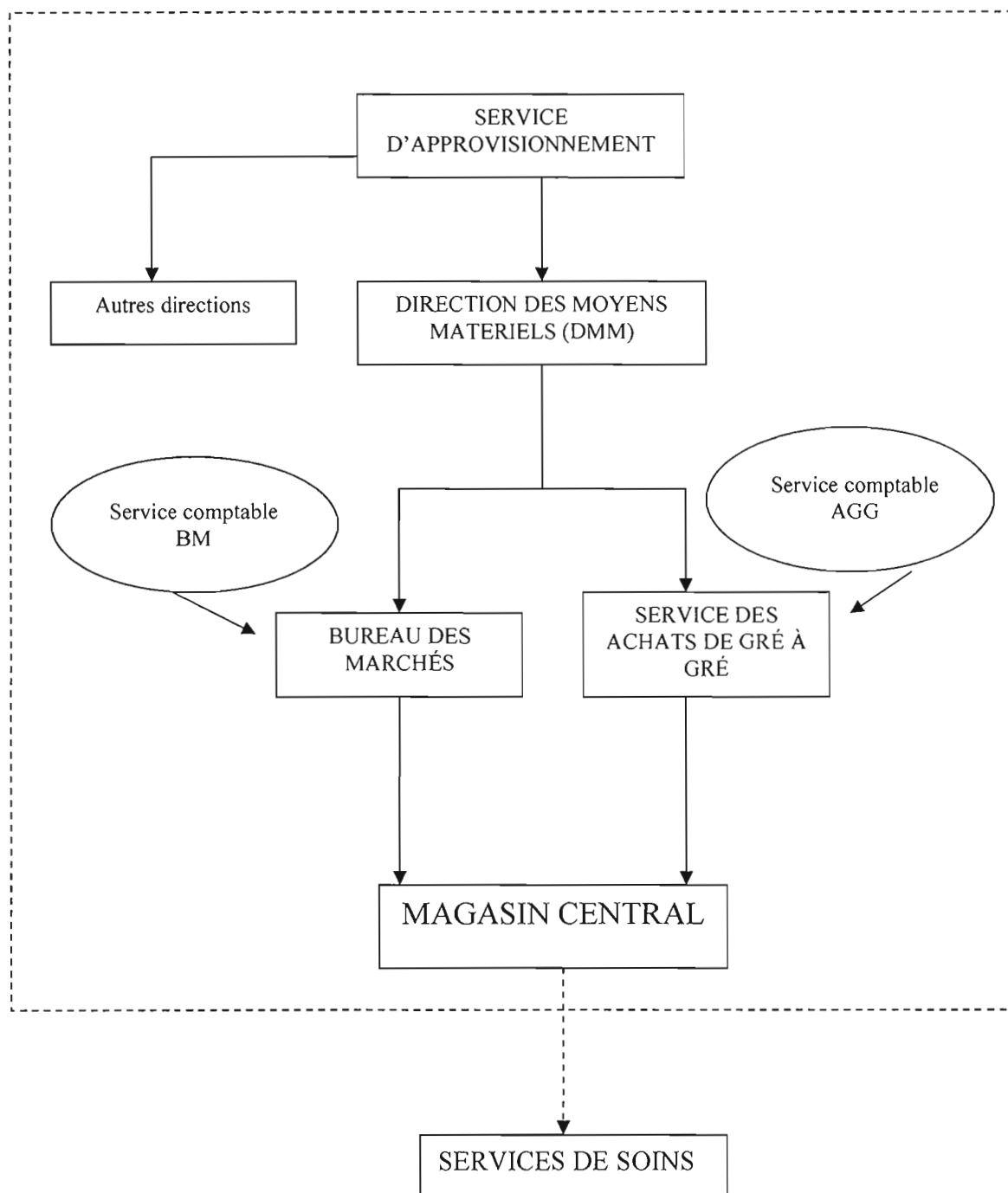
ailleurs, il est pour la région Est du pays le lieu de formation graduée et post-graduée spécialisée dans différents domaines.

Afin de mieux répondre à ses missions multiples et satisfaire les besoins exprimés par les malades de toute la région Est du pays, il est mis à la disposition du CHU de Constantine un budget de fonctionnement dont les crédits accordés annuellement s'élèvent à des montants remarquablement importants en dinar algérien.

## **6.1.2 Le service d'approvisionnement**

### **6.1.2.1 Structure**

La totalité des fournitures médicales nécessaires pour le fonctionnement du centre hospitalier sont achetées par le service des approvisionnements. Ce dernier assure la tâche d'acheter, d'entreposer et de distribuer ces fournitures aux différents services de soins selon leurs besoins immédiats, à court terme ou à moyen terme. La figure 6 expose la structure actuelle du service d'approvisionnement du CHU de Constantine.



**Figure 6 : Structure du service d'approvisionnement**

La direction des moyens matériels (DMM) s'occupe de la gestion du budget de fonctionnement annuel. En fonction des niveaux et des répartitions des crédits, la DMM confie au bureau des marchés la tâche de confectionner les cahiers de charges<sup>22</sup> et le lancement des avis d'appel d'offre concernant les opérations d'achat et d'investissement de grande envergure.

Parallèlement au bureau des marchés, il existe le service des achats de gré à gré qui s'occupe des commandes qui ne relèvent pas de contrats ou de marchés publics avec les partenaires commerciaux telles que les commandes immédiates et les commandes de petites et moyennes tailles. Il est à noter que chacun des deux volets administratifs, soit, le bureau des marchés et le service des achats de gré à gré, se dote de son propre service comptable qui travaille régulièrement et en concordance avec la direction des moyens matériels (DMM).

Les fournitures médicales issues des opérations d'achats du bureau des marchés et du service des achats de gré à gré s'acheminent pour le stockage dans un même magasin central où une gestion des stocks adéquate est effectuée afin de réaliser une bonne distribution de ces fournitures aux services de soins à base de leurs besoins réguliers ou occasionnels.

#### **6.1.2.2 Budget financier**

##### ***- Les crédits alloués aux fournitures médicales :***

Le tableau 5, obtenu auprès du secrétariat général du CHU, nous montre clairement que depuis 1991 les crédits alloués pour les achats de toutes les catégories des fournitures médicales sont en forte variation d'une année à l'autre jusqu'à 1997, où ils ont vu leur plus bas niveau de 35 000 000 DA. À partir de 1997, ces crédits augmentent de façon constante pour atteindre des niveaux plus élevés chaque année.

---

<sup>22</sup> Document qui explique avec une rigueur précision le contenu technique et financier, les conditions temporelles et juridiques du marché publique à émettre.

**Tableau 5 : Crédits pour équipements vs budget de fonctionnement général du CHU**

Année budgétaire	Crédits alloués aux achats d'équipements (Millions DA)	Budget de fonctionnement général du CHU (Millions DA)	Crédits pour Équipements/ Budget de fonctionnement général du CHU (%)
1991	37,0	723,0	5,11
1992	56,0	851,9	6,65
1993	32,0	859,7	3,72
1994	76,0	1 046,0	7,26
1995	41,0	1 227,5	3,34
1996	50,0	1 419,0	3,52
1997	35,0	1 529,9	2,28
1998	37,5	1 200,2	3,12
1999	58,6	1 343,5	4,36
2000	66,6	1 398,9	4,76
2001	89,1	1 583,7	5,62
2002	95,0	2 045,5	4,64

Source : Secrétariat général du CHU de Constantine

Toutefois, on observe sur le même tableau, et sur une base annuelle, que ces crédits alloués aux achats des fournitures médicales présentent entre 2% et 8% des budgets de fonctionnement annuels alloués au CHU de 1991 à 2002. Les achats d'équipements ont été à leur plus bas niveau en 1997, où ils représentaient 2,28% du budget de fonctionnement général de la même année et à partir de laquelle la portion du budget consacrée aux achats d'équipements commence à prendre annuellement de l'ampleur. L'année 1994 reste celle qui affiche les plus grandes dépenses destinées à ces achats et qui représente 7,26% du budget général de fonctionnement.

*- Les dépenses réelles en fournitures médicales :*

En comparant les niveaux des crédits alloués aux achats des fournitures médicales avec ceux des achats réellement effectués pour les mêmes années, le tableau 6 et le graphique 1 nous montrent qu'entre 1991 et 2002 les engagements financiers faits par

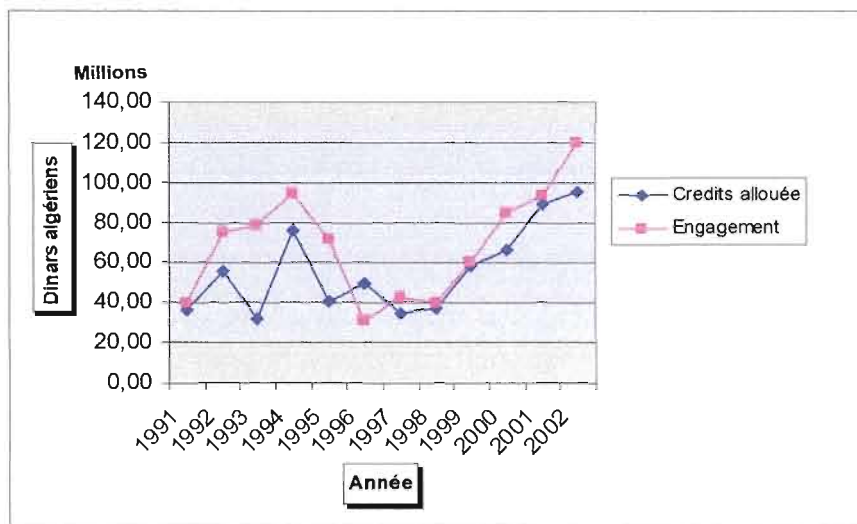
le SA dans ces achats ont toujours été supérieurs aux crédits qui leur ont été affectés sauf en l'année 1996. L'année 1993 assiste à l'engagement financier le plus élevé par rapport au budget réservé aux achats de la même année, soit des achats qui présentent 247,40% du budget destiné à cette fin.

**Tableau 6 : Les dépenses en fournitures médicales du CHU de Constantine  
(Millions de dinars algériens)**

Année budgétaire	Crédits alloués (Millions DA)	Engagements (Millions DA)	Engagement / Crédits alloués (%)
1991	37,0	40,0	108,18
1992	56,0	74,9	133,86
1993	32,0	79,1	247,40
1994	76,0	94,5	124,41
1995	41,0	71,9	175,38
1996	50,0	31,4	62,86
1997	35,0	43,0	123,01
1998	37,5	40,3	107,60
1999	58,6	60,3	103,03
2000	66,6	85,1	127,87
2001	89,1	93,9	105,47
2002	95,0	120,2	126,52

Source : Secrétariat général du CHU de Constantine

**Graphique 1: Crédits alloués vs engagements réels pour achats de fournitures médicales**



Cependant, seule l'année 1996 montre des achats en dinar algérien moins élevés par rapport au budget qui leur était réservé, soit seulement 62,86% du budget de fonctionnement qui a été exploité dans l'approvisionnement en fournitures médicales. Un reliquat<sup>23</sup> financier d'environ 37% a été donc enregistré sur le poste de dépenses en fournitures médicales pour cette année de 1996.

Le graphique 1 nous montre également la situation de déséquilibre budgétaire causé par les coupures financières effectuées sur d'autres postes de dépenses du centre hospitalier afin de satisfaire les besoins en fournitures médicales. Il s'agit d'une situation qui se maintient annuellement malgré l'augmentation des niveaux des dotations destinées à l'achat des équipements médicaux à partir de l'année 1997.

<sup>23</sup> Portion du crédit annuel qui est retournée à la trésorerie de l'hôpital pour être utilisée dans d'autres postes de dépenses par faute d'exploitation dans sa destination initiale.

### 6.1.3 Les approvisionnements en fournitures médicales : catégories et classification

Quatre principales catégories composent l'ensemble des approvisionnements du CHU en fournitures médicales :

- 1- **L'équipement médical lourd** : il forme les dépenses les plus importantes et les plus complexes du SA. Cet équipement consiste principalement en matériel médical de haute technologie tel que celui de l'imagerie médicale qui compte l'imagerie à résonance magnétique (IRM), le scanner, la Gamma Camera et les tables de radiologie fixes. Les prix très élevés et l'aspect très technologique de cet équipement exigent que le processus d'achat de ce dernier passe inévitablement par des opérations d'avis d'appel d'offre et de contrats de grande importance avec des fournisseurs qualifiés.
- 2- **L'équipement médical mobile** : à titre d'exemple on cite les tables de radiologie mobile, les respirateurs d'anesthésie et ceux de soins intensifs, les échographes, les fibroscopes, les aspirateurs, les moniteurs de surveillances, les électrocardiogrammes, et le matériel de laboratoire tel que les stérilisateur, les incubateurs, les centrifugeuses et les banques de sang, les ionogrammes et les spectrophotomètres. C'est ce type d'appareillage qui est le plus utilisé en terme d'utilité quotidienne dans les différents services du centre hospitalier. Il suscite ainsi un financement important en matière de maintenance et de réparation suite aux pannes très fréquentes causées par les sur-utilisations et les mauvaises manipulations faites par le personnel.
- 3- **Le mobilier médical** : celui-ci présente également un poste de dépense important pour la trésorerie du SA. À titre d'exemple, on note qu'au niveau

des unités de soins, les salles d'hospitalisation des malades à elles seules renferment 1459 lits techniques. Malgré que nos observations immédiates sur les lieux nous ont montré que ces équipements mobiliers ne sont guère renouvelés depuis au moins une décennie, les responsables du SA nous ont assurés qu'une importante partie de leurs budgets financiers a toujours été réservée à l'achat de cette catégorie de fourniture.

- 4- **L'instrumentation médicale** : l'instrumentation chirurgo-médicale présente un taux assez élevé en terme du nombre de bons de commande annuels et également en terme de gaspillage et de perte. Le volume d'instrumentation utilisé annuellement dans les unités de soins est très élevé, ceci est facilité, selon les responsables du SA, par le petit format des instruments et par les commandes qui se font de gré à gré auprès des fournisseurs sans passer par aucune sorte de contrat.



## **6.1.4 Le processus d'approvisionnement**

Sans toutefois entreprendre l'analyse de l'évolution du processus d'approvisionnement en fournitures médicales entre les périodes avant et après la libéralisation commerciale de 1994, nous procédons dans cette partie du chapitre à une simple description du fonctionnement de ce dernier dans chaque période.

### **6.1.4.1 Le processus d'approvisionnement avant la libéralisation commerciale**

La figure 7 schématise de façon détaillée le fonctionnement du processus pendant le monopole commercial étatique algérien.

Après une reconnaissance précise des besoins des services de soins par le SA, ce dernier enclenche le processus d'achat des équipements médicaux en entreprenant spécifiquement trois voies d'approvisionnement particulières:

#### **1- Importation directe des fournitures médicales :**

Dans le cas de marchés de grande taille et de matériel hautement spécialisé, le SA procède lui-même aux opérations d'importation. Des avis d'appel d'offre internationaux sont émis, et des transactions importantes se font avec des fournisseurs principalement français, allemands et italiens qui assurent la fourniture des équipements, leur installation et le service après vente. Afin d'effectuer ces opérations d'importation du matériel médical, le SA se voit dans l'obligation d'obtenir des licences d'importations de la part du ministère algérien de la santé et de la population.

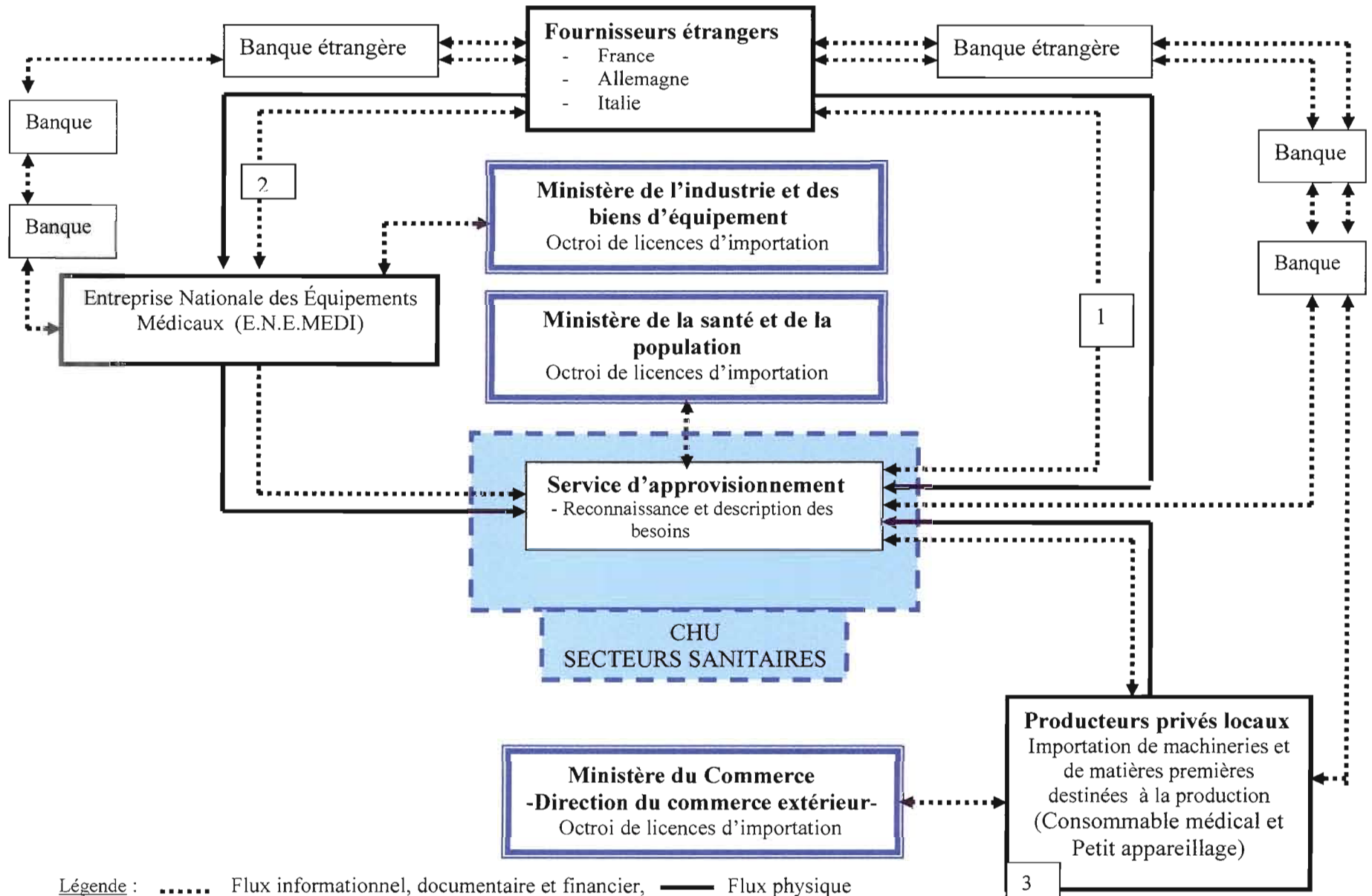
**2- L'entreprise nationale des équipements médicaux (E.N.E.MEDI) :**

C'est une entreprise étatique à vocation commerciale. Elle est sous la tutelle du ministère de l'industrie et des biens d'équipement. Cette entreprise joue le rôle de distributeur principal du matériel médical au moment du monopole public, soit avant 1994. Elle assurait la fourniture des équipements de petite et de moyenne taille au CHU, ainsi que les pièces de rechange et la maintenance technique de toutes les installations médicales. L'E.N.E.MEDI s'approvisionnait elle-même sur le marché européen en lançant des avis d'appel d'offre internationaux quand il s'agit de grands marchés. Le SA du CHU fait des commandes de gré à gré à l'E.N.E.MEDI selon ses besoins et donc en tout temps durant l'année sans passer par aucun contrat de vente ou par toutes autres ententes. Une autorisation d'importation est également imposée à cette entreprise publique pour procéder à chaque importation de fournitures médicales, sauf que pour celle-ci, c'est le ministère de l'Industrie et des Biens d'équipements qui lui la délivre.

