

La performance sociale hospitalière au service de la création de valeur du corps médical : Etude des Centres hospitalo-universitaires en Algérie.

Djida BOUNAZEF¹, Smain CHABANI¹, Abdelhafit IDIR¹, Mokhtar BOUNAZEF²

¹MEcole des Hautes Etudes Commerciales d'Alger, Algérie

²Université Djillali Liabes, Sidi Bel Abbes, Algérie

Résumé :

L'intégration de la culture de la mesure de l'évaluation sociale s'inscrit dans la politique d'amélioration du management hospitalier public. C'est dans ce sens que l'évaluation de la performance sociale hospitalière permet d'apprécier la création de valeur du corps médical dans les prestations sanitaires. La recherche empirique a pour but d'évaluer les sept domaines du bilan social selon le choix de 20 indicateurs sociaux sur les 27 centres hospitalo-universitaires actifs en Algérie. Les résultats de la recherche montrent que les établissements choisis souffrent de conditions de travail et de pressions internes affectant la productivité médicale et augmentant le nombre de départ du secteur public.

Mots clés : bilan social, indicateurs sociaux, interdépendance, performance individuelle.

Introduction :

L'évaluation de la performance représente une composante intégrante dans le maintien de la pérennité et du développement de toute organisation. L'intégration de nouveaux axes allant jusqu'à la prise en compte des valeurs de la responsabilité sociétale et de la bonne gouvernance intègrent des indicateurs ayant pour but d'évaluer l'impact de chaque partie prenante sur la productivité et la création de valeur. Cet intérêt à l'évaluation de la performance s'intègre au sein des établissements publics dont les établissements de santé. Etant donné l'importance accordée à l'amélioration des services de soins et de la performance hospitalière, les établissements de santé ont pour objectif de rationaliser la consommation des ressources et d'atteindre l'efficacité. La ressource humaine hospitalière représente le pivot de la performance globale, il est donc important d'optimiser en premier lieu le climat social et d'identifier les variables impactant la performance sociale des différents acteurs.

1. La performance sociale : entre Management et Psychosociologie

La performance sociale allie les principes de management, de psychologie sociale et de sociologie des organisations. En effet, il s'agit ici d'évaluer la performance individuelle ainsi que la performance d'un groupe. L'interaction créée entre les différents individus influe sur la synergie de groupe¹. La présence de conflits, d'inégalités, de je m'en-foutisme, d'opportunisme et d'asymétrie informationnelle engendrent des coûts d'agence. Gilbert et Charpentier mettent en avant dans la définition de la performance sociale l'illustration de la construction sociale et de l'importance d'identifier les intérêts et les comportements des acteurs. La psychologie sociale permet donc de comprendre chaque acteur et d'analyser ses réactions face à une série d'évènements

¹ BESSIRE, D., ONNEE, S., « Assessing corporate social performance: strategies of legitimating and conflicting ideologies », Revue de Critical Perspectives on Accounting, Vol. 21, 2010, Pages 445-467, pp. 446-447.

communautaires². D'un autre côté, la sociologie des organisations permet d'identifier les zones d'incertitudes, l'identité sociale, le jeu de pouvoir et la dépendance envers les ressources.

2. La performance sociale au service du nouveau management public hospitalier

La prise en compte de l'amélioration des prestations sanitaires passe par plusieurs points. Le premier étant le développement des processus de management internes et la formation des responsables hospitaliers de formation purement médicale dans les domaines du management, de la gouvernance et du leadership³. Le deuxième s'oriente autour de la sensibilisation à la compétitivité, à la citoyenneté, ainsi qu'à la responsabilisation à la durabilité des ressources⁴. Le nouveau management public hospitalier prend en compte les axes de la responsabilité sociétale et oriente sa stratégie sur la responsabilité sociale au service de la sociétale. La performance sociale hospitalière permet particulièrement de prendre en considération les variables de deux composantes. La première étant donné le management d'une organisation publique jouant un rôle actif dans sa communauté. Et la deuxième traite la spécificité de relations interpersonnelles existantes entre les différents corps médical, paramédical, administratif et technique⁵. La diversité des différents profils existant au sein d'une même organisation permet à la performance sociale hospitalière de détecter la relation de cause à effet affectant le climat social interne et donc la performance globale de toute l'organisation.

