



Université d'Oran 2 Mohamed Ben Ahmed
Faculté des Sciences Economiques, Sciences Commerciales
et des Sciences de Gestion

THESE

Pour l'obtention du diplôme de Doctorat « L.M.D »
En Sciences de Gestion

MESURE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE :
CAS DE L'EHU D'ORAN

Présentée et soutenue publiquement par :
M^{lle} GUENTOUH Ibtissem

Devant le jury composé de :

CHOUAM Bouchama	Professeur	Université d'Oran 2	Président
ZATLA Najat	Professeure	Université d'Oran 2	Rapporteuse
DAHMANI Mohamed Ederouich	Professeur	Université de Sidi Bel Abbes	Examineur
KARA TERKI Assia	Professeure	Université de Tlemcen	Examinatrice
KOUDID Sofyane	Professeur	Université de Ain Temouchent	Examineur
LAHLOU Cherif	Professeur	Université d'Oran 2	Examineur

Année 2023/2024

« Mesure de la performance hospitalière : cas de l'EHU d'Oran »

Résumé :

La problématique centrale de cette recherche s'articule autour de l'appréciation de la performance hospitalière et plus spécifiquement celle de la gestion administrative. Après avoir défini le concept de performance dans le service public et précisé son contenu spécifique dans le cadre d'une organisation hospitalière, nous construisons une échelle de mesure de la performance organisationnelle et nous la testons dans le cadre de l'Etablissement Hospitalier d'Oran, une organisation pilote pour la mise en place d'un nouveau modèle de gestion des organisations de service public. Nous adoptons, pour ce faire, la démarche du paradigme de Churchill composé de deux phases : la première phase, exploratoire, nous permet à l'aide d'une Analyse Factorielle Exploratoire (AFE) estimée par l'Analyse en Composante Principale (ACP), de déterminer les différentes dimensions constitutives de l'échelle de mesure. La seconde est la phase confirmatoire menée à l'aide de la méthode PLS (partial least squares). Elle permet d'estimer la fiabilité et la validité des résultats obtenus.

Mots clés : Mesure de la performance, performance hospitalière, paradigme de Churchill, analyse factorielle, PLS.

Abstract:

The central problematic of this research revolves around the appreciation of the hospital performance and more specifically that of administrative management. After having defined the concept of performance in the public service and determined its specific content within the framework of a hospital organization, we build a measuring scale for organizational performance and we test it within the framework of the Hospital Establishment of Oran city, a pilot organization for the implementation of a new management model for public service organizations. To do this, we adopt the approach of the Churchill paradigm, composed of two phases: the first phase, exploratory, allows us to use an Exploratory Factor Analysis (EFA), estimated by Principal Component Analysis (PCA) and to determine the different constituent dimensions of the measurement scale. The second is the confirmatory phase, conducted using the PLS (partial least squares) method. The reliability and validity of the obtained results were possible to be estimated.

Keywords: Performance measurement, hospital performance, Churchill's paradigm, factor analysis, PLS.

المخلص:

تدور الإشكالية الأساسية لهذا البحث حول تقييم أداء المستشفيات وبشكل أكثر تحديدا تقييم الأداء الإداري. بعد تحديد مفهوم الأداء في المرفق العام وخاصة في إطار المؤسسات الاستشفائية، نقوم بتصميم سلم لقياس الأداء التنظيمي وتطبيقه على مؤسسة استشفائية بوهان، مؤسسة رائدة لتنفيذ نموذج اداري جديد للمؤسسات العمومية. للقيام بذلك، نعلم على نموذج تشرشل المكون من مرحلتين: المرحلة الأولى، الاستكشافية، تسمح لنا عن طريق التحليل العاملي الاستكشافي (EFA) المقدر بواسطة تحليل المكونات الرئيسية (PCA)، لتحديد مختلف الابعاد المكونة لسلم قياس الأداء. المرحلة الثانية هي المرحلة التأكيدية التي أجريت باستخدام طريقة PLS (المربعات الصغرى الجزئية). تسمح بتقدير مصداقية وصحة النتائج المحصل عليها.

الكلمات المفتاحية: قياس الاداء، أداء المستشفيات، نموذج تشرشل، التحليل العاملي، PLS.

Remerciements

Cette thèse n'aurait pu voir le jour sans la bénédiction de Dieu le tout puissant.

Je le remercie de m'avoir donné durant toutes ces années la force, la santé et le courage pour réaliser ce travail de recherche et achever cette thèse.

Je tiens à remercier dans un premier temps la professeure Madame Zatla Najat, en sa qualité chef de projet de doctorat management et politiques publiques au sein de l'université d'Oran 2. Notre formation doctorale a été la source d'enrichissement sur le plan personnel et intellectuel qui m'a fortement inspiré dans mes efforts pour la réalisation de cette thèse de doctorat.

Je voudrais la remercier également en tant que directrice de thèse pour la confiance qu'elle m'a accordée dès le début de mes recherches, ainsi que pour l'attention encourageante qu'elle a portée à mon travail. Qu'elle soit aussi remerciée pour sa grande disponibilité, son soutien indéfectible et ses conseils avisés.

Mes remerciements distingués s'adressent également aux membres du jury Monsieur Chouam Bouchama, Monsieur Dahmani Mohamed El Derouich, Madame Kara Terki Assia, Monsieur Koudid Soufiane et Monsieur Lahlou Cherif pour avoir accepté d'évaluer et juger ma thèse de doctorat. J'en suis très honorée.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes rencontrées durant mon parcours de recherche, et qui, par leur partage de savoir, leurs suggestions et leurs conseils, ont contribué à la réalisation et l'aboutissement de ce travail de recherche.

Dédicace

Mes très *chers parents*, je vous dédie cette thèse de doctorat.

Si j'en suis là aujourd'hui, si je suis la docteure que je suis devenue, c'est grâce à vous.

Mes profonds remerciements pour votre soutien, votre amour, vos encouragements et l'affection que vous m'avez apportée tout au long de ces longues années d'études. Aucun mot, ne pourrait exprimer ma reconnaissance pour les sacrifices que vous avez consentis.

Je tiens également à remercier chaleureusement mes sœurs *Djamila, Fatma, Hind, Souhila* et *Fatima Zahraa* qui ont été toujours à mes côtés surtout durant les moments difficiles et m'ont apporté leur soutien constant et leur aide.

Je voudrais en particulier exprimer mon immense gratitude à ma plus grande sœur *Djamila* pour tout ce qu'elle a consenti comme efforts, accompagnement et pour avoir été ma source de tendresse, à la fois motivante et réconfortante durant la période de rédaction de cette thèse.

Je suis reconnaissante envers mes grands frères *Mohamed* et *Abdelatif* pour tous les encouragements, soutiens et les efforts qu'ils ont consentis à mon égard.

Je tiens également à remercier ma cousine *Chahinez*, ma belle-sœur *Rania*, mes beaux-frères et ma copine *Ines* pour les encouragements qu'ils ont toujours su me prodiguer.

Un grand merci à mes collègues *Zinelaabidine* et *Abdelbassat* qui m'ont apporté leur expertise, leurs connaissances et leur soutien pour la réalisation de ce travail de recherche.

Leurs implications a permis le déroulement et l'avancement optimal de mon travail.

Je dédie aussi ce travail à mes chers neveux et nièces y compris *Mohamed* et *Abdelkader*.

Par ailleurs, je remercie ma grande famille, mes proches, mes amis et mes collègues pour leur soutien et leurs encouragements.

Enfin, je ne pouvais conclure sans dédier ce travail à la mémoire de ma tante *Fafa* disparue trop tôt. Que Dieu, le tout puissant, l'accueille en son vaste paradis.

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE I : LE CADRE CONCEPTUEL DE LA PERFORMANCE

Introduction	
1. Le cadre de la performance et les principaux concepts.....	14
2. Les types de la performance.....	20
3. Les approches de la performance	30
Conclusion	

CHAPITRE II : L'EMERGENCE DE LA PERFORMANCE DANS LE SECTEUR PUBLIC

Introduction	
1. Origine et évolution du Management public.....	38
2. Le service public.....	47
3. La performance des organisations publiques.....	57
Conclusion	

CHAPITRE III : LA PERFORMANCE DES ORGANISATIONS PUBLIQUES DE SANTE

Introduction	
1. L'hôpital public à l'épreuve de la performance	64
2. La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle de mesure	71
3. Vers une logique de performance hospitalière en Algérie	100
Conclusion	

CHAPITRE IV : L'APPRECIATION DE LA PERFORMANCE ADMINISTRATIVE A L'EHU D'ORAN

Introduction	
1. Présentation du terrain d'étude	123
2. Présentation de la démarche théorique et méthodologique de l'étude empirique.....	131
3. Les résultats des analyses exploratoire et confirmatoire.....	149
4. Analyse des résultats	184
Conclusion	

CONCLUSION GENERALE	194
---------------------------	-----

Bibliographie	201
Table des figures.....	217
Liste des tableaux.....	218
Annexes	220
Table des matières	247

Introduction générale

L'Algérie s'est engagée, au lendemain de l'indépendance, dans une stratégie de développement sanitaire. Les autorités publiques ont décidé d'instaurer la gratuité totale des soins en faveur de toute la population sans aucune discrimination précise. Un principe de base « la médecine gratuite » est institué par l'ordonnance du 1er janvier 1974. Cette période est marquée par la rupture totale avec l'ancien régime colonial et l'édification d'un système de santé algérien compatible avec les principes du socialisme. Malgré les aspects positifs de ce système, il a engendré des effets négatifs tels que le relâchement des activités préventives ainsi que l'abandon des techniques de gestion dans les établissements de santé.

Cependant, en 1980, l'Algérie a connu le lancement d'un programme original de réformes structurelles du système de santé visant à la formation professionnelle ainsi que l'investissement dans les équipements et les infrastructures. A travers ces réformes le pouvoir public a cherché à introduire la logique de la qualité de soins qu'il s'agisse pour les bénéficiaires de prestations de soins ou bien les usagers du système de santé. Dans cette perspective, la logique de la qualité est susceptible d'être intégrée dans plusieurs domaines et peut avoir différentes perceptions.

En effet, dans le domaine de la santé la différence entre la qualité de soins et la qualité des organisations de santé a fait l'objet de divers études. Si l'on se réfère à la définition présentée par l'organisation mondiale de la santé « OMS » : « la qualité dans les établissements est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicales ,au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contact humain à l'intérieur du système de soins » (OMS, 2003, p. 209)

Cette définition présente deux approches distinctes mais qui servent au même objectif de la qualité. La première concerne la qualité des soins et des actes médicaux, la seconde fait référence à la qualité de la gestion des organisations hospitalières (hôpitaux et établissements de soins) qui fait référence à la gestion des personnels (acteurs interne), des structures, de processus de soins et la prise en charge technique de patients

Comme nous pouvons le remarquer ces dernières années, la dégradation de la qualité des prestations de service de soins dans les hôpitaux algériens fait l'objet de réclamations continuelles de la part des usagers ; des problèmes de mauvaises gestions éclatent au grand jour. Les hôpitaux algériens ont des difficultés à s'adapter aux exigences internes et externes par

exemple améliorer la qualité de service rendu tout en minimisant les dépenses, la qualité exigée ne se résumant pas aux qualités des prestations techniques médicales mais aussi à la prise en charge, l'information, l'accueil et le temps d'attente qui sont considérés comme des éléments essentiels par les usagers et les patients.

Dans cette perspective, la conception d'un modèle de gestion des hôpitaux algériens nécessite la participation de plusieurs intervenants notamment les fonctionnaires (les personnels, les responsables des services et des structures ainsi que les directeurs), les entités et structures publiques ainsi que les institutions nationales.

Par ailleurs, les autorités publiques doivent remettre en question les pratiques, les méthodes et les outils de gestion fondamentaux adaptés aux organisations publiques de santé, afin d'intégrer l'esprit de management organisationnel.

Cette approche de modernisation et des réformes de système dans le secteur public entraîne l'apparition des nouveaux concepts de la gestion publique et donc dans le domaine de management public.

Un des enjeux majeurs de cette perspective d'amélioration du service public est de se mettre à l'écoute des usagers afin de mieux cerner leurs attentes et satisfaire leurs besoins.

Aujourd'hui, le rapprochement entre l'organisation de l'entreprise et l'hôpital fait l'objet de nombreuses recherches même si à l'hôpital le produit ou les outputs sont les prestations des soins (la santé) et les ressources humaines constituent le noyau de l'activité. Plusieurs thèmes de recherches ont été abordés dans le domaine des hôpitaux. Dans ce cadre plusieurs revues, telles que « Health Care Management Science », « European Journal Of Operational Research », « Management Science », « Revue de Gestion », et congrès, comme GISEH, sont le support de nombreuses réflexions. L'hôpital doit faire face à un certain nombre de difficultés recensées par (Pascal.C, 2000) comme : « *le cloisonnement et la segmentation trop forte des activités, une hiérarchie trop lourde, le manque de cohérence dans les paramètres de l'organisation hospitalière, la démotivation des personnels, les fonctions de production non optimales, les problèmes de circulation de l'information* ».

Pour faire face à cette complexité de fonctionnement, les travaux entrepris à ce jour et rencontrés dans la littérature traitent de divers sujets notamment : la compétence des acteurs, l'efficacité économique, l'utilisation de technologie de l'information, la qualité de soins et la performance.

Une des raisons fondamentales de promouvoir la recherche sur la performance des hôpitaux publics est d'assurer l'utilisation optimale des ressources publiques, de détecter les problèmes qui affectent leur gestion et de développer leur capacité à offrir des services de qualité aux usagers. Il ressort de notre revue de la littérature que la plupart des recherches effectuées sur la performance hospitalière porte sur la qualité de soins. Il s'agit notamment des travaux pionniers de Donabedian sur la théorie de la qualité de soin publiés entre 1966 et 1997, ou encore ceux d'autres auteurs tels que Robert H. Brook (1975, 2017), Donald M. Berwick (1990, 1996) et Etienne Minvielle (1998, 2000) qui appréhendent la pluridimensionnalité du concept et la diversité de son niveau d'analyse dans le processus allant de la production à la consommation de soins.

En Algérie, dans le cadre de la modernisation de la gestion des hôpitaux, le gouvernement algérien a signé en 2009 une convention avec l'Union Européenne (UE) pour la mise en place d'un Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS) sur une durée de trois ans. Ce programme a pour objectif le renforcement des compétences du secteur de la santé, l'offre de services préventifs et curatifs et la mise en place des instruments et des outils de pilotage des établissements de santé (le Ministère de la santé, 2014) En effet, apprécier la performance des établissements de santé revient à intégrer une nouvelle logique de gestion dans un environnement spécifique ; autrement dit la diffusion des concepts et des outils de gestion issus des organisations marchandes dans le secteur public particulièrement une administration publique.

Problématique et hypothèses

La problématique centrale de notre travail s'articule autour de l'appréciation de la performance au sein de l'administration d'un établissement de santé, afin d'améliorer sa gestion et par conséquent son fonctionnement. Le débat de la recherche sur la performance hospitalière n'est pas un simple sujet de thèse. Il fait l'objet de plusieurs recherches académiques, des décisions institutionnelles et des réformes structurelles du système de santé sur le plan national et international.

L'analyse de la performance hospitalière peut être menée à différents niveaux : le niveau institutionnel, celui du système de soin ou encore celui de l'organisation.

C'est à ce niveau que s'inscrit notre recherche qui s'articule autour des questions suivantes : *comment mesurer la performance d'un établissement hospitalier public ; quelles en sont les dimensions et les critères de mesure ?* Ceci à partir d'une étude de cas, celle de l'établissement hospitalier universitaire d'Oran 1 novembre 1954 « l'EHU d'Oran ».

La performance hospitalière est multidimensionnelle. Son appréciation est tributaire de selon l'échelle d'évaluation retenue mais aussi de la vision des différents acteurs La performance est appréciée alors par chaque acteur comme un différentiel entre ses attentes et les réalisations.

Notre recherche s'est orientée vers la performance hospitalière plus précisément de la gestion administrative hospitalière. Cela nécessite de s'interroger sur la portée théorique et opérationnelle de ce concept.

Afin de répondre à cette problématique, nous avons construit une échelle de mesure de la performance hospitalière sur la base de six fonctions de l'administration de cet établissement, en visant a) l'aspect réglementaire intérieur qui consiste à voir l'application formelle du dispositif statutaire de la fonction publique représenté par la dimension « gestion administrative », b) la dimension « gestion des personnels » qui relève de l'importance et l'attention données d'une part à l'ensemble des tâches que toute administration doit réaliser (recrutement , gestion de la paie) et d'autre part à la recherche d'équilibre structurel, organisationnel et relationnel, parlant ici de la gestion de ressources humaines. Concernant l'analyse des conditions de travail, le climat social, la transmission de l'information, les rythmes de travail, les risques, l'autonomie et les tensions ; nous les avons abordés dans les quatre axes suivants : c) gestion des « infrastructures et matériels », d) « consommables (outils de travail) », e) « l'information » et f) « l'hygiène et sécurité ».

Suivant la démarche méthodologique de Churchill (Churchill Jr.G. A, 1979) pour la construction de notre modèle « échelle de mesure », nous avons classé nos indicateurs de mesure selon chaque axe cité précédemment afin d'apprécier l'impact, significatif ou non significatif, de chaque dimension sur la performance de cet établissement. Nous avons mobilisé l'utilisation des méthodes d'analyse statistique pour étudier les relations causales entre les différentes variables explicatives et la performance (impact positif ou négatif).

Pour cerner la proleptique de notre recherche, nous nous d'énonçons les hypothèses suivantes :

1. La dimension de la gestion administrative a-t-elle un impact significatif positif sur la performance ?
2. La dimension de la gestion du personnel a-t-elle un impact significatif positif sur la performance ?

3. La dimension de la gestion des infrastructures et du matériels a-t-elle un impact significatif positif sur la performance ?
4. La dimension de la gestion des consommables a-t-elle un impact significatif positif sur la performance ?
5. La dimension de la gestion de l'information a-t-elle un impact significatif positif sur la performance ?
6. La dimension de la gestion de l'hygiène et de la sécurité a-t-elle un impact significatif positif sur la performance ?

Objectif de la recherche

Notre principal intérêt accordé à ce sujet, la mesure de performance dans les hôpitaux publics algériens est considérée comme un champ de recherche quasiment vierge. La revue de la littérature purement théorique sur ce sujet nous n'a pas permis d'obtenir un consensus clair sur l'appréciation de la performance au niveau des établissements hospitaliers et les hôpitaux publics. Les études et les recherches sur ce sujet abordent des problématiques soit d'un point de vue étroit soit d'un point de vue plus global pour constituer un cadre de référence approuvé. Plusieurs ouvrages sont consacrés à l'étude de la performance et de ses modèles d'analyse de façon générale et dans plusieurs domaines. Ils constituent effectivement une source méthodologique de base. Nous citons à titre d'exemple : « Mesure de la performance financière de l'entreprise » de Pierre Paucher, le livre collectif Habard Business School Press « les systèmes de mesure de la performance », « Système décisionnels et pilotage de la performance » de Dominique Mollard. Ils ont une visée théorique sur l'investissement, les finances ou le processus de fonctionnement des entreprises ou des organisations dans le secteur public ou privé.

En revanche, les ouvrages consacrés aux systèmes de santé ou à l'étude de l'hôpital en particulier, sont en nombre limités ou ne font pas l'objet d'analyse pointue sur l'hôpital public. Ils s'attachent généralement à la qualité des soins, aux systèmes de santé internationaux ou bien à l'exploitation d'indicateurs traditionnels notamment les indicateurs financiers et économiques.

Notre revue de la littérature (ouvrages, livres, articles indexés) ne nous a pas permis d'avoir une vision précise ou une analyse synthétique de la performance des hôpitaux publics. Cependant, nous nous sommes basés sur des sources différentes émises par des organisations internationales ou nationales, juridiques ou économiques afin d'obtenir un modèle adéquat au contexte algérien.

Par ailleurs nous nous sommes donc orientés vers les professeurs de l'université, les personnels administratifs des hôpitaux ainsi que des professionnels de la santé et des spécialistes dans les domaines informatiques et techniques pour d'éventuelles orientations et conseils et bénéficier de leurs expériences professionnelles.

Nous avons donc eu une marge de liberté qui peut être considérée en même temps comme une contrainte, pour la constitution de cette échelle et l'analyse des résultats dégagés.

Cette tentative de construction d'une échelle de mesure de la performance administrative de l'hôpital, avec le choix des indicateurs et leur adaptation selon le contexte algérien s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la gestion publique et d'enrichissement des études effectuées dans les hôpitaux algériens d'une façon générale et dans l'établissement hospitalier universitaire d'Oran, ne particulier

D'autre part, cette étude se veut être une contribution pour aider les responsables des hôpitaux dans l'évaluation du processus de fonctionnement de leur organisation et l'appréciation de sa performance en se basant sur les informations et les techniques de gestion disponibles.

Dans notre recherche, nous tentons de créer un outil de gestion, une échelle de mesure de la performance adapté au contexte des hôpitaux algériens, afin d'implanter un modèle de gestion qui réponde aux attentes des responsables.

Méthodologie

Pour pouvoir apprécier la performance et soumettre les résultats de cette mesure à l'ensemble des décideurs, acteurs de l'hôpital et ses parties prenantes, l'hôpital et les établissements de santé doivent disposer d'instruments de mesure tels que le tableau bord ou le Balanced Scorecard et des outils de production et de diffusion d'informations efficaces, susceptible de mesurer des différents aspects de la gestion de l'hôpital.

Il est reconnu que la plupart des organisations publiques et plus précisément les organismes hospitaliers, ont recours à l'analyse de l'aspect financier pour l'évaluation de leurs performances. Cette évaluation repose sur l'utilisation des indicateurs financiers où l'aspect quantitatif reste dominant. Ceci est considéré parmi les arguments de notre choix consacré à la gestion administrative comme dimension de la performance.

Néanmoins, les autorités compétentes dans le système de santé ont entamé plusieurs tentatives d'évaluations de la performance sous ses différentes dimensions notamment la qualité de soins, l'amélioration de processus de fonctionnement interne à travers la mise en place de

projet de l'établissement, la charte de malade. Les décideurs au niveau de système de santé national en Algérie ont lancé des instructions d'ordre stratégiques et opérationnelles pour une évaluation de la performance de l'activité hospitalière qui réunisse les différentes dimensions de la performance financière et non financière ainsi que pour l'élaboration d'une maquette des différents indicateurs qui touchent l'ensemble des organismes de santé.

Nous nous intéressons dans notre travail sur *l'aspect non financier de la performance*. Nous avons donc tenté d'élaborer un set d'indicateurs de qualité s'intéressant à l'ensemble des activités administratives hospitalières, excepté la gestion financière où les indicateurs demeurent caractérisés par leur caractère quantitatif.

Consciente de l'importance de cette perspective, et en référence des travaux internationaux et des initiatives nationales, nous nous sommes inscrits dans cette démarche avec pour objectif de renforcer la qualité de la gestion administrative des hôpitaux, en tentant d'élaborer une maquette d'indicateurs qui permette de mesurer la qualité et l'efficacité du processus de la gestion administrative.

Afin de réaliser notre objectif, nous appliquons la démarche méthodologique de Churchill (1979). Ce modèle est utile dans la création et la construction des échelles de multiples ou multi-items. Le modèle vise à incorporer les conceptions de la théorie de la mesure ainsi que les techniques adéquates pour l'améliorer dans une démarche systématique.

Ce paradigme propose une procédure pour renforcer la validité et la fiabilité des mesures. Après avoir sélectionné des échelles, il s'agit, dans un premier temps, de les soumettre à l'analyse factorielle exploratoire puis au test de la fiabilité. Ensuite, la phase de validation, comporte l'analyse confirmatoire effectuée par la méthode des équations structurelles. Cette dernière représente une technique de modélisation dont le principal intérêt est la modélisation complexe de modèles théoriques.

Plan de la thèse

Nous avons précisé que ce travail de recherche est composé d'une revue de littérature et d'une enquête sur le terrain. La présente thèse sera donc structurée en deux parties :

La première partie présente le contexte théorique de notre travail où nous allons mettre l'accent sur la notion de la performance et le contexte hospitalier à savoir les définitions des concepts, les approches et les modèles théoriques ainsi que la revue de la littérature. Cette partie sera subdivisée en trois chapitres :

- Le premier chapitre est consacré à donner un bref historique et des définitions du concept de la performance, ses types ainsi que les trois approches de la performance à savoir l'approche multidimensionnelle, contingente et l'approche paradoxale.
- Le deuxième chapitre nous conduira à retracer la genèse du concept du service public et son cheminement dans le management public et ainsi que dans les organisations publiques dans le contexte international.
- Le troisième chapitre présente le contexte hospitalier, puis un état de l'art en gestion hospitalière. Nous aborderons par la suite le concept de la performance hospitalière tout en analysant le cadre institutionnel et organisationnel des organisations publiques hospitalières en Algérie. Nous passerons en dernier temps à la modélisation de la performance dans le contexte des organisations publiques hospitalière.

La deuxième partie est basée essentiellement sur notre travail d'investigation de terrain qui nous permettra de faire le lien entre ce qui est étudié théoriquement et explorer empiriquement afin de confirmer ou infirmer notre problématique de recherche. Cette partie comporte le chapitre quatre.

- Le quatrième chapitre est consacré à la présentation du terrain d'étude « l'établissement hospitalier universitaire d'Oran « EHU d'Oran » » ainsi que le cadre théorique de la méthodologie appliquée pour la réalisation de notre enquête empirique. Ensuite, il fait l'objet d'une analyse confirmatoire approfondie qui comporte l'analyse exploratoire et l'analyse confirmatoire qui nous permet de répondre à notre problématique de recherche et enfin évoquer l'adoption ou non de notre échelle de mesure comme un outil de gestion.

CHAPITRE I : LE CADRE CONCEPTUEL DE LA PERFORMANCE

Introduction

Nombreuse sont les recherches qui se sont penchées sur la conceptualisation de la performance.

Cette notion a été introduite dans divers domaines, et plus particulièrement dans le management. Nous visons dans ce chapitre à régénérer le concept de la performance à travers un état des lieux des recherches effectuées sur la notion de performance en sciences de gestion. Nous commençons par la présentation des différentes définitions et divers regards possibles sur le concept, nous étudierons par la suite les types de la performance. Finalement ce premier chapitre, nous permettra de mettre la lumière sur les différentes approches notamment financière et globale des organisations.

1. Le cadre de la performance et les principaux concepts

L'étymologie du concept de performance et son histoire révèlent une évolution intéressante. Selon le dictionnaire français (Larousse, 1971), l'origine du concept de performance, dans la langue française, remonte au milieu du 17^{ème} siècle. Issu de l'ancien français *parformance*, qui signifie accomplissement ou résultat réel, le terme se signale par son préfixe « per », que l'on retrouve dans « per-fection », de même que le « par » de l'ancien mot français parformer est celui qui subsiste dans le « par » de « parfait ». Quant au radical « formance », il renvoie au processus de formation de la perfection (Aubert.N, 2006).

Au début de 19^{ème} siècle, la performance désignait à la fois les résultats obtenus par un cheval de course et le succès remporté dans une course. Puis, il désigna les résultats et l'exploit sportif d'un athlète. Son sens évolua au cours du 20^{ème} siècle. Il indiquait de manière chiffrée les possibilités d'une machine et désignait, par extension, un rendement exceptionnel.

Ainsi, la performance dans sa définition française est le résultat d'une action, voir le succès ou l'exploit. Contrairement à son sens français, la performance en anglais « contient à la fois l'action, son résultat et éventuellement son exceptionnel succès » (Renaud.A, 2007, p. 03). L'autre définition, plus étroite et inspirée de l'Anglais, renvoie à l'idée de conduire une action jusqu'à son terme, de réaliser les objectifs (Lorino.P, 2003).

Selon (Ehrenberg .A, 1991) : la « performance » est le terme symbole/symptôme d'une société contemporaine mettant l'ensemble de ses composantes collectives et individuelles sous la pression de l'injonction à réussir. Si, au début du XXème siècle, la performance appartenait au champ lexical sportif, elle appartient désormais tout autant au monde de l'entreprise comme l'indiquent les analyses lexico-métriques de discours tenus par les managers et les entreprises (Boltanski.l, 2011) et (Heilbrunn.B, 2004). Cette articulation de la notion avec le champ organisationnel révèle une évolution du contexte économique des entreprises vers l'exigence d'une plus grande compétitivité, (Guenoun.M, 2009).

Dans le champ de la gestion, le mot « performance » prend des sens variables que l'on peut rattacher à l'un ou /et l'autre des trois sens primaires suivants (Bourguignon.A, 1995).

- La performance est *succès* : la performance renvoie à un résultat positif donc c'est une représentation de la réussite que l'on peut rattacher à une organisation ou un acteur. Elle ne peut pas se limiter seulement à la productivité économique.
- La performance est *résultat de l'action* : elle correspond alors à un résultat mesuré par des indicateurs.
- La performance est *action*. Elle désigne simultanément les résultats et les actions mises en œuvre pour les atteindre, c'est-à-dire un processus.