**3- Producteurs locaux privés :**

Ils représentent une troisième source d'approvisionnement pour le SA même s'ils ont une présence presque nulle sur le marché national. Afin d'encourager et de promouvoir la production locale, ces producteurs sont autorisés d'importer directement non pas les équipements médicaux mais plutôt la machinerie et les matières premières destinées à la production de ceux-ci, plus précisément, à la production du petit appareillage et du consommable médicaux. Des petits contrats de vente s'effectuent rarement entre ces producteurs et le SA. Pareillement, afin de pouvoir importer ces machineries et ces matières de production, ces producteurs locaux doivent à chaque fois obtenir une autorisation d'importation auprès de la direction du commerce extérieur sise au Ministère Algérien du Commerce.

Il est à noter que l'ensemble des voies d'approvisionnement expliquées implique tout un processus de flux informationnel, documentaire, financier et physique entre tous les intervenants, qu'ils soient locaux ou étrangers. La banque domiciliataire du CHU de Constantine est le crédit populaire algérien (CPA). Elle délivre les montants des paiements en dinar algérien et joue le rôle d'intermédiaire entre le SA et la banque d'Algérie qui délivre les devises convertibles et effectue toutes les démarches et les procédures de paiement et de garantie avec la banque notificatrice étrangère qui assure les intérêts du fournisseur étranger.



**Légende :** ..... Flux informationnel, documentaire et financier, — Flux physique  
 1 : Marché de taille et équipement spécialisé. Appel d'offres internationales  
 2 : Appel d'offres internationales en cas de marchés de taille ou d'équipement spécialisé  
 3 : Présence presque nulle sur le marché local.

**Figure 7 : Fonctionnement du processus d'approvisionnement avant la libéralisation du commerce extérieur**

On peut donc distinguer l'aspect purement monopolistique de l'ensemble du processus d'approvisionnement pendant cette période. Il y a implication d'une entreprise publique à vocation commerciale, qu'est l'E.N.E.MEDI, et de trois ministères publics concernés par les opérations d'importation qui sont successivement le ministère de la Santé et de la Population, du Commerce et celui de l'Industrie et des Biens d'équipement. On note également l'implication de deux banques étatiques à vocation commerciale qui sont le crédit populaire algérien (CPA) et la banque d'Algérie. Malgré leur faible existence sur le marché national, les producteurs locaux sont les seuls intervenants privés dans le processus d'approvisionnement dans la période avant l'ouverture commerciale.

#### **6.1.4.2 Le processus d'approvisionnement après la libéralisation commerciale**

Tel que le montre la figure 8, un changement majeur survient dans le processus d'approvisionnement après que le commerce extérieur algérien fut libéralisé en 1994. Les sources d'approvisionnement en fournitures médicales pour le SA du CHU de Constantine sont désormais au nombre de quatre.

##### **1- Importation directe des fournitures médicales :**

Avec le même processus qu'avant, le SA s'occupe lui-même d'acheter sur le marché étranger les équipements spécialisés et les produits spécifiques de grande valeur. Ceci s'effectue par le contact direct avec le fournisseur étranger choisi après les avis d'appel d'offres internationaux et l'étude des offres techniques et financières par une commission interne spécialisée. Selon l'importance du marché, des membres du ministère de la Santé et de la Population pourraient participer à la commission d'étude afin de faire bénéficier l'hôpital d'une enveloppe supplémentaire en devise convertible si cela le nécessite. De même qu'avant la libéralisation commerciale, le SA doit, à chaque

opération d'importation obtenir une autorisation d'importation auprès du ministère de la Santé et de la Population.

## **2- Les importateurs-distributeurs privés :**

Ce sont des nouveaux intervenants sur le marché local qui ont vu le jour suite à l'ouverture du commerce extérieur. Ces derniers fournissent toutes les catégories d'équipements et de fournitures médicales au SA en incluant ceux spécialisés et de grande valeur. Les commandes du SA se font de gré à gré ou à travers des contrats de moyenne et de longue durée. Ces partenaires commerciaux s'approvisionnement à leur tour auprès des fournisseurs étrangers européens, et pour cette fin, ils sont également soumis à l'obligation d'obtenir des licences d'importation auprès du ministère de la Santé et de la Population pour réaliser chacune de leurs transactions internationales.

Il est à noter que pour le SA, ces fournisseurs présentent la source d'approvisionnement la plus importante et la plus présente sur le marché local suite à la libéralisation du commerce extérieur. Ces derniers feront l'objet d'analyse importante dans la prochaine section du présent chapitre.

## **3- Les revendeurs privés :**

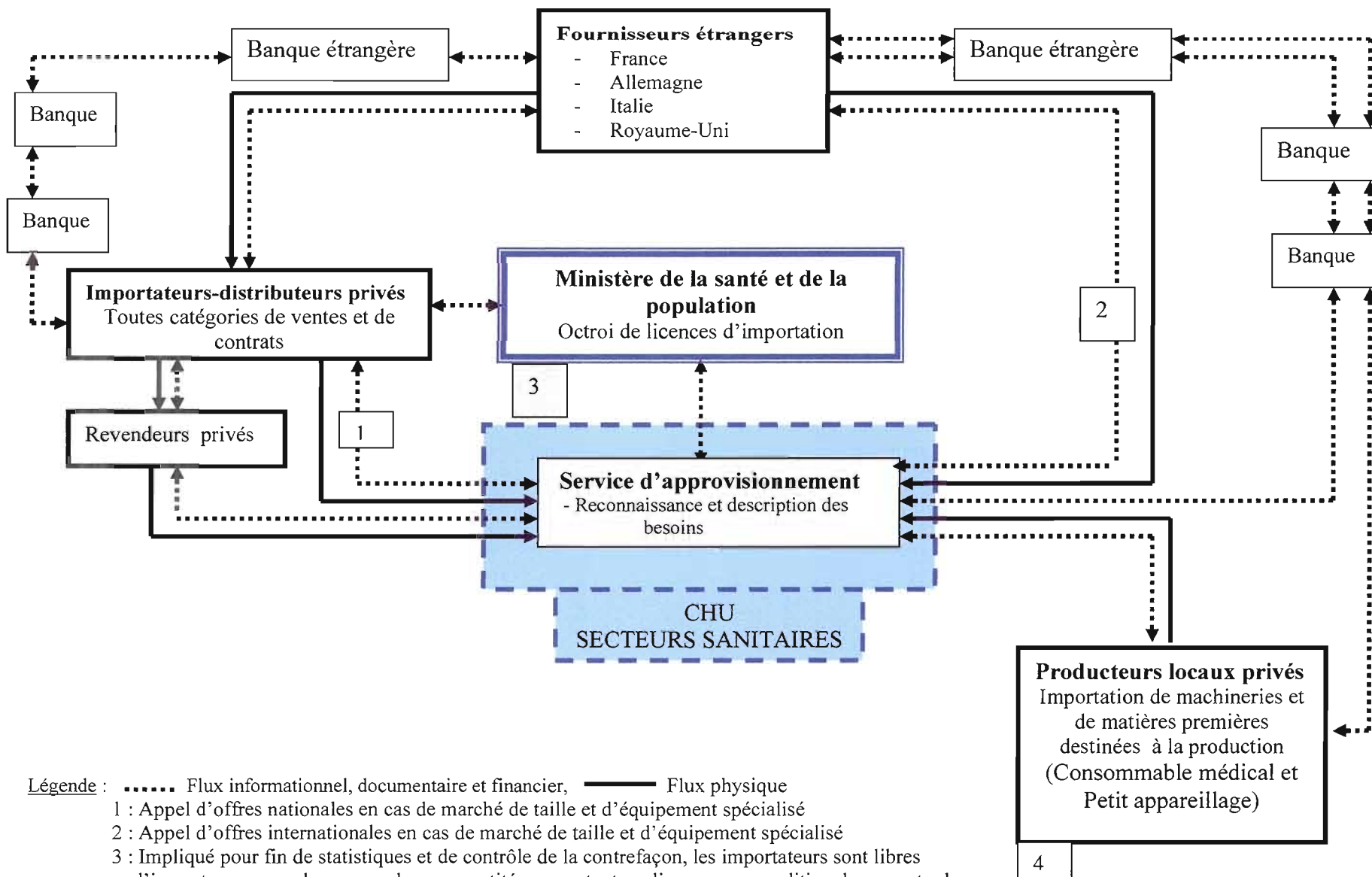
Les revendeurs privés sont des intermédiaires commerciaux qui n'agissent pas sur le marché international. Ils s'approvisionnement en matériel médical chez les importateurs et en fournissent au centre hospitalier. Le SA leur fait appel surtout quand il s'agit de commandes immédiates, de commandes de dépannage et également de commandes de consommable médical.

On expliquera dans la section sur l'analyse de l'évolution du processus comment chaque intervenant agit sur le canal de distribution et dans quel type de transaction il intervient avec le SA.

#### **4- les producteurs locaux privés :**

Leur présence est toujours faible sur le marché national, mais elle est plus importante qu'au temps du monopole public à cause de la loi ministérielle de 1997 qui oblige tout importateur privé, après deux années d'exercice sur le marché des équipements, à créer une unité de production de fournitures médicales sur le territoire national sans mettre aucune exigence sur la catégorie, la taille ou le volume de cette production locale. Le nombre de ces producteurs privés locaux est donc désormais plus élevé après le libéralisme commercial. Ces programmes ministériels sont destinés à promouvoir et à favoriser la production nationale intérieure en important de la machinerie et des matières premières utilisées pour produire le petit appareillage et le consommable à usage médical.

Il est à noter que tout le déroulement du processus d'approvisionnement dans la période d'après la libéralisation commerciale implique également un processus de flux informationnel, documentaire, financier et physique qui est cependant différent de celui du processus pendant le monopole étatique. L'intervention et le rôle de chaque banque locale ou étrangère est toutefois le même. Les changements survenus dans le processus seront abordés en profondeur dans la section sur l'analyse de l'évolution de ce dernier entre les deux périodes.



**Figure 8 : Fonctionnement du processus d'approvisionnement après la libéralisation du commerce extérieur**



## **6.2 DISCUSSION SUR LES CINQ PROPOSITIONS DE RECHERCHE**

Nous nous sommes maintenant rendus à la vérification de nos cinq propositions de recherche. Nous commençons tout d'abord par présenter une synthèse générale des entrevues effectuées dans laquelle nous décrivons les circonstances de leur déroulement. Nous identifions également les différents aspects qui ont avantagé ou qui ont désavantagé leur accomplissement. Nous résumons ensuite séparément chacune des entrevues afin d'éclaircir davantage les conditions générales de leur réalisation.

Nous répondons ensuite à notre première question de recherche (Q1) qui traite l'analyse de l'évolution du processus général d'approvisionnement dans le contexte du passage d'une politique économique monopolistique à la phase de l'ouverture du commerce extérieur en Algérie. Nous aborderons ensuite la vérification de nos deux premières propositions de recherche (P1 et P2) qui répondent ensemble à la deuxième question de recherche (Q2). Celles-ci traitant de l'analyse des impacts des facteurs de l'environnement interne et externe sur le SA. Les propositions de recherche P3, P4 et P5 correspondent à la troisième question de recherche (QR3). Elles portent sur la vérification des effets de cette libéralisation commerciale sur la performance des approvisionnements du centre hospitalier universitaire de Constantine.

### **6.2.1 Synthèse des entrevues**

L'ensemble des entrevues s'est effectué au cours de la période du 10 décembre 2007 au 28 janvier 2008. La première entrevue a eu lieu avec le secrétaire général du CHU à son lieu de travail. Ce dernier, après une prise de connaissance du contenu de notre travail de recherche, a pris l'initiative personnelle de nous recommander aux personnes compétentes qui seront en mesure de nous aider dans notre étude. Il les a donc lui même contactés afin de les informer de notre projet de recherche et de notre

désir de les rencontrer. Les prises de contact et l'organisation des rendez-vous nous ont été plutôt faciles. Notons que quelques rendez-vous ont été changés plus d'une fois avec les répondants suite à leur demande. Ce fut le cas du rendez-vous avec le secrétaire général.

De manière générale, nous avons été positivement surpris par le niveau intellectuel élevé des personnes interviewées. Ces dernières attachent une grande importance à leur fonction et possèdent une forte expérience de travail. Il est important surtout de noter que le critère principal de leur sélection, en plus de leurs fonctions, est le fait qu'ils occupaient ces postes de travail avant même la libéralisation du marché, à l'exception de quelques uns d'entre eux qui occupaient à ce moment là des fonctions hiérarchiquement proches ou analogues. Ces répondants se révèlent alors, à notre avantage, les meilleures personnes qui peuvent être désignées pour l'accomplissement de notre étude. Nous avons pu constater également qu'il était très rare de voir de tels travaux de recherche s'effectuer dans le milieu hospitalier du CHU de Constantine. L'ensemble des répondants a été motivé et très coopératif dès les premières prises de contact.

Vu le nombre élevé des services de soins dans le CHU, nous avons choisi de faire un entretien dans deux services de soins différents afin d'avoir une meilleure représentativité. Les deux services qui nous ont été recommandés étaient choisis à partir de l'importance de leurs flux physiques et informationnels avec les services concernés par l'étude qui sont le SA et la direction générale du centre hospitalier.

Pareillement, dans le but d'une meilleure représentativité de l'étude, nous avons effectué des entrevues avec deux différents fournisseurs de matériel médical. Ces derniers nous ont été également recommandés par la direction générale de l'établissement vu l'ancienneté de leur partenariat et l'importance du chiffre des ventes annuelles avec l'établissement. Les entrevues avec les fournisseurs se sont

effectuées aux sièges officiels des directions de leurs compagnies suite à des rendez-vous préalablement pris par téléphone. Nous pouvons alors noter que, globalement, l'accessibilité à l'ensemble de nos répondants a été facile et sans difficulté majeure.

Cependant, il est important de signaler certains aspects qui ont plus ou moins incommodé le déroulement général des entrevues. Malgré la précision et l'objectivité des questions posées, nous nous sommes efforcés à plusieurs reprises de maintenir certains répondants sur les sujets abordés. Leurs argumentations, à titre d'exemple, portent quelques fois sur d'autres catégories de fournitures non médicales sans qu'ils s'en rendent compte. Aussi, en leur posant nos questions, ils tentent répétitivement d'expliquer les situations et les cas traités en se basant sur des principes théoriques, plus précisément, ils essayent de soulever les questions en utilisant des expressions telle que : «pour avoir une bonne gestion, il fallait faire...», alors que l'objectif général de nos questions vise plus particulièrement ce qui se réalise concrètement sur le terrain de travail. Nos interventions, au bon moment pendant les entrevues, nous permettaient donc de mieux préciser le sens de nos questions et les objectifs de ces dernières et ainsi d'exploiter plus efficacement le temps accordé aux entretiens.

Nous nous sommes aperçu que le temps qui était affecté pour accomplir les entrevues était plutôt court par rapport à la longueur des grilles utilisées. Ceci s'explique premièrement par le fait que les répondants, en leur posant plusieurs questions, se contentent de répondre avec un «oui» ou un «non» sans trop entrer dans les détails et les particularités de la question abordée soit par manque d'informations ou, plus rarement aussi, par mauvaise compréhension des questions posées. L'autre raison de la courte durée du temps affecté aux entrevues est relative aux fournisseurs. Ces derniers ont donné également beaucoup de courtes argumentations en généralisant plusieurs fois les cas et les situations afin de donner une seule réponse à certaines des questions posées. Dans le cas de ces fournisseurs, nous avons jugé que ceci revient à des raisons de confidentialité professionnelle, surtout concernant les questions se

rapportant aux prix de vente et aux relations interpersonnelles avec le personnel du centre hospitalier. Notons que parce que nous avons assuré le respect strict de la confidentialité de l'information dans nos introductions initiales à nos répondants, le refus de répondre proprement dit n'a guère eu lieu pendant l'ensemble des entrevues.