3. Elaboration des indicateurs de l'évaluation de la performance sociale hospitalière à partir du bilan social

L'évaluation de la performance sociale hospitalière utilise les sept différents domaines du bilan social afin de mettre en place des indicateurs. Ce bilan regroupe des données stratégiques permettant d'apprécier l'efficacité et l'efficience des différents corps hospitaliers et des résultats de leurs interactions. Il permet d'évaluer le mode de management appliqué et de mettre en évidence les insuffisances sociales organisationnelles affectant le rendement individuel et collectif. Ces insuffisances représentent un manque en formation ou en compétences, une existence de conflits ou de groupes restreints et une dépréciation des conditions de travail⁶. Ces indicateurs sociaux hospitaliers permettent d'apprécier la mise en disposition de l'ensemble des moyens à la rationalisation optimale de l'efficience de la ressource humaine hospitalière.

Le tableau ci-dessous (Tab 1) synthétise les différents domaines de classification des indicateurs selon le modèle du bilan social hospitalier. Ces principaux indicateurs traitent de la création de valeur par les différents corps hospitaliers, du management de la structure hospitalière, des processus de recrutement et de formation internes et externes, des systèmes de rémunération, de

² CHAMBON, M., GIL, S., NIEDENTHAL, P-M., « Psychologie sociale et perception du temps : l'estimation temporelle des stimuli sociaux et émotionnels », Revue de la Psychologie Française, Vol. 50, 2005, Pages 167-180, p. 168.

³ STROHL, H., BASTIANELLI, J-P., « Gestion et Utilisation des Ressources Humaines dans Six Etablissements de Santé Spécialisées en Psychiatrie », Ed. IGAS, 1^{ère} Ed, Paris, 2007, pp 26-27.

⁴ MSJS, « Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière », Ed. ENSP, Ed. 2, Paris, 2007, pp 27-30.

⁵ HOLCMAN, R., « Management public et ressources humaines », Revue des Pouvoirs Locaux, N° 89, Novembre 2011, pages 52-56, pp 55-56.

⁶ TOUPILLIER, D., YAHIEL, M., « La modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé », Ed. CNG, Paris, 2011, pp 29-30.

l'importance du climat social interne ainsi que de la prise en compte des conditions de travail internes⁷.

Tableau 1. Domaines d'indicateurs du bilan social d'un CHU

<i>Domaine d'évaluation</i>	<i>Exemple</i>
Valeur ajoutée des corps (para)médical	Productivité et création de valeur
Structure hospitalière	Mobilité, encadrement et répartition des compétences
Recrutement des corps hospitaliers	Délai, sélectivité et coût des recrutements
Formation des corps hospitaliers	Planification, attribution et satisfaction des formations
Rémunération des corps hospitaliers	Promotion, charge salariale des différents corps hospitaliers
Climat social interne hospitalier	Stabilité, démission, absentéisme, conflits
Hygiène, Santé et sécurité au travail	Œuvres sociales, entretien, accidents de travail

Les travaux de Fitz-Enz en 1995, d'Edvinson & de Malone en 1997, et de Naro en 2006 sont une base de développement et de classification des indicateurs sociaux de la performance⁸. La création de valeur centrée sur la contribution du capital humain dans les axes financier, processus, client et apprentissage permettent de concevoir un modèle d'évaluation. Ce modèle appliqué sur l'évaluation de la performance hospitalière permet de mesurer l'impact du capital humain sur l'atteinte de l'efficacité hospitalière, de l'amélioration continue des processus donc des prestations de service et du développement du capital intellectuel dont la recherche médical.

4. Présentation de la Méthodologie de recherche et des hypothèses de recherche

Cette étude s'oriente autour de l'évaluation des 27 centres hospitalo-universitaires existants et actifs en Algérie. Etant donné l'importance des CHU en termes de prestations et d'activités sanitaires, de diversification des services et de spécialités, de formation et de transfert du savoir, de recherches médicales et d'interactions ; l'étude des CHU permet de cerner les réelles difficultés dont font face les différents corps hospitaliers en Algérie.

4.1. Choix des domaines d'évaluation à étudier et des indicateurs à utiliser

En se référant aux domaines du bilan social, les indicateurs sociaux évaluant les CHU algériens sont quantitatifs ; l'objectif étant d'avoir une appréciation chiffrée. Pour ce, 20 indicateurs de la performance sociale hospitalière sont utilisés pour l'évaluation des domaines de création de valeur du corps hospitalier, de la structure hospitalière, de la formation et rémunération, du climat social et de la santé et la sécurité au travail. Afin de mesurer la création de valeur ajoutée, cette étude se concentre sur le corps médical.