Dans la plupart des cas, le terme « performance » associe les deux premiers sens pour signifie le « résultat positif de l'action ».

Mais la performance peut aussi signifie « l'action qui mène au succès ». Le succès ne se mesure pas qu'a posteriori ; il se construit tout au long d'un processus de management qui définit et communique les résultats attendus, spécifie les activités à accomplir, contrôle des récompenses et l'information liées au résultat (Baird.L, 1986).

Selon (Dubnick. M.J, 2005) la performance est un terme vague et polysémique, qui renvoie à l'intentionnalité d'une action : « D'un contexte spécifique, la performance peut être associée à une gamme d'actions à partir de l'acte simple et banal d'ouvrir une porte de voiture, à la mise en scène d'une reconstitution élaborée de la musique de Broadway « Chicago ». Dans toutes ses formes, la performance se distingue du simple « comportement » en impliquant un certain degré d'intention ».

Les définitions précédentes de Bourguignon (1995), Baird (1986) et Dubnick (2005), suggèrent que la performance a nécessairement une dimension normative.

Selon (Aubert.N, 2006), de l'idée initiale d'une perfection en train de s'accomplir, la notion de performance est passée à celle d'un dépassement exceptionnel des résultats, suggérant une élévation des exigences sociales et une mise sous pression continue des individus : « l'exigence d'une performance toujours plus poussée semble ainsi devenue la norme absolue, aussi bien pour les entreprises que pour les individus : elle est à la fois un impératif économique pour des entreprises qui doivent se montrer toujours plus rentables, toujours plus compétitives dans le contexte d'une concurrence mondiale effrénée, et une norme de comportement qui exige des individus une certaine forme de rapport à soi, impliquant de dépasser sans cesse ses limites ». Certains auteurs font ainsi de la performance une valeur parmi d'autres (Hood.C, 1991). (Dooren.W, 2007) souligne que « performance » et « valeurs » sont des notions indissociables mais distinctes. Selon lui la performance est relative à l'action intentionnelle, à ce qui doit être fait, tandis que les valeurs sont ce à quoi les acteurs sont attachés, mais qui ne relèvent pas nécessairement de l'action. Les valeurs sont le cadre de référence de l'évaluation de la performance. La performance n'existe pas sans un système de valeurs.

Une définition générale : l'atteinte des objectifs organisationnels

Le concept de la performance se réfère essentiellement à « celui ou celle qui atteint ses objectifs » (Bourguignon , A, 2000). En effet, elle « relève de la mobilisation de ressources allouées à la mise en place de moyens permettant d'atteindre des résultats conformes aux objectifs poursuivis » (Cadiou.C, 2007).

Pour (Doriath, 2005), le concept de performance fait référence à « un jugement sur un résultat et à la façon dont ce résultat est atteint, compte tenu des objectifs et des conditions de réalisation ». La performance apparaît alors comme une donnée subjective propre à chaque organisation en fonction des objectifs qu'elle se sera fixés.

De nombreux auteurs vont rejoindre la définition donnée par Machesnay (Machesnay.P, 1991) via le triptyque « efficacité-efficienc-effectivité » : la performance est considérée comme « le degré de réalisation du but recherché ». L'analyse des buts fait apparaître trois mesures de la performance : l'efficacité (le résultat obtenu par rapport au niveau du but recherché), l'efficienc (le résultat obtenu par rapport aux moyens mis en œuvre) et l'effectivité (le niveau de satisfaction obtenu par rapport au résultat obtenu).

L'efficienc est définie comme l'usage rationnel des moyens dont l'on dispose pour produire un résultat. L'efficacité, quant à elle, exprime la mesure du rapport entre les résultats obtenus et les objectifs préalablement fixés.

Finalement, on entend par pertinence l'adéquation entre les moyens utilisés et les objectifs définis (Santo.V.M, « Le management public», 2007)

La performance aura alors pour but de mesurer l'efficacité des objectifs atteints, l'efficience des ressources engagées et l'effectivité des satisfactions retirées. Comme le révèle cette définition, l'efficacité, apparaît comme le fer de lance de la performance.

Nous nous constatons donc qu'il existe une multitude de définitions relatives au concept de la performance, lui donnant par la même occasion un caractère « polysémique » (Stewart.J, 1994)et « flou » (Jackson.P.M, 1993)

Elle est pour la plupart non pas un concept défini mais une construction intellectuelle, « un construit » (Quinn.R.E, 1983) (Olivier.V, 2001) C'est-à-dire un objet difficile à représenter, à observer, à mesurer. Elle n'est donc pas un objet directement observable et mesurable. Elle suppose ainsi la mise en place d'un certain nombre d'indicateurs permettant de la représenter et de la mesurer.

La difficulté d'appréhender cette notion provient également de sa nature relative, subjective voire paradoxale. Ainsi, si les attentes sont contradictoires, elle peut parfois revêtir une forme paradoxale : « La performance a autant de facettes qu'il existe d'observateurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation [...] Le concept possède ainsi autant de significations qu'il existe d'individus ou de groupes qui l'utilisent. Pour un dirigeant, la performance pourra être la rentabilité ou la compétitivité de son entreprise ; pour un employé, elle pourra être le climat social ; et pour un client, la qualité des services rendus. La multiplicité des approches possibles en fait un concept surdéterminé, et curieusement, il demeure indéterminé en raison de la diversité des groupes qui composent l'organisation » (Saulquin.J.Y, 2007, p. .61).

En effet, selon Saulquin et Schier, le concept peut permettre une panoplie d'interprétations en fonction du contexte dans lequel il est utilisé. Le terme prend un sens tout à fait différent qu'il s'agisse de performance économique, sociale, sportive ou même organisationnelle.

Dans une perspective managériale, la détermination de la performance va au-delà d'une question de vocabulaire ou de son champ sémantique. Elle participe à l'analyse des stratégies organisationnelles, « Une organisation peut être en même temps performante selon un critère ou une vision de la performance, tout en étant non performante selon d'autres critères de performance, Quinn (1988) cit dans (Sicotte et al,1999) (Cambon.J, 2007).

Cohen (Cohen.E, 1994) présente pour sa part, une définition à la fois originale et synthétique de la notion de performance qui pour l'auteur, se doit d'être multidimensionnelle. Les

différentes approches proposées par l'auteur sont décrites dans le tableau ci-après (Yaya.H, 2003).

Tableau 1 : les différentes approches de la performance selon Cohen (1994)

Approche	Caractéristiques et indicateurs	Acteurs concernés
Stratégique	<ul style="list-style-type: none"> • Orientations globales de l'entreprise. • Adéquation des structures aux orientations. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigeants • Concurrents
Organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Adéquation des structures, de la répartition des tâches, des procédures, du fonctionnement par rapport aux missions dévolues à l'entreprise. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigeants • Concurrents
Sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Appréciation des relations professionnelles et de travail dans l'entreprise. • Évaluation de l'aptitude des dirigeants et de l'encadrement à réguler les relations entre groupes sociaux, à anticiper ou traiter les conflits, à susciter une adhésion aux objectifs et projets de l'entreprise et de ses composantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigeants • Salariés et représentants des salariés • Pouvoirs publics.
Technico-économique	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité des processus productifs • Appréciation de la capacité d'adaptation à court et moyen termes face à une évolution de l'environnement, des marchés et des technologies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigeants
Marketing	<ul style="list-style-type: none"> • Appréciation de la capacité à percevoir les besoins et les pressions du marché. • Appréciation de l'efficacité des méthodes d'études et d'actions commerciales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigeants
Financière	<ul style="list-style-type: none"> • Appréciation de la capacité de l'entreprise à maintenir un niveau de rémunération satisfaisant sur sa production et ses ventes. • Appréciation de la capacité de l'entreprise à assurer la rémunération des capitaux mis à sa disposition. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigeants • Bailleurs de fonds • Propriétaires, actionnaires et prêteurs.

Source : (Cohen.E, 1994)

La performance se trouve aussi dans l'organisation d'un établissement, partie fondamentale incombant au dirigeant pour gérer l'ensemble de son personnel et des services (Saint-Brice.R, 2014). La manière pour atteindre cette performance dans l'organisation d'un établissement est retracée par plusieurs critères notamment la coordination entre les services, la coopération et les relations entre les personnels, la communication et le contrôle. La performance est donc un concept polysémique, appelé « mots-valises » ou « mots-éponges »¹ dont le sens varie selon le contexte adopté.

¹Métaphore d'Albert Jacquaru, citée par GtLseRT et PARLIER (1992) : « Si l'éponge absorbe toutes les substances qu'elle rencontre, elle se vide lorsqu'on la presse : un mot peut s'enrichir de tous les sens attribués par ses utilisateurs, mais, employé à tout propos, il ne restitue plus aucune signification ».

Bourguignon (1997) dégage une définition plus au moins générale applicable au domaine des sciences de gestion : « La performance désigne la réalisation des objectifs organisationnels, quelles que soient la nature et la variété de ces objectifs. Cette réalisation peut se comprendre au sens strict (résultat, aboutissement) ou au sens large du processus qui mène au résultat (action). La performance est multidimensionnelle, à l'image des buts organisationnels ; elle est subjective et dépend des référents choisis (buts, cibles) » (Bourguignon.A, 1997, p. 4).

Nous nous penchons dans notre étude sur la performance d'une organisation. Cette dernière peut être une entreprise ou une organisation publique, université, hôpital, collectivité locale ; dans le cas d'une organisation publique, La performance s'étudie au regard des objectifs et des attentes des usagers de l'organisme ou de l'établissement ainsi que de ses parties prenantes, en prenant en compte le contexte dans lequel elle se réalise. D'où la nécessité de préciser les trois aspects essentiels que sont les objectifs, les attentes et le contexte.

La notion de la performance organisationnelle, selon plusieurs auteurs, peut être abordée sous différents angles, qui touchent un large périmètre de définitions et d'approches. Il existe quelques variations dans les définitions proposées.

Tableau 2 : Les différentes perceptions de la performance

Auteurs	Perceptions de la performance
Fayol H	L'organisation performante est celle qui parvient à faire mieux avec le même effort.
Georgopoulos B.S. et Tannenbaum A.S	La performance organisationnelle est le degré auquel une organisation en tant que système social et compte tenu de certaines ressources et certains moyens, atteint ses objectifs sans mettre hors d'état ses moyens et ses ressources sans demander un effort de la part de ses membres.
Seashore S. E Yutchman E Mahoney T.A Weitzel. W	La performance est la capacité d'une organisation à exploiter son environnement dans l'acquisition de ressources rares et essentielles à son fonctionnement. La performance est l'action efficiente et productive.
Lewin K.	Les groupes performants sont ceux qui sont plus créatifs que les autres et plus productifs.
McGregor. D	La performance organisationnelle s'évalue par l'atteinte des objectifs organisationnels et par l'utilisation optimale des ressources humaines.
Likert. R	La performance d'une organisation peut s'apprécier par sa réussite économique et par la qualité de son organisation.

Argyris. C	La performance réside dans l'intégration des objectifs individuels et organisationnels
Klein.C	La performance financière est définie « ... comme la conquête d'une part de marché supplémentaire, la signature d'un contrat international important, le rachat d'une autre société, une politique boursière active...en fonction de l'intérêt des divers agents économiques qui sont en cause... »

Source: (Tchankam .J.P, 1998, p. 53)

2. Les types de la performance

2.1. L'approche financière de la performance

La performance financière est considérée comme la vision traditionnelle de la performance, elle a pour but la maximisation de la rentabilité économique et financière pour l'actionnaire.

La comptabilité classique est la modélisation de système de mesure de la performance financière de l'organisation. La comptabilité est composée de normes et conventions reconnu à l'échelle mondiale, c'est « produire une représentation chiffrée d'une entité économique (Amblard.M, 2007) ». Ce système de mesure permet de diviser l'objectif principal de l'organisation qui est la maximisation du profit pour les actionnaires ou les dirigeants de l'organisation en objectifs opérationnels et maîtrisables à une échelle gestionnaire. La comptabilité vise donc à mesurer le résultat net par le biais des indicateurs, ceci constitue le système de pilotage de l'aspect financier de toute organisation.

L'approche financière a été le sujet de plusieurs critiques, depuis 1980, ou les chercheurs ont contrarié la dimension court-termiste de réalisation de profit avec les moins ressources possible (Pesqueux.Y, 2002), à titre d'exemple la maximisation du profit pour le versement des dividendes pour les actionnaires. Cette perspective est remise en cause par (Johnson.H.T, 1987) Ensuite, le progrès technique qu'a connu le domaine économique à partir des années 1990, les conséquences de cette évolution scientifique et les mutations technologiques ont mis en évidence l'incohérence de cette approche financière en imposant les besoins en investissement. Ainsi que, la méthode d'appréciation qui se repose sur des données et informations chiffrées, ces derniers sont facilement maîtrisables en fonction des objectifs fixés.

Cependant, on perçoit que l'approche financière ne touche pas tous les aspects de l'organisation et elle est insuffisante pour appréhender l'ensemble des enjeux auxquels fait face tout

organisme dans n'importe quel secteur (public ou privé), « Les mesures à court terme devront être remplacées par de multiples indicateurs non financiers qui constituent de meilleures cibles et ont une meilleure valeur prédictive quant aux objectifs de rentabilité à long terme de l'entreprise » (Löning.H, 2003). De plus, cette approche est basée sur une appréciation des conséquences opérées par des décisions prises dans le passé, donc la mise en place d'un système de pilotage guidé vers l'avenir est nécessaire.

L'aspect financier a été la dimension dominante dans l'évaluation de la performance de l'organisation, il s'agit d'apprécier la quantité et la qualité des ressources exploitées nécessaires au bon fonctionnement de l'organisation ; c'est la rentabilité. Cette dernière est peut-être appréciée à partir de la variation de l'activité et de la rentabilité des investissements et des ventes.

Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés dans la mesure de la performance financière, le bénéfice net, ou la perte nette, la productivité, le chiffre d'affaires et le profit.

2.2. L'approche globale de la performance

L'approche globale représente l'aspect non financier de l'organisation, elle est appelée aussi l'approche mixte car elle rassemble toutes les autres dimensions non financières de l'organisation notamment l'aspect social, humain, managérial et organisationnel.

Cette approche doit accomplir les insuffisances de l'approche financière, en mesurant les interactions entre les différents aspects cités précédemment, grâce à des méthodes et des indicateurs adaptés à chaque dimension.

L'approche globale semble plus appropriée pour l'organisation par rapport à l'approche exclusivement financière, puisqu'elle permet d'utiliser une large palette d'indicateurs dynamiques et adéquats au temps selon chaque dimension de la performance.

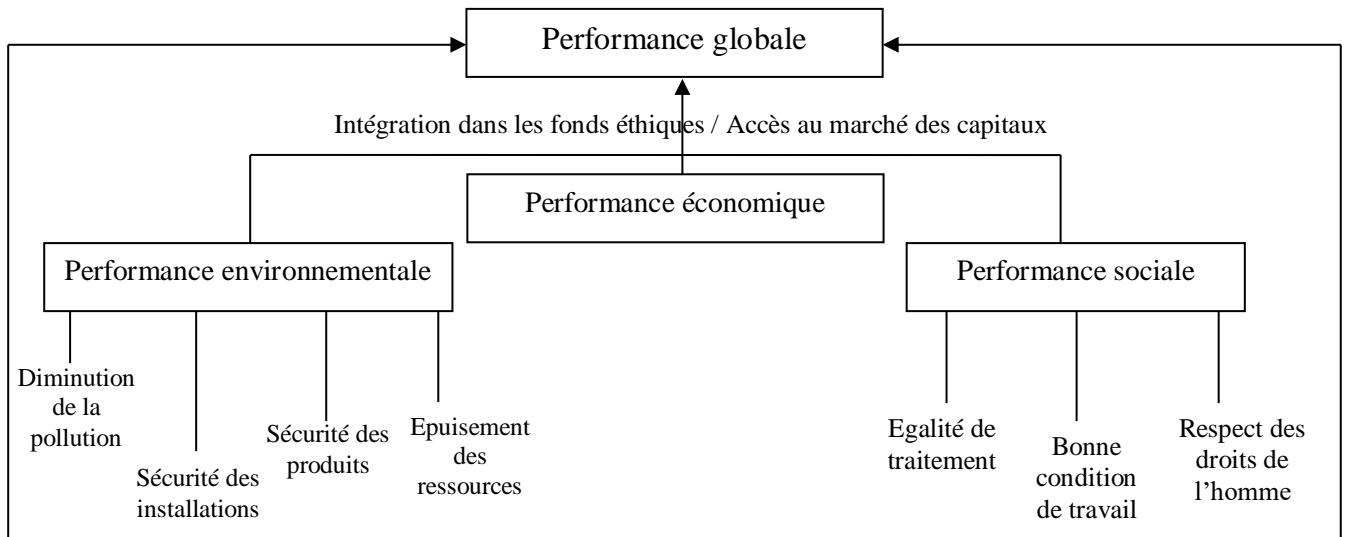
Le modèle de Balanced Scorecard de Kaplan et Norton est le plus réputé pour la mesure de la performance, car il est fait la modélisation selon quatre axes à savoir (financier, client, processus interne et apprentissage organisationnel).

Cependant, l'approche non financière dit mixte est plus convenable pour les décideurs et les gestionnaires de l'organisation afin de comprendre et assimiler les liens entre les différents objectifs opérationnels en permettant, l'allocation optimale des ressources afin de parvenir à l'objectif stratégique de l'organisation.

Selon (Baret.P, 2006, pp. 1-24.)« la performance globale est l'agrégation des performances économiques, sociales et environnementales », il apparaît donc que la performance est un

concept multidimensionnel difficile à évaluer et d'autant plus d'apprécier les interactions entre ses différentes dimensions.

Figure 1 : Les composantes de la performance globale



- Diminution des coûts directs (diminution du gaspillage)
- Diminution des risques d'accidents et juridiques
- Image/Gain de parts de marché
- Opportunité de création de nouveaux produits

- Diminution de probabilité d'occurrence d'événements spectaculaires (grèves, boycotts)
- Augmentation de la motivation des employés
- Facilité de recrutement de cadres

Source : La performance globale (Reynaud.E, 2003)

Capron (Capron.M, 2006) définit aussi la performance globale « comme une visée (ou un but) multidimensionnelle, économique, sociale et sociétale, financière et environnementale, qui concerne aussi bien les entreprises que les sociétés humaines, autant les salariés que les citoyens ». A partir de ces définitions nous allons aborder par la suite les différents types de performance.

2.2.1. La performance économique

La performance économique réside dans la survie de l'organisation ou de l'entreprise et leur capacité à atteindre les objectifs économiques fixés. Ces objectifs peuvent être à long terme, tels que la croissance et le développement de l'entreprise ou à court terme, tels que la stabilisation économique en réponse à des événements soudains et imprévisibles.

La compréhension de la performance économique peut aussi provenir d'une analyse éclairée du compte de résultat (Marmuse.C, 1997). Dans ce cas elle se comprend comme la rentabilité de l'entreprise et le bénéfice net ou la perte nette sont alors des mesures permettant aux actionnaires d'estimer la rentabilité de l'entreprise et d'apprécier sa performance.

L'évaluation de l'aspect économique de la performance repose sur plusieurs critères et indicateurs. En se basant sur les travaux de Sainsaulieu et al (Sainsaulieu.R, 1998), on peut citer quelques critères : la qualité des produits et services, l'économie des ressources, la productivité, la compétitivité, la rentabilité, le profit, le respect des délais, le développement technologique.

Charreaux (Charreaux.G, 1998) a relié la performance à la création de la valeur dans l'entreprise. Cette valeur créée revient aux propriétaires, actionnaires et les salariés de l'entreprise. Dans la théorie économique néoclassique, l'entreprise doit consommer des ressources financières et exploiter des ressources humaines pour avoir un produit marchand à travers un processus de transformation. Ce produit doit être vendu avec un prix supérieur au cout de sa production. Ceci constitue le processus de création de la valeur.

En effet, la performance économique de l'entreprise consiste à l'augmentation de sa production pour l'optimisation de la valeur créée pour un certain niveau de ressources et de conditions de marché (concurrence pure et parfaite) selon les conditions néoclassiques.

Cette théorie ne reflète pas la complexité de la création de la valeur lors du processus de production au sein de l'entreprise. Citant à titre d'exemple, la maximisation de volume de production est un objectif à court terme, ce qui rend l'entreprise performante durant cette période ou le moment où elle a réalisé son objectif de maximisation. Donc l'appréciation de la performance a été limité pour un seul aspect (économique) en ignorant les autres visions comme les notions d'interaction entre les acteurs et leurs comportements ne sont pas prises en considération. Nous constatons donc que la performance est une notion complexe, constituée de nombreux facteurs assurant la création de la valeur sur le long terme.

2.2.2. La performance sociale

La performance sociale de l'entreprise ou d'une organisation représente la satisfaction et le bien-être des salariés dans l'entreprise. L'amélioration de bien-être passe par la résolution des problèmes existants au sein de l'entreprise, tels que l'absentéisme, le stress, les problèmes relationnels ou encore le harcèlement moral².

Wood (Wood.D.J, 1991) a défini la performance sociale d'une entreprise comme « une configuration des principes de l'entreprise ou d'une organisation, de processus de réactivité sociale, de politiques, de programmes et de résultats observables dans la mesure où ils se rapportent aux relations sociétales de l'entreprise. ». On peut déduire de cette définition que la

²<https://grh.ooreka.fr/astuce/voir/721433/performance-sociale> consulté le 10/10/2018

performance sociale représente le niveau de satisfaction atteint par le personnel participant à la vie de l'entreprise (la vie intérieure de l'entreprise).

Selon les auteurs de la théorie des relations humaines, la satisfaction de besoin non économiques des personnels mène à une amélioration de la valeur ajoutée de l'organisation. Cette idée est développée à travers de nombreuses analyses. Les enquêtes à l'atelier de Hawthorne de la Western Electric (Roethlisberger.F.J, 2003) et les analyses de Maslow (Maslow.A, 1954) prouvent que l'implication de la personne et son incitation de s'engager dans son travail sont les résultats de la satisfaction de ses besoins affectifs et de son développement intellectuel. Ces études montrent que l'existence de liens de solidarité entre les salariés, des relations de confiance entre les responsables et les employés, la mobilisation collective sur les objectifs et la sensation de sécurité et d'appartenance, ce style de commandement attentif, augmente la productivité et favorise le développement de l'entreprise.

En fonction des secteurs d'activité, plusieurs objectifs participent à l'amélioration du niveau de la performance sociale de l'entreprise. On peut citer entre autres

- Le renforcement des résultats économiques,
- La réputation et l'image de l'entreprise,
- Le réconfort organisationnel,
- La consolidation du niveau de compétence des collaborateurs

L'évaluation de l'aspect social de la performance recouvre deux types de critères, des critères objectifs et des critères subjectifs. Ces derniers représentent le niveau de ressenti, le climat social et la satisfaction du personnel, ce qui rend difficile à mesurer quantitativement la performance sociale.

Il existe plusieurs indicateurs pour mesurer la performance sociale de l'entreprise. Citant à titre d'exemple : le taux de départ dans l'entreprise ; l'absentéisme ; le pourcentage d'intérimaires dans l'entreprise ; les promotions internes ; la santé psychologique ; les accidents de travail ; l'absence de discrimination liée aux sexes, âges, origines ; l'accompagnement des changements, les réorganisations, la restructuration, l'investissements/équipements de sécurité, les arrêts maladies,

2.2.3. La performance sociétale

Longtemps étude de la performance a été limitée dans son aspect financier, et réduite à une logique de rentabilité financière et économique pour les actionnaires ou l'entreprise.

Depuis plusieurs années, l'analyse de la performance de l'entreprise s'est élargie à des approches plus globales notamment l'approche dite des parties prenantes (stakeholders) (Atkinson A.A., 1997). L'idée que les entreprises ne doivent pas se concentrer seulement sur le profit mais aussi sur l'impact de leur existence dans la société et sur les relations avec leur environnement.

Appelée aussi la performance sociale externe, la performance sociétale désigne la responsabilité de l'entreprise à l'égard de la société, d'où vient le concept de **RSE** « *la responsabilité sociétale de l'entreprise* ». D'origine américaine, le concept de RSE ou de la citoyenneté d'entreprise est apparu pour la première fois en 1950. Plusieurs recherches ont été effectuées et des réflexions ont évolué à travers les décennies afin de cerner ce phénomène.

L'organisation de coopération et de développements économiques (OCDE) considère qu'on « *s'entend en général pour dire que les entreprises dans une économie globale sont souvent appelées à jouer un plus grand rôle, au-delà de celui de création d'emplois et de richesses et que la RSE est la contribution des entreprises au développement de la durabilité; que le comportement des entreprises doit non seulement assurer des dividendes aux actionnaires, des salaires aux employés et des produits et services aux consommateurs, mais il doit répondre également aux préoccupations et aux valeurs de la société et de l'environnement* ».

La performance sociétale est appréciée à travers plusieurs critères parmi lesquels : la réputation et l'image de l'organisation, une bonne image de marque ; un accroissement de la part de marché, la crédibilité et la confiance accordées à l'organisation ; la reconnaissance du mérite (LAHLOU. C).

2.2.4. La performance humaine

La performance humaine au sein des organisations est directement liée aux comportements des salariés ou du personnel dans l'accomplissement de leurs missions. Ainsi, on peut dire que les employés ou les salariés sont considérés comme la première source qui produit des résultats, et que le résultat individuel de chaque individu (salarié / employé) de cette organisation servira au résultat global attendu par les responsables. La performance humaine est perçue donc comme le facteur essentiel contribuant à la performance économique de l'entreprise.

Plusieurs auteurs ont démontré l'importance du facteur humain dans la construction de la performance (Raymond.L, 2005) précise que ce sont les compétences des salariés qui alimentent le système interne de l'organisation et permettent la performance.

Cependant, si l'objectif principal de la mesure et de l'évaluation de la performance humaine est d'améliorer les résultats de l'entreprise, les objectifs spécifiques sont répertoriés dans :

- L'augmentation de la productivité,
- L'amélioration de climat et milieu de travail (épanouissement personnel),
- La formation continue de personnel,
- La carrière plan/promotion/rémunération
- L'amélioration de la communication et relations interpersonnelles
- La diffusion de la politique de l'entreprise (Cardoso.E, 2019, p. 42).

La mise en place d'un système de relations professionnelles (Arnaud Mias, John T. Dunlop., 2012,)et un système de dialogue social poussé (Laroche, 2002, p. 159)vont impacter la performance humaine et engendrer des règles de gestion et de fonctionnement tendues vers les objectifs cités.

2.2.5. La performance organisationnelle

L'analyse de la performance organisationnelle est un champ d'étude très large. Selon les auteurs elle peut être abordée sous différents angles. Elle est l'une des principales problématiques étudiées dans le domaine de la théorie organisationnelle (Steers.R.M, 1975); (Zammuto.R.F, 1982); (Handa.V, 1996).

March (March.J, 1997) définit la performance organisationnelle comme la mesure dans laquelle une organisation est capable d'atteindre ses buts. Elle est mesurée à l'aide d'indicateurs, tels que :

- L'augmentation de production et de vente,
- La diminution des couts relatifs aux accidents de travail.
- Le degré de rendement des actionnaires ou des associés
- Le degré d'implication des employés

Tandis que sur le plan individuel, la performance est mesurée selon l'atteinte des objectifs fixés préalablement aux salariés de l'organisation ou de l'entreprise relativement à leur poste ou fonction.

Cependant, afin de mesurer de la performance d'une organisation, il faut prendre en compte les différentes perceptions des divers intervenants notamment les employés, le pouvoir des responsables, intervenants ainsi que les parties prenantes (Hassard.J, 1993).

Les auteurs Morin, André et Beaudin (Morin.E, 1994)proposent dans leur livre « l'efficacité de l'organisation », quatre dimensions de la performance organisationnelle :

- L'efficacité économique,
- La pérennité de l'organisation,
- Sa légitimité environnementale et acceptabilité politique, et
- Sa cohésion sociale engendrée par ses valeurs (des ressources humaines).

2.2.6. La performance stratégique

La performance stratégique d'une entreprise peut être appréhendée par sa capacité à réaliser les objectifs et atteindre les buts qu'elle s'est fixé préalablement en exploitant les ressources dont elle dispose et les compétences qu'elle a acquises.

Le concept de stratégie définit les objectifs et les procédures à long terme ; ces derniers doivent être analysés par les mesures de la performance stratégique, ce qui rend sa mise en œuvre primordiale dans la politique de l'entreprise.