Le tableau 7 présente soigneusement la date, l'heure, le lieu et la durée de chacune des entrevues effectuées, ainsi que le nom de la personne interviewée et la fonction qu'il assure au sein de l'établissement.

**Tableau 7 : Liste des personnes interviewées et leurs postes de travail occupés, dates, heures, lieux et durées des entretiens**

<b>Grille d'entrevue (Questionnaire)</b>	<b>Personne interviewée</b>	<b>Poste occupé</b>	<b>Date et heure de l'entrevue</b>	<b>Lieu de l'entrevue</b>	<b>Durée de l'entrevue</b>
I	Mr Ahcene Beniou	Responsable du SA et économiste du CHU de Constantine	25 décembre 2007 11h	Service d'approvisionnement du CHU de Constantine	45 min
II	Mr Abde Esselem Rouabhi	Secrétaire Général du CHU de Constantine	10 décembre 2007 16h	Secrétariat général du CHU de Constantine	37 min
III	Mr Ali Medjbouri	Propriétaire et gérant de : E.U.R.L. <sup>24</sup> MEDJBOURI (Entreprise d'importation de fourniture médicale)	12 Janvier 2008 15h30	Siège social de l'entreprise : Cité des Combattants Constantine	41 min
IV	Mr Rachid Khalfaoui	Copropriétaire et gérant de : S.A.R.L. <sup>25</sup> BIOMEDIC (Société d'importation d'équipement médical)	15 Janvier 9h30	Siège social de la société : Cité Filali Constantine	52 min
V	Mme Nora Boukerrou	Surveillante médicale et chef du bloc opératoire du service de chirurgie thoracique	26 Janvier 2008 10h	Service de chirurgie thoracique CHU de Constantine	39 min
VI	Mr Hamza Tniou	Chef du bloc opératoire et responsable d'équipement du service d'ORL	28 janvier 2007 13h	Service de l'ORL CHU de Constantine	31 min

<sup>24</sup> E.U.R.L : Entreprise Unitaire à Responsabilité Limitée

<sup>25</sup> S.A.R.L : Société À Responsabilité Limitée

Afin de mieux commenter les conditions de réalisation des entrevues, Nous résumons chacune d'entre elles de façon séparée et dans l'ordre chronologique de leur exécution.

### ENTREVUE 1

Supportée par la grille d'entrevue II, celle-ci était la première à être accomplie au siège de la direction générale avec le secrétaire général du CHU. Cet interlocuteur était une source d'information crédible et pertinente vu la fonction qu'il assure. Un niveau intellectuel élevé et une bonne compréhension des questions ont été observés chez ce répondant en particulier. Un ensemble de 13 questions lui a été posé et réparti sur trois sections : celles qui traitent de l'impact des réglementations, celles sur l'efficacité des approvisionnements et celles sur leur efficacité. L'entrevue a duré 37 minutes et toutes les questions ont eu des réponses claires. Des explications profondes et riches nous ont été données sur les réglementations en particulier tout en s'appuyant dans certains cas sur la notification de références des lois et des décrets régissant les procédures générales d'approvisionnement.

Une discussion supplémentaire de 30 minutes a eu lieu après la fin de l'entrevue et qui portait sur les aspects généraux du sujet de recherche. Plusieurs conseils et recommandations nous ont été donnés par le répondant concernant les meilleures démarches à faire pour réaliser un travail de recherche dans un milieu hospitalier. Il nous a désigné les personnes les plus susceptibles de nous donner les informations les plus pertinentes pour le reste de l'étude. Nous avons quitté le lieu de l'entrevue en gardant les portes de la discussion ouvertes. Notre répondant nous a même demandé de lui faire part des résultats de la recherche une fois cette dernière achevée.

### ENTREVUE 2

Supporté par la grille d'entrevue I, cet entretien s'est effectué avec le responsable du service d'approvisionnement qui, précédemment, a également occupé la fonction

d'économiste du centre hospitalier. Cette rencontre a eu lieu deux semaines après la première au siège du SA à l'intérieur du CHU de Constantine. C'est la plus longue des entrevues en terme de nombre de questions posées, et c'est aussi la seule entrevue qui traite l'ensemble des cinq propositions de recherche à la fois. Pendant exactement 45 minutes, notre interlocuteur a été très attentif à nos questions et marquait des moments de réflexion avant de répondre à chacune d'elles. Ceci ne faisait que prouver sa concentration sur les informations qu'il devait nous fournir. Nous notons que presque le tiers du temps alloué à l'entrevue a été consacré seulement à la section sur l'évolution du processus d'approvisionnement. Les réponses aux autres questions ont été plutôt courtes, du fait que, beaucoup d'entre elles ont été exprimées en terme de pourcentage afin d'expliquer l'évolution des faits et des situations. Nous notons que, vu l'implication importante et capitale du SA dans notre étude, nous nous attendions à une plus longue entrevue avec son responsable. Elle a été plus courte que prévu, mais une forte pertinence des informations recueillies durant celle-ci a été relevée.

### ENTREVUE 3

Elle s'est déroulée avec le premier fournisseur de matériel médical que la direction du CHU nous a recommandé. Dans cette entrevue en particulier, beaucoup de questions qui se rapportaient aux prix des produits, aux coûts des approvisionnements et aux relations d'ordre financier avec le centre hospitalier n'ont pas eu les réponses précises souhaitées. Comme nous l'avons déjà expliqué ceci revient à des raisons de confidentialité. Toutefois, les questions autres que celles traitant l'efficacité, comme celles sur l'impact des fournisseurs et des réglementations, nous ont permis de recueillir des informations riches et précises. L'entrevue a duré 41 minutes et a fini également par une discussion ouverte et variée avec une partie du personnel administratif de l'entreprise qui nous a rejoint au bureau du répondant.

#### ENTREVUE 4

C'est la plus longue entrevue en terme de temps. Elle s'est effectuée trois jours plus tard avec le deuxième fournisseur. Pendant 52 minutes au siège de sa société, ce dernier a répondu de façon précise et claire à l'ensemble de nos questions. Il s'est singulièrement concentré sur la section des réglementations. Ses argumentations étaient longues en les comparant à celles du premier fournisseur. Ce répondant n'a montré aucun embarras particulier à nous répondre aux questions sur les prix et les coûts des approvisionnements. Beaucoup de questions qui restaient sans réponses précises après l'entretien avec le premier fournisseur ont été éclaircies durant celui-ci. L'initiative d'effectuer la même entrevue avec deux fournisseurs différents nous a été par conséquent très bénéfique pour mieux assurer la fiabilité et la justesse des nos informations.

#### ENTREVUE 5

Cet entretien s'est réalisé dans un environnement assez marquant et remarquable. C'est dans un petit bureau à coté de la salle des opérations chirurgicales thoraciques que celui-ci s'est effectué avec notre interlocuteur vêtu de sa tenue de bloc opératoire. Ce dernier faisait preuve d'une grande expérience dans son travail. Il avait une bonne habileté à comprendre les questions et les sujets abordés. La durée consacrée à l'entretien a été de 39 minutes. La moitié de celle-ci a été consacrée à la section sur le niveau de service. Les autres sections abordées ont été aussi rigoureusement traitées. Notre répondant montrait une grande volonté de prolonger le temps de la rencontre à cause du sujet de l'étude lui-même qui l'intéressait. Cependant, son programme de travail de la matinée choisie pour l'interviewer était chargé et ce dernier devait se rendre à ces occupations.

#### ENTREVUE 6

C'est la dernière rencontre que nous avons faite au centre hospitalier de Constantine. Elle a eu lieu avec le chef du bloc opératoire et responsable des équipements du



service de l'ORL. Avec une discussion qui a tenu 31 minutes, elle était la plus courte en terme de durée mais elle ne manquait tout de même pas d'être d'une grande richesse d'informations par rapport aux autres entrevues. Elle nous a également permis de vérifier plusieurs points de l'étude abordées dans le précédent entretien.

## **6.2.2 Analyse de l'évolution du processus d'approvisionnement**

Afin d'amener des éléments de réponse à notre première question de recherche (QR1) et ainsi atteindre notre premier objectif de recherche (OR1), nous procédons à analyser surtout nos entretiens avec le responsable du SA et avec le secrétaire général du CHU. Selon ces derniers, le processus d'approvisionnement au CHU de Constantine a évolué sur deux plans essentiels : l'évolution du processus sur le plan de ses opérations internes et celle sur le plan de ses opérations externes. Cette dernière concerne les démarches externes relatives aux acquisitions, qu'elles soient sur le marché local ou étranger.

### **6.2.2.1 Évolution du processus au niveau des opérations internes**

Pour le CHU de Constantine, la procédure d'acquisition des équipements médicaux était simple du temps du monopole économique. Les sources d'approvisionnement étaient toutes désignées et les prix tous contrôlés. L'achat d'appareils ou de consommables médicaux ne nécessitait que l'établissement d'un bon de commande libellé par le SA à l'ordre du fournisseur. Les besoins en équipements et en consommables médicaux étaient formulés annuellement au ministère de la santé et de la population qui procède au versement couvrant le paiement du besoin annuel en coopération avec la banque primaire de l'établissement qu'est le Crédit Populaire d'Algérie (CPA). Les dépenses effectuées étaient contrôlées par un comité financier dépendant du même ministère. En cas de défaillance de grande envergure, un comité

de la direction supérieure des comptes, également du même ministère, se saisissait de la situation.

Les fournisseurs privés étaient quelques établissements qui commercialisaient le consommable médical, et qui avaient d'ailleurs une très faible présence sur le territoire national. La société étatique qui a déjà été mentionnée, E.N.E.MEDI, détenait la quasi-totalité du marché. Les grandes acquisitions d'ordre technologique étaient gérées par le ministère de la santé et de la population lui-même ou par un comité interne du CHU qui négociait directement avec le fournisseur étranger. Dans ce dernier cas, le même ministère avait la responsabilité du contrôle des aspects administratifs et financiers de l'établissement médical.

En revanche, selon la réglementation sur la concurrence locale ou internationale issue de l'ouverture au commerce extérieur, une annonce officielle doit maintenant obligatoirement paraître dans le bulletin officiel des marchés et des opérateurs publics (BOMOP). Et un délai de soumission des offres de trente jours à partir de la date de la parution est imposé. Si l'enjeu financier du marché est de taille moyenne, la parution peut être effectuée dans un quotidien national.

Des offres financières doivent donc être présentées par les fournisseurs intéressés à l'intérieur des délais indiqués. En plus des offres financières, les dossiers comporteront des documents techniques concernant les équipements, ainsi que des documents administratifs concernant les soumissionnaires. Les offres doivent être présentées dans des enveloppes totalement anonymes ne laissant paraître aucun indice extérieur susceptible de dévoiler l'identité de quiconque participant à l'opération. Il ne doit paraître sur l'enveloppe que les références du marché et la nature des équipements. Le marché pourrait être jugé infructueux si le nombre des soumissions collectées n'est pas satisfaisant. Cette décision est laissée à l'appréciation de l'administration.

L'ouverture des offres est organisée publiquement en présence des soumissionnaires et aussi des autres sociétés intéressées. Tous les détails concernant chaque offre sont annoncés publiquement selon les exigences de la transparence et de la loi des marchés publics. Une étude technique et financière est alors engagée par le SA de l'établissement. Les critères de sélection sont multiples, en plus du moins offrant en matière d'estimation financière des équipements, il est aussi tenu compte des performances de ces derniers, de l'assistance du fabricant, de la garantie et de la formation sur site des utilisateurs.

Certaines sociétés soumissionnaires peuvent être ressaisies pour des détails supplémentaires ou en cas de litiges, pour des mesures d'accompagnement avant d'arrêter les décisions finales sur le choix du fournisseur.

#### **6.2.2.2 Évolution du processus au niveau des opérations externes**

Comme le montre la figure 7, le processus d'approvisionnement durant le monopole étatique s'effectuait principalement à partir des deux sources qui se différencient de part la taille des marchés contractés et le type des équipements faisant objets des transactions, à savoir l'importante entreprise nationale des équipements médicaux (E.N.E.MEDI) ou bien le fournisseur étranger avec qui le centre hospitalier traite directement ses transactions si l'importance de celles-ci le nécessite. Cette dernière source d'approvisionnement concernait l'apport du matériel de grande taille et technologique ainsi que les installations spécifiques qui sont réalisées par des sociétés étrangères (France, Allemagne, Italie, Suisse, Hollande). Cet apport de matériel pouvait s'effectuer par contrat direct avec le CHU pour les acquisitions de grande valeur financière ou aussi par l'E.N.E.MEDI qui servait d'intermédiaire. Malgré qu'on l'ait déjà expliqué, on rappelle que le marché local était d'une ampleur faible et l'impact de son enjeu financier était quasiment insensible dans l'ensemble du mouvement financier des approvisionnements. Il fournissait le petit appareillage, le

consommable médical, la pièce de rechange et une partie de la maintenance de l'appareillage déjà en place.

Tout le flux informationnel et documentaire avait lieu entre le fournisseur et l'établissement médical, contrôlé par le ministère de tutelle, à savoir le ministère de l'industrie et des biens d'équipements pour les opérations de l'E.N.E.MEDI et le ministère du commerce pour celles des producteurs privés locaux. Les transactions internationales directement réalisées par le SA du CHU étaient par contre contrôlées par le ministère de la santé et de la population.

Les ministères cités ci-dessus octroyaient des licences d'importation qui permettaient la réalisation des flux physiques. En fonction des descriptions des besoins établis par le SA du CHU, le ministère de la santé et de la population pouvait aussi octroyer une allocation en monnaie locale pour les acquisitions sur le marché national et une allocation en devise convertible pour les équipements d'importation. Le flux financier, d'abord mis au point par la banque du CHU (CPA), était finalisé par la banque d'Algérie (BA) en relation avec la banque du fournisseur étranger.

La figure 8 met en évidence les réformes apportées au processus d'approvisionnement en réponse à la libéralisation du commerce extérieur du pays. Le changement majeur enregistré est l'apparition d'importateurs-distributeurs privés et de revendeurs privés sur le marché local. Notons également l'abolition de l'entreprise nationale publique l'E.N.E.MEDI. De fait, le ministère de l'industrie et des biens d'équipements n'a plus de rôle dans les transactions d'importation. Le ministère de la santé et de la population demeure présent et bénéficie d'un statut capital en ce sens. Toutes les transactions des équipements médicaux provenant des compagnies étrangères sont techniquement sous sa responsabilité. L'aspect financier est livré à l'équilibre concurrentiel. Pour cela, l'importateur privé doit faire preuve de compétence technique pour l'octroi d'un agrément annuel, et doit soumettre un

dossier technique relatif à chaque importation pour l'obtention d'une autorisation d'importation. Le revendeur privé, agissant seulement sur le marché local n'est soumis à aucune contrainte autre que la capacité technique de réalisation des marchés, soit, l'installation, la mise en service et la garantie sur les équipements fournis.

L'autre changement survient au niveau du ministère du commerce qui n'a plus d'impact sur le commerce extérieur et qui est désormais engagé dans un libéralisme total. Les producteurs privés n'ont de relation de suivi informationnelle et documentaire qu'avec le ministère de la santé et de la population qui a établi des lois. Ces lois étaient dans le but d'augmenter leur nombre et de les encourager à produire et concernent également les importateurs pour qu'ils investissent dans des projets de production, ajoutant ainsi à leur statut celui de producteurs locaux. Ceci, tel que déjà expliqué, est dans le but d'encourager et de promouvoir une politique de production nationale. Notons encore une fois le rôle important assumé par ce ministère qui s'avère être un passage obligatoire pour toute opération commerciale et pour toute catégorie de sociétés. À travers sa direction des équipements, il s'implique à des fins de statistiques, de contrôle des fraudes et de la contrefaçon, de vérification des normes internationales de la qualité et de s'assurer de l'achat direct des équipements chez le fabricant sans passer par des intermédiaires commerciaux étrangers.

Le secteur médical est classé ultrasensible dans la politique du pays et il bénéficie en conséquence, au sein de la banque d'Algérie, d'un volume illimité de conversion en devise pour paiement des produits étrangers. Notons que le processus du règlement financier des transactions commerciales et la procédure d'approvisionnement par contrat direct avec les fournisseurs étrangers demeurent deux systèmes inchangés avant et après la libéralisation du commerce extérieur. Notons aussi l'apparition de sociétés mixtes, sociétés étrangères en partenariat avec des sociétés algériennes, ou bien l'apparition de représentations des compagnies étrangères oeuvrant à améliorer la commercialisation des produits et fournitures médicaux de ces dernières et assurant

seulement les mises en services, les services après ventes et la garantie. Ces représentations ne peuvent accomplir directement les transactions commerciales proprement dites. Ces dernières sont réalisées par les sociétés mères sises à l'étranger.

Les sociétés mixtes et les représentations étrangères ne sont qu'un témoignage de l'avancée du libéralisme économique en Algérie. Ces deux entités n'existaient pas du temps du monopole public.

Pour synthétiser notre analyse et répondre à notre objectif de recherche (OR1), le tableau 8 expose les différentes institutions, organismes, opérateurs commerciaux et systèmes de gestion qui ont disparu et ceux qui ont apparu dans l'ensemble du processus d'approvisionnement suite à son passage du système monopolistique au système de marché économiquement ouvert.