⁷ FONTAINE-GAVINO, K., ZAMBEAUX, A., « Bilan social et tableaux de bord : des outils de pilotage au service des ressources humaines », Ed. CIG petite couronne, 9^{ème} Ed, collection les diagnostics de l'emploi territorial, Villiers-sur-Marne, 2005, pp 23-25.

⁸ IMBERT, J., « Les tableaux de bord RH : construire, mettre en œuvre et évaluer le système de pilotage », Ed. Eyrolles, Paris, 2007, pp 76-77.

Tableau 2. Choix des indicateurs sociaux de l'étude

<i>Domaine dévaluation</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Sigles</i>
Valeur ajoutée du corps médical	Ratio de productivité du corps médical Indice individuel de performance en soins Indice individuel de performance en soins vitales Effort en innovation médicale	RPCM IIPS IIPSV EIM
Structure hospitalière	Taux de productifs directs des corps médical et paramédical Taux de productifs directs des corps médical Taux d'encadrement des corps médical et paramédical Taux d'encadrement des résidents	TPDCMP TPDCM TECMP TER
Recrutement des corps hospitaliers	Ratio de qualité du recrutement de gradation	RQRG
Formation des corps hospitaliers	Taux de consommation du budget de formation Effort en formation pour le personnel hospitalier Effort en formation pour le corps médical Effort en formation global	TCBF EFPH EFCM EFG
Rémunération des corps hospitaliers	Ratio de rémunération moyenne des corps hospitaliers	RRMCH
Climat social interne hospitalier	Nombre de départ des médecins spécialistes Taux de départ des médecins spécialistes Taux de rotation des médecins spécialistes Taux de valorisation social du personnel hospitalier	NDMS TDMS TRMS TVSPH
Hygiène, Santé et sécurité au travail	Effort d'entretien des espaces communs Effort d'actions spécifiques de prévention	EEEC EASP

Le tableau 2 regroupe les indicateurs de l'étude. Le choix de ces 20 indicateurs dépend de la disponibilité des données pour le calcul, de la pertinence du résultat impactant d'autres variables, et de l'obtention d'un résultat reflétant la réalité sociale hospitalière des 27 CHU.

4.2. Hypothèses de recherche

Afin de réaliser cette recherche, deux hypothèses sont formulées :

Hypothèse 1 : Les domaines d'évaluation de la performance sociale choisis sont des variables exogènes qui affectent la variable endogène de la valeur ajoutée du corps médical.

Les variables comme les qualités de la structure hospitalière, le recrutement et la formation, la rémunération, le climat social et les conditions de travail affectent le rendement du corps médical et donc affecte la qualité de la prestation sanitaire qui est la valeur ajoutée d'un CHU.

Hypothèse 2 : La création de valeur ajoutée du corps médical est proportionnelle à l'amélioration de la performance sociale hospitalière.

Cette variable endogène dépend des six variables exogènes choisis. Donc plus la création de la valeur ajoutée augmente par la baisse des sources nuisibles du rendement du corps médical et plus il y a une nette amélioration de la performance sociale.

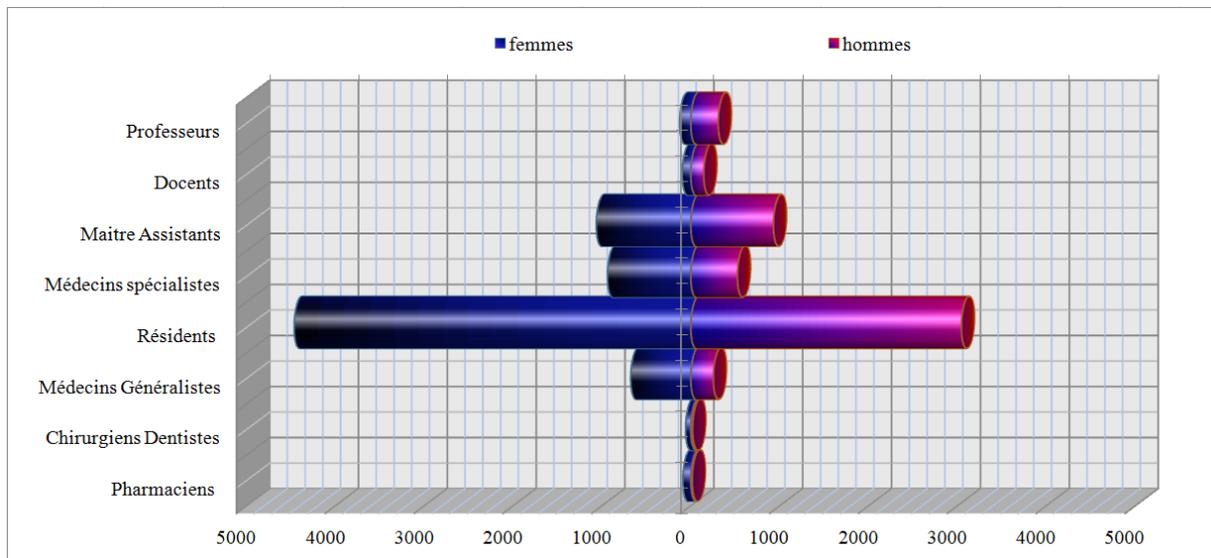
5. Présentation du corps hospitalier et des activités des CHU en Algérie