La performance stratégique repose à la fois sur l'utilisation rationnelle du potentiel existant de l'entreprise et le développement de la politique concurrentielle afin d'assurer sa position dans son environnement. On parle alors d'évaluation de l'efficacité de l'entreprise (atteinte des buts) ainsi que de son efficacité (minimisation de la consommation des ressources pour la réalisation d'une activité donnée) (Marion.A, 2012). (Marr.B, 2003) exposent les raisons fondamentales pour évaluer la performance stratégique de l'entreprise

- Influencer le comportement des employés,
- Le besoin de contrôle, de motivation et de récompense
- La gestion des relations avec les parties prenantes donc la communication externe et
- La vérification de la stratégie de l'entreprise,

(Knapkova.A, 2011) rajoutant un facteur essentiel qui réside dans les obligations fixées par la loi et par les autorités compétentes. En revanche, Marr (Marr.B, 2003) montre dans ses recherches montre que les raisons les plus importantes sont les besoins de la direction de l'entreprise, la planification à court et long terme ainsi que la prise de décision quotidienne.

Nous retenons donc la définition de..... « Une entreprise stratégiquement performante est celle qui parvient à maîtriser dans le temps une part importante du marché. Finalement, si les clients lui font confiance et achètent ses produits plutôt que d'autres, c'est qu'ils répondent à leurs critères de décisions, et plus largement, aux « facteurs clés de succès » du marché ». Marion et al (2012).

2.2.7. La performance managériale

Govindarajan et al (Govindarajan.V, 1985) définirent la performance managériale comme le degré selon lequel le manager et le service qu'il dirige atteignent les objectifs sur l'ensemble des dimensions attendues.

Afin de développer la performance managériale, les responsables ont intérêt à favoriser la transmission de l'information au sein de l'organisation par le biais des techniques de communication hiérarchique, salariale ou transversale visant à la compréhension mutuelle. Ceci permettant aux contrôleurs de gestion d'accomplir leurs tâches plus aisément.

Siegel et al (Siegel G., 2003) démontrent que le contrôleur de gestion influence amplement la qualité de l'information transmise aux responsables et le degré de son utilisation. Le contrôle de gestion est considéré comme un outil primordial pour l'évaluation la performance managériale.

Afin de renforcer les recherches dans le domaine de contrôle de gestion et les pratiques managériales, Govindarajan et Gupta ont réalisé une échelle de mesure de la performance managériale. Cette échelle a été utilisée et introduite depuis 1985, dans plusieurs études managériales notamment celles de contrôle de gestion et de management participatif par exemple l'étude de Nouri (Nouri.H, 1998), L'échelle Govindarajan et Gupta est constituée de huit dimensions (Godener.A, 2017) :

- Qualité des réalisations
- Quantité de réalisations
- Délais de livraison des réalisations
- Développement personnel
- Atteinte des objectifs budgétaires
- Programmes de réductions des coûts
- Affaires politiques
- Développement de nouveaux types de réalisations.

2.2.8. La performance technologique et commerciale

Les recherches des auteurs pionniers sur la performance technologique et commerciale résident dans la promotion et l'amélioration des résultats liés à l'activité commerciales de l'entreprise. L'appréciation de la valeur des résultats de l'activité commerciale facilite les taches des

responsables dans la prise des bonnes décisions stratégiques et managériales, et leur permet de rendre l'entreprise plus compétitive.

L'entreprise renforcera sa place compétitive dans le marché par la satisfaction de ses clients tout en performant son activité commerciale. On parle donc de la performance commerciale. Selon C. Bughin, (2006) ; P. Ngobo et A. Ramarosan, (2005), L. Sin et A. Tse, (2000) la satisfaction des clients de l'entreprise doit être l'objectif principal de ses responsables qu'elle est considérée comme le pilier de la dimension financière de l'entreprise.

Plusieurs indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent de mesurer la performance commerciale, notamment, le chiffre d'affaires, le profit, la satisfaction de la clientèle, la qualité de produit-service, les coûts et les prix de production, la réputation et l'image de l'entreprise, les parts de marché parce (Furrer.O.F, 2003). Le système de mesure de la performance commerciale repose d'une façon générale sur les réalisations des activités.

Ainsi pour une entreprise, l'augmentation des ventes et par conséquent du chiffre d'affaires, la diminution des délais de livraison et toutes ses activités commerciales nécessitent un système d'information crédible et pertinent pour sa gestion. L'utilisation des technologies de l'information et de la communication est devenue indispensable dans les entreprises et les organisations.

Audet (Audet.J, 2003) précise dans son article que dans l'entreprise, plusieurs membres participent aux efforts d'information. La firme jouit ainsi d'un réseau couvrant un large un large spectre d'acteurs allant du monde des affaires à l'État en passant par les responsables de tous les niveaux hiérarchiques, décisionnels (Nwamen.F, 2006). Il existe une forte relation entre l'utilisation des TIC (technique d'informations et de communication) et la recherche et le développement de produit –service de l'entreprise.

La performance commerciale est amplement influencée par la technologie de l'information. Lorsque les responsables des organisations et les dirigeants d'entreprise utilisent les TIC, la circulation de l'information dans l'entreprise devient plus fluide, les responsables reçoivent et diffusent en temps réel l'information afin d'assurer la bonne marche de l'organisation.

L'utilisation des Techniques d'information et de communication d'une façon efficace augmente la productivité de l'entreprise qui améliore par la suite sa performance commerciale et par conséquent sa performance globale.

3. Les approche de la performance

Comme nous l'avons déjà évoqué, la performance est un concept multidimensionnel, difficile à cerner dans tous ses dimensions, parce qu'il est utilisé pratiquement dans tous les secteurs d'activités. Cette généralisation est considérée parfois comme un inconvénient car on peut lui donner toutes les significations voulues, quelle que soit la réalité dans laquelle elle s'insère (Teil.A, 2002), (Sénéchal. O, 2004).

La performance peut être considérée comme un concept générique englobant plusieurs notions telle que l'efficacité, l'efficience, la productivité. Néanmoins, selon certains auteurs comme Sicotte et al, (1999), Champagne et Guisset, (2005) proposent un consensus visant à caractériser la performance comme un concept multidimensionnel, contingent et paradoxal.

3.1. Un concept multidimensionnel

Selon (Champagne.F, 2005), la « performance est un concept aussi vaste, qu'insaisissable » ce qui explique l'existence de trois différentes approches.

Dans la littérature théorique relative à la performance, il existe différentes définitions et approches du concept de performance. Cette variété et multitude de conception et de modèles démontrent et valident que c'est un concept multidimensionnel dont la performance organisationnelle constitue la dimension la plus réputée puisqu'elle englobe les divergentes perceptions de la performance, Car selon (Quinn. R.E, 1988) « Une organisation peut être en même temps performante selon un critère ou une vision de la performance tout en étant non performante selon d'autres critères de performance »³.

En effet, l'évaluation des résultats de l'activité de l'organisation ne se résume pas au seul aspect financier autrement dit, la dimension économique de l'organisation, mais englobe également d'autres dimensions notamment, la productivité, la qualité, aspect social, et environnemental.

C'est pourquoi, les modèles qui se basent sur une seule dimension de la performance ne permettent pas aux analystes et spécialistes du domaine d'obtenir une appréciation globale de la performance.

Des modèles complexes tels que les modèles méthodologiques notamment le modèle zéro le défaut, modèle comparatif, les modèles basés sur la triade de Donabeian sont intégrés dans l'approche multidimensionnelle du concept de performance étant donné qu'ils prennent en considération plusieurs dimensions et caractéristiques de la performance, en même temps.

³ Cité dans (Sicotte.C, 1999)

3.2. Un concept contingent

Afin de surmonter le problème de la nuance de classification des approches et modèles de performance dans la littérature de management organisationnel, certains auteurs ont proposé l'utilisation de différents modèles simultanément car selon eux, il est impossible de cerner la multi-dimensionnalité du concept dans un seul modèle.

L'approche contingente est considérée comme la solution offerte par ces auteurs spécialisés à savoir le choix d'un ou de plusieurs modèles sur la base du sujet et le contexte étudié. Cameron & Whetten, (1983) ; S'Aunno (1992) ; Goodman & Pennings, (1977) ; Quinn & Rohrbaugh, (1983) sont parmi les auteurs qui ont synthétisé et incorporé dans la littérature de management les modèles qui englobent les principaux critères de performance (Sicotte.C, 1999).

3.2.1 Modèle de l'atteinte des buts/rational (accomplissement des objectifs)

Le modèle de l'atteinte des buts autrement dit modèle rationnel ou accomplissement des objectifs suppose une vision rationnelle et instrumentale de l'organisation selon Price (1972).

Ce modèle est le plus utilisé par les praticiens de différents domaines. Il correspond à la conceptualisation fonctionnaliste et rationnelle de l'organisation et est considéré depuis son apparition comme la perspective la plus répandue dans la théorie des organisations.

Comme chaque organisation a des objectifs à accomplir comme par exemple l'augmentation du chiffre d'affaires, la capacité de production et la qualité de produit ou du service, la réflexion se pose particulièrement sur le degré selon lequel les décideurs et les responsables parviennent à concrétiser leurs attentes en termes de politique de gestion (Sicotte et al 1999) ; (Champagne. F, 2003).

Ce modèle a connu des critiques sous prétexte de la difficulté de rendre les objectifs de l'organisation plus précis et réalisable ((à ne pas confondre entre les objectifs de l'organisation et les objectifs individuels des personnels) en les classifiant par ordre de priorité selon la stratégie de cette organisation.

Cameron précise que le modèle d'atteinte des buts n'est pas toujours apprécié car l'obtention d'un consensus entre les personnels (responsables et personnels) d'une organisation sur les buts à atteindre est difficile (Cameron.K.S, 1978).

3.2.2 Modèle de processus interne (orientation vers les processus internes)

Le modèle de processus interne met l'accent sur le fonctionnement interne de l'organisation selon les normes préalablement établies. Cette perspective de la théorie organisationnelle repose sur les éléments du processus interne de l'organisation tels que le circuit et flux d'information, la chaîne de production, les mécanismes de prise de décision et ils sont considérés comme les principaux centres d'intérêt.

Cependant, si le modèle de l'atteinte des buts focalise sur les finalités et les résultats de l'activité de l'organisation ou l'entreprise, le modèle des processus interne s'intéresse non seulement aux outputs (quantité et qualité des biens et services) mais aussi à la façon et la manière dont cette organisation parvient à les produire donc la qualité des processus de production, (Ketchen.D. J, 1996).

L'introduction des TIC dans la gestion d'information ainsi que la gestion de la qualité sont considérés comme l'exemple type de cette préoccupation.

La mesure de la performance selon ce modèle est basée sur la mesure de l'efficacité du processus interne de l'entreprise comme à titre d'exemple la chaîne de production, Champagne. F (2003). L'appréciation de la performance de l'organisation est faite en termes de coordination, sécurité, d'intensité, et de volume de production, (Contandriopoulos. A. P, 2008)

3.2.3 Le modèle de l'acquisition des ressources (système ouvert sur l'environnement)

Lorsque les organisations sont perçues comme des systèmes ouverts, une grande importance est alors accordée aux relations établies entre l'organisation et son environnement. L'acquisition et le maintien d'un niveau adéquat de ressources, la capacité d'innover et de se transformer en vue de s'adapter aux changements de son environnement Contandriopoulos et al., (2008) devient un critère important pour juger la performance d'une organisation, (Sicotte et al 1999) ;(Champagne.F, 2003).

La performance dans le modèle de l'acquisition des ressources est placée au niveau de la capacité de l'organisation à s'approprier les ressources nécessaires pour son bon fonctionnement et assurer sa survie dans son environnement ».

Yuchtman et Seashore en 1967 et Benson en 1975 considèrent que ce modèle représente une définition opérationnelle de l'objet de l'organisation pour plusieurs décideurs et gestionnaires, car l'obtention de bons résultats dépend du maintien et de la croissance des ressources.

3.2.4 Modèle des relations humaines (modèle de constituants stratégiques)

Le modèle des relations humaines, comme son nom indique concerne le capital humain de l'organisation ou de l'entreprise.

Ce modèle est représenté par deux perspectives différentes : la dimension humaine comme c'est le cas dans l'école classique et la dimension politique. Les partisans de l'école classique exigent l'implication du personnel dans la prise de décision, ainsi que leur autonomie professionnelle (l'autocontrôle) dans le milieu de travail. L'accent est placé ici sur les activités nécessaires au maintien d'un climat satisfaisant de collaboration au sein de l'organisation et sur la satisfaction des besoins de différents groupes de détenteurs d'intérêts.

Cependant l'organisation est considérée comme une arène politique, un lieu où les membres du personnel forment des groupes d'intérêt différents qui interagissent (Connolly.T, 1980).

Ces modèles suggèrent qu'une organisation performante est celle qui parvient à fonctionner sans importantes tensions internes. La stabilité et le consensus sur les valeurs fondamentales ainsi que le climat de travail deviennent alors importantes (Guisset.A.L S. L., 2002)

La mesure de performance dans ce modèle repose sur plusieurs indicateurs, dont, l'absence des conflits en milieu de travail, le climat social et l'implication dans la prise de décision (Adler.P. S, 1996).

3.2.5 Les Modèles méthodologiques

En opposition aux modèles précédents, qui ont abordé la performance au niveau conceptuel avec un aspect unique, d'autres auteurs tels que Champagne (2003), Donabedian (1966), Cameron (1986) ont choisi de proposer des modèles qui sont plus complexes en les qualifiant de modèles méthodologiques d'évaluation de la performance à travers les résultats, processus et la structure. Ces modèles sont fondés sur différentes représentations conceptuelles

a) Le modèle zéro défaut (Fault-driven model)

Dans ce modèle l'organisation ou l'entreprise est évaluée en identifiant les moments de non performance. Selon Champagne. F (2003) « Une organisation est considérée comme non performante si elle ne fait pas d'erreurs ou s'il n'y a pas de traces d'inefficacité ». Comme l'indique son nom « zéro défaut » le modèle se concentre sur les aspects non performants d'une organisation (Cameron.K. S, 1986); (Crosby. P.B, 1984) »

b) Le modèle comparatif de performance (comparative, high performance model)

C'est un modèle méthodologique selon lequel l'organisation est évaluée si elle est performante ou non en la comparant à d'autres organisations sur la base des mêmes critères de comparaison. Selon Champagne.F (2003) « Une organisation est jugée comparativement à d'autres organisations similaires. Le critère de performance est choisi en fonction des données disponibles pour les différentes organisations que l'on compare ».

Ainsi, Contandriopoulos et al (2008) confirment que « la performance de l'organisation sera jugée excellente si elle se compare favorablement à d'autres organisations similaires ». Le modèle comparatif est un modèle multidimensionnel puisqu'il prend en considération plusieurs dimensions de la performance afin d'établir la comparaison entre les organisations et déterminer la présence de la performance dans l'organisation étudiée.

c) Le modèle du système d'action rationnelle (Le modèle de la légitimité sociale)

Nommé aussi le modèle normatif le modèle de système d'action rationnelle est un modèle multidimensionnel basé sur une perspective écologique du fonctionnement de l'organisation qui s'inspire des théories de l'action en sociologie (Weber, Parsons, Simon, etc.) » il part du principe de la nécessité de prendre en considération les valeurs sociales de l'environnement dans lequel vit l'organisation tout en combinaison les trois éléments essentiels que sont la structure (disposer de bon éléments) , le processus (mettre en corrélation les activités de l'organisation) et les résultats (obtenir les buts déterminés préalablement) .

Selon ce modèle « une organisation est efficace dans la mesure où elle se maintient et survit en mettant en accord les processus et les résultats avec des valeurs sociales, des normes et des objectifs. Réputation, prestige et image sont alors des indicateurs de performance » Champagne (2003).

Donabedian (1966) propose aussi dans cette même perspective l'idée de mesure de la performance organisationnelle à travers la mesure de la qualité en utilisant des normes internationales et la mise en interaction de la structure, du processus et des résultats.

3.3 Un concept paradoxal

L'évaluation de la performance et sa mesure à travers plusieurs approches et différentes perspectives qui varient selon la vision de chaque analyste et intervenant fait appel à des indicateurs spécifiques et par conséquent, donne des résultats sans doute divergents et qui peuvent être contradictoires. « La performance est un concept **dit paradoxal** puisque l'évaluation de la performance à partir de ces différents modèles peut donner des résultats qui se contredisent » Contandriopoulos et al (2008). « Un paradoxe est une idée qui implique deux propositions opposées qui bien que contradictoires, sont également nécessaires pour traduire une perception de la réalité qu'aucune des propositions ne contient en elle-même » (Slaatte.H.A, 1968).

En revanche, le paradoxe est tiré de cette divergence conceptuelle de la performance, ce qui produit des critères changeants. L'aspect paradoxal de la performance poussent les analystes à prendre en considération les conflits révélés des différents acteurs.

En conclusion, (Schumaker.E.F, 1977) précise qu'il y a deux types de problèmes ; les problèmes convergents : qu'on peut solutionner ; lorsqu'on les étudie de plus en plus rigoureusement et précisément, les réponses convergent vers une solution unique, acceptable. Ils peuvent être simples ou compliqués. Les problèmes divergents : plus on les étudie, plus ils apparaissent complexes (plutôt que compliqués) ; plus les solutions divergent, deviennent contradictoires, opposées ».

Le tableau suivant synthétise les modèles unidimensionnels de la performance dominants dans la littérature relative à cette approche. Ces modèles abordent pratiquement toutes les dimensions de l'organisation.

Tableau3 : Récapitulatif des approches de la performance ; modèles organisationnels et organisation, performance et modèles de gestions associés

Modèle et auteur(s) de référence	Définition de l'organisation	Définition de la performance	Modèle(s) de gestion associé (s)
Modèle rationnel d'atteinte des buts (Price.J.L, 1972)	L'organisation existe pour accomplir des objectifs spécifiques (Produire plus au moindre coût)	Sa performance repose sur l'atteinte de ses objectifs, qui sont qualifiés de rationnels	Coût-efficacité
Modèle d'analyse des processus internes	L'organisation insiste sur l'efficacité des processus	La mesure de sa performance se situe au	Gestion de la qualité totale, certification,

	de production / décision et sur leur respect de la norme établie	niveau de l'efficacité des processus et de la coordination internes	réingénierie des processus
Modèle des relations humaines (Connolly et al, 1980)	L'organisation est une arène politique qui se concentre sur le développement de son personnel	Sa performance se mesure à la qualité du milieu de travail sur le plan humain et à la satisfaction des parties prenantes	Satisfaction des besoins, direction participative par objectifs
Modèle de l'acquisition des ressources (Benson.J.K, 1975), (Yuchtman. E, 1967)	L'organisation est perçue au travers de ses relations avec son environnement	Sa performance est évaluée par son aptitude à mobiliser ou obtenir les ressources (matérielles et immatérielles) nécessaires à sa survie	Gestion budgétaire, minimisation des coûts, approche client
Modèle centré sur l'erreur (Crosby.P.B, 1979), (Rutstein.D.D, 1976)	L'organisation tente d'éliminer toute trace d'inefficacité interne	Sa performance repose sur l'absence de fautes ou de caractéristiques inefficaces	Approche zéro défaut, événements sentinelles
Modèle comparatif ou de haute performance	L'organisation est jugée par rapport à des organisations similaires	Le choix du critère de performance est basé sur la disponibilité des données	Benchmark
Modèle du système d'action rationnelle, (Donabedian.A, 1966) (Parsons.T, 1977)	L'organisation est étudiée à travers ses buts mais aussi ses processus	La performance est reflétée par la stabilité de la relation entre la qualité et trois paramètres : la structure, les processus et les résultats	Amélioration continue, grilles stratégiques

Source (Marmet.E, 2004)

La performance est un concept complexe et multidimensionnel. Il englobe différentes dimensions et différents indicateurs de mesure. Il donne lieu à plusieurs définitions qui dépendent des perceptions des acteurs et des domaines dans lesquels il est utilisé.

Par ailleurs, le concept de la performance est relatif aux missions de l'organisation, ses objectifs et sa stratégie. C'est pourquoi la performance de l'organisation ne se limite pas à une seule dimension et peut être mesurée sous différents angles.

L'évaluation de la performance d'une organisation repose sur plusieurs facteurs dont, les buts stratégiques qu'elle poursuit.

Nous constatons qu'il n'est pas facile d'apprivoiser le concept de la performance dans une définition absolue. Sa définition est fonction du contexte et domaine d'étude ; on parle de la performance des ressources humaines, économique, financière, technique et commerciale qui représentent chacune une dimension de la performance globale de l'entreprise.

Conclusion

Entre l'approche multidimensionnelle et l'approche unidimensionnelles, les auteurs firent face à un dilemme important : comment choisir l'approche la plus adéquate pour l'analyse d'une organisation vue le caractère complémentaire et la perspective particulière que propose chacune de ces deux approches.

L'une favorise l'appréciation de la performance de l'organisation par une seule dimension selon le contexte et l'objectif étudié, ce qui peut donner une vision incomplète du fonctionnement de l'organisation.

L'autre privilégie la prise en compte de toutes les dimensions de l'organisation dans l'évaluation de sa performance, ce qui donne un modèle plus global d'analyse mais qui risque d'être plus difficile et complexe.

Pour dépasser ce dilemme, d'autres auteurs ont tenté de synthétiser ces différentes approches et ont enrichi la littérature consacrée à la performance par des modèles qui en adoptent une position équilibrée entre les deux approches évoquées plus haut.

Ces auteurs notamment Sicotte (1999), Quinn (1983) et Kaptan (1999) ont suggéré trois modèles qui circonscrivent les principaux critères de performance.

L'apport spécifique de leur approche est de fournir des modèles intégrateurs plus opérationnels et pratiques pour l'appréciation et la mesure de la performance d'une organisation dans tous les domaines et dans tous les secteurs (privé ou public)

Nous consacrons dans le chapitre III une section à la présentation de ces trois modèles qui ont connu un certain développement dans la littérature.

CHAPITRE II : L'EMERGENCE DE LA PERFORMANCE DANS LE SECTEUR PUBLIC

Introduction

Avant d'aborder la question de la performance dans le cadre spécifique du secteur public, nous présenterons dans un premier temps l'origine et évolution du concept de management public, ainsi que la définition et la gestion du service public. Ensuite nous aborderons les caractéristiques des organisations publiques et de leur mode de gestion.

1. Origine et évolution du Management public

1.1. Le « Management » : origine et évolution du terme

Afin de bien comprendre ce terme, il a fallu creuser un peu dans le passé pour connaître ses origines et puis de suivre son évolution au fil des années.

Ce terme est contrairement à ce que nous pensons, très ancien (c'est la formalisation qui est récente). Partant de la définition de base décrite dans le dictionnaire Larousse : « management : vient du verbe manager-provenant de la langue anglaise « to manage ».

En revanche, comme plusieurs mots anglais, ce terme découle du vieux vocabulaire français du XVIII^e siècle (verbe ménager ou manager) : signifiant : s'occuper de, prendre soins, organiser, gérer quelque chose/les affaires du ménage, être responsable de quelque chose *diriger une affaire, un service etc.* ». *La Littérature, explique que la transformation du mot « ménager » au mot « manager » vient du fait que la prononciation du « a » en anglais peut s'entendre « a » ou « é ».*

Une autre origine du mot, il s'agit du vocabulaire italien : *maneggiare* caractérisant les actions de ; *contrôler, manier, avoir en main, du latin « manus » : la main ; venant du mot français « manège » (faire tourner un cheval dans un manège).*

Au fil des années, le mot management a connu une évolution dans sa signification. D'abord, il caractérisait l'art de gérer un ménage (ses ressources financières et matérielles, son personnel domestiques, etc.). Ensuite, ce mot est transformé en concept s'appliquant petit à petit dans les entreprises.

Dans son document, Les Grands principes du management, Pierre Vinard -Inspecteur général de l'éducation nationale- Groupe économie et gestion, analyse la définition du management et cherche à savoir si ce concept constitue une science :

«Selon S. Hunt — cité par Pierre-Louis Dubois —, une science se caractérise par quatre conditions : une matière distincte des autres disciplines, la description et la classification de cette matière indiquant son contenu et ses relations avec les autres disciplines, l'existence de lois ou de principes observables, impliquant une certaine régularité et uniformité, une méthode scientifique d'approche et d'analyse des principaux objets de la matière (en l'occurrence les organisations) » (Pierre Vinard, p.2).

A partir de cette analyse, Pierre Vinard, déduit que le management est une science de l'action appliquée à la conduite des organisations.

Il précise aussi que le management, en tant que science oscille entre plusieurs pôles qui le caractérisent et lui donnent ses spécificités :

- Une alternance entre théorie et pratique. Les premiers théoriciens du management étaient le plus souvent des anciens dirigeants d'entreprises, ou encore des conseillers d'entreprise.
- Une itération entre connaissance et prescription. Le management se veut une science de l'action. Bien peu de théoriciens du management ne souhaitent pas voir leurs théories mises en pratique au sein des organisations.

De même le manager alterne entre plusieurs tentations, que l'on peut résumer à l'aide des postures suivantes :

- Celle du praticien, pour lequel le management est un art, qui ne s'apprend pas, qui est d'une certaine façon innée ;
- Celle du technicien, pour lequel le management est un ensemble de techniques, qu'il faut bien connaître pour réussir ;
- Celle enfin — plus rare — du théoricien, qui réfléchit sur le fonctionnement des organisations et la manière de les diriger. ».

Henri Fayol a défini le management comme étant un Ensemble d'actes économiques, techniques, sociologiques... ; tout en distinguant cinq grandes fonctions qui doivent être mises en œuvre dans toute entreprise ou organisation : prévoir et planifier, organiser, commander, coordonner, et contrôler.

1.2. Management public quelle définition

Le terme de management est utilisé dans plusieurs domaines, il est tellement vaste à cerner, qu'il est souvent confondu avec d'autres termes, ou réduit à une de ses composantes notamment la gestion, le pilotage.

Le management doit englober dans une vision intégrale toutes les fonctions et les processus de fabrication et de production d'un produit ou un service d'où l'organisation réalise de manière efficace sa stratégie et ses objectifs (Chevalier.G, 2009)

A la fin des XIX^{ème} siècle, Henri Fayol, ingénieur des mines nommé à la tête de la société de Commentry-Fourchambault, il contribue par ses capacités de pratique de gestion à redresser cette dernière.

Fayol a publié son ouvrage en 1916 (Fayol.H, 1979) dans lequel il a conceptualisé les pratiques de gestion, ainsi qu'il a abordé de façon particulière au sujet « d'administration » pour la direction d'une entreprise, en précisant les différents rôles. Comme il a abordé aussi, les principes traditionnels de commandement, de contrôle d'un responsable d'administration (directeur).

La conception de « directeur » a rendu FAYOL un des réputés fondateurs de la pensée administrative moderne, et un des piliers du management.

Blatrix et Bartoli (Bartoli.A, 2009) ont proposé une présentation proche aux de ces cinq conceptions de management (Bartoli.A, 2015):

- Finalisation ; c'est-à-dire la définition d'objectifs pour une certaine unité, dans le but de donner une finalité aux actions qui en découlent et de faciliter l'établissement des priorités
- Organisation ; conception transversale, croisements entre logiques de fonction et de projets, coordination.
- Allocation des moyens, qui représente une mission essentielle du manager actuel, dans une perspective de limitation des moyens moins prégnante au début du XX^{ème} siècle
- Animation ; qui suppose une contribution active des personnels.
- Contrôle/Pilotage ; logique de suivi et d'audit. Le management contemporain nécessite un pilotage permanent de l'activité, permettant pro-action et réactivité.

Les critères du secteur public ou privé se diffèrent selon le domaine abordé économique, de gestion ou le domaine juridique.

Parmi les différents types de critères possibles, certains sont fréquemment mis en avant de façon explicite ou implicite pour définir le champ du « public ». Citons-en quelques-uns :

- L'existence des statuts juridiques spécifiques (soit pour la structure soit pour les personnels) ;
- La réalisation des missions d'intérêt général (mission ayant un impact majeur au plan de développement social, ou de l'économie, ou de la défense pour le pays).
- Le caractère non marchand et/ ou non concurrentiel des activités ;
- La propriété du capital et / ou biens par l'Etat ;
- L'existence d'un contrôle par l'Etat générateur de contraintes spécifiques,
- La vocation non lucrative de l'organisation

A ce titre, les économistes s'intéressent à analyser les formes d'intervention de l'Etat dans l'économie, particulièrement, la part des organisations publiques marchandes ou non sur le marché à travers la nature des biens et services produits, tout en basant sur les caractères, les fonctions et les structures spécifiques de chaque organisation.

Quant aux juristes leurs missions sont de faire la distinction entre la nature des activités si ces dernières relèvent de la juridiction publique ou privé. Pour les gestionnaires mènent une mission de conduite de l'organisation soit en mettant l'accent sur les pratiques communes de gestion entre les organisations publiques ou privés notamment les fondements bureaucratiques, soit en se basant sur les critères spécifiques des organisations publiques notamment leur finalité citant à titre d'exemple l'intérêt général.

En revanche, ces critères de distinction établis par plusieurs auteurs, montrent la complexité d'entourer le champ du secteur public, ainsi que chaque critère évoqué précédemment pose le problème des exceptions ou de particularités car l'existence des organisations qui réunissent l'ensemble de ces critères sont rares.