**Tableau 8 : Principaux changements dans le processus d'approvisionnement**

<b>Processus d'approvisionnement</b>		
<b>Monopole Étatique</b>	→	<b>Commerce extérieur libéralisé</b>
<b>Disparus</b>	<b>Apparus</b>	<b>Inchangés</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministère de l'industrie et des biens d'équipements</li> <li>- Ministère du commerce</li> <li>- E.N.E.MEDI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importateurs-distributeurs privés</li> <li>- Revendeurs privés</li> <li>- Restructuration du SA : introduction du bureau des marchés.</li> <li>- Producteurs privées locaux : nombre plus élevé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministère de la santé et de la population</li> <li>- Système de règlement financier (Banques)</li> <li>- Système logistique (flux physique et documentaire)</li> <li>- Contrats direct entre CHU et fournisseurs étrangers</li> </ul>

### **6.2.3 Analyse des impacts de l'environnement interne et externe sur le SA**

Comme l'indique notre cadre conceptuel, avant d'entamer l'analyse des effets de la libéralisation commerciale sur la performance des approvisionnements, nous abordons tout d'abord notre deuxième question de recherche (QR2). Celle-ci étudie les impacts des deux facteurs importants de l'environnement interne et externe sur le SA qui surviennent suite à cette ouverture commerciale. Ces impacts sont successivement celui de l'augmentation du nombre des fournisseurs sur le marché qui est vérifié par la première proposition de recherche (P1), et celui de la réglementation introduite pour l'encadrement des opérations d'approvisionnement dans le nouvel environnement qui est vérifié par la deuxième proposition de recherche (P2).

#### **6.2.3.1 L'augmentation du nombre des fournisseurs**

La première proposition de recherche que nous tenterons donc de valider ici est celle qui suggère que la libéralisation commerciale donne lieu à une augmentation du nombre des fournisseurs sur le marché qui exige du SA une gestion optimale de son processus d'approvisionnement (P1).

Nos analyses à ce niveau nous montrent qu'effectivement le premier impact saillant de la libéralisation commerciale sur le SA du CHU de Constantine est celui de l'augmentation importante du nombre de fournisseurs qui est apparue sur le marché des équipements médicaux.

Tel que le montre la figure 8 (Voir section 6.1.4), cette nouvelle présence plus importante des fournisseurs sur le marché se présente premièrement sous forme de nouvelles entreprises et sociétés privées issues de l'ouverture du commerce extérieur. La nature de leur activité commerciale est entièrement nouvelle sur le marché du pays et elle s'occupe de l'importation des équipements et des consommables médicaux en les achetant directement chez les fabricants qui sont généralement de pays européens.



L'autre présence de fournisseurs occupant encore plus le marché, tel que le montre la figure 8, est celle des revendeurs privés. Ces derniers s'installent plus facilement sur le marché en terme de démarches de création et de capital social légalement requis. Ils s'approvisionnent chez les importateurs eux-mêmes pour procurer les produits aux centres hospitaliers. On mentionne également, tel qu'il est illustré dans la figure 8, que le fait de lever toutes les autorisations du ministère du commerce qui concernaient les fabricants locaux privés n'a fait qu'augmenter le nombre de ces derniers et accentuer encore leur offre sur le même marché.

Pour confirmer davantage l'augmentation du nombre des fournisseurs sur le marché, on note, tel qu'on l'a développé précédemment (section 6.1.3), qu'il y a plusieurs catégories de matériel médical et que la diversification des produits dans chaque catégorie est encore plus grande. La notion de multiplication des fournisseurs est donc plus évidente quand ces derniers se spécialisent dans la commercialisation seulement de quelques lignes de produits afin de mieux maîtriser leur créneau et de segmenter le marché.

En ce sens, et pour appuyer ces argumentations, le premier responsable du SA du CHU nous affirme que le nombre de partenaires commerciaux et de soumissionnaires aux marchés publics est de plus en plus important d'une année à l'autre. L'augmentation des établissements spécialisés dans le secteur est de 10% à 15% chaque année depuis l'ouverture du marché en 1994 et 1995. Actuellement, selon le même interlocuteur, cette augmentation remarquable du nombre des fournisseurs sur le marché est présente pour faire face à la demande également importante en fournitures médicales faite par les différents services de soin au sein du centre hospitalier. Cette croissance de la demande en biens médicaux a augmenté quant à elle d'une moyenne proche de 100% pendant les dix dernières années.



L'augmentation de la demande du CHU en biens médicaux s'exprime en terme de nombre de bons de commande et de valeurs des commandes également. Cette augmentation peut être estimée à un niveau supérieur à celui des crédits alloués et consommés, comme le montre le tableau 6 sur les crédits alloués et sur ceux qui ont été réellement engagés dans les achats des fournitures médicales. L'augmentation de l'offre sur le marché est ainsi confirmé comme conséquence de l'ouverture commerciale où l'importation des biens médicaux est autorisée à tout investisseur ayant les ressources nécessaires pour cette fin. Cependant, elle est également présente pour pallier à l'importance de la demande en produits et fournitures médicales qui s'est développée sur le marché. Elle est aussi stimulée par l'importance des dotations budgétaires destinées au marché des équipements médicaux (tableau 6), incitant ainsi les investisseurs de ce secteur à venir offrir leurs produits et leurs prestations aux centres hospitaliers.

Parallèlement à la croissance du nombre de fournisseurs sur le marché, à celle de la demande en fournitures médicales et à celle des dotations budgétaires, nous notons selon le responsable du SA, l'augmentation accrue de la complexité des opérations d'achat et des procédures d'approvisionnement. Cette dernière a résulté de l'accroissement du nombre moyen d'ententes, de contrats et de bons de commande faits auprès du grand nombre des fournisseurs. Certaines catégories d'équipements spécialisés, tels les équipements d'investigation par l'image (imagerie médicale), sont sujet à des opérations d'achats plus complexes en raison de leurs valeurs et de leurs caractéristiques techniques. D'autres catégories, tel que le consommable médical utilisé dans les services de soins, présentent à leur tour une complexité relative au niveau des volumes de consommation très élevés. Il s'ensuit par conséquent une augmentation du nombre de commandes, d'ententes et de transactions avec les fournisseurs qui se réalisent sous forme de marchés à contrat ponctuel, de contrats à long terme, de commandes immédiates et urgentes ou de commandes à consultations restreintes. Le personnel du SA fait donc face à une grande complexité des opérations

d'approvisionnement. Cependant, malgré ces conditions de complexité considérable, le SA et les fournisseurs mentionnent que la fréquence approximative annuelle des commandes faisant objet de litiges causés par des insatisfactions au niveau des transactions se situe à une moyenne faible de 5% comparée au volume total des commandes annuelles. Ces répondants ajoutent que ceci s'explique tout d'abord par le fait que la majeure partie des partenaires commerciaux tient à honorer les commandes difficilement décrochées. Mais ils attribuent surtout cette réussite générale des transactions à la gestion optimale et soigneuse effectuée par le personnel du SA pour pouvoir faire face à cette complexité du nouvel environnement du marché fournisseur.

Le responsable du SA nous explique que dans le contexte de ce marché très concurrentiel et complexe, la gestion de leurs achats est basée sur des consensus commerciaux auxquels doivent aboutir les agents des dites transactions, soient eux-mêmes et les fournisseurs. Il ajoute que le personnel de son service utilise des méthodes généralement basées sur la transparence dans le déroulement des transactions. Ceci a pour but de provoquer une confrontation directe entre les différents concurrents sur le marché et d'optimiser le choix du fournisseur final. Pour cela, la première règle de mise en concurrence entre les différents offrants est la mise en circulation de l'information sur l'existence des marchés qui est effectuée par des médias spécifiques et officiels. Avant de faire le choix définitif du fournisseur, tous les offrants prennent connaissance de toutes les offres proposées à l'administration du SA.

Ces procédures générales, qui optimisent au maximum la gestion des achats faits par le SA, sont conformes aux codes des marchés publics et des règles régissant les procédures générales des approvisionnements. Elles remédient à la complexité du contexte imposée par la grande diversification de l'offre qui, désormais, existe sur le marché local des équipements médicaux.

Selon l'affirmation de l'un de nos fournisseurs et du responsable du SA, des insatisfactions peuvent cependant avoir lieu après la conclusion du marché avec le fournisseur choisi. C'est au courant du déroulement du reste du processus que ces réclamations peuvent survenir et qui ont presque toutes le même objet, soit le retard accusé dans les délais de livraison, surtout et souvent lorsque le produit faisant l'objet de la transaction est importé d'un pays étranger. La principale cause de ce dysfonctionnement noté par les deux interlocuteurs interrogés est la lenteur trop grande des démarches administratives complexes en matière d'importation. Dès lors, si on parle de l'augmentation du nombre des fournisseurs suite à l'ouverture commerciale, celle-ci existe de façon visible et incontestable. Elle fait équilibre à la demande croissante des fournitures médicales et répond aussi à la grande disponibilité des fonds chez le centre hospitalier de Constantine qui sont destinés aux approvisionnements des équipements médicaux. Le personnel du SA, afin de pallier à l'hostilité de cette conjoncture, se sert essentiellement de pratiques soigneuses qui reposent à la base sur des codes et des règles officiels. Il applique par conséquent une gestion optimale et rigoureuse de ses processus généraux d'achats.

Néanmoins, des dysfonctionnements hors de la volonté des dirigeants du SA s'enregistrent dans le cadre des partenariats en raison des problèmes surtout bureaucratiques et administratifs, et également en raison d'un certain nombre de partenaires manquant encore de professionnalisme. On note en ce sens que la majeure partie des cas litigieux avec les partenaires commerciaux sont très bien maîtrisés par les dirigeants du SA et sont solutionnés à base des clauses incluses dans les contrats signés conjointement par les deux parties qui déterminent de façon précise les limites de leurs droits et leurs responsabilités.

Pour ces raisons, nous pensons donc que nous pouvons supporter la proposition de recherche (P1), et ainsi affirmer que la libéralisation commerciale a réellement permis l'intensification de la concurrence sur le marché national des fournitures médicales, et

par conséquent, a contraint le personnel du SA à optimiser sa gestion des approvisionnements à cause de leur diversité et de leur complexité administrative, technique et financière.

### **6.2.3.2 La diversification de l'offre**

Notre deuxième proposition de recherche est celle soutenant que la libéralisation commerciale donne lieu à une diversification de l'offre des biens et services qui exige du SA le respect strict et l'application minutieuse des réglementations dans ses décisions (P2).

Afin d'expliquer cette diversification de l'offre, on note tout d'abord que suite au nombre de fournisseurs qui a remarquablement augmenté sur le marché, la concurrence est évidemment de plus en plus présente et forte. Également, la grande variété de fournitures médicales en terme de catégorie des produits, de marque, de modèle et d'origine de fabrication (section 6.1.3), ne fait qu'élargir et diversifier davantage cette offre sur le marché. Ceci est dû à la segmentation des fournisseurs sur ces critères, ou encore de leur segmentation sur les régions géographiques ciblées (segmentation géographique).

Pour vérifier ensuite l'hypothèse sur les réglementations, nous avons essentiellement pris en compte les affirmations du secrétaire général du CHU, du responsable du SA et de nos deux fournisseurs à la fois. Tous sont directement concernés par l'application des règlements.

Effectivement, nous sommes convaincu que la réglementation est résolument le deuxième élément important qui peut fortement influencer sur le fonctionnement du SA et celui du processus d'approvisionnement. Le secrétaire général et le responsable du SA nous signalent qu'il est vrai que la réglementation actuelle régissant les achats

libres, les marchés publics et les conventions d'acquisition des équipements, est extrêmement renforcée en terme de nombre et de contenu. Elle est désormais plus complexe que dans le temps du monopole public. L'ouverture du marché sur la concurrence nationale et internationale s'est accompagnée, depuis le milieu des années 90 jusqu'en 2003, de plusieurs décrets successifs portant sur les codes des marchés publics<sup>26</sup>.

Notre répondant du SA nous confirme que ces réglementations interviennent particulièrement sur deux plans. Le premier est celui de l'attribution des marchés publics, des contrats d'acquisition et des commandes faites dans le cadre des achats libres. Le deuxième est celui de la détermination des droits et des responsabilités de chacune des parties impliquées dans le processus d'approvisionnement pour fin d'une bonne gestion réglementaire des procédures, que celles-ci soient avec ou sans situations de litiges.

Ce même répondant nous a également confirmé la complexité extrême des conditions dans lesquelles le SA gère ses opérations de sélection des fournisseurs finaux. Ces conditions complexes faisaient suite à l'augmentation de l'offre sur le marché et causent régulièrement des demandes de recours répétitives formulées par les fournisseurs contre des dysfonctionnements dans les procédures de sélection relatives aux attributions des contrats d'achats. Ceci nous a été également confirmé par l'un des deux fournisseurs abordés. L'autre fournisseur nous rapporte cependant une de ces situations qui a eu lieu après l'obtention d'un marché d'acquisition auprès du CHU de Constantine. Le différend survient au sujet d'une prestation de maintenance sur l'équipement vendu qu'il devait assurer et qu'il n'a pas pu définitivement achevée. Selon ce répondant, la situation n'a pu être solutionnée avec le SA qu'après

---

<sup>26</sup> Les plus récents (en vigueur) sont les décrets n° 02/250 du 24/07/2002, et le décrets n° 03/301 du 11/09/2003 (Source : Secrétariat générale du CHU de Constantine)

le recours ultime aux règlements précisément dictés dans les clauses du marché en question.

Convaincus, nos mêmes répondants nous affirment que l'appel à ces dispositions réglementaires dans le contexte de l'ouverture commerciale permet une meilleure régulation des marchés publics. Elles plaident en faveur d'une concurrence loyale et équitable mais en assurant au CHU l'acquisition des meilleurs produits et des meilleures prestations en terme de qualité et aux moindres coûts possibles.

À titre d'exemple des règlements les plus importants en ce sens, ils nous expliquent que la réglementation prévoit plusieurs étapes dans le cadre des transactions d'acquisition. La première étape est l'émission d'information sur le marché à travers un bulletin officiel et spécifique au domaine médical. La seconde étape est le dépôt du cahier des charges par les fournisseurs potentiels dans lequel sont spécifiées toutes les conditions imposées par le marché. Après la collecte des offres, l'administration compétente du SA procède à l'ouverture des plis en présence des représentants des offrants. Toutes les informations sur toutes les offres sont annoncées publiquement (types et performances des équipements, délais de livraison, formation du personnel, garantie, prix des appareils.....), ceci en respect de la transparence exigée par la procédure. Le choix définitif du fournisseur s'effectue en dernière étape par un comité interne du SA. Si le nombre des plis collectés est inférieur à trois, le marché est déclaré infructueux et une seconde annonce est réalisée à travers des médias plus larges.

Selon l'un des fournisseurs interrogés, ces règlements interviennent également de façon rigoureuse dans l'évaluation des qualifications professionnelles des partenaires commerciaux du CHU. Plusieurs contrats de vente, qui lui ont été attribué, ont été obtenus grâce à l'avantage de son expertise professionnelle qui pour plusieurs de ses concurrents sur le marché n'était pas du même niveau. La même source nous

explique que dans cette même perspective, toutes les compagnies exerçant dans le secteur médical doivent avoir présent dans leur effectif un directeur commercial ayant une qualification reconnue dans le même domaine (technicien de la santé, ingénieur biomédical, médecin, pharmacien, biologiste, etc.) pour pouvoir bénéficier, au niveau du ministère de la santé et de la population, d'un agrément d'activité lui permettant d'exercer dans le secteur. La réglementation intervient aussi sur le plan «après-approvisionnement». Elle impose une garantie communément offerte pour une année et un service après-vente qui exige l'intervention du fournisseur sur les appareils en cas de problème technique et la fourniture des pièces de rechange qui sont généralement étalés sur une période de dix ans. Pour certains appareillages technologiques, la réglementation exige l'offre d'une formation technique au personnel de soins pour l'utilisation et la maintenance de ces équipements.

Selon le secrétaire général, le manque de professionnalisme de plusieurs fournisseurs nouvellement venus sur le libre marché présente une bonne raison de recours à l'application des règlements tel que le non respect de la conformité des produits par rapport aux cahiers de charge et également celui des clauses après-vente comme la garantie, le soutien technique et la formation du personnel. Dans de telles situations, l'établissement de santé tire plein avantage de ces règlements qui lui attribuent la bonne position pour agir en fonction de ses propres intérêts.

Notre deuxième fournisseur appuie ces arguments comme suit : la fréquence des retours des produits par le SA, suite à leur non-conformité des normes de qualité, serait vraiment faible si on respectait toutes les normes de qualité exigées par le demandeur. Ces normes figurent dans la facture proforma, si la transaction est objet d'une commande ponctuelle ou urgente, ou dans les clauses du contrat, si elle est objet d'un contrat à long terme. Le bon fonctionnement des opérations est également confirmé si les fournisseurs respectent de façon générale les spécifications figurant sur les documents relatifs aux transactions.

Par ailleurs, il est important de noter que la plupart des secteurs économiques algériens souffrent relativement du mal de la corruption. Selon les propos de nos deux fournisseurs qui ont abordé ce problème, dans le secteur des équipements médicaux la réglementation constitue un balisage efficace contre la fraude dans l'attribution des contrats et des bons de commandes. À titre indicatif, l'un de ces fournisseurs nous cite l'exemple de l'interdiction absolue aux dirigeants du SA d'octroyer des commandes d'équipements dont la valeur excède la limite de quatre millions de dinars algériens (65 000 CAD) à une même société fournisseur par année. Lorsque le marché est d'une importance financière plus grande, il y a obligation de passer par l'avis d'appel d'offre publique pour réaliser l'acquisition voulue.

En approchant cependant les impacts négatifs des règlements et des lois sur la gestion des opérations, un de nos fournisseurs affirme qu'au delà de toute l'utilité des règlements appliqués, le désagrément majeur qui découle de ces derniers est le fait que les délais d'attribution des contrats d'achats et de concrétisation des marchés sont devenus beaucoup plus longs. Les processus exigent énormément plus de temps en appliquant strictement ces réglementations. Ceci pourrait se répercuter évidemment sur le service offert aux unités de soins à l'intérieur de l'établissement sanitaire. Cependant, les deux fournisseurs et le secrétaire général affirment que ces règlements sont globalement plus bénéfiques et utiles qu'ils sont gênant dans les opérations, du fait qu'ils sont nécessaires pour trouver des solutions à tous les litiges pouvant naître entre les différentes parties. Ils ajoutent que les relations commerciales sont souvent complexes et la réglementation permet de les adoucir et de fluidifier le déroulement des transactions.