Pour un total de 12501 lits, les CHU se chargent des activités d'hospitalisation, d'urgences, de maternité, de consultation, de radiologie et d'exploration fonctionnelle. De plus aux activités de laboratoire, de bloc opératoire, de stamologie et d'hémodialyse. Avec un effectif de 12751 dans le corps médical, de 14525 pour le corps paramédical, de 12048 pour les corps administratif et de 223 pour les corps technique et de soins; les CHU enregistrent une moyenne de 251294 admissions par an à raison de 688 admissions par jour pour un taux de rotation de 40,35%.

La figure 1 illustre la répartition du corps médical qui se compose des chirurgiens dentistes, des pharmaciens et des médecins (du généraliste jusqu'au professeur). Etant 12560, ils se répartissent comme suit: professeur 432, docent 240, maitre assistant 1992, spécialiste 1461, résident 7507 et généraliste 928. Le degré de féminisation est important pour les médecins, tel que les femmes

résidentes sont de 4463 contre 3044 pour les hommes. Cependant, à partir du grade de Doctent la masculinisation est majoritaire⁹.

Figure 1. Pyramide du corps médical au niveau des CHU en Algérie (2012)



Cela montre que 51,66% des formateurs, des chefs de service et des directeurs des CHU s'orientent vers un leadership masculin. Celui-ci se caractérise par l'équité, l'affirmation de soi, la concurrence, la résolution de conflits par l'affrontement, le maintien de la performance et de la croissance. Contrairement au style masculin, le style féminin privilégie la modestie, légalité, la solidarité, la qualité de vie au travail, la résolution des conflits par le compromis et la priorité à la préservation de l'environnement.

6. Calcul des indicateurs de l'évaluation de la performance sociale des centres hospitalo-universitaires en Algérie

Chaque domaine d'évaluation est mesuré individuellement pour ensuite montrer la relation de causes à effet entre les variables endogènes choisies et la variable exogène. Le tableau 3 englobe les indicateurs évaluant la valeur ajoutée créée par le corps hospitalier. Pour l'année de 2012, et en prenant en compte un ratio moyen de répartition des cas à traiter au niveau des 27 CHU actifs en Algérie, chaque médecin de tout corps confondu traite 20 cas différents par an. Cependant, chaque médecin réussit à soigner 14 patients par an dont 11 en pronostique vitale menacés. Ces 14 patients représentent des malades soignés avec ou sans apparition de complications.

Tableau 3. Evaluation de la valeur ajoutée du corps hospitalier (2012)

<i>Sigle</i>	<i>Formule</i>	<i>Résultat</i>	<i>Unité</i>
RPCM	Nbre d'hospitalisation/ Effectif du corps médical	20	Cas/ médecin/an
IIPS	(Nbre d'hospitalisation – nombre de patients curables décédés/ Effectif médical	14	Patient/ médecin/an
IIPSV	(Nbre d'admission en pronostiques vitales menacés –Nbre de patients curables décédés)/ Effectif médical	11	Patient/ médecin/an
EIM	Budget consacré à la recherche médicale/ Effectif hospitalo-universitaires	9709,84	DA

⁹ MSPRH, « Statistiques Sanitaires », Alger, 2012, pp 187-188.