La question d'émergence de management public se défient d'un pays à l'autres notamment les Etats-Unis (USA), Le Royaume-Uni et le Japon tout dépend de leurs systèmes administratifs, ainsi que le degré de développement.

Le management public se définit au regard du contexte dans lequel il évolue. (Pollitt.C, 2004) définissent que : « *Le management public n'est pas une technique neutre mais une activité*

indissolublement liée à la politique, aux politiques publiques, aux droits et aux enjeux de la société civile. Il est toujours sous-entendu par des valeurs et/ou des idéologies » (p.14). Il est donc nécessaire d'aborder par la suite les valeurs qui fondent les organisations publiques pour appréhender les principes du secteur public et par conséquent le service public, qui est confédéré comme un champ où se heurtent les tentatives d'y introduire une culture managériale.

1.3.Le nouveau management public (The New Public Management « NPM »)

Le dysfonctionnement des systèmes dans les différents pays attire l'attention des chercheurs dans plusieurs domaines sur plusieurs thématiques de recherches notamment le renforcement de rendement, l'amélioration de la qualité de services ainsi que les dépassements des responsables de leurs prérogatives. Il s'est avéré, qu'il impossible de maintenir ce modèle de gestion publiques anarchique et sans fondements scientifiques.

Les travaux de Frederick Taylor (1856-1915) ont eu un impact considérable durant la révolution industrielle dans le domaine de management organisationnel, ses recherches s'inscrivent dans la vision d'une organisation performante.

En effet, le principe de ses recherches est la définition de norme de travail qui repose sur la maximisation de rendement dans un l'axe de temps précis avec les moindres couts dans une organisation horizontale et verticale.

Ce principe rend les organisations publiques plus performantes et plus compétitives, en se basant sur des éléments clé de ce concept tels que : la motivation au travail par la rémunération selon le rendement objectif, l'affectation des taches etc. Cette méthode de gestion est connue sous le nom « le taylorisme » a été appliqué dans les organisations administratives et les entreprises publiques.

Après l'apparition de mode de management « le taylorisme », Henri Fayol (1841-1925) s'est investi par la suite dans les recherches sur la gestion de l'administration qui s'est transformé en management. Depuis il est devenu le pionner de la gestion des entreprises et les plus réputés en management.

La mesure de la performance, son amélioration et son évaluation préoccupent les autorités publiques dans tous les domaines depuis plusieurs années voire un demi-siècle au moins.

La performance dans le secteur public a connu également une importance particulière car tous les pays industriels ont été lourdement atteints par les conséquences du choc pétrolier. Citant à

titre d'exemple l'inefficacité du secteur public (Grande-Bretagne, Japon), son endettement (Etats-Unis), les crises financières (Nouvelle Zélande, Canada) et de manière générale le déclin de la confiance des citoyens vis-à-vis des Etats (Merrien.F.X, 2016).

Toutefois, ces conséquences ont engendré une grande influence sur les citoyens de ces pays, ils sont devenus de plus en plus exigeant en termes de quantité et la qualité des services publics.

Cependant, les pouvoirs publics ont remis question leurs action publique, en adaptant les pratiques du management de secteur privé aux organisations publiques (les entreprise et les administrations publiques). L'action publique a mis en priorité les conditions de réussite de l'efficacité sur le plan de gestion en parle ici de cohérence gestionnaire et managérial sans ignorer le plan institutionnel (le caractère d'autorité publique) autrement dit la cohérence politique.

Ce qui constitue l'apparition du courant du New Public management (NPM) également nommée Nouvelle Gestion Publique (NGP).

Le nouveau management public est apparu pour la première fois aux Etats-Unis Américaines et par la suite en Europe. Ce nouveau management public propose des solutions aux problèmes de gestion des organisations publiques avec des méthodes de travail qui mettent en valeur les compétences des ressources humaines en les orientant aux changements vers la performance.

Au début de l'année 1980, la Grande-Bretagne et les Etats-Unis ont connu l'arrivée de Margaret Thatcher et Ronald Reagan au pouvoir. Ils ont introduit les pratiques de la nouvelle gestion publiques (New Public Management), d'où l'apparition des réformes de la pensée politique néolibérale, (Christensen.G, 1998). Ainsi, (Pfeffer.J, 2006) ont montré l'importance des experts, les consultants et les professionnels des domaines dans l'exportation des pratiques, méthodes et outils de gestion du secteur privé vers le secteur public.

1.3.1. Les fondements de nouveau management public NPM

Selon (Exworthy. M, Halford.S, 1999) dans sa construction, ce nouveau modèle de management a rendu plus clair les pratique de gestion. En effet, les réflexions de Hood (Hood.C, 1991) la construction de modèle de new public management a marqué la transition d'un management taylorien à une nouvelle organisation entrepreneuriale.

Le modèle hiérarchique -Weberien- de sa part, est un modèle bureaucratique. Il est considéré comme un mode typique de la gouvernance des organisations publiques (Merrien.F.X, 1999). Théoriquement, le modèle le plus adapté aux fonctions administratives conformes aux principes légal-rationnel. Le modèle Weberien est adapté à la fois au respect de la priorité politique au sein du système démocratique ainsi que le respect des besoins des usagers de l'administration.

De point de vue politique, le principe de la hiérarchie est le moyen le plus efficace pour maintenir le contrôle politique sur les administrations et les organisations publiques mais aussi pour garantir l'accomplissement des missions pour lesquelles elles ont été créées, et cela de manière adéquate et responsable. Cette hiérarchie impose une chaîne de commandement et de contrôle d'application des décisions, tout en interdisant la déclaration des buts.

De point de vue des usagers, le modèle bureaucratique constitue une référence de principes qui assure les droits des usagers en termes d'égalité en prestation de service, la transparence, la clarté et principalement l'équité. Ajoutant à cela, ce modèle stipule le contrôle dans ses différentes formes (hiérarchique, judiciaire, ex ante et ex post) pour le maintenir le bon fonctionnement des administrations.

Des auteurs ont caractérisé cette approche selon différentes perspectives, Pettigrew (Pettigrew.A, 1997) définit le nouveau management public par les critères suivants :

- Prédominance du secteur public sur les activités régaliennes et toutes autres activités ayant un caractère d'intérêt général autrement dit service public,
- Accorder plus d'autonomie aux responsables et gestionnaires publics d'une part et le maintien de principe de responsabilisation sur des résultats attendus par les usagers et les tutelles
- Négociation du budget : rationaliser l'allocation des ressources par la mise en œuvre des procédures et les principes de la concurrence, afin de favoriser l'implication des responsables du secteur public dans la construction de leurs budgets et l'accroissement souhaité de leur engagement ;
- Renforcement des modalités de gouvernance par l'évaluation continue des ressources mises en œuvre ainsi que les valeurs dégagées

1.3.2. L'émergence de nouveau management public :

La grande crise financière de 1980, qu'a connu les pays européens, des recherches accentuées ont connu le jour sur les questions des déficits public, l'endettement et plusieurs sujets du domaine public. En effet, des méthodes de management privé ont été transportées au secteur public pour répondre aux attentes de ses usages (les ménages, les contribuables, des investisseurs, acteurs d'autorité publiques.)

Cette intégration progressive de méthodes de gestion privé dans le secteur public a constitué un nouveau courant connu par Nouveau Management Public (NMP) également appelé Nouvelle Gestion Publique (NGP) (Anne.A, Ludovic.B, 2007, p. 2).

Yvon (Pesqueux.Y, 2006, p. 1) a défini le nouveau management public comme « L'ensemble des processus de finalisation, d'organisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques visant à développer leurs performances générales et à piloter leur évolution dans le respect de leur vocation ».

Osborne (Osborne.S.P, 2006, p. 87) met en évidence l'importance de la nouvelle gouvernance, et son impact sur l'Etat. Les pratiques de cette nouvelle gouvernance incitent à la pluralité des discipline et l'élimination des frontières entre le secteur privé et le secteur public.

Cette transition vers ce nouveau mode de management met l'accent sur les liens entre les individus et les organisations publiques en termes de collaboration et de coordination dans l'accomplissement de mission de chaque partie prenante.

Le tableau suivant montre le contenu du modèle en trois étapes dans le secteur public qui sont l'administration publique, nouvelle gestion publique et nouvelle gouvernance publique.

Tableau 4 : Les éléments de la nouvelle gouvernance publique, en contrastent avec l'administration publique et le nouveau management public

Paradigme/éléments clés	Origines théoriques	Nature de l'état	Intérêt	Objectifs	Relations avec des partenaires organisationnels externes (Non-public)	Mécanisme de la gouvernances	Base de valeur
Administration publique	SCE politique et politique publique	Unitaire	Comment la politique est faite	L'application de la politique	Les éléments Potentiels du Système politique	Hiérarchie	Ethos du secteur public
Nouveau manage	Economie et études	Désagrégé	Managem ent intra-	Entrés et sorties	Entrepreneurs	Marché par contrats relationnels	Concurrence dans un

ment public	managérial es		organisati onnel	des service	Indépendants sur le marché		contexte de marché
Nouvelle gouvernance publique	Sociologie Organisationnelle et théorie des réseaux	Pluri el et Plura liste	Gouverna nce inter-organisati onnelle	Un service a processu s et des résultats	Fournisseurs Préférés et Interdépenda nt Agents en cours des relations	Confiance ou contrats relationnels	Néocorpo ratiste

Source : (Osborne.S.P, 2006)

Cependant, la nouvelle gestion publique est caractérisée par un nombre de principes, qui sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 05 : les principes de la nouvelle gestion publique

Les principes de la Nouvelle Gestion Publique (NGP)	Outils de la NGP
Séparer la prise de décision stratégique, qui relève du pouvoir politique, de la gestion opérationnelle, qui est sous la responsabilité de l'administration.	Négociation de contrat de prestations qui fixe des indicateurs de performance à atteindre dans un délai imparti, entre les autorités politiques (parlement, gouvernement) et les responsables des services administratifs.
Orienter les activités administratives en fonction des produits à fournir (plutôt que des règles procédurales à suivre, en matière d'affectation des ressources notamment)	Attribution de budgets globaux aux gestionnaires publics qui disposent d'une large marge de manœuvre pour satisfaire à leurs critères de rendement.
Réduire la hiérarchie. <ul style="list-style-type: none"> • Amincir les bureaucraties. • Décentraliser certaines tâches administratives. • Déléguer la gestion au niveau le plus bas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'agences exécutives et de structures organisationnelles plus flexibles. • Déréglementation de certains statuts de la fonction publique en introduisant des mandats individualisés et le salaire au mérite.
<ul style="list-style-type: none"> • Introduire des mécanismes de type marché dans la production de biens et services d'intérêt général 	Mise au concours pour la fourniture de certaines prestations (marchés publics), <ul style="list-style-type: none"> • Déréglementation des monopoles publics • (Les usagers choisissent librement leurs fournisseurs)
<ul style="list-style-type: none"> • Créer de la transparence sur la qualité et les coûts des prestations administratives. • Utiliser de manière efficiente les ressources publiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Calcul et comparaison des coûts grâce à une comptabilité analytique (par groupe de produits administratifs) • Comparaison de différents prestataires (benchmarking).

Orienter les prestations administratives vers les besoins des usagers (ou clients) en les impliquant dans la définition et l'évaluation des prestations à fournir.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion orientée vers la qualité (voire la certification des processus). • Chartes de service public. • Enquête de satisfaction réalisée auprès des clients.
--	--

Source : « paradoxe de la gestion publique » (Emery.Y, 2005)cité dans (Bekhechi.S, 2017)

1.4.Frontière entre privé et public

Les sociétés ont connu des transformations radicales en termes de gestion des affaires publiques. La transformation des missions des organisations dans une sphère publique est considérée parmi les changements historiques les plus marqués des réformes des pays.

Pour (Gibert.P, 2002), les spécificités du secteur public relèvent de la nature des missions de ses organisations. Les finalités des organisations publiques résident dans l'intérêt général, quant à celles des organisations privées, elles résident dans la recherche du profit et des bénéfices.

Il existe des pistes de recherches enrichissantes qui font le débat sur les frontières entre le secteur privé et public, pour certains auteurs, notamment, Burlaud (Burlaud. A, 1980), Desmarais (Desmarais.C, 2008); Boyne (Boyne.G.A, 2003) rejettent l'idée de différence entre ces deux secteurs. De même que la finalité de l'action publique autrement dit, les missions des organisations publiques qui évoluent dans une sphère publique peuvent se rapprocher des missions des organisations privées du secteur privé (Vayrou.C, 1995) dans le sens où ces deux différents types d'organisations servent à satisfaire les besoins des usagers par conséquent l'intérêt général, l'exemple idéal afin d'illustrer cette situation est la délégation de service public qui sera bien détaillé par la suite.

2. Le service public

Bien être général, bien être commun, besoins publics, intérêt public, ou encore intérêt général ; autant de notions rarement définies en doctrine (Linotte.D, 1982) cité dans (El Moutawakil.A, 1999).Mais sur lesquelles se fonde toute activité publique, à partir desquelles se traduisent les normes, et dans lesquelles l'Etat puise le fondement de sa légitimité. Leur portée a considérablement évolué dans le temps pour devenir aujourd'hui des notions fonctionnelles et relatives ; susceptibles d'extension en fonction des idéologies, des croyances, des régimes voire même de circonstances.

L'intérêt général (et les notions qui l'approchent) ne se comprend pas indépendamment de son contexte. C'est un concept évolutif qui se renouvelle dans le temps ; en fonction des besoins à satisfaire et des enjeux auxquels sont confrontées les sociétés, et aussi dans l'espace ; laissant émerger des intérêts locaux distincts des intérêts nationaux compte tenu des considérations historiques, sociales, culturelles, voire tribales qui distinguent les composantes spécifiques à chaque entité territoriale.

Les besoins à satisfaire diffèrent d'une localité à une autre, la recherche de l'intérêt local renvoie au « territorial » et à la « territorialisation de l'action », au-delà de leurs définitions géographiques et politiques ; il s'agit de servir des intérêts particuliers d'une population qui vit dans un espace local déterminé. En 1862, *J. Stuart Mill* dans son œuvre « le gouvernement représentatif », affirme-quand il se déclare contre le principe de la « communauté des intérêts locaux » - qu' « il y'a des intérêts locaux particuliers à chaque ville qu'elle soit grande ou petite, et communs à tous ses habitants « ... » l'intérêt local est presque toujours le même pour les différents quartiers d'une ville, pour tous il faut faire les mêmes choses et les mêmes dépenses « ... » les mêmes aménagements peuvent convenir à tous, le pavage, l'éclairage, l'approvisionnement des eaux, le drainage « ... », ne peuvent « ... » être différents pour les différents quartiers de la même ville... » (Stuart.J.M, 1862)

L'intérêt général est ce qui est pour le bien public. L'idée d'intérêt général apparaît au XVIII^{me} siècle se substituant à celle de bien commun. Sans sens précis elle désigne à la fois la somme des intérêts des individus qui composent la nation et en même temps un intérêt propre à la collectivité qui transcenderait celui de ses membres. Ce caractère flou de l'intérêt général est d'autant plus problématique qu'il n'a pas freiné son utilisation et que cette notion imprègne le droit public au point d'être presque la raison d'être de son existence

2.1. Déconcentration, centralisation, et gestion territoriale

La bonne gestion des affaires locales se veut, et depuis toujours, porteuse de développement, et c'est la qualité de cette gestion qui détermine la qualité de vie de la population locale

La prise en charge des intérêts locaux par une assemblée autonome, permet l'élaboration délibérative de la décision à la même échelle de sa mise en pratique.

Outre la prise de décision par les représentants locaux, celle-ci fut élaborée selon le mode délibératif ; les avis diffèrent, et la vision des choses aussi, et c'est cette différence qui fait que la décision prise selon le mode délibératif échappe à ce qu'elle soit influencée par le vécu de son auteur, par sa manière d'être ou par ses idéologies, ses croyances et ses sentiments. *J. Stuart*

Mill confirme les vertus de la délibération : « ... ce qu'une assemblée peut faire mieux qu'aucun individu, c'est la délibération... » (Stuart.J.M, 1862), *Habermas* ira même jusqu'à considérer la délibération comme une manifestation de la souveraineté populaire et l'un des fondements d'une « sphère publique politiquement orientée », il soutient que la délibération constitue « la caractéristique formelle de tout espace public », selon l'auteur « ... l'exigence démocratique de contrôle de pouvoir par les citoyens est remplie si les procédures même de décision sont délibératives, « ... » le fait même de respecter une procédure délibérative reproduit « l'éthique de la discussion », porteuse de raison publique... » (Courtois.S, 2003) cité dans (Alcaud.D, 2004).

Certes *la déconcentration* constitue comme *la décentralisation* un *mode d'organisation administrative territoriale* ; d'ailleurs sur le plan étymologique dans les deux mots, déconcentration et décentralisation, on retrouve le préfixe « dé » et le mot « centre » ; les deux déterminent les rapports du centre à la périphérie. Néanmoins, malgré cette proximité terminologique, ces rapports ne sont pas de la même nature ; la déconcentration consiste en un rapport de délégation décisionnelle à des agents locaux liés au pouvoir central par une obéissance hiérarchique ; et se situe par conséquent dans la théorie de la centralisation dont elle constitue une modalité.

Alors qu' « ... il y'a décentralisation lorsque des organes normalement élus, qui agissent au nom et pour le compte d'une collectivité personnalisée » (Lombard.M, 2001) La décentralisation se définit comme étant un système fondamentalement opposé à la centralisation dans lequel les pouvoirs de décision sont remis non pas à des agents du pouvoir central, mais aux représentants des citoyens.

Gestion décentralisée ou déconcentrée, leur mise en application mutuelle, la prééminence d'un mode sur l'autre dans une structure étatique donnée, voire même dans une collectivité locale déterminée ; la question qui se pose n'est pas de savoir comment l'espace administratif est organisé ; mais le pourquoi de cette organisation. La prise en charge des collectivités locales de leurs propres intérêts par l'intermédiaire d'organes issus d'elles-mêmes n'est pas une fin en soi, il s'agit d'une action territoriale ; une « action » donc il y'a certainement un objectif recherché derrière son déclenchement.

2.2. Définition du service public

Donc la décentralisation de pouvoirs au bénéfice des collectivités décentralisées constitue avant tout un choix stratégique qui n'est pas qu'un style d'organisation territoriale ou de gestion administrative ; mais un outil censé *satisfaire les intérêts de la population locale*. L'aptitude de ces entités à servir les intérêts locaux se vérifie au niveau de la prestation du *service public local*, et c'est la qualité de cette prestation qui détermine la qualité de vie du citoyen local.

Avec ou sans la connotation du « local », les définitions doctrinales du service public sont vagues « au point que l'on parle de l'introuvable définition du service public » (El Moutawakil.A, 1999, p. 23), pour ne s'en tenir qu'une seule, De. Laubadère propose la définition suivante : « On appelle service public toute activité d'une collectivité publique visant à satisfaire un besoin d'intérêt général » (De Laubadère.A, 1999) cité dans (Benjelloune. A, 1992). Plusieurs conséquences découlent de cette définition :

- *Le service public est une activité et non une organisation* : Cet aspect de définition du service public permet de mieux cerner la notion, ainsi par exemple dans le cas des organisations privées qui gèrent des services publics par contrat de gestion déléguée ; la notion de services public s'applique non pas à ladite organisation mais à l'activité dont elle a la charge, comme la fourniture d'eau et d'électricité qui constitue une activité d'intérêt général.
- *Le service public est une activité de collectivité publique* : Dans ce sens, un service est dit public lorsqu'il relève d'une personne publique ; un lien suffisant doit donc exister entre l'activité et la personne publique.

Cependant le rattachement à la personne publique peut être direct ou indirect ; dans le premier cas la personne publique assure elle-même l'activité, dans le deuxième, le service public est confié à un opérateur privé ou public par contrat de gestion déléguée, il s'agit alors d'une « délégation » de service public. Dans les deux cas, ces services sont rattachés organiquement à l'Etat ou aux collectivités territoriales, et créés par décision publique.

- *L'activité du service public vise à satisfaire l'intérêt général* : Donc créer un service public, c'est pour répondre à un besoin d'intérêt général ; celui-ci constitue le but de toute action publique. Selon cette logique, lorsqu'une activité est d'intérêt général, les pouvoirs publics l'assument sous forme de service public.

2.3. Les principes qui fondent l'action du service public

Qu'ils soient nationaux ou locaux, quels que soient leurs modes de gestion, quelles que soient les prestations qu'ils fournissent ou les techniques qu'ils mettent en œuvre, quel que soit le statut juridique qui leur est applicable, les services publics sont soumis à *des principes fondamentaux* (Zouaimia.R & al , 2009) qui découlent de la nature même de leur existence : il s'agit des principes d'égalité (égalité de traitement des usagers), de continuité, de mutabilité ou d'adaptation constante (Auby.J.M, 1981)

2.3.1. Principes d'égalité (égalité de traitement des usagers)

Une importance particulière doit être accordée à ce principe, celui de l'égalité devant le service public, principe à valeur constitutionnelle qui s'impose donc au législateur lui-même. Il est la traduction et l'extension à ce domaine de l'égalité de tous devant la loi. Il signifie, outre l'égalité d'admissibilité aux emplois publics, que toute personne a un droit égal à l'accès au service, participe de manière égale aux charges financières résultant de ce service, et doit être traitée de la même façon que tout autre usager, c'est-à-dire ne subir aucune discrimination ni bénéficier d'aucun avantage. Mais le service public agit aussi comme agent de redistribution sociale, avec pour optique de lutter contre les inégalités : sa fonction est de mettre un certain nombre de biens à la portée de tous et son action s'adresse ainsi de manière préférentielle aux plus démunis

2.3.2. Principe de continuité de service public

Lorsqu'une activité est érigée en service public, c'est qu'elle répond à un besoin impérieux d'intérêt général, soit pour la vie nationale, soit pour la vie locale. Sa continuité trouve alors sa justification à la fois dans un principe constitutionnel et politique, la permanence de l'Etat et dans une préoccupation sociologique, la nécessité d'éviter le désordre social.

Cette continuité s'exprime au niveau des autorités administratives, du personnel de l'administration et de ses cocontractants « La continuité est de l'essence du service public. »

- La continuité du service public au niveau des autorités administratives. C'est en premier lieu, au niveau des autorités administratives que s'applique ce principe qui leur impose de fournir ponctuellement aux usagers la satisfaction de leurs besoins par la création et le bon fonctionnement d'un service public sous peine de mise en cause de leur responsabilité.

2.3.3. Le principe de la mutabilité ou d'adaptation constante.

Le principe de la mutabilité ou d'adaptation constante. Présenté comme un corollaire du principe de continuité, il est fondé sur l'idée que la qualité du service doit être assurée dans le temps et que les prestations fournies au public doivent toujours être adaptées à ses besoins. Cela signifie que les services publics sont pour ainsi dire soumis à la "loi du progrès", pour l'amélioration constante de leurs prestations.

2.4. Gestion des services publics

La gestion du service public permet de choisir les modalités selon lesquelles l'activité d'intérêt général se concrétise au bénéfice des usagers. La matérialisation d'une activité rencontre des contraintes vis-à-vis desquelles l'autorité administrative dispose d'une marge d'appréciation, s'agissant d'abord de la personnalité du gestionnaire, elle peut choisir de gérer elle-même le service public, avec ses propres moyens. Ou au contraire d'en confier la gestion à une autre institution, personne publique ou personne privée.

Quant au contexte de l'intervention, la collectivité peut choisir un régime de droit public, qui confère le fonctionnement du service à des agents publics. Elle peut aussi choisir de solliciter l'usager, pour une association plus ou moins étroite au fonctionnement du service. Enfin, dans les procédures utilisées, la prestation sera effectuée plutôt selon un mode « économique » ou de façon plus traditionnelle (Antoine.D, 2009).

Trois modes de gestion du service public se distinguent à titre principal. La collectivité qui a institué le service public peut opter pour une gestion directe, dont l'exemple type est la régie. Elle peut également décider de confier l'exploitation du service à une autre personne juridique. Il s'agit alors d'une gestion déléguée : établissement public si la gestion est déléguée à une personne publique, concession de service public si la gestion est déléguée à une personne privée. En définitive, la gestion du service public est assurée soit par une personne publique, soit par une personne privée.

2.4.1. Différents modes de gestion des services publics

Le service public est d'abord institutionnalisé par une personne publique (délibération de l'assemblée pour un service public local, décret pour un service public national, loi si l'activité relève du domaine législatif) { gestion du service public assurée par } :

Tableau 06 : Différents modes de gestion des services publics

Une personne publique		Une personne privée
<i>Gestion directe</i>	<i>Gestion déléguée</i>	<i>Gestion déléguée</i>
- Régie	- Établissement public	- Entreprise publique - Entreprise privé

a) La gestion directe par les personnes publiques

C'est le mode de gestion le plus évident, ou en tout cas le plus traditionnel | les moyens dont disposent les personnes publiques leur servent à gérer des services publics ; l'Etat et les collectivités locales sont composés de services publics.

- **La régie**

Dans les différentes formes de gestion du service public, la régie est majoritaire, aussi bien pour l'État que pour les collectivités territoriales. La régie est un mode de gestion directe du service public. L'activité est directement exploitée par la collectivité qui l'a créé. En tant que mode de gestion du service public, la régie privilégie l'unité d'action et la cohérence des activités prises en charge par la collectivité. Un service exploité en régie ne possède pas la personnalité morale.

b) La délégation du service public

La délégation de service public : dans ce cas de figure, la collectivité délègue la gestion du service à un opérateur qui peut être **un établissement public, une entreprise publique** ou privée. Les principales formes de délégation de service public sont la concession (les investissements sont à la charge du concessionnaire) et l'affermage (les investissements sont à la charge de la collectivité)

- Les établissements publics

Un établissement public est une personne morale de droit public financé par des fonds publics et qui doit remplir une mission d'intérêt général. Ils se distinguent des « entreprises publiques » qui sont des personnes morales de droit privé à capitaux publics qui ne remplissent pas nécessairement une mission d'intérêt général (Michel.D, 2002)

Les établissements publics administratifs sont soumis aux règles applicables à l'administration et au principe de la spécialisation. Leur régime financier et comptable est celui applicable à

l'administration, sont pourvus d'agents publics, spécialement des fonctionnaires (Titre III et IV de la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, JORA n° 02 du / 54 01-1988, maintenus en vigueur par l'ordonnance n° 95-25 du 30 /25 septembre 1995 relative à la gestion des capitaux marchand de l'Etat, JORA n° 55 du 27-09-1995). On peut citer, à titre d'exemple l'université, l'Ecole nationale d'administration, un hôpital, l'Agences nationale de développement de l'investissement, ...

Quant à l'établissement public à caractère industriel et commercial, s'il est soumis aux règles applicables à l'administration dans ses relations avec l'Etat, il est réputé commerçant dans ses rapports avec les tiers et est soumis aux règles de droit commercial. Il dispose d'un patrimoine distinct, d'un bilan propre, ses agents sont soumis au droit du travail.

Entrent dans la catégorie l'Algérienne des eaux, la Société nationale des transports ferroviaires, la Poste, les offices de promotion et de gestion immobilière (OPGI) (Zouaimia.R & al , 2009).

- Entreprise publique

Une entreprise publique est une entreprise dont le capital est détenu majoritairement par l'État. En France, les entreprises publiques peuvent avoir le statut de société anonyme (SA), à capitaux majoritairement publiques, ou peuvent être des Établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC) (Debbasch.C, 2005)

La délégation de service public est un contrat, c'est-à-dire un acte juridique résultant d'un accord de volontés entre deux ou plusieurs personnes. Ce contrat présente plusieurs formes selon l'implication plus ou moins importante du cocontractant : concession ou l'affermage. Les parties contractantes n'ont pas le même statut juridique. L'une des parties est une personne publique, qui agit dans l'intérêt général. Le contrat a le caractère d'un contrat administratif.

- La concession

La concession de service public est un contrat de gestion du service public L'autorité administrative délègue la gestion du service public à une personne privée Associer une personne privée à la gestion du service public est une option parfois imposée par la conjoncture économique ou par des considérations financières, mais jamais une obligation pour la collectivité. Le paysage institutionnel de la concession est donc extrêmement diversifié. Diverses catégories de service public font l'objet d'une délégation de service public.

➤ L'affermage

Les contrats d'affermage sont ainsi utilisés par les collectivités locales et leurs groupements. C'est par exemple le cas, dans le cadre de la loi de décentralisation, pour déléguer la gestion de service de voirie. Ce type de contrat est également fréquemment utilisé pour la gestion des services d'eau potable et d'assainissement. (Horgues.D.J, 2007)

La collectivité délégataire assure les investissements, le fermier (souvent une société privée) supporte les frais d'exploitation et d'entretien courant. Il se rémunère directement auprès de l'utilisateur par un prix convenu à l'avance dans le contrat d'affermage, révisable selon une formule de variation proposée dans le contrat. Pour couvrir les investissements nécessaires au maintien du patrimoine la collectivité vote chaque année une part du tarif qui lui reviendra (la « surtaxe »). Le fermier est chargé de recouvrir cette part auprès de l'abonné par la facture d'eau et de la restituer à la collectivité dans un délai court fixé par le contrat (entre trois et six mois).