Dès lors, on arrive à conclure que la diversification de l'offre des fournitures médicales donne lieu effectivement à une complexité remarquable de l'environnement dans lequel se réalise le processus général d'approvisionnement. Afin de palier aux dysfonctionnements qui peuvent en résulter, le recours aux



règlements et aux lois officiels des marchés publics s'avère un remède certain et efficace, et qui est cependant obligatoirement appliqué par le vendeur qui est le fournisseur en matériel médical et par l'acquéreur qui est le centre hospitalier. On estime donc que face à cette diversification de l'offre, les dysfonctionnements dans la réalisation des marchés publics causés par les litiges entre les différentes parties sont effectivement existants malgré leur faible fréquence. Le recours à l'application stricte des règlements régissant les marchés et les contrats d'acquisition permet sans aucun doute de remédier à ces entraves qui surgissent avant ou après avoir arrêté les clauses des contrats. Ces règlements, sont donc jugés incontestablement nécessaires.

Ne manquons pas de rappeler que dans l'ère de l'ouverture commerciale, nul organisme gouvernemental ne peut s'impliquer dans l'encadrement des ces réglementations. Le ministère de la santé et de la population, tel que le montre la figure 8 (section 6.1.2), est désormais le seul à avoir la tutelle et le pouvoir d'établir, de superviser et d'inspecter ces règlements et leur application par l'ensemble des intervenants dans les processus d'achats.

On peut affirmer par conséquent que cette analyse supporte notre deuxième proposition de recherche (P2). Cette dernière avance que l'ouverture commerciale cause une forte diversification des produits et services sur le marché qui exige aux dirigeants du SA l'application stricte des réglementations et des lois dans leur prise des décisions relatives aux choix de leurs partenaires commerciaux. Également relatives à celles concernant tout le reste du processus jusqu'à l'achèvement des transactions commerciales effectuées.

## **6.2.4 Analyse des effets sur la performance des approvisionnements**

Comme nous l'avons déjà spécifié dans notre cadre conceptuel, le deuxième objectif (OR2) auquel nous nous intéressons dans notre étude, c'est d'évaluer la performance des approvisionnements du CHU de Constantine en équipements médicaux après l'ouverture commerciale. Cet objectif de recherche (OR2) est atteint via notre troisième question de recherche (QR3) à laquelle on tente de donner une réponse en vérifiant la troisième, la quatrième et la cinquième proposition de recherche (P3, P4, P5). Le contenu de ces trois propositions de recherche porte sur l'étude des trois variables qui, selon notre revue de la littérature, cernent les différentes dimensions de la notion «performance», et qui sont l'efficacité des approvisionnements (P3), leur efficacité (P4) et le niveau de service offert aux unités de soins (P5).

### **6.2.4.1 Effets sur l'efficacité des approvisionnements**

La première hypothèse que nous voulons vérifier ici porte sur l'efficacité des approvisionnements. C'est la troisième proposition de recherche dans notre étude (P3). Elle suggère que la libéralisation commerciale cause une forte concurrence sur le marché et permet des économies d'échelle aux fournisseurs sur leurs importations. Une telle situation permet de meilleurs prix offerts au SA et ainsi une réduction importante du coût des approvisionnements (efficacité).

Pour vérifier cette proposition de recherche, nous devons recueillir des informations qui s'attachent précisément à la capacité et la disposition des fournisseurs à accorder des remises sur les prix des fournitures médicales, et aussi recueillir des informations sur les méthodes et les techniques que le SA utilise pour arrêter ses choix finaux sur le prix de ces fournitures médicales.

Le personnel du SA du CHU est sans doute le plus apte à nous fournir de telles informations. Il nous affirme que l'économie sur les coûts des approvisionnements est effectivement l'élément qui s'est accentué le plus fortement depuis la concrétisation de l'ouverture commerciale. Comme le montre le tableau 5 (section 6.1.2), les crédits alloués aux achats des fournitures médicales montrent, depuis les dix dernières années, une évolution positive d'une moyenne de 5% annuellement et d'une augmentation de 63% pour l'ensemble de la période. Mais, selon le secrétaire général, ceci s'accompagne également d'une augmentation considérable des volumes achetés et une amélioration remarquable de la qualité des produits acquis pour les mêmes années. Cependant, il nous affirme aussi que la tendance positive de l'évolution des quantités achetées et de l'amélioration de leur qualité est plus grande en la comparant à celle des crédits alloués aux achats de ces mêmes équipements pour les mêmes années. Ceci montre que l'augmentation en gain réalisé en volumes d'achat et en qualité des produits est beaucoup plus importante que celle enregistrée dans les budgets engagés dans ces derniers. Cette situation explique que le SA réalise des économies de coûts importantes dans ses achats généraux auprès de ses fournisseurs, de façon à acheter plus de produits et de qualité meilleure aux moindres coûts possibles.

Selon le responsable du SA, des économies de 15% à 20% ont été réalisées annuellement au courant des dix dernières années. Pour expliquer cet acquis, un des fournisseurs interviewés nous explique que les dirigeants du SA sont d'une rigueur extrême quant à la sélection des prix qui leurs sont offerts et que les remises des prix faites en faveur de l'établissement dépendent surtout des volumes des commandes faites auprès des fournisseurs. Ces derniers bénéficient à leur tour de meilleurs prix internationaux à cause de l'importance des volumes qu'ils achètent sur les marchés étrangers des équipements médicaux. Ce même fournisseur nous explique qu'en plus de l'avantage des baisses des prix à l'importation en fonction des volumes achetés, les fournisseurs réalisent des gains non négligeables surtout dans les ententes de

fonctionnement avec leurs partenaires logistiques. Toutes les charges et les dépenses supplémentaires, telles que celles de transport, des transitaires et des dédouanements, sont transposées sur le volume et le contenu annuel des livraisons reçues et non sur le volume et le contenu de chaque opération d'importation réalisée séparément. Ces mêmes dépenses sont quasi-totalement déduites d'impôt. Un mécanisme d'économies d'échelle est ainsi réalisé dans la chaîne d'approvisionnement externe et il se traduit par une forte baisse des coûts des produits médicaux vendus au centre hospitalier.

De même, les deux fournisseurs nous mentionnent que la majorité des produits qu'ils commercialisent auprès du SA sont de fabrication européenne et subissent une augmentation des prix internationaux de l'ordre de 2% à 3% annuellement. Mais quant à eux-mêmes, ils minimisent les hausses dans les prix qu'ils proposent. Leurs prix demeurent pratiquement sans hausse sensible afin de pouvoir réaliser des volumes de vente importants. De ce fait, on peut dire que, devant l'importance de l'offre, les prix sont optimisés par eux-mêmes suite à la rigueur de la concurrence, et que les économies de coûts accordées au SA sur ses achats sont automatiquement établies dans le respect de la réglementation qui régit les contrats d'acquisition et les procédures d'achats publics.

Le responsable du SA nous affirme également qu'actuellement les produits sont plus coûteux que pendant la période du monopole étatique, mais la tendance enregistrée dans l'augmentation des prix de ces derniers est par contre plus faible. Ceci s'explique par le fait que les propositions des prix sélectionnées et acceptées par le SA sont toujours celles des prix les plus bas. Les fournisseurs, à leur tour, optent pour les meilleures sources sur le marché étranger afin d'être en mesure de répondre aux méthodes de sélection des prix pratiquées par le SA.

Il est à noter qu'il existe un double effet d'économies d'échelle. Après ces baisses de coûts accordées par les fournisseurs sous la pression de l'action concurrentielle, les

fonds budgétaires sont donc moins utilisés dans les mêmes achats et se rendent davantage disponibles pour être utilisés soit dans l'achat de quantités plus grandes des mêmes produits, soit dans l'achat de qualité meilleure des mêmes produits ou encore dans d'autres acquisitions de produits médicaux différents. Les volumes d'achat deviendront par conséquent plus importants, c'est-à-dire, que les économies réalisées suite à l'ouverture du marché à la concurrence sont directement déployées dans l'amélioration quantitative et qualitative des approvisionnements.

La réalisation d'une bonne efficience des approvisionnements provient également de la qualité de la gestion intérieure des produits au sein des unités de soins de l'établissement. L'un de nos répondants des services de soins<sup>27</sup> nous explique que, depuis l'amplification des partenariats avec les fournisseurs privés des équipements médicaux, il y a eu une meilleure consommation des produits et une utilisation optimale des équipements. Ceci est dû essentiellement à la disponibilité d'équipements meilleurs, moins lourds, plus performants et plus pratiques. Inversement, au temps du monopole étatique on disposait de matériel lourd dont la difficulté d'utilisation était à la source d'un grand gaspillage de matériels et des produits consommables. En plus, il ajoute que la formation du personnel utilisant ces équipements, qui est assurée par les fournisseurs, donne lieu également à une bonne connaissance de ces équipements et appareillages et donc à un meilleur usage. Dans ce contexte, plus de matériels restent opérationnels et disponibles pour l'utilisation dans les unités de soins, moins d'opérations d'achats sont effectuées pour les mêmes fournitures et plus de fonds sont donc épargnés pour être destinés à d'autres acquisitions. Notre répondant de l'autre service de soins<sup>28</sup> appuie fortement ces affirmations, et il affirme qu'au sein de son service, une baisse de gaspillage en terme de produits et de ressources destinées aux réparations techniques est nettement observée depuis les dernières années. Les fonds sont donc automatiquement

---

<sup>27</sup> Service de chirurgie thoracique.

<sup>28</sup> Service de l'ORL.

réorientés vers l'augmentation des volumes d'achats et vers l'amélioration de la qualité des produits procurés pour son service de soins. Les mêmes sources nous signalent que cet avantage de baisse des coûts s'accompagne toutefois dans certains cas, plutôt rares, d'une baisse de la qualité de certaines catégories de produits achetés, en particulier le petit consommable médical à usage quotidien.

La libéralisation commerciale permet donc d'une part des effets d'économies d'échelle importants, que les entreprises importatrices réalisent dans leurs transactions internationales, et provoque d'autre part une forte concurrence réglementaire sur le marché local entre ces mêmes entreprises, soit une concurrence qui cause obligatoirement une baisse des prix proposés. Ces deux contextes de marché permettent conjointement au SA une réduction considérable des coûts des achats qu'il effectue. Cet avantage peut être accordé par les fournisseurs grâce justement à ces économies d'échelles qu'ils réalisent eux-mêmes dans leurs transactions internationales, et aussi peut-on dire, grâce à la pression faite par l'équilibre concurrentiel encadré lui-même par l'application minutieuse des codes internes des achats et des marchés publics. On ne manque pas cependant d'évoquer le seul inconvénient qui est la baisse de qualité dans certaines catégories de produits et qui peut survenir suite à l'incitation permanente de recherche d'économies dans le coûts des approvisionnements.

Pour ces raisons, nous jugeons qu'il est raisonnable de supporter notre troisième proposition de recherche (P3). Cette dernière veut que le SA profite de réductions considérables des coûts des approvisionnements sous l'effet de l'équilibre concurrentiel établi sur le marché et des économies d'échelles que réalisent les fournisseurs sur les marchés internationaux. Ces deux situations de marché sont engendrées par la libéralisation du commerce extérieur du pays.



#### **6.2.4.2 Effets sur l'efficacité des approvisionnements**

Notre quatrième proposition de recherche aborde la question de l'efficacité des approvisionnements sous l'impact de l'ouverture commerciale (P4). Elle suggère que la libéralisation commerciale produit des effets d'apprentissage qui donnent accès à une expertise de gestion pertinente aux dirigeants du SA leur permettant davantage d'atteindre leurs objectifs généraux d'approvisionnement (efficacité).

Malgré le nombre des commandes en fournitures médicales et leurs valeurs qui progressent de manière spectaculaire de 70 % annuellement, le secrétaire général du CHU nous affirme que les approvisionnements réalisés par l'établissement sont beaucoup mieux opérés qu'avant, ce qui est à l'avantage de ce dernier en terme de prix des produits et de leur qualité.

En ce sens, nous notons, suite à nos analyses, que les délais de livraison des produits achetés sont plus courts mais demeurent longs par rapport à ceux consignés dans les clauses des marchés. L'évolution des taux de rupture des stocks est désormais très faible, seul les stocks des pièces de rechange connaissent des perturbations à cause des retards accusés dans leur livraison et en raison également des lenteurs administratives. Aussi, les taux de rotation des stocks ne font que s'accroître et la valeur de ces stocks est plus importante en raison de la multiplication des variétés de produits et d'articles.

De plus, selon les affirmations du responsable du SA et du secrétaire général, nous notons que les relations générales avec les partenaires commerciaux sont dans leur majeure partie meilleures et suffisamment professionnelles malgré l'augmentation du nombre de ces derniers sur le marché de l'offre. Ceci est dû à la définition claire et précise des droits et des responsabilités des différentes parties que les codes des marchés publics et les règlements commerciaux dictent et imposent. On note un

certain manque de professionnalisme chez quelques partenaires, ce qui ralentit dans quelques rares cas le cours des procédures. Ainsi, sur le plan de la gestion des opérations, une bonne et meilleure efficacité de la part du personnel du SA est notée.

Néanmoins, nos constatations basées sur les réponses de ces deux mêmes sources nous ont fait comprendre la particularité des améliorations inscrites dans les différents plans de gestion. Ces améliorations se sont surtout accomplies de façon progressive, par exemple les délais de réception sont de plus en plus courts, les taux des ruptures des stocks sont de plus en plus faibles et les taux de rotation des stocks augmentent remarquablement au cours des années. Ces indicateurs de gestion positifs montrent une efficacité accrue des opérations d'autant plus remarquable que le nombre et l'importance des transactions augmentent et que les opérations d'approvisionnement se multiplient. On note également une amélioration des relations avec les fournisseurs qui est proportionnelle à l'augmentation du nombre et de la complexité des opérations d'approvisionnement.

En plus de l'acquisition de l'expertise sur le plan des achats sur le marché, on note que le même effet d'apprentissage se réalise sur le plan interne. Le personnel du SA acquiert, à travers la multiplication des opérations d'achats, un meilleur savoir faire sur le plan de ses activités auprès des unités de soins, d'où un très bon fonctionnement caractérisé par la concordance des activités entre le SA et ces fournisseurs. À cause de la disponibilité accrue de l'offre, les délais de traitement et d'exécution des commandes faites par les unités de soins sont plus courts qu'auparavant. La fréquence des plaintes faites par les chefs de ces unités contre les disfonctionnements du SA sont beaucoup moins fréquentes du fait que, selon le secrétaire général, les objets majeurs de ces réclamations sont mieux traités et efficacement solutionnés. Ces derniers portent surtout sur les retards dans les livraisons et les quantités insuffisantes par rapport aux besoins exprimés, et aussi sur le non-respect des caractéristiques des articles commandés dans certains cas. Ces



disfonctionnements se révélèrent beaucoup plus fréquents dans le temps de la centralisation des achats au niveau de l'entreprise étatique l'E.N.E.MEDI. On ajoute que les opérations sont mieux planifiées au point où les commandes urgentes des unités de soins, qui survenaient souvent auparavant, sont devenues plus rares. Notons toutefois l'exception des interventions de maintenances techniques qui sont plus courantes jusqu'à maintenant mais qui trouvent toutefois des réponses rapides et satisfaisantes de la part du SA.

Nos deux interlocuteurs des services de soins nous expriment leur satisfaction générale envers la qualité du service offerte par le SA. Ils nous affirment également que la nouvelle restructuration du SA en réponse à l'ouverture commerciale, et qui se résume essentiellement en l'introduction du bureau des marchés (voir figure 6, section 6.1.2), n'a fait que favoriser de façon générale la qualité des services qui leur sont offerts. Le bureau des marchés s'occupe de façon plus structurée, plus attentionnée et plus vigilante des opérations d'achats importantes du fait que celles-ci représentent sa tâche principale et sont la seule raison de sa création dans le SA. Cependant, il y a présence de petits disfonctionnements liée toujours à la longueur des délais de réception des produits et des articles commandés auprès du SA, malgré que ces délais soient jugés meilleurs qu'avant. Cette longueur des délais, selon le secrétaire général, est principalement due à la recherche minutieuse des sources d'approvisionnement offrant les prix les plus bas et les plus favorables en terme de coûts.

On peut donc conclure, suite à l'ensemble de ces apports et ces affirmations, qu'une acquisition de savoir faire et un apprentissage important s'inscrivent effectivement chez les membres du SA. L'augmentation importante de l'offre et la complexité des opérations auxquelles ils font face depuis l'ouverture du marché les ont mis devant l'évidence d'optimiser leurs méthodes et techniques de gestion. Ils tirent maîtrise et connaissance optimale des situations à partir de celles déjà rencontrées et vécues, ceci

au fil de l'exécution des opérations d'achats variées et multiples depuis l'ouverture du marché à la concurrence privée.

De cette façon, nous pensons qu'il est raisonnable de supporter notre quatrième proposition de recherche (P4). L'effet d'apprentissage est réellement existant; il produit une acquisition de savoir faire et d'expertise pertinente dans la gestion des différentes étapes des opérations d'approvisionnement. Ces dernières s'accomplissent plus efficacement d'autant plus qu'elles se multiplient et se compliquent. Cette acquisition d'apprentissage et de savoir faire permettent assurément l'atteinte quasi-suffisante des objectifs généraux d'approvisionnement (efficacité).