Le calcul de l'indicateur de l'IIPS ne comptabilise pas les patients incurables (morts certaines), il se concentre sur le nombre de patients curables soignés. Cependant l'indicateur de l'IIPSV se concentre sur les cas d'admission d'urgence transférés en suite vers les services appropriés au niveau des CHU. La création de valeur d'un CHU s'oriente aussi sur le domaine de la recherche médicale. Représentant 20,9% du corps médical, chaque hospitalo-universitaire (chercheur) se voit attribué un budget de 9709,8DA par an dans le but de promouvoir la recherche médicale et de se focaliser sur les processus d'innovation.

Tableau 4. Evaluation de la structure hospitalière (2012)

<i>Sigle</i>	<i>Formule</i>	<i>Résultat</i>	<i>Unité</i>
TPDCMP	Effectifs Médical Et Paramédical x 100/ Effectif Total	68,97	%
TPDCM	Effectifs Médical x 100 / Effectif Total	32,24	%
TECMP	Effectif Médecins hospitalier spécialistes x 100/ Effectif Total Médical Et Paramédical	15,13	%
TER	Effectif Hospitalo-universitaires x 100 / Effectif des Résidents	35,49	%

Le tableau 4 présente les indicateurs évaluant les taux de productif direct et d'encadrement. Etant en relation direct avec le patient, le personnel (para)médical propose des prestations sanitaires. Ce personnel offrant une valeur ajoutée représente 68,97% de l'effectif total des CHU. Par contre l'effectif purement médical représente 32,24%. De ce fait, les CHU ont un actif de 15,13% apte à encadrer le reste du personnel créant de la valeur ajoutée. Ce taux représente l'effectif allant du médecin spécialiste jusqu'au professeur. Leur rôle est de former, superviser et orienter le reste de l'équipe afin d'optimiser le rendement de chaque médecin ou paramédical. Cependant pour la formation spécialisée qui représente l'encadrement des futurs diplômés en médecine spécialisée, le taux d'encadrement est équivalent à 35,49%.

Tableau 5. Evaluation du recrutement des corps hospitaliers (2012)

<i>Sigle</i>	<i>Formule</i>	<i>Résultat</i>	<i>Unité</i>
RQRG	Nbre de candidats/ Nbre de postes de gradation	09	Candidat/Poste

Sachant que 14000 praticiens spécialistes ont quittés le secteur public entre 2002 et 2012 pour s'orienter vers le secteur privé ou l'immigration¹⁰. Le concours de gradation de spécialistes assistants a pour objectif de réduire le nombre de départ en offrant la possibilité d'être promu vers des postes à responsabilité en toute transparence. Inexistant depuis trente-ans en Algérie, la moyenne de candidature pour un poste est égale à 09 candidats (Tab.5).

Tableau6. Evaluation de la formation des corps hospitaliers (2012)

<i>Sigle</i>	<i>Formule</i>	<i>Résultat</i>	<i>Unité</i>
TBCF	Budget Réalisé x 100/ Budget Prévu	96,63	%
EFPH	Budget Consacré A La Formation/ Effectif Hospitalier	129121,15	DA/ Employé/ an
EFCM	Budget de Formation Consacré au corps médical/ Effectif médical	320373,55	DA/ Médecins/ an
EFG	Budget Consacré à la Formation x 100/ Frais Total de fonctionnement des CHU	02,16	%

¹⁰ Selon le syndicat national des praticiens spécialistes de la santé publique.

Le tableau 6 illustre l'importance accordée à la formation au niveau des CHU en Algérie. Représentant 02,16% des frais total de fonctionnement, 96,63% du budget est consommé¹¹. Cela qui revient à une dépense moyenne de l'ensemble de l'effectif à raison de 129121,15 DA par employé. Mobilisant 80% du budget de la formation, chaque médecin bénéficie d'un montant de 320373,55DA par an pour la formation. Ce budget personnel comprend les frais de stage à l'étranger, d'organisation de séminaire, de journée d'étude et de sensibilisation, ainsi que les frais de formation interne/externe.

Tableau 7. Evaluation de la rémunération des corps hospitaliers (2012)

<i>Sigle</i>	<i>Formule</i>	<i>Résultat</i>	<i>Unité</i>
RRMCH	<i>Frais De Personnel/ Effectif x 12</i>	39270,20	DA/ employé/ mois

En prenant tout corps confondus, le salaire moyen d'un employé au niveau des CHU est de 39270,20DA par mois (tab. 7). Ce salaire mensuel comprend le salaire fixe et variable.