2.5. Service public en Algérie

En Algérie, les activités de service public peuvent être classées en trois catégories : les fonctions régaliennes, les autres services non marchands et les services publics marchands

2.5.1. Fonctions Régaliennes en Algérie

Ce sont les fonctions de souveraineté de l'État. Elles sont entièrement financées par l'impôt et assurées par des administrations publiques.

- *Justice ; Police ; Sécurité civile ; Défense nationale ; Finances publiques (Trésor, monnaies, impôts) ; Administration générale et locale.*

2.5.2. Services publics non marchands en Algérie

Il s'agit de services, pour l'essentiel gratuits, financés principalement par l'impôt (ou les cotisations obligatoires). Les établissements relèvent du droit administratif, mais ces services associent aussi des organismes privés (sous contrat).

- Enseignement (éducation nationale) ;
- Santé (services hospitaliers) ;
- Sécurité sociale (entreprise privée sous tutelle) ;
- Aide sociale ;
- Culture (musées, théâtres, bibliothèques, maisons de jeunes...)

- Services d'assainissement ;
- Gestion des infrastructures (routes, voies ferrées, ports, aérodromes.).

Quand ils assurent conjointement des services du secteur marchand, les organismes publics correspondants relèvent à la fois du droit administratif et du droit commercial.

2.5.3. Secteurs publics marchands en Algérie :

Il s'agit de services financés principalement par une activité commerciale, mais qui sont considéré comme devant être sous contrôle de la collectivité.

- Transports : transports urbains, transports ferroviaires, ramassage scolaire, services portuaires et aéroportuaires ;
- Énergie : distribution du gaz et de transport d'électricité ;
- Distribution d'eau potable ;
- Services postaux ;
- Communications électroniques : services à haut débit, services de voix (téléphonie) et de transmission de données, radiodiffusion ;

Les établissements publics à caractère industriel et commercial qui assurent certains de ces services, quelquefois conjointement à des services non marchands, relèvent à la fois du droit administratif et du droit commercial.

3. La performance des organisations publiques

Des nombreuses recherches ont fait l'objet d'étude et d'analyse des organisations publiques, c'est un sujet qui a connu des débats doctrinaux et théoriques depuis plusieurs années. Notre objectif dans cette section de contribuer d'une façon synthétique sur la définition et les caractéristiques des organisations publiques, ainsi que, une tentation d'adaptation des modèles dans une approche de management public

3.1. Les caractéristiques des organisations publiques communes avec les organisations privées

La classification suivante est inspirée de celle proposé par Gibert. P « le contrôle de gestion dans les organisations publiques », la première catégorie concerne les critères en commun avec les organisations privées mais qui sont en force dans le secteur public. Quant à la deuxième catégorie est relative aux critères qui sont exclusives pour les organisations publiques donc pour le secteur public.

3.1.1. Les critères communs avec les organisations du secteur privé

a) La taille

La taille des organisations publiques reste parmi les critères essentiels de différenciation, car le nombre des employés est très important dans le secteur public et dépend de sa structuration, son fonctionnement qui vari essentiellement d'un pays à l'autre. L'emploi public représente une part importante de l'emploi national.

En revanche, l'influence de la taille est relative puisqu'il existe des entreprise ou organisations mixtes (régies par le droit public et privé en même temps) ainsi que des entreprises privées avec des tailles importantes voir supérieurs à celles de secteur public. Ces entreprises sont généralement des multinationales, elles sont soumises à des normes spécifiques selon leurs statuts économiques, culturelles et politiques.

Les employés du secteur public sont considérés comme des fonctionnaires de l'Etat et ils sont classés en grade et catégorie. Au fil de temps, les organisations publiques adoptent l'approche

de bureaucraties mécaniste ou fonctionnelle de Mintzberg en termes de procédures formalisés, des tâches spécialisées routières et opérationnelles.

Le secteur public est connu par son pouvoir décisionnel centralisé avec une planification rigide, en se basant sur des processus standardisés pour maintenir la coordination.

La taille joue un rôle sensible dans le processus de gestion plus précisément dans la prise de décision, à ce niveau apparaît la lourdeur de pouvoir décisionnel centralisé qui empêche relativement la mise en cohérence des toutes les activités, en trainant la coordination (Bartoli.A, 2005).

b) L'activité de service

Les organisations publiques se caractérisent par des missions spécifiques dites de service public. Les définitions doctrinales du *service public* sont vagues « au point que l'on parle de l'introuvable définition du service public » (El Moutawakil.A, 1999). De Laubadère propose la définition suivante : « *On appelle service public toute activité d'une collectivité publique visant à satisfaire un besoin d'intérêt général* » ; l'activité du service public vise à satisfaire l'intérêt général : Donc créer un service public, c'est pour répondre à un besoin d'intérêt général ; celui-ci constitue le but de toute action publique. Selon cette logique, lorsqu'une activité est d'intérêt général, les pouvoirs publics l'assument sous forme de service public (De Laubadère.A, 1999).

Les caractéristiques du service public : Trois principes permettent de définir les missions de service public : l'égalité, la continuité, l'adaptation aux mutations technologiques. L'égalité impose l'accès de tous au service public et interdit toute discrimination, tant du point de vue des droits que de celui des charges. La continuité oblige à répondre de façon continue aux besoins des clients, sans connaître d'autres interruptions que celles prévues par la réglementation. Enfin la notion d'adaptabilité suppose que le service public soit réactif et évolue en fonction de changement d'existence de l'intérêt général. Il peut donc être modernisé (Vinard.P, p. 26).

Ces caractéristiques engendrent des difficultés en termes de gestion des services il faut faire preuve d'une planification stratégique pertinente pour répondre à la demande large de population. Une autre caractéristique, celle liée à la difficulté d'appréciation de la satisfaction de besoin des usagers, souvent à cause de caractère subjectif.

c) Le mode financement

Les organisations et administrations publiques sont financées par le fond public (dotations, subventions, ressources fiscales, redevances). La gratuité du service, parfois même l'obligation de consommer (l'éducation, l'enseignement supérieur, service de santé) font que les indicateurs de consommation peuvent être difficiles à apprécier par les décideurs et analyses du domaine. La situation de monopole fait que la non satisfaction des usagers ne se manifeste pas nécessairement par le recours à la sanction.

L'accroissement de la demande dans le secteur public est considéré comme une charge supplémentaire. Contrairement, au secteur privé, une hausse de demande se traduit par une augmentation de l'apport budgétaire. La solution possible pour faire face à une demande en croissance est celle de la réduction des coûts.

Le système de financement public de ces organisations entraîne une rigidité dans la gestion des ressources et un rapport très particulier avec l'environnement.

3.1.2. Les critères exclusifs aux organisations publiques

a) La poursuite de finalités externes

Dans le secteur privé, les organisations cherchent à réaliser les intérêts individuels et collectifs de ses personnels et responsables. L'organisation privée a plusieurs types d'objectifs notamment la maximisation du profit, l'implication des salariés dans la gestion et respect des engagements sociétaux de l'environnement dans lequel elles évoluent.

La différence entre la gestion publique et la gestion privée se situe constamment au niveau de l'intérêt de son existence. Les finalités assignées aux organisations du secteur public relèvent de l'objectif d'intérêt général. La différence se pose donc dans les valeurs propres de chaque type de secteur.

Cependant le système de valeurs renvoie à deux notions fondamentales. Celle du *service public* selon laquelle les organisations publiques doivent satisfaire des usagers, et non des clients. C'est à la fois un avantage (l'utilisateur n'a parfois pas le choix et ne peut voter « avec ses pieds ») et

une contrainte (l'organisation publique ne choisit pas sa cible selon des critères commerciaux). Ainsi que celle de *l'intérêt général*, ce dernier ne se comprend pas indépendamment de son contexte.

L'intérêt général est pour le bien public. L'idée d'intérêt général apparaît au XVIII^{ème} siècle se substituant à celle de bien commun. Sans sens précis elle désigne à la fois la somme des intérêts des individus qui composent la nation et en même temps un intérêt propre à la collectivité qui transcenderait celui de ses membres. Ce caractère flou de l'intérêt général est d'autant plus problématique qu'il n'a pas freiné son utilisation et que cette notion imprègne le droit public au point d'être presque la raison d'être de son existence.

Cependant, ces deux concepts n'ont pas chacun une définition intrinsèque. Une mission devient d'intérêt général si les autorités politiques considèrent, à un moment donné, que l'Etat se doit donner satisfaction à un besoin de la société auquel des entreprises privées ne pourraient répondre de façon satisfaisante.

b) Le cadre et le champ d'action

Le champ d'action d'une organisation est le territoire géographique de son intervention. Il peut être local, sectoriel, régional, national, ou mondial. L'action des organisations du secteur public s'incorpore dans un système de politiques publiques sur l'échelon national ce qui limite les possibilités de choix stratégiques de gestion pour ces organisations. Ces dernières sont régies par des lois spécifiques au secteur public notamment le droit public et le droit administratif. Elles évoluent dans un cadre réglementaire précisant ses missions, la collecte de ses ressources ainsi que l'affectation de ses dernières (la loi de finance).

Les organisations publiques ne sont donc qu'un élément constitutif de ce système et leurs actions sont déterminées selon un cadre de référence décidé à l'échelon supérieur. La structure, les missions et les systèmes de gestion de ces organismes sont aussi dictés par la loi et la réglementation, ce qui rend son existence et son fonctionnement légitime.

L'encadrement juridique de ces organismes freine parfois son fonctionnement, est considéré comme une contrainte dans le sens où il rigidifie le comportement des décideurs publics, limite l'innovation et la créativité au sein de ces organismes, ce qu'on appelle la lourdeur bureaucratique. Deschênes et Divay, considèrent que cette culture bureaucratique favorise les

comportements organisationnels atemporels, mécanicistes et égocentriques (Deschenes.J.C, 1994).

Cependant, L'autonomie stratégique des organisations du secteur public est réduite par l'obligation de coopération entre les administrations dans la mise en œuvre de politiques publiques. Les politiques publiques coopèrent avec tous les services de l'Etat. Ils sont le lieu de rencontre de toutes les administrations qui interviennent, selon leurs compétences, à différents moments et avec différents degrés d'implication dans le processus global d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi ou d'évaluation.

c) L'interférence du politique dans l'action des organisations publiques

L'action publique est l'ensemble des relations, des pratiques et des représentations qui concourent à la production politiquement légitimée de modes de régulation des rapports sociaux. Il tient donc à la légitimation politique des « réponses » qu'elle apporte à des « problèmes sociaux », des ressources qu'elle distribue ou des formes d'organisation sociale qu'elle promeut. Donc, les organisations publiques sont soumises dans leur fonctionnement d'un pouvoir politique légitime à un devoir d'efficacité, ce qui est considéré comme conséquence nécessaire de l'Etat de droit (Santo.V.M, 1993).

Cependant, Le but est de rendre sa gestion efficiente similaire à celle de la gestion des entreprises privés. Tout en exigeant aux dirigeants qu'ils se comportent avec un esprit de manager ; Ce qui peut créer ce que l'on nomme des injonctions paradoxales et provoquer un malaise profond des agents concernés. Des outils de gestion inspirés du secteur privé ont été adaptés au secteur public pour essayer d'atteindre cet objectif d'efficience.

Les autorités politiques dominent sur le processus de décision et de direction, ce qui impacte le système de management des organisations publiques. Ainsi que la rationalité politique favorise les investissements de court terme et visibles, même si les décideurs publics décidaient de s'engager sur le long terme, les contraintes de temps limiteraient les moyens dont ils disposent. Cleveland (Cleveland.H, 1979, p. 12) déclare les blocages suscités par le cadre temporel dans lequel s'inscrit les stratégies des élus politiques : « *nous nous attaquons à des défis de très long terme (20 ans) avec des plans d'actions dont l'horizon temporel ne peut dépasser cinq ans et en nous basant sur des dotations budgétaires annuelles* ».

La contrainte de temps concerne aussi les responsables et les personnels publics, qui, compte tenu des rigidités structurelles, ne disposent que d'un laps de temps limité pour mettre en œuvre au niveau opérationnel les stratégies organisationnelles (Bower.J.L, 1977).

d) La pluralité des modes d'intervention

Les acteurs publics qui font la conception et la mise en œuvre des politiques publiques territoriales sont les collectivités territoriales, les ministères, Les experts de nouvelles structures de projet, fonctionnent comme les antennes du pouvoir central. Ils se caractérisent par la pluralité de leurs modes d'intervention.

Les organisations publiques disposent donc de plusieurs modes d'action, imposant le rôle de la puissance publique, comme par exemple autoriser ou interdire, prélever ou exonérer (des activités, tâches, des ressources financières ou des décisions) de la part des usagers

La gestion du service public permet de choisir les modalités selon lesquelles l'activité d'intérêt général se concrétise au bénéfice des usagers. La matérialisation d'une activité rencontre des contraintes vis-à-vis desquelles l'autorité administrative dispose d'une marge d'appréciation, S'agissant d'abord de la personnalité du gestionnaire, elle peut choisir de gérer elle-même le service public, avec ses propres moyens. Ou au contraire d'en confier la gestion à une autre institution, personne publique ou personne privée.

Quant au contexte de l'intervention, la collectivité peut choisir un régime de droit public, qui confère le fonctionnement du service à des agents publics. Elle peut aussi choisir de solliciter l'usager, pour une association plus ou moins étroite au fonctionnement du service. Enfin, dans les procédures utilisées, la prestation sera effectuée plutôt selon un mode « économique » ou de façon plus traditionnelle (Antoine.D, 2009).

e) La nature de la concurrence dans l'environnement des organisations publiques

Les organisations publiques exercent leurs missions dans un environnement où la concurrence est pratiquement nulle, parce 'elles découlent des entités du pouvoir public qui est considéré comme le sommet de système hiérarchique d'un pays, ainsi que le détenteur de pouvoir dans la mise en œuvre de conditions de passations des contrats et des affaires. L'absence donc d'une concurrence ouverte singularise l'action administrative. Cette situation est qualifiée de monopole ou de quasi-monopole, elle contraint l'adaptation des organisations publiques exécutives au climat de l'environnement dans lequel elles s'exercent (Niskanen.J, 2007) .

En effet, L'organisation publique relève d'un système juridique particulier, le droit administratif est le droit applicable à l'organisation publique, sauf l'entreprise public, qui, son fonctionnement est régi par le droit privée ou mixte. Les organisations œuvreraient dans un environnement relativement stable en situation de monopole tout en maîtrisant les mécanismes de l'offre et la demande, n'auraient aucun intérêt en termes de développement économique ou autre domaine, car l'utilisateur n'aura pas un large éventail de choix pour les services ou les produits sur le marché.

Finalement, cette stratégie est contradictoire avec la recherche de finalités externes et les critères d'équité qui guident l'action publique.

Conclusion

Le principe général du nouveau management public est d'implanter les mécanismes de la gestion des entreprises privées dans les administrations publiques afin de réduire les procédures bureaucratiques autrement dit lutter contre la lourdeur administrative.

L'administration algérienne est loin d'adopter les principes de nouveau management public de moins celles de la nouvelle gestion publique, puisqu'il s'agit d'une logique de mondialisation en ce qui concerne de la compétitivité organisationnelle, accorder la priorité à la satisfaction de usagers de service public, action de focaliser sur les résultats, l'imputabilité et accorder plus d'autonomie aux responsables.

CHAPITRE III : LA PERFORMANCE DES ORGANISATION PUBLIQUES DE SANTE

Introduction

Dans le champ organisationnelle, l'hôpital est considéré comme un terrain d'étude particulier, ou l'appréciation de la performance devient une préoccupation des spécialistes dans différents domaines notamment la qualité de soins, la performance hospitalière, gestion des ressources humaines.

Comme c'est déjà abordé dans le premier chapitre, la performance est un terme polyvalent, nous retenons ce qui était dit que « la performance ne vaut que par rapport à l'objectif auquel elle est rapportée, c'est un concept relatif et non pas absolu ».

Les organisations publiques de santé dont les hôpitaux cherchent à apporter à leurs usagers qu'ils accueillent le meilleur service. La performance hospitalière passe par l'optimisation de l'efficacité et l'efficience des services dont la qualité de prestation de soins et la recherche scientifique.

Si nous voulons retenir une définition de la performance dans les hôpitaux publics, il nous faut tout d'abord évoquer le champ hospitalier par la définition de ses organismes et les objectifs qui leur sont assigné. Jean de Kervasdoué définit l'objectif de L'hôpital : « soigner tous les malades, avec la plus grande humanité, au meilleur prix, en leur offrant la meilleure qualité des soins, compte tenu des connaissances médicales du moment (De Kervasdoué.J, 2004, p. 25) ». Dans ce chapitre, nous précisons tous d'abords le contexte hospitalier et la notion de la performance hospitalière. Ensuite nous montrons que la mesure de la performance nécessite de déposer des indicateurs et des modèles de mesure adaptés au contexte. Enfin nous allons synthétiser certaines études qui ont traités la performance hospitalière dans le contexte algérien.

1. L'hôpital public à l'épreuve de la performance

1.1. Le contexte hospitalier

Le management hospitalier prend en compte plusieurs éléments qui constitue l'organisation :

- Le capital humain : les personnels à l'hôpital que ce soit les personnels administratifs ou bien les professionnels de la santé (le corps médical) sont des acteurs disposant d'une marge d'autonomie et donc d'un pouvoir dominant.
- Un système propre à la santé : ces acteurs sont actifs dans un système un peu particulier et une structure complexe que présente l'hôpital.
- Une perspective stratégique : afin de conduire l'hôpital vers ses missions qui est la prestation continue des soins, et la recherche scientifique : les acteurs de cette structure ont intérêt d'avoir une pensée ou une perspective stratégique basée sur la bonne conduite des projets, l'innovation et la coopération entre les acteurs pour assurer le bon fonctionnement.

L'hôpital est considéré comme une entreprise de service, de soins, de séjour hospitalier (hospitalisation et restauration) et une assistance sociale ou morale pour les usagers (les patients). Denis et al définissent « l'organisation hospitalière comme une structure complexe, qui représente les organisations caractérisées par les objectifs multiples, des lieux diffus et des processus de travail basés sur les connaissances spécifiques » (Jacques.J.M, 2004) .

Progressivement les missions et les fonctions de l'hôpital ou plus généralement de l'organisation hospitalière ont évolué au fil de temps en suivant l'évolution de la société et des technologies. Il est devenu un établissement producteur de soins mais qui reste soumis à des exigences et contrainte des conséquences de cette évolution tels que la qualité, l'innovation, la mobilité et l'évaluation de fonctionnement.

En effet, nous pouvons classer ces exigences en trois grandes catégories. Premièrement, le système de santé est soumis une réglementation a tendance proliférante (lois, décrets, circulaires, textes d'application) importantes et nombreuse ce qui explique sa complexité organisationnelle. Deuxièmement, l'exigence temporelle que connaît l'organisation hospitalière et spécifiquement les hôpitaux publics, elle est l'origine de plusieurs dysfonctionnements puisque la perception temporelle varie d'un acteur à un autre dans le système de santé et le processus de fonctionnement des hôpitaux.

Finalement, l'organisation hospitalière connaît des nombreuses turbulences d'origine culturelle, organisationnelle, comportementales qui entraînent l'organisation hospitalière vers des rudes épreuves.

L'hôpital est un lieu de production et de prestation de services, car il s'intéresse à la production des soins pour les malades et leurs pathologies ainsi que leur examen complémentaire. L'utilisation du mot production dans le contexte hospitalier présente une particularité car les producteurs sont les professionnels de la santé notamment le corps médical et paramédical qui assurent les soins et la guérison des patients afin d'obtenir le bon état de santé. Selon le rapport de l'OMS (2000) le système de santé est : « La totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires. Une intervention sanitaire s'entend de tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle ».

Les missions de l'hôpital ont connu une évolution et un changement remarquable dans le temps en suivant l'évolution technologique et changement sociétal des pays. D'un lieu où l'on « soulageait la misère et ses différents maux », l'hôpital est devenu le lieu où l'on « soigne tous les malades et où on les guérit le plus souvent » (Ansoff.H.I, 2018).

Actuellement, les systèmes de santé des pays développés ont rendu l'hôpital une organisation productrice de soins soumise aux exigences contemporaines d'innovation, de qualité, de transformalité structurale et d'évaluation.

Ce changement concerne les prestations et l'organisation de soins médicaux. La prise en charge des patients est devenue donc un processus de production qui nécessite l'intervention de tous les acteurs de l'hôpital pour garantir le succès de sa mission. En effet, l'hôpital est orienté vers une nouvelle perspective de fonctionnement reposant sur l'appréciation de la performance face à des contraintes environnementale et règlementaire.

1.2.La conception structurelle de l'hôpital

La performance se caractérise par sa complexité. A partir de notre revue de la littérature, nous adoptons la définition de la performance dans le contexte hospitalier comme un concept multidimensionnel car elle est définie selon la vision de chaque intervenant. Le patient (l'utilisateur) exige une bonne qualité et une accessibilité aux soins, les professionnels de la santé réclament la disponibilité et la qualité du matériel médical, les personnels administratifs cherchent un bon climat de travail.

En effet, selon leur statut, les intervenants, gestionnaires, patients, responsable, parties prenantes, n'expriment pas les mêmes besoins et exigences car chacun d'entre eux a le droit d'accéder aux services de l'hôpital tout dépend de leurs besoins (Lombrail.P, 1999).

Les hôpitaux ont une vocation d'intérêt général, leur mission principale est la continuité de la prestation de soins, qui est considérée parmi les prérogatives de l'Etat. Les hôpitaux sont dans l'obligation d'accueillir les usagers, soigner les patients sans prendre en considération leurs niveau social et économique.

Mise à part la prestation des soins, les hôpitaux publics universitaires ont d'autres types de vocations qui se résument dans l'enseignement et la recherche scientifique, ceci afin de promouvoir la qualité des soins, tout en effectuant des progrès dans le domaine médical.

En effet, selon Lombrail (1999) « Un hôpital ne peut être considéré comme performant s'il ne remplit pas l'ensemble des missions qui lui sont confiées ». Donc, l'hôpital et les établissements de santé sont obligés de prendre en considération toutes les facettes de leurs missions pour atteindre leurs objectifs d'efficacité et d'efficience donc la performance globale.

Notre analyse intègre deux dimensions de l'analyse organisationnelle dans le contexte hospitalier : la structure et les relations entre les acteurs ; « les structures dans lesquelles prennent place les jeux d'acteurs et les relations entre acteurs qui mettent en action ces structures contribuant par leurs jeux à faire évoluer vers de nouvelles données organisationnelles » (De Vos A, 2002, p. 3) .

Nous nous basons sur la conception structurelle de l'hôpital selon Henry Mintzberg celui propose une modélisation du fonctionnement interne de l'hôpital, comme suit :

- *Le sommet stratégique* représente l'organe de direction de l'hôpital et d'élaboration de sa stratégie. Il est chargé de s'assurer de la gestion de l'hôpital et du bon suivi des missions prédéfinies. Il sert les besoins des décideurs et responsables de l'hôpital. Il permet d'avoir une vue d'ensemble du système organisationnel hospitalier.
- *La ligne hiérarchique* est une hiérarchie d'autorité composée des managers responsables qui sont en réalité des cadres opérationnels, chargés d'animer des équipes de personnels directement productives. La ligne hiérarchique assure la coordination entre le sommet stratégique et le centre opérationnel.
- *Le centre opérationnel* constitue la base de toute organisation est le noyau opérationnel. Les personnels administratifs hospitaliers sont investis dans l'exécution de leurs tâches administratives. Il représente le service où l'on trouve ceux qui effectuent le travail directement productif.

- *La technostructure* qui est composée d'analystes, d'experts composant en quelques sortes le staff de l'hôpital et qui contribue à l'organisation administrative en élaborant des normes de fonctionnement. Ce staff réalise des activités dites indirectement productives. La plupart des cadres fonctionnels tels que les analystes financiers, informaticiens, comptables etc. se trouvent dans la technostructure. Par exemple, la direction des ressources humaines a une fonction d'aide à la décision et de conseil interne auprès des sommets stratégiques en élaborant des méthodes et des outils d'animation et de gestion des hommes qui seront proposés à la ligne hiérarchique c'est-à-dire aux managers des équipes de travail.
- *Le support logistique* fournit différents services internes pour les personnels administratifs tels qu'une cafétéria, un service postal ou un service d'entretiens des locaux. Ceux sont des unités de prestations spécialisés (périphériques) mais indispensables à l'accomplissement des missions des personnels.
- *L'idéologie de l'organisation* très proche dans l'esprit de Mintzberg du concept de culture d'entreprise. L'idéologie se nourrit des traditions, des normes et des valeurs dominantes, des croyances de l'organisation ... c'est-à-dire tout ce qui la distingue d'une autre et qui insuffle une certaine existence à la structure organisationnelle.

Les réflexions de Mintzberg ont défini la structure hospitalière comme étant une Bureaucratie professionnelle. Cette dernière est parmi les sept formes de bureaucratie présentées par Mintzberg.

Une structure est qualifiée d'une organisation professionnelle quand elle est décentralisée, dépendante de standards de qualification des acteurs professionnels. Cette structure repose sur la classification des emplois où les acteurs (les personnels administratifs) trouvent leurs autonomies professionnelles en restant soumis au contrôle hiérarchique.

En revanche, comme cette configuration présente l'avantage d'autonomie et de démocratie aux acteurs, elle peut engendrer en contre partie des problèmes de coordination entre les services et les personnels administratifs (Plane, J.M, 2012, p. 129).

1.3. La complexité organisationnelle de l'hôpital public

L'hôpital se caractérise par sa complexité car il connaît des exigences hiérarchiques et il doit accomplir des missions multiples, (Armenakis.A.A, 1993). Néanmoins, d'une part il doit faire face aux dysfonctionnements possibles car il évolue dans un environnement aux changements

perpétuels et une évolution technologique innovante et d'autre part, il doit prendre en considération les contraintes financières et mettre en place des plans stratégiques pour l'adaptation de son fonctionnement pour tout imprévu.

Les dysfonctionnements que peut connaître tout hôpital concerne généralement la résistance aux changements par les acteurs (les professionnels de la santé, le corps administratif), les principes d'organisation structurelle ainsi que l'indisponibilité et l'insuffisance des moyens et matériels professionnels.

1.3.1. La complexité comportementale

Le facteur humain joue un rôle important dans le changement organisationnel, car au-delà des facteurs structurels, le comportement des acteurs interne impacte la progression des réformes et le processus de la mise en œuvre de nouvelle stratégie et tout éventuel changement organisationnel.

Pendant longtemps, les pratiques de gestion des organisations publiques ont privilégié certaines attitudes bureaucratiques telles que la lenteur, l'irrationalité, l'indécision décentralisé. Ce stéréotype de pratique représenté par un corporatisme qui prouve la volonté de conserver ces pratiques de gestion traditionnels en contrariant tout type de changement organisationnel.

La résistance au changement par les acteurs interne et le mouvement contradictoire freinent la volonté d'évolution organisationnelle et par conséquent les réformes indispensables puisque cette résistance conforte l'opacité général du système de santé.

1.3.2. La complexité d'origine organisationnelle

L'hôpital est connu par la complexité de sa structure organisationnelle, la division de travail et tâches entre ses fonctions, services et professions comme l'a défini Drucker « l'organisation hospitalière est un monstre à deux têtes ».

La recherche de la qualité de prestation de service (médicales, administratifs) est le sujet de recherche de nombreuse personnes et services. Aucune méthode n'a été approuvé pour la gestion d'une telle interdépendance. Cependant, il est primordial de mener des réflexions organisationnelles contextuelles adaptées pour chaque service et situation, et recourir par la suite à un contrôle des résultats pour la conformation de la réalisation des objectifs assignés.

Cependant, les autorités compétentes doivent exercer le contrôle sur tous les services des établissements hospitaliers et les hôpitaux publics, tout en se focalisant sur les différentes activités et les thèses spécifiques aux systèmes de soins notamment (l'hygiène, droit de malade, rationalisation des dépenses, les pratiques de bonne gestion).

Le ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière algérien a lancé depuis 2006 des programmes pour l'amélioration de la santé publique, sous formes des lois relatives à la promotion et à la protection de la santé notamment la rationalisation de l'offre par le biais de la nomenclature nationale, assurer la disponibilité des médicaments de qualité, de sécurité, d'efficacité et d'accessibilité acceptables, l'encouragement d'une industrie pharmaceutique nationale performante (L'ordonnance présidentielle, 2006).

1.3.3. La complexité en termes de transmission de l'information

La structure organisationnelle nécessite un flux d'information et de communication. En effet, la gestion des hôpitaux publics repose sur la mise en œuvre des technologies de l'information afin de faciliter et d'évoluer dans leurs pratiques de gestion.