#### **6.2.4.3 Effets sur le niveau de service**

Notre dernière proposition de recherche (P5) est relative au niveau de service offert aux unités de soins par le SA. Elle évoque que l'ouverture commerciale donne lieu à une acquisition de connaissances techniques par les dirigeants du SA, ce qui leur permet de satisfaire adéquatement les besoins des points de consommation (niveau de service).

Le personnel des unités de soins est celui qui est particulièrement en mesure de nous confirmer ou de nous infirmer cette hypothèse. À ce sujet, les responsables des mêmes services de soins déjà interviewés nous révèlent que les membres du SA, en tant que seuls décideurs légaux sur l'ensemble des opérations d'approvisionnement, ne sont impliqués réellement que sur le plan des opérations financières et logistiques, et que le personnel médical des unités de soins s'occupe lui-même de la transmission de l'information sur la qualité des produits et sur les caractéristiques techniques des équipements aux fournisseurs. Ces derniers, suite à leurs contacts directs et leur présence physique sur les lieux de travail avec le personnel médical, ont connaissance de façon précise des différentes particularités techniques des besoins des unités de

soins qui font ou feront l'objet des transactions. Selon la même source, le SA n'agira que sous la pression des délais de livraison qui s'écoulent à cause des fournisseurs ne répondant pas aux commandes faites. Là, en tentant de rétablir la situation auprès d'autres fournisseurs, la fréquence d'erreurs techniques est souvent élevée.

Toujours selon nos interviewés des unités de soins, les membres du SA ne sont guère impliqués dans le traitement de l'information technique des produits auprès des fournisseurs. Caractérisés par un manque de connaissance considérable sur ce plan, ils se consacrent à gérer et à planifier les rencontres entre le personnel des unités de soins et les fournisseurs impliqués dans les transactions. Ils ont évoqué que, suite à leur méconnaissance des équipements et fournitures médicaux, les gestionnaires du SA confient au personnel médical la tâche de rédiger les rubriques techniques des cahiers de charge pour les avis d'appel d'offres publiques. Ils leur délèguent aussi la tâche de consultation, de classification et de validation des offres techniques lors des séances d'ouvertures des plis des soumissions aux marchés publics. Les membres du SA ne s'occupent à ce niveau que de l'aspect financier, logistique, opérationnel, temporel et tout autre que technique. Leur connaissance technique dans les fournitures et les équipements médicaux n'est que superficielle et globale, ce qui les empêche d'approcher cette partie des négociations avec les représentants des sociétés fournisseurs.

Les répondants du SA et ceux des services de soins affirment également que dans le cas d'acquisition d'équipements spécialisés, des programmes sont planifiés entre les dirigeants du SA et les fournisseurs pour que le corps médical des services de soins reçoive des formations intensives et accélérées sur l'utilisation et la manipulation de ces mêmes équipements médicaux. Ces formations de durées généralement courtes s'effectuent aux sièges des sociétés fournisseurs du matériel, parfois à l'étranger chez le fabricant d'origine de l'équipement, ou à l'hôpital aux unités de soins sur le lieu même de l'utilisation du matériel. De ce fait, il est à noter que le SA ne fait qu'assurer

et organiser sous certaine forme le transfert, proprement dit, des connaissances techniques entre le fabricant ou le fournisseur et le personnel des unités de soins, sans être impliqué lui-même au niveau technique.

Cette situation provoque une certaine inquiétude à la direction générale du CHU et également chez le personnel des unités de soins. Ils perçoivent simultanément que suite à de telles conditions, et suite aux non réponses occasionnelles des commandes faites par les fournisseurs ainsi qu'aux contraintes temporelles et celles des ruptures des produits sur le marché, d'importantes erreurs d'ordre technique sont susceptibles d'être produites par le SA. C'est ce dernier qui est censé poursuivre les procédures afin de rétablir l'équilibre des situations et non le personnel des unités de soins compétent en la question qui s'en chargera de cette tâche. On nous explique plus précisément que dans de telles situations, les membres du SA auront à agir auprès d'autres fournisseurs, à procurer d'autres articles qui pourront se substituer à ceux réellement demandés et ainsi dépanner les unités de soins, comme ils auront à agir également dans certains cas auprès d'autres services ou même d'autres établissements hospitaliers afin de procurer des produits pour dépannage immédiat. Avec le manque de connaissances techniques caractérisant ces gestionnaires, ces erreurs d'ordre techniques sont alors très portées à être faites pendant le reste du parcours des opérations d'acquisition.

Aussi, on ne manque pas de mentionner l'autre inconvénient majeur résultant de la situation. Dans ces conditions, on juge que le personnel médical a inévitablement tendance à consacrer trop de temps à l'accomplissement de tâches de gestion administrative au détriment de sa mission de base qui est la pratique de l'activité purement médicale au sein des unités de soins.

De ce fait, on est en mesure d'affirmer que le transfert technologique et l'acquisition des connaissances techniques chez les membres du SA n'a guère lieu à travers les

transactions commerciales multipliées depuis l'ouverture du marché. Le corps médical, dans toute sa classification<sup>29</sup>, s'occupe lui-même de la composante technique dans le processus d'approvisionnement. Il est désormais le seul acquéreur des technologies médicales transmises à travers les acquisitions faites en équipements étrangers. Il est donc le seul connaisseur en la matière et sans son apport et sa contribution, des dysfonctionnements majeurs dans le processus général vont inévitablement avoir lieu.

À la base de ces points d'analyse, il nous semble donc logique, du moins pour notre cas, de ne pas supporter notre cinquième proposition de recherche (P5) voulant que la libéralisation commerciale donne lieu à une acquisition de connaissances techniques par les dirigeants du SA qui leur permet de satisfaire adéquatement les besoins des points de consommation (niveau de service).

### **6.2.5 Synthèse sur les cinq propositions de recherche**

Les analyses effectuées dans la section précédente nous ont permis de soutenir nos quatre premières propositions de recherche (P1, P2, P3, P4) et de rejeter la cinquième proposition de recherche que nous avons posée (P5). Le tableau 9 nous présente toutes les propositions de recherche et les résultats d'analyse relatifs à leur validation.

---

<sup>29</sup> Médecins spécialisés, chirurgiens, professeurs, techniciens médicaux, infirmiers, techniciens de laboratoires, etc.

**Tableau 9 : Validation des propositions de recherche**

<b>Propositions de recherche</b>		<b>Résultats</b>
<b>P1</b>	La libéralisation commerciale donne lieu à une augmentation du nombre des fournisseurs, ce qui exige du SA une gestion optimale des processus d'achat.	Validée
<b>P2</b>	La libéralisation commerciale donne lieu à une diversification de l'offre des biens et des services qui exigent du SA le respect strict et l'application minutieuse des réglementations dans leurs décisions.	Validée
<b>P3</b>	La libéralisation commerciale cause une forte concurrence sur le marché et permet des économies d'échelles aux fournisseurs sur leurs importations. Une telle situation permet de meilleurs prix offerts au SA et ainsi une réduction importante du coût des approvisionnements (efficience).	Validée
<b>P4</b>	La libéralisation commerciale produit des effets d'apprentissage qui donnent accès à une expertise de gestion pertinente aux dirigeants du SA, leur permettant ainsi d'atteindre davantage leurs objectifs généraux d'approvisionnement (efficacité).	Validée
<b>P5</b>	La libéralisation commerciale donne lieu à une acquisition de connaissances techniques aux dirigeants du SA qui leur permet de satisfaire adéquatement les besoins des points de consommation (niveau de service)	Non validée

Ainsi, nous sommes en mesure d'appuyer la proposition voulant que la libéralisation commerciale donne lieu à une augmentation du nombre des fournisseurs sur le marché local, ce qui exige du SA une gestion optimale des processus d'achat (P1). Elle donne également lieu à une diversification de l'offre des biens et services qui exigent également du SA le respect strict et l'application minutieuse des réglementations dans leurs décisions relatives aux approvisionnements (P2).

Au niveau des effets de l'ouverture commerciale sur la performance des approvisionnements, cette libéralisation du commerce extérieur cause effectivement



une forte concurrence sur le marché et permet des économies d'échelle sur les importations des fournisseurs. Ces deux contextes de marché permettent, selon nos résultats, une efficacité considérable dans les approvisionnements faits par le SA (P3). Cette libéralisation produit à la fois des effets d'apprentissage qui donnent accès à une expertise de gestion pertinente aux dirigeants du SA leur permettant d'être suffisamment efficaces dans leurs opérations et d'atteindre au mieux leurs objectifs généraux d'approvisionnement (P4). Finalement, nos analyses sur le niveau de service offert aux unités de soins par le SA nous ont montré que les membres du SA ne contractent nulle connaissance d'ordre technique ou quelconque maîtrise technologique, suite aux transactions commerciales internationales effectuées dans le cadre de l'ouverture commerciale, qui leurs permettent de satisfaire les besoins des unités de soins (P5). C'est plutôt le personnel médical au sein des unités de soins, en revanche, qui tire lui-même plein avantage de ce transfert de connaissances techniques effectué au fil des processus d'approvisionnement.

## **7. LIMITES ET CONTRIBUTIONS DE LA RECHERCHE**

### **7.1 LIMITES DE LA RECHERCHE**

Bien que notre recherche soit faite avec le plus grand souci de rigueur et d'exactitude, nous notons que plusieurs limites viennent baliser nos analyses et nos résultats.

La première limite est celle caractérisant une étude de cas elle-même. Celle-ci ne peut pas être entièrement généralisée et il est difficile d'étendre nos résultats sur tous les centres hospitaliers du pays. On juge donc que nos résultats devraient être validés au sein d'un autre établissement sanitaire différent, du moins, en terme de taille et de lieu géographique.

Le manque de recherches antérieures, similaires à la notre, présente aussi certaines limites. Les quelques études déjà faites au niveau du CHU de Constantine portaient sur des sujets plutôt relatifs à l'économie de la santé qu'à la gestion organisationnelle, ou qu'à tout autre aspect managérial tel que celui de notre sujet de recherche. Un manque informationnel était donc non négligeable au début de notre travail. Dans la même perspective, on signale une faiblesse au niveau de la recherche documentaire, en raison surtout du faible système d'information et du système d'archivage qu'on pourrait qualifier de primitif dont le CHU dispose. Ceci a manifestement limité le nombre des données écrites collectées.

Il serait également intéressant de prendre en compte certaines variables caractérisant l'économie algérienne dans de telles études, telles que particulièrement, la corruption et les ruptures de marchés occasionnelles causées par l'instabilité politique du pays qui dure depuis deux décennies. Notons que nous avons fait notre étude en «toutes



choses égales par ailleurs»<sup>30</sup>, sans considérer l'intervention et l'impact de toutes autres variables extérieures aux limites de notre étude et qui pourrait changer effectivement les conditions et les contextes.

Finalement, une autre limite réside dans le fait que les entrevues se sont déroulées sur les lieux de travail et durant les heures de travail. Il y avait donc, pour les entretiens, un temps limite que nous ne pouvions pas dépasser, ce qui explique en partie le temps plutôt court des entrevues par rapport à la longueur des grilles d'entrevue.

## **7.2 CONTRIBUTION DE LA RECHERCHE**

La première contribution de notre recherche réside dans le fait qu'elle aborde les impacts de la libéralisation commerciale sur le plan managérial différemment des autres études dont la majorité aborde ses effets plutôt sur le plan social. On estime qu'elle ouvre donc la voie à la nécessité d'orienter et d'inciter les gestionnaires à engager leur réflexion et leur intérêt à l'amélioration continue des processus généraux d'achats pour être à la hauteur des changements conjoncturels, surtout ceux macroéconomiques, du fait que l'Algérie est un pays fortement ouvert au commerce international.

En ce sens également, en identifiant les impacts plutôt positifs de la libéralisation commerciale sur le plan micro-économique de l'entreprise, notre étude, même à petite échelle, ne fait que provoquer une prise de conscience concernant les avantages économiques du libre échange et contrecarrer la perception publique négative liée à ses effets sur le plan social. Cette étude fait comprendre également que la libéralisation commerciale se révèle comme une nécessité pour l'avancement

---

<sup>30</sup>Sans tenir en compte des changements ou des évolutions de toutes autres variables.

économique et non seulement comme une exigence des institutions financières internationales pour l'octroi des crédits aux pays en voie de développement.

À notre avis, une autre facette de la contribution de notre recherche réside dans le fait que malgré que cette dernière a été faite sur le secteur de la santé, elle reste valable sur d'autres secteurs économiques ou sociaux algériens, et à titre d'exemple, le secteur industriel.

### **7.3 AVENUES DE RECHERCHE FUTURES**

À la lumière des différentes contributions de cette étude, il convient de présenter deux avenues de recherche principales issues des résultats obtenus.

Tout d'abord, comme il est déjà mentionné sur l'étude de cas qui ne permet pas la production de résultats généralisables, il serait très utile de réaliser une étude qui serait faite sur un échantillon d'un autre secteur économique ou social et en utilisant d'autres instruments de mesure afin de valider notre présente étude.

Ensuite, nous rappelons que notre recherche est faite sur le centre hospitalier universitaire de Constantine qui est une institution intégralement publique et qui fonctionne sous le contrôle de lois et de règlements étatiques, à savoir celui du ministère de la santé et de la population. Il serait alors fort intéressant de reprendre le présent exercice sur une institution privée qui, dans l'accomplissement de ses activités, se conforme à d'autres lois et conditions différentes de celles d'un établissement public afin de pouvoir discerner la nature de tous les effets entraînés par l'ouverture commerciale sur les activités des entreprises tant publiques que privées.

## 8. CONCLUSION

L'utilité, les avantages potentiels et le rôle économique du libre échange, que d'autres désignent aussi sous les termes de libre marché ou de libéralisation commerciale, n'ont plus à être prouvés. Cette recherche se voulait une analyse des effets de cette mesure macroéconomique sur la fonction «approvisionnement», plus particulièrement en ce qui a trait à l'approvisionnement en fournitures médicales dans les centres sanitaires des pays en voie de développement qui ont vécu l'application d'une réforme macroéconomique importante. Notons que l'Algérie a été un bon exemple de ces pays qui a enduré et qui endure encore les avantages et les désavantages de cette ouverture commerciale. Le centre hospitalier universitaire de Constantine, quant à lui, a été le meilleur échantillon que l'on puisse sélectionner à cause de sa forte représentativité pour l'étude. Les résultats que nous avons obtenus à cet égard sont éloquentes quant à l'évolution des processus généraux d'approvisionnement et aux effets survenus sur la performance de ces derniers.

Les résultats que nous avons obtenus nous permettent de valider l'importance capitale de la libéralisation commerciale à l'égard de notre problématique managériale de base qui vise l'amélioration de la performance de l'approvisionnement en fournitures médicales dans un centre hospitalier algérien.

Notons aussi que notre recherche s'est achevée par l'atteinte de nos deux objectifs de recherche, par une réponse à nos trois questions de recherche et par la validation de quatre de nos cinq propositions de recherche. Ainsi, les données que nous avons recueillies pour notre étude de cas nous ont permis de clarifier que, suite au passage à l'économie de marché, l'évolution principale sur le processus général d'approvisionnement en fournitures médicales, réside dans les procédures internes et externes reliées aux opérations d'achats. Selon les nouveaux règlements sur le plan

interne et afin de faire face à la forte diversification de l'offre sur le marché, il est obligatoire que des avis d'appels d'offres nationaux et internationaux soient publiquement annoncés, et il faut ensuite poursuivre tout le processus de sélection des sources favorables d'approvisionnement selon des règles précises et bien définies qui favorisent rigoureusement la concurrence sur le marché. Un bureau des marchés a été ajouté à la structure du SA, et ce dernier a la tâche ultime de veiller à la bonne exécution des règlements et des procédures. Au niveau des opérations externes, les changements se trouvent principalement dans l'exclusion des différents ministères dans le processus où il ne reste que le contrôle exercé par le ministère de la santé et de la population. Toutefois, le rôle de ce dernier ne demeure que pour des raisons statistiques, de vérification des normes et de la qualité professionnelle des fournisseurs et pour pallier à la contrefaçon exercée sur le marché. On note l'abolition catégorique du monopole public par la dissolution de l'entreprise nationale des équipements médicaux (E.N.E.MEDI) qui accaparait la quasi-totalité des parts de marché. On note cependant l'apparition de nouveaux intervenants qui occupent intensément le marché, à savoir les importateurs-distributeurs privés et les revendeurs privés. Les producteurs privés existaient déjà sur le marché local mais, désormais, ils sont plus nombreux suite à l'abolition surtout des entraves étatiques à l'égard de leurs intrants.

La libéralisation commerciale aura aussi exigé une optimisation extrême de la gestion générale faite par les membres du SA pour pouvoir faire face à l'augmentation du nombre des fournisseurs immédiatement présents dans le nouveau contexte du marché. Elle a également contraint ces gestionnaires à l'usage obligatoire des règlements et des lois régissant les procédures d'achat et les marchés publics pour répondre adéquatement et loyalement à la diversification importante de l'offre, tout en préservant au maximum les intérêts de leur établissement. À l'instar des affirmations de Rodrik (1995), El-Agraa (1989), Rollet (1987) et Krueger (1978), nos recherches nous ont également permis de conclure que la forte concurrence

provoquée par la libéralisation commerciale, combinée aux économies d'échelles réalisées par ces mêmes concurrents sur leurs achats internationaux, ne fait que décroître les coûts généraux des achats que le SA effectue annuellement (efficience). Dans un même ordre d'idée, nos conclusions viennent aussi appuyer les propos de Rollet (1987) préconisant l'effet d'apprentissage issu du libre échange, à savoir un effet d'apprentissage entraînant une acquisition d'expertise managériale suffisamment pertinente par les membres du SA pour que ces derniers atteignent leurs objectifs généraux d'approvisionnement (efficacité).