Tableau 8. Evaluation du climat social interne hospitalier (2012)

<i>Sigle</i>	<i>Formule</i>	<i>Résultat</i>	<i>Unité</i>
NDMS	Nbre De Départs/ Nombre d'années	616	M. spécialistes/ an
TDMS	Nbre De Départ par an x 100/ Effectif des médecins spécialistes	42	%
TRMS	Nbre De Départ/ Nbre D'entrée	70	%
TVSPH	Budget des œuvres sociales /Effectif Hospitalier	8028,42	DA

En termes d'évaluation du climat social interne, il est à noter que 616 médecins spécialistes quittent les CHU par an. Cela revient à un taux de 42% de leur effectif. En prenant en compte les 2000 diplômés en médecine spécialisée par an¹², cela revient à un départ de 70% des spécialistes. Pour ceux qui s'investissent toutefois dans le secteur public, chaque employé des CHU perçoit en moyenne 8028,42DA par an en œuvres sociales (Tab 8).

Tableau 9. Evaluation de l'hygiène, santé et sécurité au travail (2012)

<i>Sigle</i>	<i>Formule</i>	<i>Résultat</i>	<i>Unité</i>
EEEC	Budget de l'entretien des CHU / Nbre de CHU x 365j	180635,11	DA
EASP	Budget d'actions spécifiques de prévention/ Nbre de CHU x 365j	28748,55	DA

Source : construit par nos soins à partir des données : MSPRH, *Op cit*, pp 69-70.

La dernière variable endogène évalue l'hygiène, la santé et sécurité au travail, celle-ci est présentée dans le tableau 9. Il est à noter que chaque CHU a un budget de 180635,11DA par jour pour son entretien. Cela comprend les frais de l'aménagement des espaces communs, de la propreté, du tri des déchets médicaux et consommables, et de tout problème pouvant causer un manque d'efficacité du personnel. Par contre, le budget quotidien attribué à chaque CHU dans le but d'émettre des actions spécifiques de prévention est de 28748,55DA.

7. Analyse des variables endogènes de la recherche

Avec un taux de 32,24%, des services au niveau des CHU algériens souffrent d'un manque de médecins spécialistes dans les spécialités de dermatologie, de rhumatologie et d'épidémiologie pour

¹¹ MSPRH, *Op cit*, p 69.

¹² Selon le syndicat national des praticiens spécialistes de la santé publique.

les spécialités médicales. Concernant les spécialités chirurgicales, un manque est accru pour les spécialités d'oncologie chirurgicale, de chirurgie thoracique, vasculaire, cardiaque et plastique. Submergé par les obligations médicales du au manque de spécialistes, la recherche médicale et la qualité de l'encadrement des internes et des résidents en sont affectés. Tel que chaque hospitalo-universitaire se doit d'encadrer au minimum 03 résidents, les internes (étudiants 7^{ème} année médecine) et les étudiants stagiaires.