Néanmoins, le secteur de santé algérien fait défaut de l'absence d'un système d'information qui rend compte de la consommation effective des ressources et de la qualité concrète de prestation de soins.

Les indicateurs mis en place (la satisfaction des usagers, le nombre d'entrées, la durée moyenne de séjour, le temps d'attente) ne reflètent pas concrètement la qualité de soin, ni la qualité des pratiques médico-soignantes et encore moins la qualité de fonctionnement.

Cette défaillance de la nature des indicateurs, pour approcher l'activité et l'absence de fiabilité des indicateurs utilisés, pose donc de réels problèmes (Jlassi.J, 2009, p. 24).

Selon Jacques et al « la volonté d'évoluer vers une structure plus transversale serait présentée dans beaucoup d'organisations contemporaines par l'approche vers le haut verticale très hiérarchisée (top-down), qui tend à être petit à petit remplacée par une approche plus transversale et multidisciplinaire (bottom-up) grâce aux effets des technologies d'informations et de communications » (Baptiste.V, 2003, p. 4) .

En effet, le développement de la structure hospitalière exige la coordination entre les paritaires des unités de l'organisation par une structure organisationnelle orienté vers un objectif commun, basé sur la continuité de la coordination et la communication entre les acteurs interne et externe de l'hôpital.

Afin de renforcer l'identité de ces différents acteurs, il est nécessaire de comprendre les réseaux internes qui fondent l'organisation et la compose. « La structure hospitalière est connue par la dualité organisationnelle » P. Drucker.

Cependant, le modèle de Mintzberg et sa configuration structurelle présente cinq mécanismes de coordination liés directement à la division des tâches :

- L'ajustement mutuel : le travail est coordonné par le biais d'échange informels et de communication entre les personnels administratifs ;
- La supervision directe : le superviseur (le responsable ou le chef service) prend en charge la coordination entre les fonctionnaires.
- La standardisation des procédés de travail : la coordination se réalise par la normalisation de procédures de travail. Le fonctionnaire suit ces normes et standards élaborés par des spécialistes du domaine ou les directeurs des organisations ;
- La standardisation des résultats : la coordination se réalise non plus par une programmation, non des tâches à réaliser, mais bien des résultats ou objectifs à atteindre ;
- La standardisation des qualifications : la coordination se réalise indirectement par la normalisation des compétences des fonctionnaires, c'est-à-dire par une spécification de la formation requise pour exécuter une tâche

Nous apercevons que la définition de la performance hospitalière dépend de la vision de chaque acteur dans le système hospitalier comme par exemple, les professionnels de santé perçoivent la performance dans l'efficacité économique, les usagers cherchent l'amélioration de qualité de soins comme un objectif de performance et les personnels administratifs demandent la mise en œuvre de nouveaux outils de gestion ainsi que la rénovation d'équipement médical pour le corps médical.

2. La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle de mesure

La mesure et l'évaluation de la performance d'une organisation nécessite la conception préalable d'une politique. Cette dernière vise à mettre en place un plan opérationnel et stratégique qui précise la vision, la mission ainsi que le plan d'action à suivre pour atteindre le niveau de performance voulu par l'organisation.

La mesure de la performance est une procédure importante pour l'organisation car elle permet d'apprécier la progression du système de fonctionnement de l'organisation vers son objectif.

La politique d'une organisation publique et plus précisément de l'hôpital est définie comme l'orientation à long terme de son fonctionnement dans un cadre réglementaire et budgétaire rigide vu le statut public, qui influence la prise de décision concernant les objectifs stratégiques. La mesure de la performance et la politique de l'organisation sont profondément liés et indissociables car, d'une part, cette politique est considérée comme le fil conducteur qui guide la mesure de la performance par le biais des grandes orientations stratégiques afin d'atteindre les objectifs préalablement fixés ; et d'autre part, la mesure de la performance vise quant à elle de déterminer et de fixer les indicateurs qui sont utiles dans l'analyse de la politique pour l'ajustement des lignes stratégiques et les missions de l'organisation (Institute of Management Accountants, 1998).

Cependant, Les indicateurs sont des instruments de mesure de la performance de l'organisation issus de la démarche d'amélioration. Selon (Desmidt.S, 2005), ils sont déduits de la vision ainsi que des objectifs stratégiques. Ces indicateurs sont sélectionnés selon des critères précis ; ils sont répertoriés dans une palette au sein du tableau de bord de l'organisation.

Le tableau de bord est un rapport utile pour les responsables. Il englobe l'ensemble des indicateurs essentiels pour la prise de décision au sein de l'organisation (Fernandez.A, 2011). Le tableau reflète l'activité de l'organisation hospitalière. Il permet d'apprécier les résultats obtenus en termes d'objectifs stratégiques par rapport aux objectifs fixés.

Le tableau de bord d'un service d'une organisation est un instrument de pilotage. Il est conçu selon les besoins du responsable du service. Il comporte un certain nombre d'indicateurs et constitue un document récapitulatif des informations nécessaires pour le niveau supérieur c'est-à-dire la direction. (Bouquin.H, 2001) a défini le tableau de bord comme « un ensemble d'indicateurs peu nombreux (cinq à dix) conçus pour permettre aux gestionnaires de prendre connaissance de l'état et de l'évolution des systèmes qu'ils pilotent et d'identifier les tendances qui les influenceront sur un horizon cohérent avec leurs fonctions »

Donc, il n'existe pas un modèle standard du tableau de bord. Celui-ci doit être adapté aux données et informations (les conditions) du service dans lequel il va être utilisé ; il va également dépendre de la finalité poursuivie.

Le tableau de bord de l'hôpital est un document appelé état de reddition de la performance qui informe les responsables supérieurs des résultats obtenus de l'activité d'un service de l'hôpital pendant une période donnée (Gibert.P , 2009). Les hôpitaux utilisent généralement le tableau de bord équilibré de Kaplan & Norton (Kaplan.R.S N. , « The balanced scorecard translating strategy into action», 1996) afin de dégager et apprécier les réalisations par rapport aux objectifs fixés par l'hôpital lui-même.

Plusieurs recherches abordent la performance selon plusieurs dimensions qui contiennent des indicateurs de différentes perspectives notamment, les patients, personnels et les parties prenantes ainsi que des différents aspects de la mesure de la performance comme l'efficacité, l'efficience et la productivité. Ces dimensions qui constituent le tableau de bord de gestion.

2.1. Pourquoi mesurer la performance

Plusieurs acteurs ont intérêt à la mesure de la performance notamment, le gouvernement, les responsables et gestionnaires des hôpitaux (conseils d'administration), les patients (les usagers), les professionnels de la santé et les chercheurs ainsi que les contribuables et les parties prenantes. Chacun de ces intervenants a besoin de données et rapport des résultats sur la performance afin de répondre à ses objectifs professionnels.

En Algérie, dans le cadre de l'amélioration continue des politiques publiques, l'Etat et ses autorités compétentes dans chaque secteur exigent des rapports de façon continue aux services déconcentrés sur les résultats de leurs activités. Cependant, le ministère de la santé et de la population exprime des demandes aux directions régionales de la santé, aux organisations et établissement hospitaliers afin d'évaluer l'impact des réformes et des mesures de restructuration.

Les services de l'Etat et particulièrement les hôpitaux affrontent des contraintes financières, par conséquent, ils subissent une pression constante en termes d'utilisations des ressources (financière ou humaines), améliorations de leurs services (qualité de soins, prise en charges, disponibilité des moyens). Les responsables des services analysent donc les rapports de l'activité de leurs services en termes d'investissement, couts / qualités de prestation, progrès de recherches et prévention.

Par ailleurs, la mesure de la performance est nécessaire pour connaître le fonctionnement interne de l'organisation (l'hôpital) ainsi que son positionnement dans l'environnement dans lequel elle évolue. Ceci permettra aux décideurs d'identifier les opportunités et les menaces qui

touchent l'organisation ; par conséquent ils auront l'avantage d'agir en favorisant les premières et en réduisant les seconds. On parle ici d'apprentissage organisationnel du BalancedScorecard. Le BalancedScorecard maîtrise le processus car « la mise en relation des structures, le processus et les résultats afin d'évaluer l'impact de l'activité organisationnelle sur les résultats », (Guisset.A.L D. , 2005) constitue une source d'apprentissage de fonctionnement riche pour l'organisation et donc pour le secteur.

Pour pouvoir mesurer la performance, l'analyste doit tenir compte, pour répondre aux besoins de chaque institution ou organisme public concerné, de variables relatives aux différentes dimensions citant à titre d'exemple la vision et valeurs de l'organisation, les stratégies, les compétences clés ainsi que les attentes des bénéficiaires du service rendu.

En illustration de la théorie de la firme, l'évaluation de la performance organisationnelle passe par une analyse de ses environnement interne et externe. Dans le contexte de la sphère publique et afin de dégager des jugements fiables, l'analyste doit prendre en considération l'ensemble des éléments suivants (Mazouz.B, 2008) :

- Contexte : population et entreprise desservies, économie, institutions politico-administratives et structure socioculturelle.
- Intrants ou inputs : ressources nécessaires, dont l'information sur la demande, pour réaliser les services attendus par les bénéficiaires. Ces ressources sont humaines, matérielles (équipements), financières, informationnelles et relatives à la matière première.
- Extrants ou outputs : les services rendus et leurs effets immédiats induits sur les citoyens bénéficiaires.
- Impacts ou Outcomes : les améliorations dans la communauté.

L'appréciation de la performance organisationnelle et l'évaluation de son système de fonctionnement influence amplement le comportement de ses acteurs intérieurs ou extérieurs (Kaplan & Norton 1996). La mesure de la performance est une étape cruciale voir indispensables dans le processus de fonctionnement de chaque organisation ou un système mais elle n'est pas suffisante, car elle est un maillon de la chaîne (Fernandez.A, 2011).

Bien que la mesure de la performance est une phase importante dans le processus de fonctionnement de l'organisation, la revue de littérature en science de gestion présente un éclaircissement en ce sujet « le rôle de l'appréciation de la performance consiste à réaliser les

ambitions stratégiques de l'organisation ainsi elle oriente les décisions stratégiques ou opérationnels de ses différents intervenants (les usagers, les professionnels de la santé, les responsables) vers de meilleurs résultats (Smith.P.C, 2008)

Enfin, la mesure de la performance fournit aux responsables des outils d'aide à la décision, pour revoir leurs engagements envers les services et une remise en question du processus de fonctionnement de l'organisation. C'est essentiellement pour assurer le maintien et la réalisation des objectifs pour une implication permanente dans son environnement et préserver son intégrité avec les intervenants.

2.2. Les indicateurs de mesure de la performance

Un indicateur est une mesure quantitative d'une information (données de l'hôpital), pour évaluer et apprécier ses informations qui seront utiles à la prise de décision ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle perspective d'amélioration de la mission de l'organisation, autrement dit la fixation des nouveaux objectifs à atteindre par l'organisation.

Il est nécessaire de prendre en considération toutes les caractéristiques des indicateurs pour la conception d'un set d'indicateurs pertinent et fiable pour l'évaluation d'une dimension de la performance ou de sa globalité (Adair et al 2003 ;Vlayen, Van De Water et al. 2006 ; Smith et al 2008) (Lucet.C, 2011).

Afin de répondre aux besoins des intervenants de l'hôpital en termes d'informations et données. Les indicateurs de mesure doivent être sélectionnés suivant les objectifs des intervenants. Ils sont classés par la suite dans différents tableaux de bords en fonction des intérêts des personnes ayant formulé cette demande.

Le choix des indicateurs dépend de différents critères notamment des objectifs des acteurs (demandeurs d'informations), de qualité de ce que l'on veut mesurer, de la disponibilité de l'information et de la fiabilité de ces indicateurs ainsi que leurs la qualité.

Pour l'Association Française de Gestion Industrielle en 1992 (AFGI) (Berrah, L., 2002): « *Un indicateur de performance est une donnée quantifiée qui mesure l'efficacité et/ou l'efficience de tout ou partie d'un processus ou d'un système (réel ou simulé), par rapport à une norme, un plan ou un objectif, déterminé et accepté dans le cadre d'une stratégie d'entreprise.* »

Depuis plusieurs années, l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) ainsi que d'autres organismes internationaux produisent des indicateurs afin d'évaluer et mesurer plusieurs dimensions de la performance de système de santé et ses organismes attachés. L'objectif poursuivi est complètement différent du secteur économique.

La recherche de profit n'est pas l'objectif principal du secteur public de la santé et il ne présente pas un indicateur de performance, puisque, la finalité de l'action publique de ce secteur est la prestation de soins gratuite et de façon continue, contrairement au secteur économique qui a un but purement lucratif et dont la performance financière constitue l'indicateur principal de son fonctionnement (Labrie, 2005). Néanmoins, la recherche d'efficience et de productivité en termes des bénéfices pour les organismes de santé privé reste parmi les ambitions des autorités compétentes et les décideurs du secteur marchand afin de valoriser et d'augmenter la performance de toute organisations du secteur de santé.

C'est dans cette perspective que les organisations mondiales de santé ainsi que d'autres organismes mettent en place des critères et des indicateurs pour apprécier et mesurer la performance d'un système ou d'une organisation.

Selon (Voyer.P, 2011), un indicateur est « *un élément ou un ensemble d'éléments d'information significative, un indice représentatif, une statistique ciblée et conceptualisée selon une préoccupation de mesure. Il résulte de la collecte de données sur un état, sur la manifestation observable d'un phénomène ou sur un élément lié au fonctionnement d'une organisation* ». En adaptant cette définition au secteur de la santé, un indicateur est un indice présenté sous forme d'un ratio ou un événement utilisé pour la vérification, le suivi ainsi que l'évaluation de la qualité des soins, des fonctions organisationnelles afin d'obtenir un rapport continu d'amélioration.

Avedis Donabedian est considéré parmi les pionniers dans la mesure et l'évaluation de la performance dans le domaine des soins de santé. Il a mené plusieurs recherches depuis 1960 notamment Donabedian (1966)⁴; Donabedian (1978)⁵; Donabedian (1980)⁶.

⁴Donabedian, A. (1966). "Evaluating the Quality of Medical Care." The Milbank Quarterly 44: 166-203.

⁵Donabedian, A. (1978). "The quality of medical care." Science 200(4344): 856-864.

⁶Donabedian, A. (1980). "Explorations in quality assessment and monitoring (vol. 1): the definition of quality and approaches to its assessment. Michagan, Ann Arbor: Health Administration Press."

Donabedian aborde la performance hospitalière sous l'angle de la qualité de soins. Il montre dans ses recherches que la qualité de soins peut être analysée à partir de trois types d'indicateurs :

2.2.1. Les indicateurs de structure

Ces indicateurs évaluent et apprécient la qualité des prestations de services des organisations de soins, en représentant l'ensemble des ressources financières, le capital humain et les équipements indispensables pour le fonctionnement de l'hôpital en termes de prise en charge totale des patients.

Les indicateurs de structure sont des instruments qui donnent des informations sur les conditions nécessaires à la production des soins appropriés. Ils informent aussi sur la gouvernance de l'hôpital, ses départements et ses infrastructures. Ces derniers sont facilement mesurables et constituent le point de départ pour l'analyse.

L'appréciation de ces conditions a une grande influence sur la qualité de soins, car elle permet à l'hôpital d'évoluer en termes d'efficacité de la prise en charge.

2.2.2. Les indicateurs de résultat

Les indicateurs de résultat concernent l'outcome de l'hôpital c'est-à-dire les résultats en termes de soins. Ils reflètent l'état de santé des patients. Ces indicateurs apprécient la qualité de soins médicaux dans le but d'amélioration contenu des prestations de soins et donc de l'état de santé des individus.

Deux aspects sont distingués dans la mesure des résultats de soins :

- *Les indicateurs de résultats intermédiaires* concernent les outcomes du processus. Ces indicateurs mesurent la qualité des différentes étapes de l'activité et du processus de soins
- *Les indicateurs de résultats finaux* concernent l'état de santé des patients après leurs hospitalisations donc la satisfaction du patient. Ils figurent parmi les indicateurs principaux.

Nous citons quelques indicateurs de résultats à titre d'exemple : taux de mortalité, satisfaction du patient / personnel, cout de soins par personne, complications après l'intervention.

2.2.3. Les indicateurs de processus

Ils sont destinés à l'appréciation des pratiques professionnelles appliquées durant la période d'hospitalisation ou la prise en charge de l'individu. Ces indicateurs sont appelés communément des indicateurs cliniques puisqu'ils donnent des indications sur le processus de soins cliniques.

Les indicateurs de processus évaluent par ailleurs la coordination et le fonctionnement de l'hôpital avec les parties prenantes, par exemple la communication avec les stakeholders, la durée d'attente pour avoir un rendez-vous, la durée du séjour ou d'hospitalisation.

Avant d'entamer toute évaluation de la performance d'une organisation de santé, d'un hôpital ou d'un service, il est indispensable de savoir les éléments qui ont un impact sur cette performance ou qui influencent d'une façon ou une autre le fonctionnement de ces établissements.

Pour se faire il faut maintenir une liste des dimensions et une série de mesures des facteurs qui peuvent expliquer et apprécier la performance d'un hôpital. Chaque dimension ou axe proposés représente une hypothèse qui doit être testée empiriquement. Donc, il n'est pas facile de choisir la liste des axes et encore plus, d'être limité dans la sélection des indicateurs qui expliquent la performance hospitalière.

Par ailleurs il est nécessaire de souligner que toute liste de dimension ou de facteurs reste provisoire et nécessite une expansion ou une contraction au fur et à mesure de l'avancée des études qui confirment ou infirment les premiers résultats.

(Murray.C.J, 2000) distinguent quatre dimensions de la mesure de la performance d'un système ou un sous-système qui représente les organisations de santé ou les hôpitaux. Ce sont : l'administration générale, le financement, la fourniture de services et l'exploitation de ressources. Pour ces auteurs, les dimensions proposées permettent la création ou la production des services par conséquent la réalisation des objectifs de fonctionnement de l'organisation et /ou l'hôpital et finalement renseignent sur l'efficacité et l'efficience souhaitées (Frenk.J, 1994):

En conclusion, nous pouvons dire que le choix des indicateurs fiables et représentatifs dans le contexte hospitalier traduit la volonté des responsables de l'hôpital d'améliorer les conditions

de travail ainsi que la qualité de prestation de soins. Selon (Chan.Y.C.L, 2000), afin d'exploiter le potentiel que détient tout hôpital, les analystes doivent choisir un set d'indicateurs appropriés à la mesure de la performance et l'évaluation de résultats qui sont en adéquation avec les objectifs fixés préalablement.

Le choix de ces indicateurs, leur pertinence et leur fiabilité est déterminant dans la qualité de la mesure de la performance. L'évaluation des organisations hospitalières et le processus d'amélioration continue en sont tributaires.

2.3. Les modèles de mesure de la performance

Plusieurs travaux dans la littérature De Globerson (1985), Maskell (1989), Keegan et al (1989), Fitzgerald et al (1991), Kaplan et Norton (1996), De Toni et al (1997) et Neely, (1999) ont développé des instructions et des directives pour la conception d'un processus et la construction de modèle de mesure de la performance (Souissi.L, 2010).

Selon (Neely.A., 1999) pour évaluer la performance de toute organisation, il est souhaitable d'avoir tout d'abord une vision large de la stratégie adoptée et des objectifs à atteindre.

De Toni et al (De Toni. A, 1997) montrent pour leur part que plusieurs éléments influencent la décision de la direction concernant la conception d'un système de mesure de la performance tels que la volonté, la conviction et la persévérance ainsi qu'une préparation rigoureuse impliquant tous les acteurs internes. En effet, cette vision est relative particulièrement aux caractéristiques de chaque organisation qu'elle soit marchande ou non marchande ainsi que sa culture, ses valeurs et ses croyances. Ses spécificités ont un impact sur la conception et le choix des indicateurs de mesure et par conséquent le choix du modèle de mesure de la performance.

Dans ce travail de recherche nous avons fait le choix de quatre modèles de mesure de la performance à savoir le modèle intégrateur, le modèle des « EEE » : (Economie, Efficience, Efficacité), le modèle « IOO » : (Inputs, Outputs, Outcomes), le modèle du Balanced Scorecard qui sont les plus utilisés dans le secteur marchand en faisant leur adaptation au secteur non marchand (public).

2.3.1. Le modèle intégrateur

Dans ce modèle Sicotte et al (1999) ont tenté de concilier les différentes dimensions de la performance dans un seul modèle global nommé modèle intégrateur de la performance organisationnelle. Ils ont cherché à lui donner un caractère pratique et utilitaire tout en

recherchant un équilibre entre les différentes dimensions de la performance. Ce modèle intégrateur englobe toutes les fonctions que doivent remplir toute organisation quel que soit le secteur ou l'environnement dans lesquels elle évolue.

La performance est exprimée dans ce modèle à travers les dimensions (adaptation avec l'environnement, atteinte des buts, intégration des processus internes pour la production et climat organisationnel) ; ces dernières constituent à l'origine les modèles théoriques de l'approche contingente abordée précédemment.

a) La fonction d'adaptation avec l'environnement

L'organisation doit trouver dans son environnement les ressources pour survivre tout en se transformant pour s'adapter à un environnement dynamique. En ce qui concerne les organisations de santé, cela suppose que :

- Dans le court terme l'établissement de santé doit se procurer les ressources nécessaires au maintien et au développement de ses activités (capacité d'acquisition de ressources ; orientation vers les besoins de la population ; capacité d'attraction des clientèles, habileté de mobilisation communautaire).
- Dans le plus long terme, l'établissement de santé doit développer son habileté à se transformer afin de s'adapter aux changements technologique, populationnel, politiques et sociaux (habileté à innover et à se transformer)

b) La fonction d'atteinte des buts

Cette fonction est liée à la capacité de l'organisation d'atteindre ses buts fondamentaux. Pour une organisation publique de santé on fait ici référence à l'amélioration de l'état de santé des individus et de la population (une dimension d'efficacité) dans un cadre d'économie de moyens (efficience) pour satisfaire différents groupes d'acteurs en regard des résultats obtenus (satisfaction des divers groupes d'intérêts).

c) La fonction d'intégration des processus internes pour produire

Cette fonction touche le noyau technique de l'organisation. Traditionnellement, c'est à ce niveau qu'on retrouve la majorité des indicateurs qui sont généralement utilisés pour mesurer la performance des établissements de santé (volume des services produits, coordination, productivité (efficience technique), qualité des soins) (Flood.A.B, 1994).

d) Le maintien des valeurs et le climat organisationnel

La performance de toute organisation est fortement tributaire des valeurs partagées ou non par les différents groupes d'acteurs œuvrant dans l'organisation. Le maintien de valeurs fondamentales est une dimension importante du fonctionnement de toute organisation (consensus autour de valeurs fondamentales et climat organisationnel). Cette fonction est celle qui produit du sens, de la cohésion au sein de l'organisation. Cette fonction produit et reproduit le système de valeur au sein duquel baignent les trois autres fonctions.

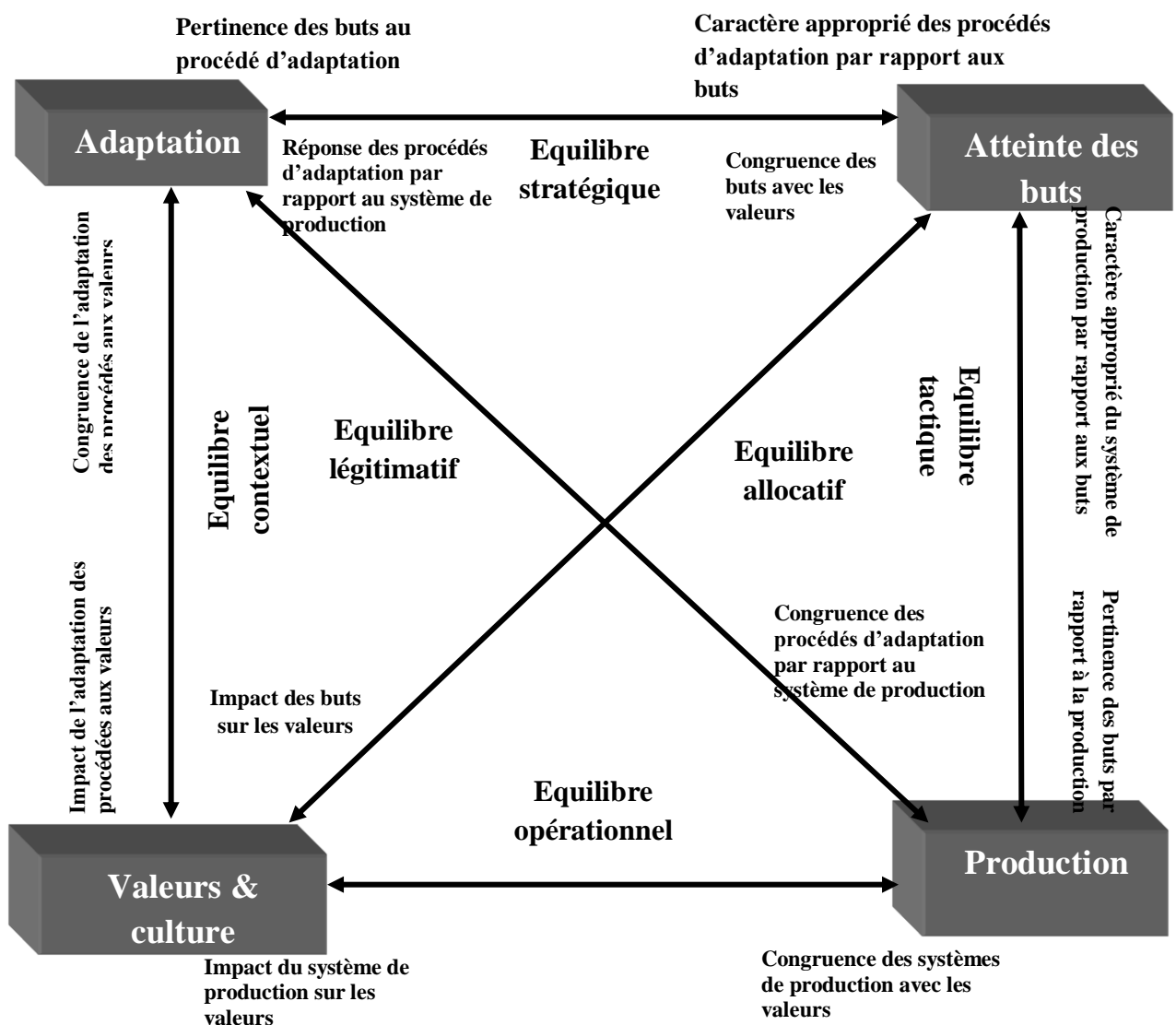
Ce modèle regroupe des différentes approches de la performance organisationnelle, qui ne sont pas totalement autonomes mais qui s'interagissent. Cette mise en relation entre les différentes approches et modèles constitue le fondement de la théorie de l'action sociale de Parsons. La théorie de l'action sociale de Parsons précise les quatre fonctions essentielles que l'organisation doit impérativement maintenir, tout en mettant en interaction les relations entre ces différentes fonctions. Ces interactions sont appelées « alignements » ou « équilibres »

- *Alignement stratégique (entre les fonctions d'adaptation et d'atteinte des buts) :* Cette dimension de la performance réside d'une part dans l'appréciation de la cohérence de mise en œuvre de moyens (l'adaptation) en fonction des finalités organisationnelles (les buts). Ainsi, elle évalue la pertinence des buts étant donné l'environnement et la recherche d'une plus grande adaptation organisationnelle
- *Alignement allocatif : (entre les fonctions d'adaptation et de production) :* Cette dimension de la performance réside d'une part dans la justesse d'allocation de moyens (l'adaptation) aux processus de production ; et d'autre part, en réciprocity, elle évalue aussi comment les mécanismes d'adaptation demeurent compatibles avec les impératifs et les résultats de la production.
- *Alignement tactique : (entre les fonctions d'atteinte des buts et de production) :* Cette dimension de la performance réside d'une part dans la capacité des mécanismes de contrôle découlant du choix des buts organisationnels, à gouverner le système de production (conformité de la production aux buts). D'autre part, elle évalue en réciprocity, comment les impératifs et les résultats de la production viennent modifier le choix des buts de l'organisation. On s'interroge alors sur la pertinence des buts.

- **Alignement opérationnel :** (entre les fonctions de *maintien des valeurs* et de *production*) : Il réside dans la capacité du mécanisme de génération des valeurs et du climat organisationnel à influencer de façon positive ou négative le système de production. On parle alors de l'effet de mobilisation de valeurs professionnelles dans la production des soins et services. De même, cette dimension de la performance évalue l'impact des impératifs et des résultats de la production sur le climat et les valeurs organisationnels.
- **Alignement légitimatif :** (entre les fonctions de *maintien des valeurs* et d'*atteinte des buts*) : Cette dimension réside d'une part dans la capacité des mécanismes de génération des valeurs et de climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des buts organisationnels. Elle permet d'autre part, d'apprécier l'impact du choix et de la poursuite des buts de l'organisation sur la modification et le renforcement des valeurs et du climat organisationnel.
- **Alignement contextuel :** (entre les fonctions de *maintien des valeurs* et d'*adaptation*) : cette dimension évalue la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser le système d'adaptation. D'autre part, cette dimension de la performance apprécie l'impact des impératifs et les résultats de l'adaptation sur la modification et le renforcement des valeurs et le climat organisationnel.