Cependant, nos analyses ne nous ont pas permis d'affirmer l'hypothèse voulant que le transfert des connaissances techniques au personnel du SA se réalise par le biais de la continuité et de l'accroissement des transactions commerciales internationales, ce qui permettrait de procurer un meilleur niveau de service aux unités de soins. Selon nos répondants, c'est plutôt le personnel médical lui-même qui bénéficie de cet avantage du fait qu'il s'engage lui-même auprès des fournisseurs pour prendre en charge tout l'angle technique de leurs besoins et pour s'assurer également que l'exécution des commandes est techniquement adéquate et conforme aux besoins exprimés. On peut donc juger que, pour le cas de notre échantillon, les propos faits par Tybout (2000), Rodrik (1995) et Rollet (1987) ne sont pas généralisables et ne sont pas propres à tous les contextes. Un transfert de connaissances techniques est effectivement réalisé et acquis par le personnel médical mais non par celui du SA qui ne s'implique que dans l'organisation et la planification de ce transfert entre les différentes parties.

Cette étude permettra sans doute de mettre en évidence la complexité importante de cette mesure macroéconomique sur les économies émergentes. Des recherches plus approfondies dans le même cadre sur différents secteurs et différents marchés permettront sûrement aux dirigeants de concevoir les meilleures stratégies et pratiques de mise en œuvre de leurs réformes commerciales sans pour autant subir d'effets négatifs. De plus, il est important de noter que peu d'études théoriques ou

empiriques, dans des pays tels que l'Algérie, ont tenté d'évaluer les conséquences microéconomiques du libre échange. Les deux objectifs de base de notre recherche ont été justement conçus en ce sens afin d'examiner de près la relation entre la libéralisation commerciale et la fonction approvisionnement chez les centres hospitaliers dans une perspective principalement microéconomique.

## BIBLIOGRAPHIE

BALASSA, B. (1971). «*The Structure of Protection in Developing Countries*», John Hopkins Press, Baltimore. P.375

BEAULIEU, M., GOBEIL, K., LANDRY, S. (2006). «Pratique exemplaire : La gestion de la performance logistique au complexe hospitalier de la Sagamie», *Groupe de Recherche CHAÎNE*, HEC Montréal, Cahier n°06-03, Montréal.

BEAULIEU, M., NOLLET, J. (1999). «L’approvisionnement en commun : Partie I – Les enjeux du secteur de la santé», *Groupe de Recherche CHAÎNE*, HEC Montréal, Cahier n°99-03, Montréal.

BELMIHOUB. (2005). «Les reformes administratives en Algérie : Innovations proposées et contraintes de mise en œuvre», *Forum Euro-méditerranéen sur les innovations et les bonnes pratiques dans l’administration*, Tunis, p.27

BENHOURLIA, T. (1980). «L’économie de l’Algérie», Édition F.Maspero, Paris, p.447

BENISSAD, M.E. (1979). «Économie du développement de l’Algérie (1962-78) : sous- développement et socialisme», Édition Economica, Paris, p.287

BERTHÉLEMY, J.C., DESSUS, S., VAROUDAKIS, A. (1997). «Capital humain, ouverture extérieure et croissance : Estimation sur données de Panel d’un modèle à coefficients variables», *Centre de développement de l’OCDE*, document de travail no 21, OCDE, Paris.

BLACKHURST, R., MARIAN, N., TUMLIR, J. (1977). «Libéralisation des échanges commerciaux, protectionnisme et interdépendance», GATT, Genève, p.93

BLIN, L. (1990). «L'Algérie du Sahara au sahel», Éditions L'Harmattan, Paris, p.501

BLOUIN, J.P., BEAULIEU, M., LANDRY, S. (2000). «La performance des modes de réapprovisionnement des fournitures médicales», *Groupe de Recherche CHAÎNE*, HEC Montréal, Cahier n°00-01, Montréal.

BOUZIDI, A. (2007). «Attention à une trop rapide libéralisation commerciale !», *Journal le soir*, Alger, Juin 2007, p.24

BREWER, P.C., SPEH, T.W. (2000). «Using the balanced scorecard to measure supply chain performance», *Journal of business logistics*, vol.21, n°1, p.75-93.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CONSTANTINE. (2004). «Analyse des bilans financiers de l'année 1982 à 2003», Constantine

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CONSTANTINE, «Crédits alloués et engagements financiers dans l'achat du médicament et du matériel médical de l'année 1991 à 2002», Constantine

CHAIB-CHERIF, C. (1998). «Politique et processus d'ajustement structurel : le cas de l'Algérie», Cahiers du CETAI, HEC Montréal, Montréal, p.33

CHAPUT, L. (2007). «Modèles contemporains en gestion : un nouveau paradigme, la performance», Presses de l'université du Québec, Québec, p.230



CHERIET, F. (2006). In OUFRIHA, F.Z. et Collaborateurs, (2006), «De réforme en réforme : Un système de santé à la croisée des chemins», Centre de Recherche en Économie Appliquée pour le Développement (CREAD), Alger, p.211

CHOSSUDOVSKEY, M. (2004) «Mondialisation de la pauvreté et nouvel ordre mondial» Édition Écosociété, Montréal, p.383

CHOW, G., HEAVER, T.D. (1994). «Logistics in the Canadian Health Care Industry», *Canadian Logistics Journal*, vol.1 n°1, p.29-73.

COMPTON, H., K. (1974). «La gestion des stocks et des approvisionnements», éditions Marabout, Paris, p.314

CONSEIL NATIONAL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL, (1999). «Les effets économiques et sociaux du programme d'ajustement structurel», 12<sup>ème</sup> session, Alger, p.112

DAUGAREILH, I., SINDZINGRE, A. (2001). «Les droits économiques, sociaux et culturels dans les activités de développement des institutions internationales», Document de discussion, Conseil Économique et Social, Nation Unies, Genève

De VILLERS, M. «Dictionnaire de la gestion de la production et des stocks», Éditions Québec/Amérique : Presses HEC, Montréal, 1993, 272 p.

EL-AGRAA, A.M. (1989). «The Theory and Measurement on International Economic Integration», New York, Saint Martin's Press, p.363.

EL GHOSLI, M.C. (2007). «Les outils essentiels de la remise à niveau de notre système de soins», 1<sup>ère</sup> partie, Forum Social Algérie (F.S.A).

FAULTRIER, B., ROUSSEAU, F., POUTIER, É. (2004). «Fonction : acheteur : maîtrise de la fonction, outils du métier», Édition Dunod, Paris, p.254

FMI (2001), «Libéralisation du commerce mondial et pays en développement», Services du FMI, n°. O1/08. Washington.

FMI (2006), «L'intégration des pays pauvres dans le système commerciale mondial», Dossier Économique 37, Washington.

FOURNIER, P., MENARD, J.P. (2004). «Gestion de l'approvisionnement et des stocks», Édition Gaëtan Morin, 2<sup>ème</sup> édition, Montréal, p.386

GÉLY, P., WALTER, J. (2004). «Le processus achat au service de la performance», Édition Sain-Denis-La Plaine, France : Afnor, p.188

GLEASON, J., BARNUM, D.T. (1982). «Toward Valid Measures of Public Sector Productivity: Productivity Measures in Urban Transit», *Management Science*, Vol.28, n°4, p.379-386.

HIRECHE, A. (1989). «L'Algérie : l'après-pétrole : Quelles stratégies pour 1995 et 2010?», Éditions L'Harmattan, Paris, p.436

HLADY RISPAL, M. (2002). « La méthode des cas : Application à la recherche en gestion», Édition De Boeck université, Paris, p.250

IMF (2006), «*Algeria: 2005 Article IV Consultation – Staff Report*», IMF country Report, n° 06/93, Washington

IMF (1997), «*The IMF Concludes Article IV Consultation with Algeria*», IMF external relations department, n° 97/13, Washington

IMF (1996) «*IMF Approves Compensatory Drawing for Algeria*», IMF external relations department, n° 96/35, Washington

IMF (1995), «*IMF Approves Credit under Extended Fund facility for Algeria*», IMF external relations department, n° 95/31, Washington.

INDUSTRIE CANADA, (2006), «Logistique et gestion de la chaîne d'approvisionnement, analyse des indicateurs des rendements clé; perspective Canada/États-unis», *Chaîne d'approvisionnement et logistique Canada*, p.45

JOBIN, M.H., BEAULIEU, M., BOVIN, A. (2003). «Gérer la performance de la logistique hospitalière», *Groupe de Recherche CHAÎNE*, HEC Montréal, Cahier n°03-02, Montréal.

KOWALSKI, J.C. (1991), «Materials management crucial to overall efficiency», *Health Financial Management*, Westchester, vol.45, n° 1, p.40-43

KRAMER, J., FAUERBACH, V.E. (1978). «Algeria», *Chase World Information Corp.*, New York, p.222

KRUEGER, A.O. (1998). «Why Trade Liberalisation is Good for Growth» *The Economic Journal*, vol. 108, n° 450, p. 1513-1522.

KRUEGER, A.O.. (1978). «Foreign Trade Regime and Economic Development: Liberalisation Attempts and consequences», NBER, Ballinger Press, Lexington. P.310

KRUEGER, A.O. (1974). «The political Economy of the Rent-Seeking Society», *The American Economic Review*, vol 90, p. 126-130.

LANDRY, S., BEAULIEU, M., BOULAY, Y., RIVARD-ROYER, H., et collaborateurs. (1998). «L'intégration de la chaîne logistique dans le secteur québécois de la santé : diagnostic et avenues de solutions», *Groupe de Recherche CHAÎNE*, HEC Montréal, Cahier n°98-03, Montréal.

LANDRY, S., BEAULIEU, M. (2001). «Logistique hospitalière : un remède aux maux du secteur de la santé», *Groupe de Recherche CHAÎNE*, HEC Montréal, Cahier n°01-01, Montréal.

LEENDERS, M.R., JOHNSON, P.F., FLYNN, A.E., HAROLD, E.F., NOLLET, J. (2006). « La gestion des approvisionnements et des matières », Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, p.444

LEGOUGE, D. (1998). «Le guide de la qualité dans les achats publics», Éditions d'Organisation, Paris, p.211

MALCOLM, J. (1993). «Les achats, c'est simple ! : guide pratique de l'acheteur professionnel», Top édition, Paris, p.144

MALMI, T. (2001), «Balanced scorecards in Finish companies: A research note», *Management Accounting Research*, n°12, p.207-220

MENTZER, J.T., (2004). «Fundamentals of Supply Chain Management: Twelve drivers of competitive advantage», Thousand oaks, Calif.: Sage publications, p.293

MILES, M.B., HUBERMAN, A.M. (2003). «Analyse des données qualitatives», Éditions De Boeck, 2<sup>ème</sup> éditions, Bruxelles, p.626

NASHASHIBI, K., ALONSO-GAMO, P., BAZZONI, S., FÉLER, A., LAFRAMBOISE, N., ET HORVITZ, P. (1998). «Algeria: Stabilization and Transition to the Market», Occasional Paper, *International Monetary Fund*, Washington.

NAVARETTI, G., FAINI, R., GAUTHIER, B. (2002). «The Impact of Trade liberalisation on Enterprises in Small Backward Economies: The case of Chad and Gabon », Working Paper, HEC Montréal, Montréal.

OCDE (2001), «Échanges et Développement : Les enjeux», Publications OCDE, Paris.

OUFRIHA, F.Z. et Collaborateurs. (2006). «De réforme en réforme : Un système de santé à la croisée des chemins», Centre de Recherche en Économie Appliquée pour le Développement (CREAD), Alger, p.211

PETTIGREW, D., ST-MARTIN, N. (1987). «La gestion de la distribution», Éditions Gaëtan Morin, Montréal, p.165

POULIN, E., BEAULIEU, M., LANDRY, S., et collaborateurs. (2000). «Transformation du secteur de la santé : Portrait canadien», *Groupe de Recherche CHAÎNE*, HEC Montréal, Cahier n°00-04, Montréal.

POYET, A. (2003). «Le dispositif médical; Aspects réglementaires et économiques. Évolution sur les dix dernières années», Thèse de Doctorat en Pharmacie, Université Claude Bernard – Lyon I.

- RIVARD-ROYER, H., LANDRY, S., BEAULIEU, M.. (2001). «Stokless Hybride - Une étude de cas», *Groupe de Recherche CHAÎNE*, HEC Montréal, Cahier n°01-05, Montréal.
- RODRIK, D. (1995). «Trade and Industrial Policy Reform», *Handbook of Development Economics*, vol.1, 3B, p. 2925-2982.
- ROLLET, P. (1987). «Spécialisation Internationale et Intégration Européenne», *Economica*, Paris, p.155
- SACHS, J., (1985), «External Debt and Macroeconomic Performance in Latin America and Asia», *Brookings Papers on Economic Activity*, n° 2, p.523-564.
- SADI, N.E. (2005). «La privatisation des entreprises publiques en Algérie : Objectifs, modalités et enjeux», Éditions L'Harmattan, Paris, p.392
- SANTOS-PAULINO, A. (2005). «Trade Liberalisation and Economic Performance: Theory and Evidence for developing Countries», *The World Economy*, vol 28, issue 6, p. 783-821
- SAVARD, G., GANON, P., D., CARRIER, S., DECOSTE, C. (1998). «La gestion de l'approvisionnement», Presses de l'université Laval, Sainte-Foy, Québec, p.371
- SOCIAL ACCOUNTABILITY INTERNATIONAL (1997), «*Responsabilité sociale 8000*», SAI, New York, P.8
- STIGLITZ, J.E. (2004). «La grande désillusion», Collection Fayard, Paris, p.324

STRANKS, R., T. (1998). «Commentaires sur la politique économique et commerciale no.25: Comprendre la libéralisation des échanges», Ministère des Affaires étrangères et du commerce international, Ottawa, p.12

SWINEHART, K., ZIMMERER, T.W., OSWALD. S. (1995). «Adapting a strategic management model to hospital operating strategies: a model development and justification» *Journal of management in medicine*, vol.9, n°, p.34

TCHOKOGUÉ, A., JOBIN, M.H., BEAULIEU, M. (1999). «Évaluation du service à la clientèle : enrichir les perspective client par la perspective logistique», *Groupe de Recherche CHAÎNE*, HEC Montréal, Cahier n°99-06, Montréal

THORSFELDT, H. (1988). «Why Today's Central Service is an Integral Part of Material Management», *Hospital Materiel Management Quarterly*, vol.9, n°3, p.63-70

TYBOUT, J. (2000). «Manufacturing Firms in Developing Countries: How well Do They Do, and Why? », *journal of Economic Literature*, vol 38, n°1, p. 11-44.

TYBOUT, J., MELO. J., CORBO, V. (1991). «The Effects of trade Reforms on Scale and Technical Efficiency: New Evidence from Chile», *Journal of International Economics*, vol 31, p. 231-259.

WINOCUR, P. (2000). «La zone de libre-échange des Amériques : De nouvelles relations interaméricaines?», Cahier de recherche 2000-07, GRIC, UQAM, Montréal.

YIN, R.K. (2003). «Case study research: Design and methods», Thousand Oaks : Sage publications, 3<sup>rd</sup> Edition, p.181

ZABOURI, M. (1994). «De la crise algérienne aux enjeux de la méditerranée», école des hautes études commerciales, CETAI, cahiers de recherche n° 94-16, Montréal, p.18



### SITES INTERNET

<http://www.algerie-dz.com/article7242.html>, (*visité en Juillet 2007*)

<http://www.mincommerce.gov.dz/?mincom=dgce> (*visité en Juillet 2007*)

<http://www.cmqe.com/en46000.htm> (*visité en Août 2007*)

[http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tablissement\\_public\\_de\\_sant%C3%A9](http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tablissement_public_de_sant%C3%A9)  
(*visité en Août 2007*)

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Monopole> (*visité en Septembre 2007*)

<http://www.toupie.org/Dictionnaire/Monopole.htm> (*visité en Septembre 2007*)

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/D%26eacute%3Bfinition%20de%20fourisseur/34866> (*visité en juillet 2009*)

## ANNEXES

**ANNEXE A****Demande de participation au projet de recherche**

École des sciences de la gestion. Université du Québec à Montréal. Canada

**Date :** Le, .. / .. /2007

**Projet de recherche :** Mémoire de maîtrise en administration des affaires (MBA-recherche)

**Titre du projet de recherche :** Impacts de la libéralisation commerciale sur la performance de l'approvisionnement en fournitures médicales : le cas du centre hospitalier universitaire de Constantine. (Algérie)

La présente recherche est effectuée en vue de l'obtention du grade de maître en administration des affaires (MBA). Option : Gestion internationale

**Étudiant-chercheur :** Liece khalfaoui

Étudiant de Maîtrise en administration des affaires (MBA-recherche)

**Directeur de recherche :** Yvon Bigras, Ph.D

Professeur en Management et technologie.

L'objectif de cette recherche est : *distinguer les éléments qui caractérisent le changement du processus d'approvisionnement hospitalier en fournitures médicales suite à l'ouverture commerciale en Algérie, et également d'étudier les impacts de cette ouverture commerciale sur la performance de l'approvisionnement hospitalier.*

Dans le cadre de cette étude, vous êtes priés(e) de m'accorder une entrevue d'une durée maximum de 60 minutes. Nous vous garantissons que cette entrevue sera entièrement confidentielle. Pour respecter la fidélité des informations que vous fournirez et faciliter l'analyse des résultats, nous vous demandons l'autorisation d'enregistrer l'entrevue.

En vous remercions pour votre précieuse collaboration, qui nous permettra de réussir notre recherche, veuillez agréer Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

**Liece Khalfaoui**

Étudiant de MBA-recherche, E.S.G. Université du Québec à Montréal. Canada

**ANNEXE B**  
**QUESTIONNAIRE N° 1**

**Lieu :** .....

**Date :** .././....

**Heure :**

**Service interlocuteur :** Service d'approvisionnement (SA)

**Personne interviewée :**

**Poste occupé par la personne interviewée :**

**Section 1 : Évolution du processus d'approvisionnement**

1. De façon précise et détaillée, pouvez-vous nous expliquer la structure actuelle du SA ?

-----  
-----

2. De façon précise et détaillée, comment se déroulait le processus d'approvisionnement en fournitures médicales avant la libéralisation du commerce extérieur, c'est-à-dire pendant le monopole public ? (description du cycle complet)

-----  
-----

3. De façon précise et détaillée, comment se déroule actuellement le processus d'approvisionnement en fournitures médicales ? C'est-à-dire après la libéralisation du commerce extérieur (description du cycle complet).