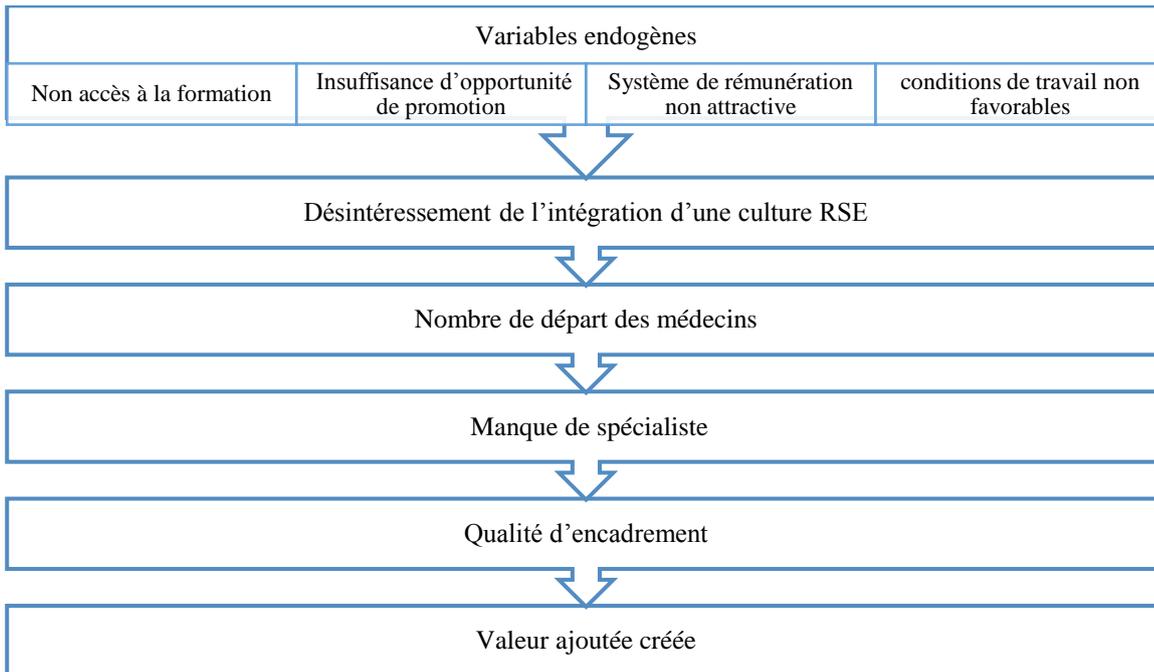
Pour l'année de 2010, un solde de 172074000DA est enregistré pour le budget de formation (3,37%). Ce solde est dû au manque de transparence de la communication et de la répartition non homogène des offres de formation principalement à cause de la présence de groupes restreints et de l'application d'un leadership bureaucratique. Deux autres contraintes affectent négativement la performance sociale du corps médical, cela concerne le recrutement et la rémunération des médecins spécialistes. La première étant le manque d'opportunité de promotion par carrière et par poste et la deuxième représente le manque financier à gagner par rapport à l'offre proposée par les cliniques privées en termes de rémunération fixe et variable. A raison d'un montant de 8028,42DA pour les œuvres sociales, les avantages qu'offrent un poste au niveau de la fonction publique encourage l'augmentation du taux de rotation (70%) et de départ (616 médecins spécialistes par an). L'existence d'un climat interne défavorable à l'épanouissement professionnel du corps médical est aussi due à une consommation non optimale des frais d'entretien des CHU. Il y a un solde de 144741000DA enregistré pour 2010 sachant que les CHU actifs souffrent de conditions de travail non appropriés aux normes de propreté et de préservation des espaces. Ce point affecte à son tour la mise en place d'actions de prévention qui laisse un solde de 107591000DA. En effet, le corps médical ne s'oriente pas vers la généralisation d'une culture RSE qui a pour but de promouvoir le respect de l'environnement et l'application d'un management responsable. La première priorité s'oriente donc à la résolution des conflits internes, à l'amélioration du système de motivation financier, matériel et d'accomplissement, ainsi qu'à la disponibilité de l'ensemble des bonnes conditions de travail¹³.

8. Analyse de la relation d'interdépendance et d'impact sur la variable exogène

L'analyse des 6 variables endogènes montrent qu'il existe une relation d'interdépendance entre les différents domaines analysés. La figure 2 montre que les domaines d'évaluation de formation, de recrutement, de rémunération et de santé/sécurité au travail sont des variables endogènes. Chacune de ces variables doit entreprendre des actions d'amélioration continue afin d'affecter positivement le reste des domaines qui engendre une relation de cause à effet. Ces 4 variables sont à l'origine du désintéressement de l'intégration d'une culture orienté vers la responsabilisation de chaque acteur. Cela affecte la motivation du corps médical à atteindre l'efficacité et à adopter la politique de la direction. Les inégalités et le manque de transparence sont à l'origine du je m'en-foutisme et du travail minimum et de la fréquence de l'absentéisme. L'accumulation des facteurs de non-satisfaction augmente le nombre de départ. Ce taux élevé de rotation affecte automatiquement la performance des différents services souffrant d'un manque d'effectif et de compétence. A son tour, cela affecte la qualité de l'encadrement des étudiants, internes et résidents qui à leur tour se découragent et cherchent des opportunités de recrutement dans le secteur privé.

¹³ MSPRH, *Op cit*, p 69-70.

Figure 2. Relation d'interdépendance entre les variables analysées



L'ensemble de ces facteurs impactent négativement la création de valeur qui s'oriente autour de la performance individuelle et de groupe, autour de l'intérêt accordé au développement de la recherche médicale et des processus d'amélioration. En effet, l'amélioration des variables endogènes permet de réduire le nombre de départ et d'améliorer la motivation des médecins. Cela se traduit en l'augmentation du nombre d'hospitalisation, en la réduction du nombre de patients curables décédés à cause du manque de compétence, de fautes professionnelles, de négligences ou de surcharge de travail.