Le modèle théorique développé par Sicotte et Champagne appelé modèle intégrateur de l'analyse de la performance organisationnelle, est un modèle pertinent sur le plan conceptuel car il intègre l'ensemble des différentes approches (dimensions) de la performance, tout en comparant les concepts entre eux. Ce modèle est basé sur la théorie de l'action sociale de Parsons (1951,1977).

Figure 2 : Cadre conceptuel pour l'analyse de la performance des établissements de santé



Source: Sicotte, Champagne, Contandriopoulos et al, A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance, health service management

2.3.2. Les modèles « IOO » Inputs, Outputs, Outcomes / « EEE » Economie, Efficience, Efficacité.

Oster considère que la mesure de la performance au sens classique est difficile dans les organisations publiques puisqu'elles ne dégagent pas des bénéfices et se caractérisent par l'absence d'actionnaires ou associés dans la mesure où leur mission se limite à un but non lucratif puisqu'elles ont pour finalité l'action publique, (Oster.S.M, 1995).

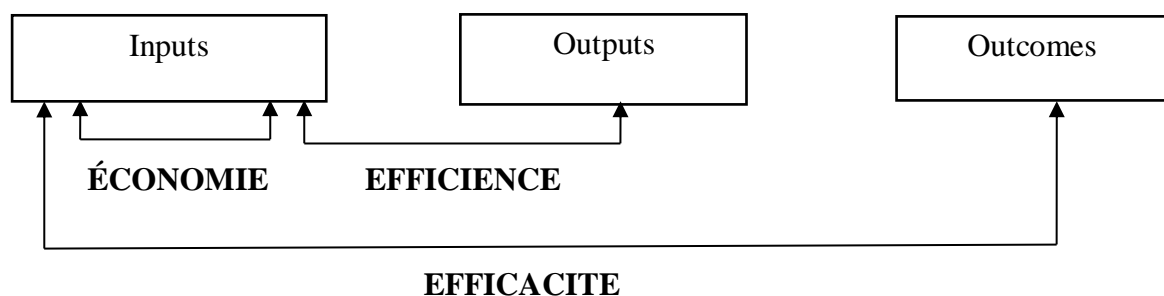
Meier et al (Meier.O, 2008) confirment le constat de Oster selon lequel « *la question de l'évaluation de la performance des associations, l'impossibilité de mesurer un retour sur l'investissement financier, rendent la notion même de création de valeur ou l'efficacité de l'association difficile à appréhender* ».

Des auteurs tels que (Berland.N, 1999), ont tenté de dépasser l'approche financière et économique de la performance en développant une nouvelle perspective reposant sur le modèle EEE, qui intègre le double aspect de la performance publique. Selon l'auteur, la performance dépend d'un côté des *outputs* créés (les services produits) et de l'autre côté des *outcomes* (l'impact des activités produites sur la société).

D'après l'auteur (Ramanathan.K. V, 1982) le modèle Inputs-Outputs-Outcomes fournit une large palette de critères d'évaluation de la performance organisationnelle. Il fait la distinction entre les *outputs* (produits) et *oucomes* (impact, effets).

Ce modèle comporte trois éléments : l'économie est intégrée dans les inputs, l'efficience est représentée par le ratio entre outputs et inputs, quant aux Outcomes ils intègrent l'efficacité. Pour (Boyne.G.A, 2002) le modèle rend plus clair les dimensions de la performance qui sont impliqués dans *le modèle EEE*.

Figure 3 : Le modèle Inputs-Outputs-Outcome



Bachelard (Bachelard.G, 1934) définit la performance des organisations publiques à travers le triptyque « Efficacité, Efficience et Economie (pertinence) « EEE ».

➤ L'Efficacité

L'efficacité est un critère principal pour l'évaluation de la performance d'une organisation. Elle représente la différence entre les résultats obtenus et les objectifs fixés. « *Le contrôle de gestion analysera les résultats obtenus au regard des objectifs que l'organisation s'était fixés. Les axes d'analyse visent à constater et expliquer les écarts entre le prévu et le réalisé. Après analyse des résultats, le contrôle de gestion peut aider à définir des actions correctives pour mieux atteindre les objectifs en fixant des seuils d'alerte ou en re-planifiant les activités* (Guenoun.M, 2009)».

Pour Bartoli (Bartoli.A, 2015)« *L'efficacité concerne le rapport entre le résultat obtenu et l'objectif à atteindre. Ce concept suppose donc d'une part qu'un objectif ait été préalablement défini, et d'autre part que les résultats obtenus aient été mesurés (ou au moins estimés)* ».

Dans cette acception, l'efficacité ne semble présenter aucun caractère d'incompatibilité avec les spécificités publiques. Selon le même auteur, si l'étude d'une organisation montre que le ratio « résultat obtenu / objectif prédéfini » est élevé, cette marge confirme l'absence de performance dans un ou plusieurs aspects.

Selon March et al (1997) l'évaluation de la performance et de l'efficacité sont parmi les approches privilégiées dans l'étude de la performance organisationnelle.

Cependant, l'appréciation de l'efficacité organisationnelle n'est pas autant aisée qu'on le pense car il n'existe pas une échelle d'indicateurs unique ou un consensus général pour la mesure.

Brown (Brown.M.G, 1994) constate l'existence de deux problèmes majeurs dans l'appréciation de l'efficacité :

- La difficulté de préciser une liste standard des buts et objectifs à réaliser par les organisations

- La difficulté de consulter des personnes compétentes et / ou parvenir à construire un consensus adéquat avec les intervenants.

En dépit de ces difficultés, les organisations ont intérêt de mettre en œuvre une étude prévisionnelle préalable contenant une liste d'indicateurs construite avec leurs collaborateurs qui précise clairement les buts à atteindre, le processus à mettre en œuvre, ainsi que des données sur l'efficacité de leur fonctionnement.

➤ L'efficience

Le deuxième concept pour juger la performance organisationnelle est l'efficience. L'efficience selon A. Bartoli « *concerne le rapport entre le résultat obtenu et les moyens engagés* ». C'est un concept différent du précédent (l'efficacité) ; il s'agit d'une relation entre l'output (l'extrant) et l'input (l'entrant). C'est donc un concept de sens économique. Les organisations publiques restent contraintes par leurs finalités en termes de relation entre les résultats obtenus et les moyens engagés pour la réalisation de leurs missions.

Une organisation est efficiente quand elle utilise moins de ressources possibles pour réaliser ses objectifs. Selon (Tavenas.F, 1992) « pour être efficiente, une organisation doit produire le plus possible avec les ressources qu'elle consacre à un programme ».

Il existe deux approches définissant l'efficience organisationnelle mais elles ne sont pas adaptées aux organisations publiques (non marchandes) puisque ces dernières ont une finalité à but non lucratif autrement dit la prestation d'un service public d'intérêt général ou les résultats ne sont pas d'ordre économique (résultats non financiers).

La première approche consiste à faire le lien entre les ressources consommées et les résultats obtenus. La seconde approche est plutôt un indicateur de la dimension administrative qu'on peut utiliser dans les organisations publiques. Il s'agit de « déterminer comment les différentes méthodes de travail contribuent à sa valeur ajoutée. (Simons.R, 1998) appellent cela *le rendement de la gestion* « une mesure du succès avec lequel une organisation gère sa stratégie et ses méthodes de travail ».

L'évaluation de l'efficience d'une organisation qui produit des biens est plus facile par rapport à une organisation de services, car pour cette dernière, les résultats sont plutôt qualitatifs que quantitatifs ce qui rend difficile l'appréciation des résultats. (Bowles.M.L, 1993) précisent dans

leur article que même pour les organismes qui produisent des biens tangibles, il est difficile d'évaluer les résultats d'une façon précise.

➤ **Pertinence (Economie) :**

Economie (pertinence /budgétisation) est le troisième volet du triangle du modèle EEE, qui correspond à une programmation de moyens au regard d'objectifs, et au suivi de leur application (Bartoli.A, 2015) . La pertinence est un concept traditionnel de la littérature consacrée à la théorie des organisations publiques. C'est une procédure standard qui vise à déterminer les dépenses engagées pour une activité à priori, afin de maintenir un certain degré de contrôle procédural des actions et de leurs couts.

Cette procédure est une norme règlementaire appliquée au fonctionnement des organisations publiques. Il s'agit d'un suivi de conformité. La pertinence consiste donc en l'adéquation entre l'utilisation des ressources disponibles et les prévisions des dépenses sans prendre en considération les résultats obtenus.

L'efficacité et l'efficience sont des concepts traditionnels utilisés par les analystes afin d'évaluer ou mesurer la performance des organisations. Toutefois, une organisation peut être efficace sans être efficiente, et elle peut avoir un niveau élevé d'efficience sans pour autant être efficace, March et al (1997).

L'efficacité et l'efficience ne sont donc pas des critères suffisants pour estimer la performance d'une organisation ou même pour la comparer par rapport à d'autres organisations similaires qui évoluent dans le même environnement.

2.3.3. Le modèle du Balanced Scorecard

Le Balanced Scorecard (BSC) a été conçu aux Etats-Unis par Robert S. Kaplan et David P. Norton au début des années 90. Kaplan et Norton cherchent à promouvoir la mesure de la performance de l'organisation en élargissant la liste des indicateurs qui correspondent aux fonctions de l'organisation et à sa stratégie. Ils visent à construire un outil de pilotage pour les responsables des organisations et entreprises (Delmond.M.H, Giraud.F, Saulpic.O, Naulleau.G, Bescos.P.L, 2004, p. 99)

a) Historique de la Balanced Scorecard

1) Première génération de Balanced Scorecard (Jaulent.P, 2008)

La première génération de Balanced Scorecard (désormais notée BSC) a été présentée par General Electric dans les années 1950 pour piloter environ 150 centres de profit, puis par la société Analog Devices en 1980 lors d'une évaluation Baldrige de son système de management de la qualité. Pour ces deux sociétés, il s'agissait de disposer d'un tableau de bord comportant un nombre restreint d'indicateurs classés selon quatre thèmes : financiers, client, processus et organisationnel. La répartition des indicateurs entre les différents thèmes devait de surcroît être équilibrée : 20 % d'indicateurs financiers, 25 % d'indicateurs clients, 35 % d'indicateurs processus et 20 % d'indicateurs liés à l'organisation apprenante.

2) Deuxième génération de Balanced Scorecard

En 1990, Robert S. Kaplan et David P. Norton ont conduit un projet de recherche, auprès de 12 organisations, financé par la société KPMG Peat Marwick. Intitulé « les systèmes de mesure dans l'organisation du futur » l'objectif de ce projet était d'étudier les limites des systèmes de management traditionnels.

En 1992, Robert S. Kaplan et David P. Norton publièrent les résultats de ce projet ou le terme de « Balanced Scorecard » apparut pour la première fois dans l'article intitulé « The Balanced Scorecard Measures that Drive Performance » dans la revue *Harvard Business Review*.

En 1996, les deux auteurs publièrent leur premier livre intitulé « The Balanced Scorecard : Translating Strategy in to Action » traduit en français sous le titre : « Le tableau de bord prospectif : traduire la stratégie en action » à la Harvard Business School Press (HBSP). Cette année connut la naissance de la deuxième génération de Balanced Scorecard.

Cette génération a favorisé la contribution des employés et des responsables à l'amélioration de la stratégie de l'organisation.

Tout de même, cette génération fut critiquée par des spécialistes car elle ne présentait qu'une augmentation de nombre d'indicateurs dans la liste existante.

3) Troisième génération de Balancedscorecard

Les années 2001 et 2003 ont connu la naissance d'une troisième génération de *Balanced Scorecard*. R. Kaplan et D. Norton publièrent deux ouvrages dans cette période intitulés, *The Strategy Focused Organization* et *Strategy Maps- Converting Intangible Assets into Tangible*

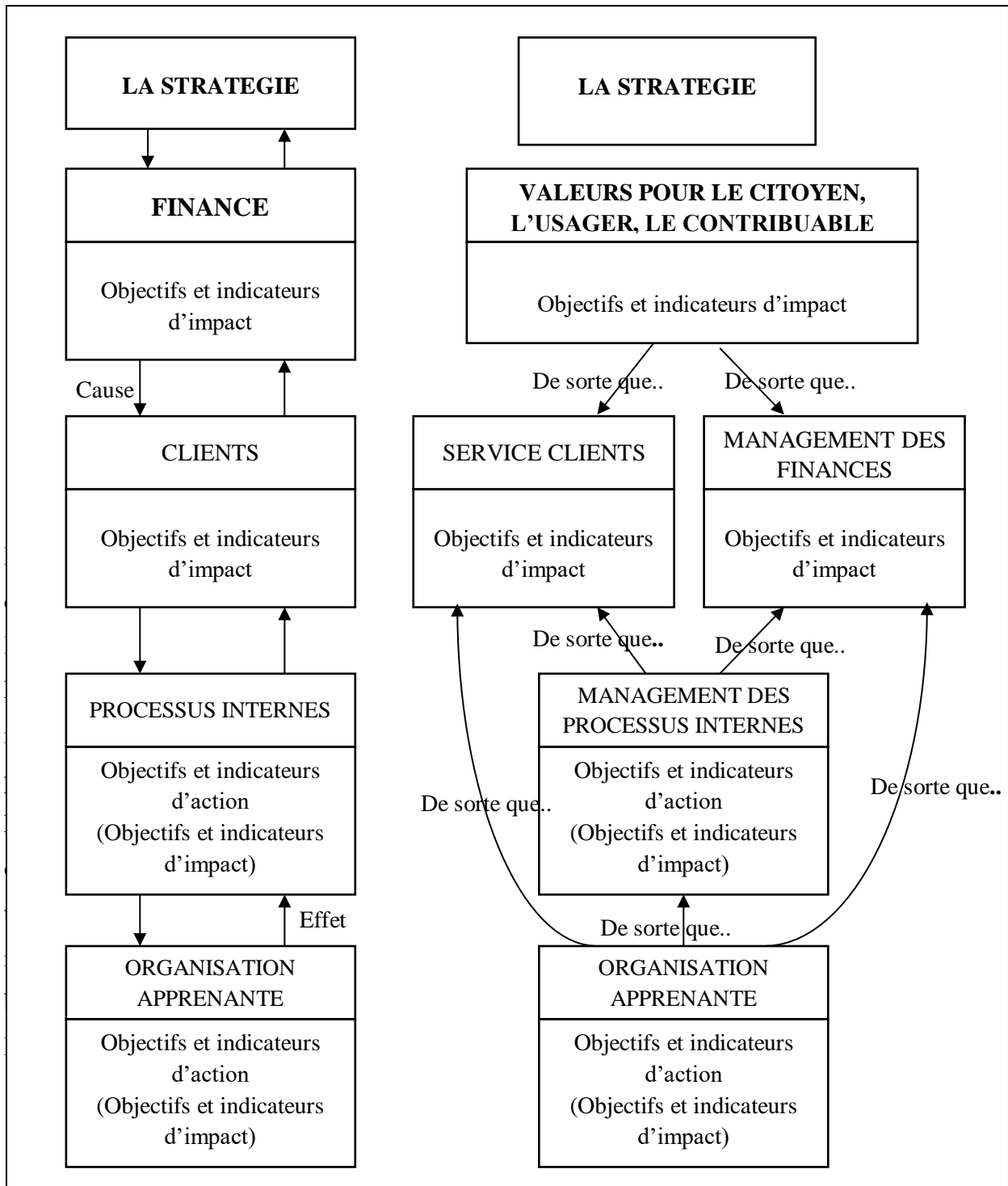
Outcomes Les deux auteurs proposèrent dans cette troisième génération deux modèles génériques de balanced Scorecard considérés comme un outil de pilotage pour les organisations privées et les organisations publiques.

En effet, ces deux modèles peuvent être adaptés selon l'organisation, en changeant l'ordre des indicateurs, en renommant les catégories :

Cette troisième génération de balancedscorecard est constituée de deux éléments, la carte stratégique et *Scorecard* :

- La carte de stratégie ou carte des priorités stratégiques une carte qui articule la stratégie en une série d'objectifs de performance liés, représentant les priorités les plus importantes pour l'organisation lors des 10 prochaines années. Elle est élément essentiel de cette troisième génération de BSC ; elle rend le contenu stratégique de l'organisation plus clair en identifiant ses objectifs, en les numérisant et en les classant par ordre de priorité. Cette carte a pour objectif, d'obtenir le consensus sur les priorités stratégiques de l'organisation et les tactiques pour les atteindre. Ainsi, elle traduit la stratégie en termes compréhensibles par l'ensemble des employés.

Figure 4 : Modèles de cartes stratégiques pour les organisations privées et publiques

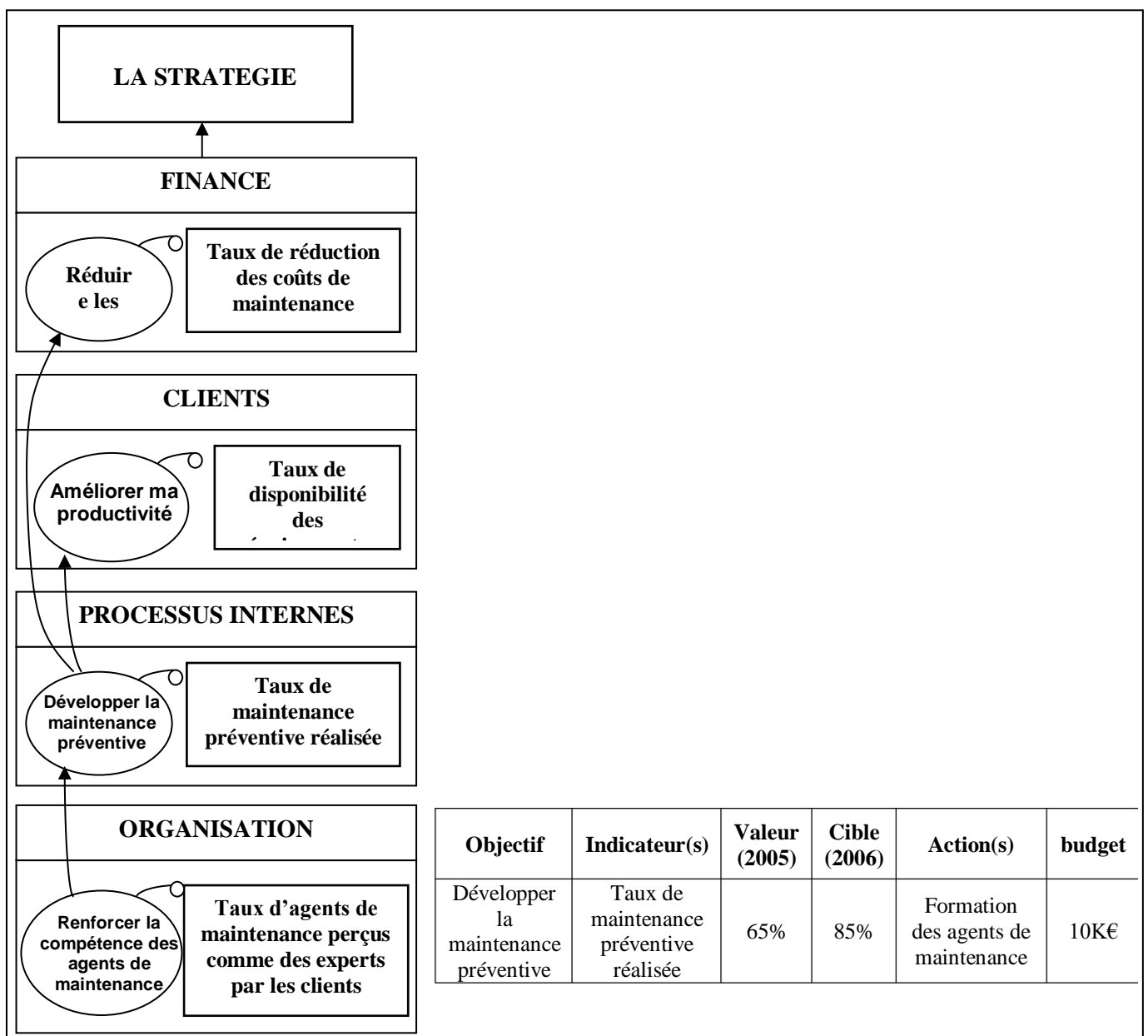


Source : (Jaulent.P et al, 2006, p64)

La figure 4 présente la troisième génération de BSC pour les deux types d'organisation privé et publique en distinguant deux approches ; déductive (des impacts vers les sorties d'activité), ou inductive (des sorties d'activité vers les impacts).

Le BSC des organisations privées est composé de quatre perspective (finance, clients, processus internes et organisation apprenante. Quant au modèle générique de bsc des organisations publiques a été adapté selon les expériences des auteurs (Jaulent.P, 2008, p. 62).

Figure 5 : Carte stratégique et scorecard = Balanced Scorecard



Source : (Jaulent.P, 2008, p. 66)

- Quatre catégories d'indicateurs (La construction de l'outil de pilotage)

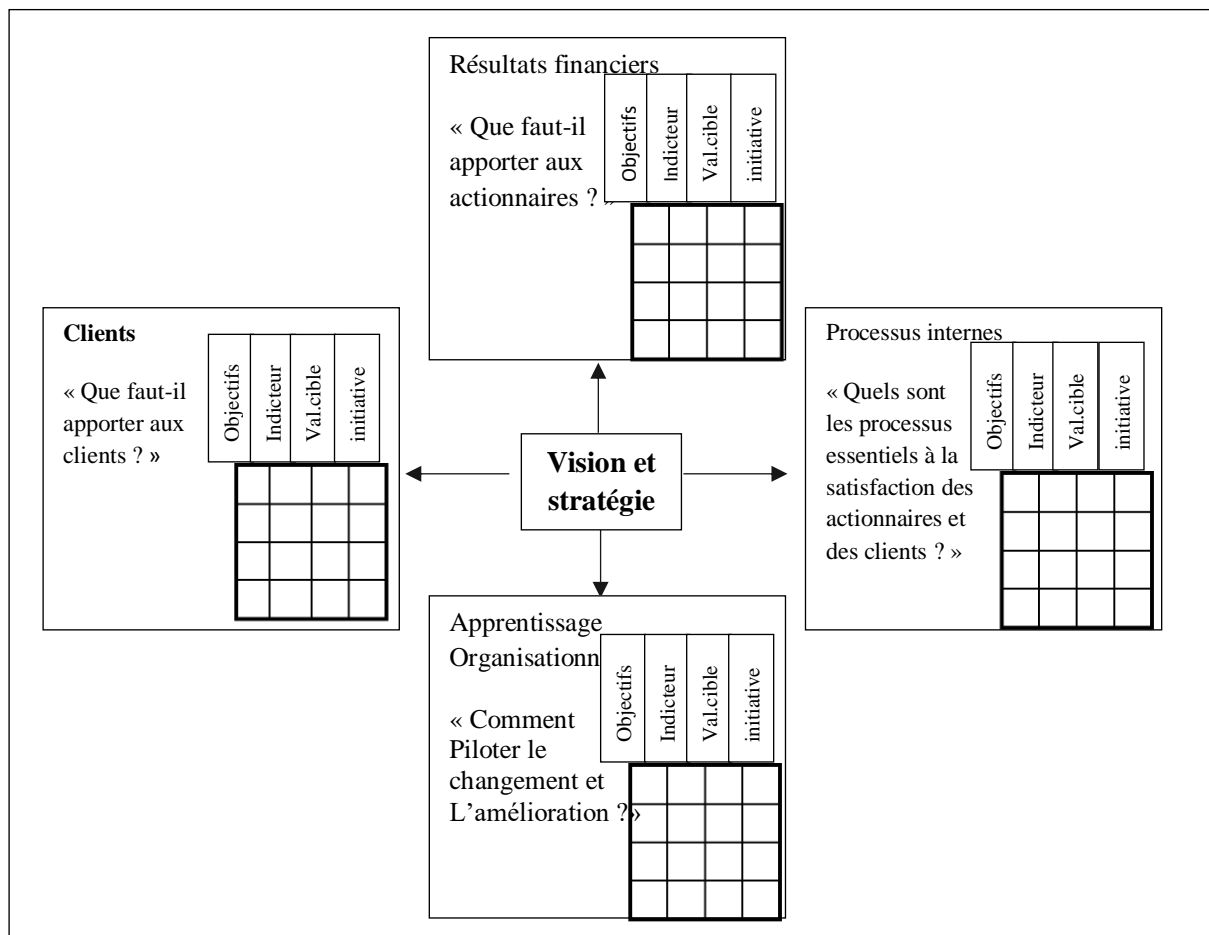
L'objectif de cet outil de pilotage est de présenter une palette d'indicateurs englobant les multiples facettes de la performance de l'entreprise, et non limitée seulement à la dimension financière (Delmond. M.H, 2002).

A un premier niveau, cet outil est structuré autour de quatre catégories d'indicateurs (quatre axes) qui représentent la forme générique du Balanced Scorecard :

- *Les indicateurs de résultats financiers (axe finance)* : ces indicateurs correspondent aux indicateurs traditionnels de mesure de la performance et expliquent l'aspect financier de la performance de l'entreprise. Cet axe mesure classiquement le niveau et l'évolution des performances financières de l'entreprise.
- *Les indicateurs de satisfaction des clients (axe clients)* : cette catégorie mesure la performance pour les clients et non pas pour les actionnaires comme la catégorie précédente. Ils permettent d'évaluer ce qui génère une satisfaction présente ou future du client. Kaplan et Norton prennent en compte l'existence d'un lien de causalité entre ces indicateurs et les indicateurs des résultats financiers. Ils considèrent la satisfaction des clients comme un déterminant de la performance financière.
- *Les indicateurs liés aux processus internes (axe processus interne)* : ils concernent le pilotage de la qualité des principaux processus interne de l'entreprise notamment les processus d'innovation, de production, de service après-vente. Autrement dit, il s'agit de s'intéresser à la contribution de la gestion des opérations et de processus à fournir un avantage concurrentiel à l'entreprise. Cette catégorie est considérée comme un déterminant de la satisfaction des clients.
- *Les indicateurs d'apprentissage (axe apprentissage organisationnel)* : ces indicateurs représentent la performance des ressources humaines (la compétence et la motivation du personnel) et les performances des systèmes d'information. Ils concernent essentiellement la gestion des ressources humaines en vue d'atteindre les objectifs stratégiques définis préalablement. Cette catégorie constitue la base des autres catégories.

La structure des indicateurs présentée n'est pas figée. La nature des catégories peut être aménagée par l'entreprise, en ajoutant des catégories complémentaires.

Figure 06 : Balanced Scorecard : des indicateurs organisés en quatre perspectives



Source : adapté (Kaplan.R.S N. , « The balanced scorecard translating strategy into action», 1996)⁷

b) Présentation et analyse du concept « Balanced Scorecard » dans le secteur public

Le management public s'intéresse beaucoup plus à la performance interne de l'organisation publique, telle que la mise en place d'outils de gestion, de nouvelles technologies pour la maîtrise de couts des services publics, l'établissement de prévisions budgétaires fiables.

Cependant, les organisations du secteur public ont aussi des missions envers leur l'environnement sur le plan économique, social, industriel et culturel etc. Comme l'écrit

⁷Cité dans (Guenoun.M, 2009)

(Gibert.P, 2002), le champ d'analyse du management d'une organisation publique ne peut être limité à l'organisation elle-même mais il s'intéresse aussi à son environnement et ses finalités externes.

1) L'introduction de la BSC dans le secteur public : les différentes approches et conclusions à partir de cas pratiques

Le Balanced Scorecard a été initialement conçu pour les entreprises du secteur privé, ensuite, il a été étendu aux organisations du secteur public. Avant l'élaboration du tableau de bord équilibré, les rapports sur le rendement des organismes du secteur public se concentraient uniquement sur l'approche financière, et traitaient uniquement des questions relatives aux budgets, fonds affectés, dépenses et ratios des frais de fonctionnement.

Cependant, il est clair que la performance des organisations publiques ne doit pas être mesurée uniquement par des indicateurs financiers mais aussi par des indicateurs qui mesurent l'efficacité de son fonctionnement ainsi que l'appréciation de qualité des services rendu aux usagers.

Le Balanced Scorecard aide les organisations publiques à choisir une utilisation cohérente de mesures non financières pour apprécier leur performance.