-----  
-----

4. Suite aux changements survenus, quelles ont été les étapes, ou les phases, qui ont compromis ou rendu difficile le processus général d'approvisionnement actuel par rapport au modèle antérieur ?

-----  
-----

## **Section 2 : Impacts des fournisseurs**

5. Même si vous pensez que le nombre actuel de vos sources d'approvisionnement est très variable d'une période à l'autre, pouvez-vous estimer l'évolution de ce nombre entre le temps du monopole public et maintenant ? (Ceci inclut toute sorte de fournisseur : local, public ou privé, et international)

-----  
-----

6. Entre avant et après<sup>31</sup>, quelle est la différence approximative entre le nombre et les valeurs des bons de commandes ?

-----  
-----

7. Entre avant et après, quel est le % approximatif annuel des commandes non satisfaites par les fournisseurs, de celles modifiées au courant du processus, des produits retournés aux fournisseurs, ainsi que des factures litigieuses qui en découlent ?

-----  
-----

8. Entre avant et après, quelle est la différence moyenne entre le nombre des différentes ententes auprès des fournisseurs (contrats à long terme, offres permanentes, commandes libres, commandes urgentes...etc.)

-----  
-----

---

<sup>31</sup> On utilisera ci-après le terme «avant et après» pour désigner le période avant la libéralisation commerciale et celle d'après.

9. Sachant que vous cherchez à optimiser vos choix de fournisseurs dans un contexte très concurrentiel, quelles méthodes de mise en concurrence de ces fournisseurs utilisez-vous ?

---

---

10. Entre avant et après, quel est le nombre moyen annuel approximatif des réclamations par les fournisseurs suite à une quelconque insatisfaction ? Quelles sont la nature et la source de cette insatisfaction ?

---

---

11. Comment qualifiez-vous l'expérience du personnel du SA en matière de gestion de partenariat dans le nouveau environnement complexe du marché fournisseur ?

---

---

### **Section 3 : Impacts de la réglementation**

12. Entre avant et après, existe-il une différence en terme de nombre et de contenu dans les réglementations auxquelles les procédures générales d'approvisionnement doivent se soumettre ?

---

---

13. Dans les limites de la gestion générale de vos approvisionnements, sur quel plan interviennent ces réglementations ?

---

---

14. Entre avant et après, comment gérez-vous vos exigences en matières de normes de qualité auprès de vos fournisseurs ?

---

---

15. Comment considérez-vous, selon la réglementation, la qualification professionnelle des fournisseurs dans la gestion de vos achats ? et qu'est ce qui fait la différence par rapport à avant ?

-----  
-----

16. Quel est l'impact de l'application stricte de la réglementation sur le niveau de service offert aux unités de soins ?

-----  
-----

17. Y'a-t-il eu des plaintes de la part des fournisseurs contre le SA au sujet d'une non application des réglementations concernant l'attribution de contrats ou de bon de commandes ?

-----  
-----

18. Entre avant et après, quelle est la fréquence de retour des produits aux fournisseurs suite à la non-conformité de leurs normes de qualité exigées ?

-----  
-----

19. Entre avant et après, y'a-t-il eu des départs des membres du SA de bonne expérience suite aux licenciements dictés par la législation ? Si oui, quelles en sont les conséquences sur la performance des activités d'approvisionnement ?

-----  
-----

#### **Section 4 : Efficience des approvisionnements**

20. Entre avant et après, comment évaluez-vous les coûts généraux des produits médicaux achetés ?

-----  
-----

21. Entre avant et après, quel est le niveau des économies annuelles dégagées sur les différents types de commandes faites ? (contrats, commandes libres, achats directs, ...etc.)

---

---

22. Entre avant et après, comment évaluez-vous les coûts généraux de gestion des stocks ?

---

---

23. Entre avant et après, comment situez-vous les achats par rapport aux coûts d'opération totaux ?

---

---

24. Entre avant et après, comment évaluez-vous le taux de variation des prix des produits et de leur transport ?

---

---

25. Entre avant et après, quel est votre point de vue sur les équilibres budgétaires annuels du SA ? (achats annuels vs budget annuel alloué)

---

---

26. Entre avant et après, quelle est l'évolution du taux de pénétration annuel en fournitures médicales ? (Valeur des achats gérés par le SA/achats totaux de l'établissement)

---

---

27. Entre avant et après, quel est votre point de vue général sur le niveau des coûts dégagés pour atteindre les objectifs d'approvisionnement généraux ?

---

---



**Section 5 : Efficacité des approvisionnements**

28. Entre avant et après, quelle est l'évolution du taux potentiel de rupture des stocks ?

-----  
-----

29. Entre avant et après, quelle est l'évolution du taux de rotation des stocks ?

-----  
-----

30. Entre avant et après, quelle est l'évolution de la valeur et du nombre des articles dans le stock ?

-----  
-----

31. Entre avant et après, quelle est l'évolution de la valeur annuelle et du nombre annuel des bons de commandes ? (Sous forme d'appels d'offre nationale et internationales ou autres types de commande)

-----  
-----

32. Entre avant et après, quel est le niveau de réduction des délais de réception?

-----  
-----

33. Entre avant et après, quel est le nombre des contrats à avoir eu renouveler pendant une année d'exercice ?

-----  
-----

34. Entre avant et après, comment jugez-vous le respect des délais de livraison ?

-----  
-----

35. Entre avant et après, comment percevrez-vous vos relations avec vos partenaires ?

-----  
-----  
36. Selon vous, la configuration actuelle du SA, favorise-t-elle la performance des opérations d'approvisionnement ?

-----  
-----  
37. Entre avant et après, comment jugez-vous l'atteinte des objectifs annuels généraux des approvisionnements ?

-----  
-----  
**Section 6 : Niveau de service**

38. Entre avant et après, quelle est la différence approximative du nombre des transactions faites aux unités de soins ?

-----  
-----  
39. Entre avant et après, comment jugez-vous la livraison à temps des articles?

-----  
-----  
40. Entre avant et après, quelle est la différence approximative des délais entre la demande d'une réquisition de la part d'une unité de soins, son traitement et son exécution ?

-----  
-----  
41. Entre avant et après, quelle est la différence approximative du nombre des plaintes faites par les unités de soins ?

-----  
-----

42. Entre avant et après, comment jugez-vous l'exactitude des produits procurés par le SA suite aux besoins identifiés par les unités de soins ? (en terme de qualité, quantité, etc.)

---

---

43. Entre avant et après, quelle est la différence approximative des erreurs techniques survenues entre les commandes faites par les unités de soins et les livraisons faites par le SA ?

---

---

44. Entre avant et après, comment situez-vous le niveau d'implication des membres du SA dans les fonctions logistiques reliées à vos activités des unités des soins ?

---

---

45. Entre avant et après, comment situez-vous en général le niveau de service offert aux unités de soins par le SA ?

---

---

46. Avez-vous un système de mesure de performance que vous utilisez pour évaluer vos activités d'approvisionnement ? Si oui, comment vous permet-il cette évaluation ?

---

---

**ANNEXE C**  
**QUESTIONNAIRE N° 2**

**Lieu :** .....

**Date :** .././....

**Heure :** ....

**Service interlocuteur :** Direction générale

**Personne interviewée :** .....

**Poste occupé par la personne interviewée :** .....

**Section 1 : Impacts de la réglementation**

1. Entre avant et après<sup>32</sup>, existe-il une différence en terme de nombre et de contenu dans les réglementations auxquelles les procédures générales d'approvisionnement doivent se soumettre ?

-----  
-----

2. Quel est l'impact de l'application stricte de la réglementation sur la gestion des approvisionnements ? (Coûts, efficacité, relations avec les fournisseurs et avec tout autre partenaire commercial ou administratif)

-----  
-----

3. Y'a-t-il eu des plaintes de la part des fournisseurs contre le SA au sujet d'une non application des réglementations concernant l'attribution des contrats ou des bons de commandes ?

-----  
-----

---

<sup>32</sup> On utilisera ci-après les termes «avant» et «après» pour désigner le période avant la libéralisation commerciale et celle d'après.

**Section 2 : Efficience des approvisionnements**

4. Quelle est l'évolution des crédits annuels alloués aux achats des fournitures médicales ?

-----  
-----

5. Comment situez-vous l'évolution de ces crédits alloués par rapport aux quantités achetées chaque année ?

-----  
-----

6. Comment situez-vous l'évolution de ces crédits par rapport à l'évolution des crédits des autres postes de dépenses de l'hôpital ?

-----  
-----

7. Entre avant et après, quelle est l'évolution des reliquats annuels par fautes d'emploi ? (Reliquats financiers : Partie de budget non exploitée et retournée à la trésorerie de l'hôpital en fin d'année)

-----  
-----

8. Entre avant et après, quelle est l'évolution du taux de pénétration annuel en fournitures médicales ? (Valeur des achats gérés par le SA/achats totaux de l'établissement)

-----  
-----

**Section 3 : Efficacité des approvisionnements**

9. Entre avant et après, comment situez-vous les achats fait par le SA par rapport aux besoins identifiés ?

-----  
-----

10. Entre avant et après, comment percevez-vous les relations de l'établissement avec ses partenaires impliqués dans le processus d'approvisionnement en fournitures médicales ?

-----  
-----

11. Entre avant et après, quel est le nombre moyen annuel approximatif des réclamations faites par les fournisseurs auprès de vous suite aux différents avec le SA ? De quelle nature de différents s'agit-t-il ?

-----  
-----

12. Entre avant et après, quel est le nombre moyen annuel approximatif des réclamations faites par les services de soins auprès de vous suite aux différents avec le SA ? De quelle nature de différents s'agit-t-il ?

-----  
-----

13. Entre avant et après, comment jugez-vous l'atteinte des objectifs annuels généraux des approvisionnements en fournitures médicales ?

-----  
-----

**ANNEXE D**  
**QUESTIONNAIRE N° 3**

**Lieu :** .....

**Date :** ..../../....

**Heure :** ....

**Service interlocuteur :** Fournisseurs

**Personne interviewée :** .....

**Poste occupé par la personne interviewée :** .....

**Section 1 : Impacts des fournisseurs**

1. Quel est le % approximatif annuel des commandes non satisfaites de votre part, de celles modifiées au courant du processus, des produits qui vous sont retournés, ainsi que des factures litigieuses qui en découlent ?

-----  
-----

2. Quelle est la différence moyenne entre le nombre des différentes ententes conclues avec le SA ? (contrats à long terme, offres permanentes, commandes libres, commandes urgentes...etc.)

-----  
-----

3. Sachant que le SA cherche à optimiser ses choix de fournisseurs dans un contexte très concurrentiel, quelles méthodes générales de mise en concurrence entre vous et vos concurrents utilise-t-il ?

-----  
-----

4. Quel est le nombre moyen annuel approximatif des réclamations faites de votre part suite à une quelconque insatisfaction auprès du SA? Quelles sont la nature et la source de ces insatisfactions ?

-----  
 -----  
 5. Comment qualifiez-vous l'expérience et le professionnalisme du personnel du SA en matière de gestion de partenariat dans le nouveau environnement complexe du marché fournisseur ?

-----  
 -----  
 6. S'il y a des différents avec le SA, les méthodes de règlements de ces derniers, impliquent-elles des coûts à votre charge ?

## **Section 2 : Impacts de la réglementation**

7. Sachant que le SA cherche à optimiser ses choix de fournisseurs dans un contexte très concurrentiel, quelles sont les étapes précises dans le processus sur lesquelles la réglementation s'accroît pour la mise en concurrence entre les fournisseurs ?

-----  
 -----  
 8. À l'exception du processus d'approvisionnement, sur quels plans précisément interviennent également les réglementations entre vous et le SA ? Quels sont leur nature et leur nombre ? (normes, qualification professionnelle, ...etc.), (ceci se réfère aux droits et aux responsabilités de chaque côté)

-----  
 -----  
 9. Ces réglementations, forment-elles des entraves et des obstacles dans le parcours de vos affaires avec le SA ? Si oui, comment ?

-----  
 -----



10. Vous est-il arrivé de faire des plaintes contre le SA au sujet d'une non application des réglementations concernant l'attribution des contrats ou des bons de commandes ?

-----  
-----

11. Quelle est la fréquence de retour des produits par le SA suite à la non-conformité de leurs normes de qualité exigées ?

-----  
-----

12. Vous est-il arrivé de voir refuser vos prestations par le SA sous le prétexte de manque de qualifications professionnelles ?

-----  
-----

13. Y a-t-il eu des départs du personnel du SA suite aux mesures de licenciements et avec qui vous avez tissé des bonnes relations d'affaire ? Si oui, quelles sont les conséquences sur vos relations avec le SA et sur l'efficacité de vos activités auprès de ce dernier ?

-----  
-----

### **Section 3 : Efficience des approvisionnements**

14. Comment évaluez-vous annuellement les coûts généraux des produits médicaux que vous fournissez au SA ? (prix, transport,...etc.)

-----  
-----

15. Quel est le niveau des économies que vous accordez au SA sur les différents types de commandes faites ? (contrats, commandes libres, achats directs, ...etc.)

-----  
-----

16. Comment évaluez-vous l'évolution des volumes des ventes au SA par rapport à l'évolution de leurs prix et aux économies de coûts dégagées ?

-----  
-----

17. Comment décrivez-vous l'intérêt et l'importance que le SA montre à l'égard de la réduction des coûts des produits que vous lui vendez ? Quel en est le niveau par rapport à d'autres éléments de négociation ?

-----  
-----

18. Est-il arrivé que des commandes ont été annulées par le SA à cause de différents concernant les coûts des produits ?

-----  
-----

19. Vous est-il arrivé d'être remplacé par un autre fournisseur pour satisfaire une commande déjà en cours à cause de différents concernant les coûts des produits ?

-----  
-----

20. Quel est votre point de vue général sur le niveau des coûts dégagés annuellement par le SA sur l'achat de vos produits ?

-----  
-----

**ANNEXE E**  
**QUESTIONNAIRE N° 4**

**Lieu :** .....

**Date :** .. / .. / .....

**Heure :** ....

**Service interlocuteur :** Services de soins (Chirurgie thoracique/ORL)

**Personne interviewée :** .....

**Poste occupé par la personne interviewée :** .....

**Section 1 : Efficience des approvisionnements**

1. Entre avant et après, comment évaluez-vous l'évolution des quantités des produits consommés par rapport aux besoins réels dans votre service ?

-----  
-----

2. Entre avant et après, quel est votre point de vue général sur le niveau et la façon d'économiser les produits et les articles utilisés dans votre service ?

-----  
-----

3. Pour satisfaire les mêmes besoins qu'avant, y a-t-il eu des changements dans la qualité des produits procurés par le SA causés par la recherche d'économies des coûts de ces produits ?

-----  
-----

**Section 2 : Efficacité des approvisionnements**

4. S'il y en a eu une restructuration dans le SA, favorise-t-elle le service qui vous est offert par ce dernier ? Si oui, comment ?

-----  
-----  
5. Entre avant et après, comment jugez-vous la gestion générale de l'information avec le SA ? (flux informationnel, quantité, qualité, conservation et utilisation des informations)

-----  
-----  
6. Entre avant et après, quelle est la fréquence des erreurs générales faite par le SA dans la réponse à vos demandes de réquisitions ?

-----  
-----  
7. Entre avant et après, comment jugez-vous le niveau de compréhension technique des produits et des articles par le personnel du SA ?

-----  
-----  
**Section 3 : Niveau de service**

8. Entre avant et après, quelle est la différence approximative du nombre des transactions faites aux unités de soins ?

-----  
-----  
9. Entre avant et après, comment jugez-vous la réception à temps des produits et des articles ?

-----  
-----  
10. Entre avant et après, quelle est la différence approximative des délais entre la demande d'une réquisition faite de votre part, son traitement et son exécution par le SA ?

11. Entre avant et après, quelle est la différence approximative du nombre annuel des plaintes faites de votre part suite à un mauvais service rendu par le SA ?

-----  
-----

12. Entre avant et après, quelles sont la fréquence et les quantités des commandes immédiates faites de votre part ?

-----  
-----

13. Quel est le taux approximatif de réponse réalisé par le SA à ces commandes immédiates ?

-----  
-----

14. Entre avant et après, quelles sont la fréquence et les quantités des demandes de dépannage faites de votre part ?

-----  
-----

15. Quel est le taux approximatif de satisfaction réalisé par le SA à l'égard de ces demandes de dépannage ?

-----  
-----

16. Entre avant et après, comment jugez-vous l'exactitude générale des livraisons faites par le SA par rapport aux commandes ou aux besoins identifiés de votre part ? (qualité, quantité, caractéristiques techniques, ...etc.)

-----  
-----

17. Entre avant et après, quel est la différence approximative des erreurs purement techniques entre les commandes faites de votre part et les livraisons faites par le SA ?

-----  
-----

18. Entre avant et après, est-il fréquent que des commandes ne soient jamais satisfaites, ou satisfaites partiellement, par le SA ?

-----  
-----

19. Si oui, pouvez-vous expliquer les raisons habituelles, ou fréquentes, que le SA énonce pour justifier ces incapacités de réponse à vos commandes ?

-----  
-----

20. Comment jugez-vous l'évolution du niveau et de la qualité du service offert par le SA par rapport à la réduction des coûts généraux des approvisionnements ?  
(Si réduction il y a)

-----  
-----

21. Entre avant et après, et en toutes choses égale par ailleurs, comment jugez-vous la qualité et le niveau de service général qui vous est offert par le SA ?

-----  
-----