9. Vérification des hypothèses de recherche

La recherche choisie dans ce papier et qui consiste en l'évaluation de la performance sociale hospitalière des 27 CHU actifs en Algérie permet d'affirmer ou d'infirmer les 02 hypothèses émises. La première hypothèse est confirmée et infirmée. En effet le domaine de la valeur ajoutée est une variable endogène qui varie selon la variation de d'autres domaines. Cependant il existe des variables exo-endogènes qui affectent et qui sont affectées par d'autres variables. Ces domaines sont le climat social interne hospitalier et la structure hospitalière.

La deuxième hypothèse stipulant que la création de valeur ajoutée est proportionnelle à l'amélioration de la performance sociale est affirmée. La performance sociale hospitalière s'évalue en fonction de la performance de chaque acteur et en sa capacité à être efficace et efficient à travers la mesure de la valeur ajoutée qu'il a créée.

Conclusion

Les résultats de cette recherche montrent qu'il existe beaucoup de dysfonctionnements au niveau des centres hospitalo-universitaires en Algérie. La grande partie des limites rencontrées sont d'ordre social, il est donc important de former les cadres responsables hospitaliers aux notions de management afin de réduire toute asymétrie informationnelle, d'améliorer l'échange de la communication verticale (directeur du CHU, chefs de services, équipe médicale et paramédical) et la communication horizontale entre les différents services. Il est important aussi de sensibiliser l'ensemble du personnel aux valeurs de la responsabilité sociale et sociétale en l'utilisant comme

outil de résolution des conflits existants. Il est nécessaire d'intégrer les notions de mesure de la performance et de la prise en compte des valeurs sociales dont la mise en place annuelle de bilans sociaux afin de s'inscrire dans une bonne gouvernance hospitalière permettant de rendre les CHU en Algérie actifs et citoyens. C'est dans ce sens que le ministère de la santé et de la réforme hospitalière doit jouer un rôle central, en effet, la décentralisation du pouvoir de décision de la direction des ressources humaines, vers les DSP puis vers les CHU crée un manque de suivi. Le ministère de la santé analyse l'état des lieux des 27 CHU uniquement à base des rapports envoyés par les directeurs et responsables hospitaliers. Celui-ci doit donc imposer des ratios d'atteinte de performance sociale dans le but d'améliorer le climat sociale interne pour ensuite se concentrer sur l'intégration des processus d'amélioration continue de la performance globale.

Bibliographie

Ouvrage :

- IMBERT, J., « Les tableaux de bord RH : construire, mettre en œuvre et évaluer le système de pilotage », Ed. Eyrolles, Paris, 2007.

Revue:

- BESSIRE, D., ONNEE, S., « Assessing corporate social performance: strategies of legitimating and conflicting ideologies », *Revue de Critical Perspectives on Accounting*, Vol. 21, 2010, Pages 445-467.
- CHAMBON, M., GIL, S., NIEDENTHAL, P-M., « Psychologie sociale et perception du temps : l'estimation temporelle des stimuli sociaux et émotionnels », *Revue de la Psychologie Française*, Vol. 50, 2005, Pages 167-180.
- HOLCMAN, R., « Management public et ressources humaines », *Revue des Pouvoirs Locaux*, N° 89, Novembre 2011, pages 52-56.

Rapport:

- FONTAINE-GAVINO, K., ZAMBEAUX, A., « Bilan social et tableaux de bord : des outils de pilotage au service des ressources humaines », Ed. CIG petite couronne, 9^{ème} Ed, collection les diagnostics de l'emploi territorial, Villiers-sur-Marne, 2005.
- MSJS, « Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière », Ed. ENSP, Ed. 2, Paris, 2007.
- MSPRH, « Statistiques Sanitaires », Alger, 2012.
- STROHL, H., BASTIANELLI, J-P., « Gestion et Utilisation des Ressources Humaines dans Six Etablissements de Santé Spécialisées en Psychiatrie », Ed. IGAS, 1^{ère} Ed, Paris, 2007.
- TOUPILLIER, D., YAHIEL, M., « La modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé », Ed. CNG, Paris, 2011.