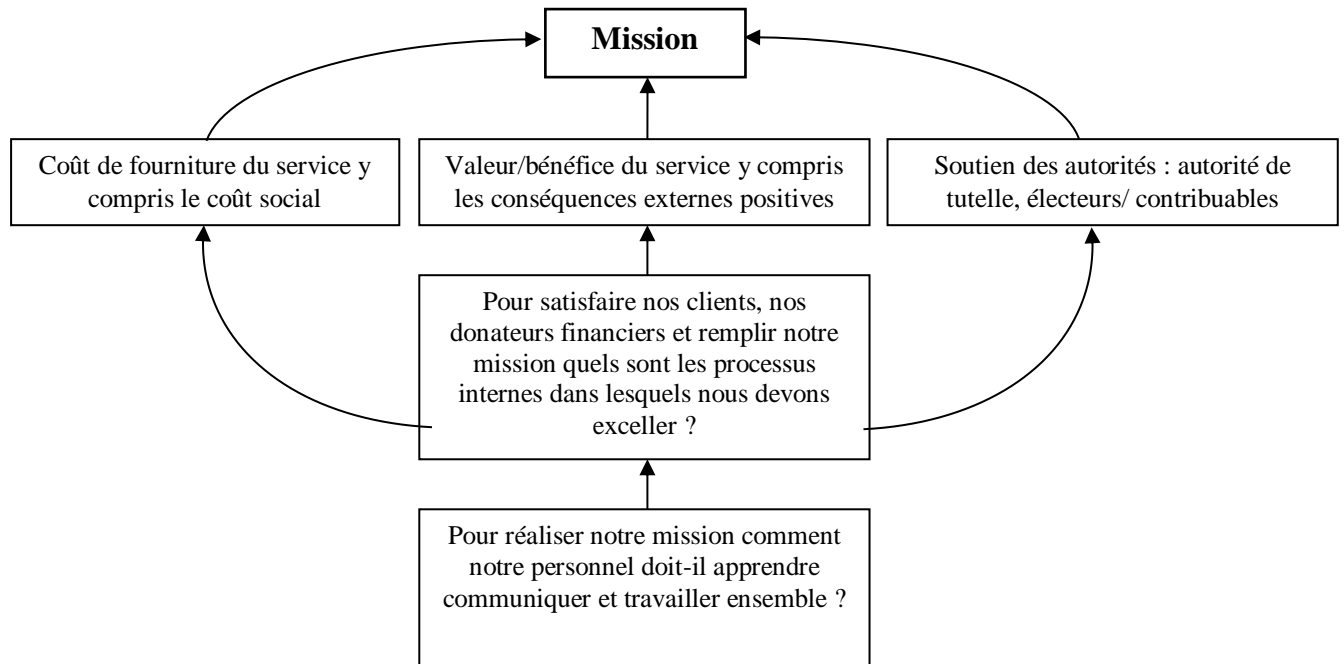
2) Analyse de la contribution de Kaplan et Norton

La première configuration du modèle Balanced Scorecard adapté au secteur public a été publiée par Kaplan et Boweren 1999 (Kaplan R.S, 1999). Elle porte sur le pilotage de la ville de Charlotte (Benzerafa.M.A, 2007).

Dans cette version adaptée au secteur public, les auteurs proposent un objectif majeur sur le long terme ainsi que des objectifs stratégiques comme la résolution des problèmes sociaux citant à titre d'exemple le maintien de la sécurité dans la société, la réduction de la pauvreté et du degré d'analphabétisme (Kaplan.R.S N. P., 2000). Le projet de cette configuration est d'inverser l'ordre des axes financier et client.

Par ailleurs, selon Kaplan et Bower, les indicateurs financiers classiques ne sont pas les critères les plus adaptés pour l'appréciation de fonctionnement interne de l'administration. Ainsi ils proposent de revoir les objectifs financiers, tout en mettant en place un modèle autre que celui de la ville de Charlotte (voir figure suivante) :

Figure 7 : Les axes de la BSC adaptés pour les organisations du secteur public



Source : Kaplan R.S et al (1999).

Cette nouvelle configuration du modèle décompose la mission en trois grands objectifs *d'efficacité, d'efficience et la légitimité*.

Le premier objectif « *l'efficacité opérationnelle* » concerne les dépenses des organisations publiques et le coût social qu'elles imposent aux citoyens et autres parties prenantes par leurs actions.

Le deuxième objectif d'efficience présente « le service rendu aux citoyens ou bien aux usagers » ; c'est l'offre de l'organisation publique. Selon *Kaplan et Norton*, l'appréciation d'une manière exacte de la valeur du service rendu par ces organisations est plus au moins difficile. Ceci est dû aux caractéristiques du secteur public plus précisément à la difficulté de mesurer l'action publique, ce qui pousse les analystes et les décideurs à évaluer les résultats (les conséquences mesurables par des indicateurs) au lieu des impacts. Néanmoins, pour mesurer la

valeur produite (service public), les auteurs ont eu recours à l'appréciation de la satisfaction des usagers ainsi que celle des responsables par rapport aux couts encourus.

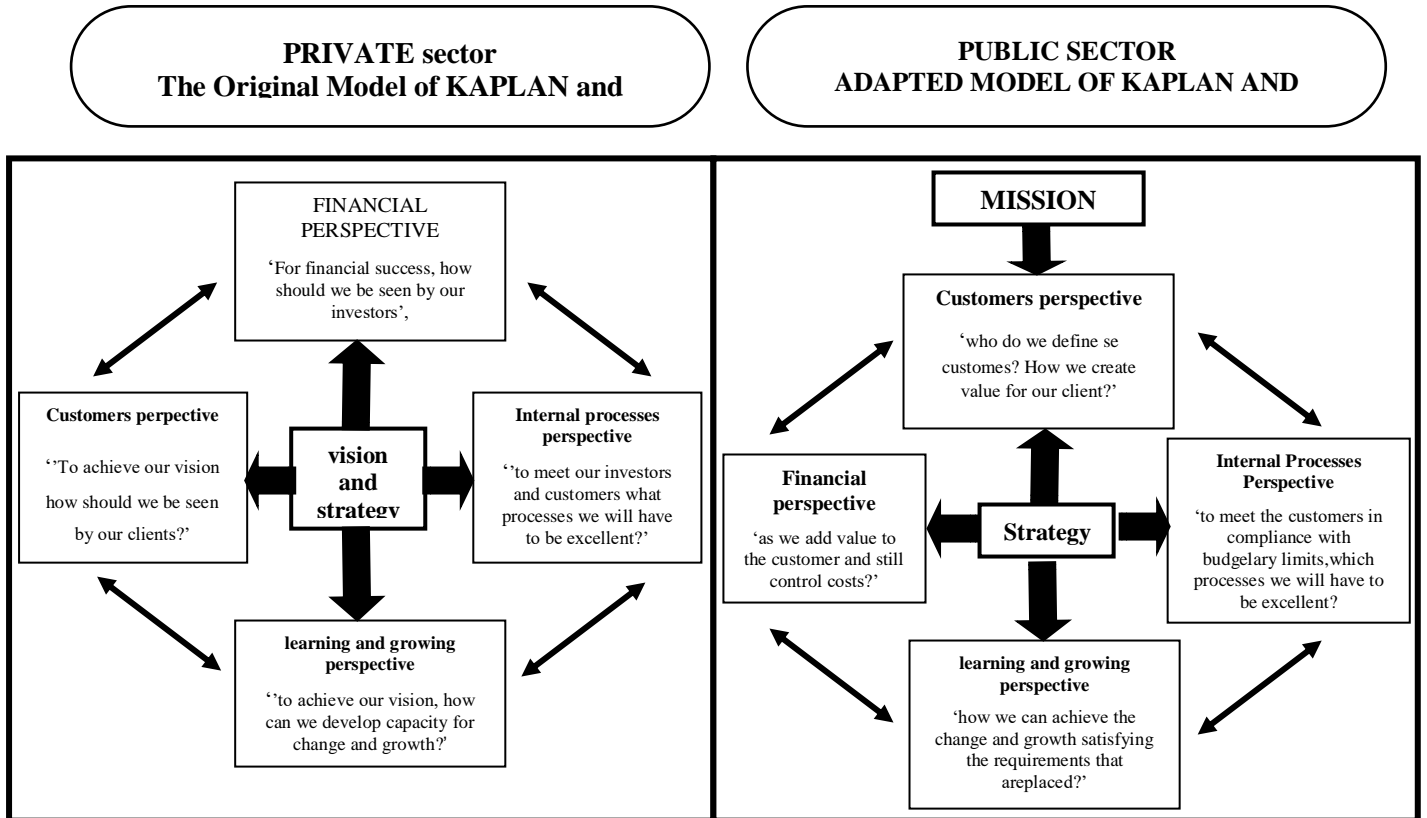
Le troisième objectif de la légitimité « la justification du local à travers l'échelle hiérarchique ». Elle représente l'ensemble des fonds versés aux organismes publics (collectivités locales, organisations publiques) par leurs autorités de tutelle et les contribuables. Ces donateurs de fonds sont considérés comme le principal client de l'administration (Kaplan.R.S N. , «Comment utiliser le tableau de bord prospectif: pour créer une organisation orientée stratégie», 2001).

Par ailleurs, Kaplan et Norton proposent que les trois axes cités soient liés par des liens de causalité avec les axes processus et apprentissage. Ils insistent sur l'insertion et la communication du projet du Balanced Scordcard au sein de l'organisme public.

Cependant, il parait que cette configuration du modèle de Balanced Scordcard a réduit la réalité du management public malgré les efforts fournis par les auteurs pour l'introduction voire le changement des axes et des indicateurs par rapport au modèle original (Benzerafa.M.A, 2007). Si nous prenons l'exemple des dépenses engagées (couts) pour la production du service public comme un indicateur de mesure de la valeur produite nous nous trouvons face à une contradiction avec la doctrine du service public.

L'autorité administrative dispose d'une marge d'appréciation ; s'agissant d'abord de la personnalité du gestionnaire, elle peut choisir de gérer elle-même le service public, avec ses propres moyens ou, au contraire, d'en confier la gestion à une autre institution, personne publique ou privée. En revanche, l'appréciation de la valeur du service public rendu doit prendre en considération plusieurs critères d'évaluation notamment la qualité de prestation, le processus de production et les couts engagés, car il est inadmissible de juger un service en l'évaluant par un seul facteur.

Figure 8 : le modèle de Kaplan et Norton entre le secteur privé et public



Cette configuration a changé la logique de la modélisation de la version originale de la Balaced Scorecard. Les axes doivent être adaptés aux besoins de l'organisation publique, ce qui peut donner de nouvelles perspectives. Ils peuvent être plus de quatre, mais il est inhabituel d'en trouver plus de six. Kaplan et Norton indiquent qu'il est très important de les interconnecter.

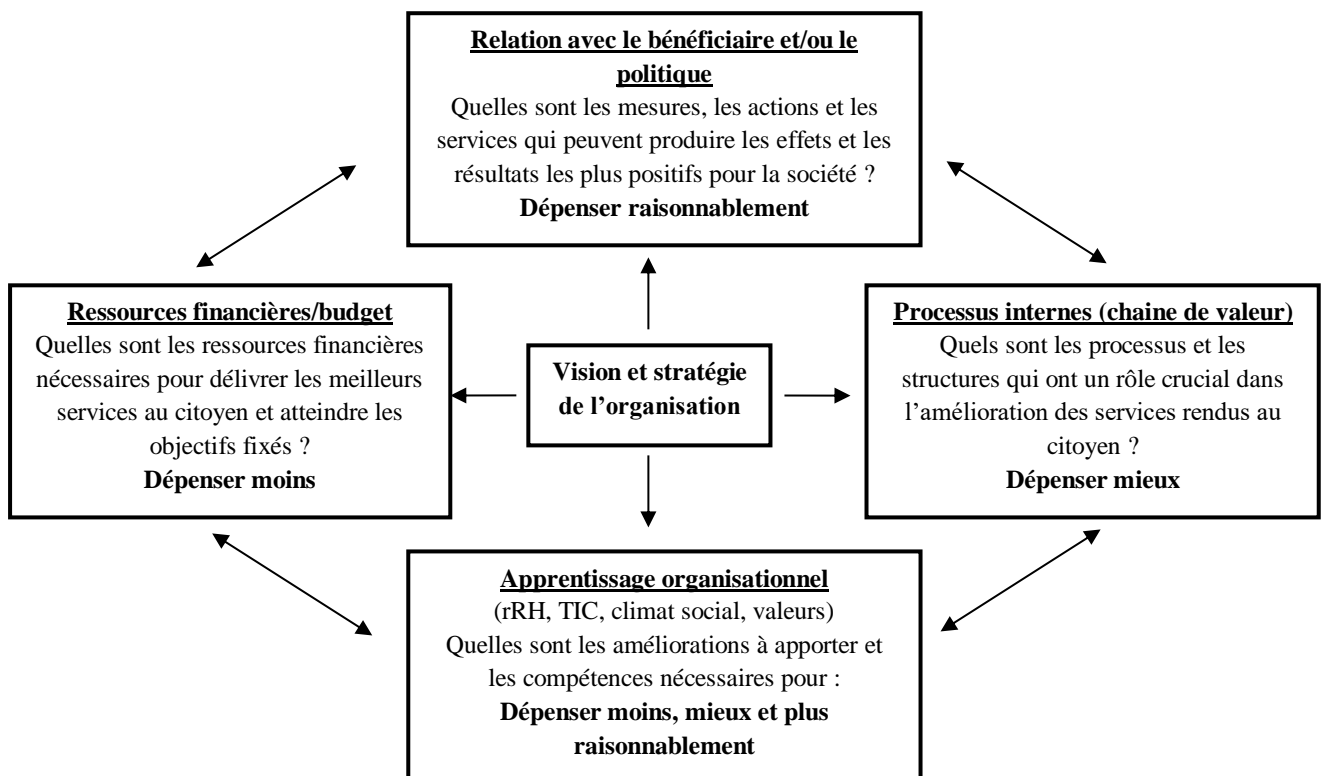
La chaîne de valeur du secteur privé est différente de celle du secteur public. Le secteur privé est orienté vers les finances, notamment vers les profits pour les actionnaires ou les directeurs d'entreprise, en fonction des besoins et des attentes des clients, quant au secteur public, il remplit d'abord sa mission d'intérêt général et sert les usagers/ population.

Ainsi, dans le modèle BSC original élaboré pour le secteur privé, il apparaît que l'axe de finance est l'axe directeur des trois autres axes (clients, processus interne, apprentissage

organisationnel), tandis que pour le modèle adapté pour le secteur public, la plus grande importance est accordée à la satisfaction des usagers (la mission) est placée au sommet du BSC, ainsi les deux axes (processus internes et apprentissage organisationnel).

Cette nouvelle structure de BSC adapté au secteur public affecte à chaque axe un ensemble de mesures ou d'indicateurs de performance à utiliser pour mesurer les objectifs et les actions exécuter. Ces indicateurs sont représentés sous forme de questions.

Figure 9 : les quatre axes de la performance.



Source : (Chol.C)

La performance repose sur plusieurs facteurs (Chol.C, p. 4) . Les objectifs se répartissent en plusieurs axes, qui sont :

- L'axe « finance » : ressources nécessaires à la production d'un bien ou d'un service ;
- L'axe « bénéficiaire » : satisfaction de leurs besoins et de leurs attentes ;
- L'axe « processus interne » : chaîne de valeur de l'organisation (les processus ou les structures qui jouent un rôle crucial dans la production d'un bien ou d'un service) ;

- L'axe « apprentissage organisationnel » : mode de fonctionnement et de management de l'entité (valeurs dont l'organisation est porteuse, culture, climat social, mode de gestion des ressources humaines, compétences...);
- Éventuellement un axe « tutelle » qui peut se caler sur l'axe « finance » et qui représente alors le cadre imposé à partir duquel la plupart des administrations fonctionnent.

Kaplan et Norton ont publié un deuxième article en 2000. Ce dernier traite des obstacles rencontrés lors de la mise en œuvre du BSC dans sa version destinée au secteur public et qui sont la faible coordination, l'absence de vision, la rigidité des systèmes d'incitation, le manque de transparence, la multiplicité des intervenants. Ils proposent par la suite des améliorations qui sont classées dans le tableau suivant en précisant les caractéristiques de chaque secteur (privé et public).

Tableau 07 : L'universalité d'un outil de gestion en question : Cas de la Balanced Scorecard dans les administrations de l'Etat ».

	Privé	Public	Résultats ou répercussions	Pistes d'améliorations
Le pouvoir de supervision	Une vision partagée entre les parties prenantes d'une entreprise à savoir les actionnaires, CE et les managers	Une très faible coordination entre les différentes parties prenantes : les élus, le pouvoir exécutif, les médias, le public et les Groupes d'intérêt	Dispersion dans l'action et manque d'agrément sur les objectifs	Forcer le comité de décision de définir un agenda des actions à engagées et éviter les influences externes notamment celles provenant des médias
La définition de la stratégie	Le besoin d'une stratégie est admis et un grand effort est fourni pour la définir	La stratégie est un concept étranger aux OP, ces organismes manquent d'une vision à long terme	Confusions dans les finalités visées par les actions entreprises	La BSC les poussent à définir en terme opérationnel leur stratégie et de déterminer les indicateurs de mesures (efficacité, et efficacité, pertinence)
Les incitations	Possibilité de lier les résultats de la BSC avec le système de rémunération	Rigidité du système d'incitation	Faible implication des employés	Renforcer la communication et faire de la BSC un sujet de la gestion au quotidien
La transparence	La finalité interne et la pression des actionnaires obligent les entreprises	Importance des enjeux dans le secteur public : pression de l'opinion publique	Les managers publics ont tendance à entretenir une opacité concernant la définition des objectifs	/

	privées à afficher des objectifs chiffrés et des valeurs cibles claires qu'elles tentent de respecter.	et perte de crédibilité		
Les liens de causalités	Les résultats des actions engagées pour améliorer le rendement des RH et les processus sont visibles sur les résultats financiers et clients dans un délai d'un mois	Plusieurs autres facteurs que la performance des services publics conditionne le succès ou l'échec des projets publics	Les impacts des actions publiques peuvent mettre des années pour se concrétiser	Nécessité de mesurer dans la BSC les résultats intermédiaires « réalisations » pour connaître les résultats des actions engagées par les services
La coordination	/	Les politiques publiques impliquent souvent plusieurs agences et départements publics.	Méconnaissance des rôles et responsabilités	La BSC représente un mécanisme idéal pour une coordination verticale et transversale.

L'universalité d'un outil de gestion en question : Cas de la BalancedScorecard dans les administrations de l'Etat ».

La mesure de la performance fournit aux responsables des outils d'aide à la décision, pour revoir leurs engagements envers les services et une remise en question du processus de fonctionnement de l'organisation. C'est essentiellement pour assurer le maintien et la réalisation des objectifs pour une implication permanente dans son environnement et préserver son intégrité avec les intervenants.

3. Vers une logique de performance hospitalière en Algérie

3.1. La gestion des ressources humaines hospitalière en Algérie : logique statutaire

L'emploi dans la fonction publique en Algérie se caractérise par la stabilité du poste d'emploi et l'avancement de carrière jusqu'à la retraite du fonctionnaire.

La carrière professionnelle en Algérie est régie par une série des lois et des textes qui permet de bien encadrer la gestion des administrations publiques et ses personnels (fonctionnaires).

L'ordonnance 06-03 du 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique s'applique aux fonctionnaires exerçant au sein des institutions et administrations publiques, quels que soient leurs positions hiérarchiques, leurs corps et leurs grades. Cette ordonnance est considérée comme le cadre général des autres statuts particuliers, car elle contient toutes les généralités et les conditions qui gèrent la carrière professionnelle du fonctionnaire notamment ses obligations et ses droits.

Non seulement à cette ordonnance 06-03 du 15 juillet 2006 on trouve que la réglementation a fait la distinction entre deux types de fonctionnaires, les fonctionnaires des corps communs et les fonctionnaires des corps techniques.

Concernant le premier type, les fonctionnaires des corps communs sont soumis au décret exécutif n°08-04 du 19 janvier 2008 pourtant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps communs aux institutions et administrations publiques, et au Décret exécutif n°08-05 du 19 janvier 2008 pourtant statut particulier des ouvriers professionnels, des conducteurs d'automobiles et des appariteurs.

Le deuxième type concerne les fonctionnaires des corps techniques, qui se diffère du corps précédent car le corps technique se trouve dans chaque secteur et domaine administratif, citant à titre d'exemple le secteur de l'enseignement supérieur, secteur de la santé et le secteur de l'éducation. Donc le législateur a été astreint de promulguer des statuts particuliers pour chaque secteur suivant les conditions respectives, notamment, les positions statutaires, les modalités de recrutement, les conditions d'obtentions d'un poste supérieur, etc.

Finalement, le législateur a précisé aussi les modalités de traitement de la rémunération, ceci dans le décret présidentiel 07-304 du 29 septembre 2007 qui fixe la grille indiciaire des traitements et le régime de rémunération des fonctionnaires. En effet, la grille indiciaire des traitements est une échelle qui permet de classer les fonctionnaires en grade pour chaque catégorie.

Les réformes administratives ont introduit les grands principes de la modernisation de la gestion des personnels de la fonction publique. Cependant, il y a eu une proposition d'intégrer le système de l'emploi dans la fonction publique qui se répercute positivement sur la gestion administrative. Selon les rédacteurs du rapport sur la réforme « les principes qui inspirent l'évolution des deux systèmes (carrière et emploi) ont révélé non seulement leur aptitude à évoluer en synergie et à s'adapter à d'autres réalités que celles qui leur ont donné naissance,

mais également, à couvrir, à l'intérieur d'un même pays, des espaces situés en dehors de l'Etat stricto sensu, telles que les collectivités territoriales et certaines catégories professionnelles. » (Belmihoub.M.C, 2005) .

Reprenant le décret exécutif du janvier 2008 pourtant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps communs aux institutions et administrations publiques ainsi que les ouvriers professionnels, des conducteurs d'automobiles et des appariteurs. Ce statut n'a pas été innovateur en termes de gestion, car il reprend les mêmes formalités de recrutement et l'avancement dans la fonction publique, nous nous basons sur le secteur de la santé, on trouve

- Les candidats doivent passer des concours pour des postes hospitaliers, cependant, les autorités sanitaires exigent des qualifications des spécialistes. Pour certain corps, l'acquisition d'un diplôme supérieur exige une expérience professionnelle.
- L'avancement dans la carrière du fonctionnaire repose sur l'ancienneté, elle est considérée comme un critère principal pour que le fonctionnaire puisse postuler à un avancement. Ce dernier, peut s'étaler sur 12 échelons. Le passage d'un échelon à un autre immédiatement supérieur s'effectue de façon continue selon une durée variant de 30 à 42 ans.
- Le fonctionnaire bénéficie d'un avancement lorsqu'il réunit, à l'année considérée, l'ancienneté requise dans les durées minimale, moyenne ou maximale.
- Le volume horaire légal applicable dans les administrations et les institutions publiques y compris les hôpitaux est fixé de quarante heures de travail. Le recours aux heures de travail supplémentaires effectuées au-delà de la durée légale est possible dans une nécessité de service ou sur la demande des responsables hiérarchiques.
- Le fonctionnaire dans son grade subit une évaluation continue et périodique tout au long de son parcours professionnel, ceci lui permet d'avoir des formations et des avancements selon ses besoins
- Le fonctionnaire a droit à une rémunération. Le montant de cette dernière est déterminé selon son grade. Le grade est divisé en échelons, l'échelon lui-même est attribué un indice brut auquel correspond un indice majoré qui sert à calculer le traitement de salaire
- La gestion des ressources humaines dans la fonction publique est inscrite dans des politiques de gestion prévisionnelles annuelles, ou des politiques de gestion de formation et perfectionnement annuelles ou pluriannuelles.

- La carrière d'un fonctionnaire public s'arrête lors de sa mise à la retraite, comme ça peut résulter de sa volonté ou bien celle de l'administration de quitter le service public, ce qu'on appelle une démission.

3.2. Historique et organisation de système de santé en Algérie

Le système de santé peut être défini comme l'ensemble des moyens (organisationnel, humains, structurels, financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé. Il regroupe donc d'une part les activités des soins et de prévention et d'autre part, c'est une politique d'utilisation des structures et des moyens. Selon (La loi 85-05, 1985) le système national de santé se définit comme « *l'ensemble des activités et des moyens destinées à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire* ».

Au lendemain de l'indépendance, le système de santé algérien s'est retrouvé défectueux et déficitaire à cause de l'impact de la situation économique et sociale difficile qu'a connu l'Algérie durant la période coloniale, principalement marqué par le départ massif du corps médical français.

L'historique du système de santé algérien a connu des évolutions remarquables depuis 1962 date de recouvrement de la souveraineté nationale, à nos jours. Une progression que nous pouvons replacer sur trois périodes.

1. La première période (1963 -1973)

Les structures sanitaires coloniales durant cette phase ne furent pas suffisantes pour assurer une prestation de soins à l'ensemble de la population algérienne, car ces structures furent destinées aux militaires français (les colons). Pour faire face à ce problème, le pouvoir politique algérien créa le centre médical social (CMS) ainsi que l'assurance maladie gratuite (AMG) afin de soutenir les prestations de soins des structures héritées, donc renforcer le système de santé (Cherif.A, 2018).

Les autorités publiques algériennes menèrent des actions d'amélioration des conditions de prestation de soins notamment la répartition du corps médical public et privé afin de réduire la disparité et faciliter l'accès aux soins, ainsi que la mise en œuvre des programmes de

prévention des maladies prévalentes et la protection de la population vulnérable à travers la vaccination de tous les enfants et des campagnes d'éradication du paludisme. L'objectif principal est de lutter contre la mortalité et la morbidité. Cette période est caractérisée par la réanimation du secteur de santé.

2. La deuxième période (1974- 1989)

Cette phase est reconnue par la gratuité de soins, marquée par l'ordonnancement de la loi n°73-65 du 26 décembre 1973 pourtant sur la gratuité de la médecine dans le secteur de la santé.

Simultanément à la décision de la gratuité des soins le ministère de la santé a pris la décision de la démocratisation de l'enseignement. En effet, cette décision visa à renforcer l'encadrement et améliorer qualitativement et quantitativement le secteur de l'enseignement supérieur. Autrement dit, il s'agit principalement de la réforme de ce secteur permettant de favoriser le nombre de praticiens du domaine médical.

Les résultats positifs de cette double décision (gratuité des soins et démocratisation de l'enseignement) ont permis au secteur de la santé de fournir un service de soins et une offre de santé équitable et accessible à l'ensemble de la population pour soigner et soulager les états de maladie ou d'infirmité (Boussouf.R, 1998).

L'Etat Algérien était le seul financeur de système de santé jusqu'à 1974. Ensuite ce mode de financement a été remplacé par le « forfait hôpital » afin d'augmenter le plafonnement des dépenses hospitalières et diminuer la progression des dépenses publiques de santé. Le mode Forfait hôpital a été appliqué depuis l'instauration de la gratuité de soins. Cette logique de régulation purement dirigiste où l'Etat fixe à l'avance le montant du budget à allouer à l'ensemble des organismes et structures de système de santé.

Les expériences menées dans plusieurs pays sur le mode « forfait hôpital » ont incité l'Etat algérien et la CNAS à financer les hôpitaux publics « sans référence à l'activité réelle », la contribution de chacun étant fixée d'une manière approximative (Oufriha.F.Z, 1993) sans relation avec le volume de l'activité des hôpitaux (Abdou.Y, 2017, p. 9). L'efficacité de la dépense s'avère ainsi reléguée au second plan. « *Les gestionnaires sont devenus de simples dépensiers d'un budget préétabli et pré-affecté selon des lignes budgétaires précises* » (Lamri.L, 1998) .

Le système est basé principalement sur des dotations budgétaires de l'État, d'une contribution forfaitaire des organismes de sécurité sociale et d'une participation à titre symboliques des ménages.

3. La troisième période (1990- à nos jours)

A la fin des années 1980 et le début des années 1990, la santé publique en Algérie a connu une dégradation à cause de la crise économique et sécuritaire due à la chute des revenus pétroliers ce qui a engendré une diminution de la production et l'accroissement de la dette extérieure, l'augmentation du taux de chômage et dévaluation de la valeur du dinar.

En raison de ces facteurs le système national de santé a été exposé à des sérieux problèmes, tels que la diminution de la qualité des prestations et de la prise en charge des malades, persistance et résurgence des maladies à transmission hydrique et augmentation des maladies chroniques notamment le diabète, pathologies digestives, cardio-vasculaires, respiratoires, cancers et neuropsychiatriques (Benamar.N, 2017).

Cette dérive du système a engendré ainsi des dysfonctionnements concernant les structures : une lourde surcharge des structures des soins spécialisés, départ massif des praticiens vers le secteur privé donc déshumanisation des structures publiques, augmentation des couts de fonctionnement et une mauvaise qualité de soins avec persistance de la disparité régionale (humaine et matérielle) dans l'absence de contrôle et d'évaluation.

Après cette chute autrement dit la détérioration du système de santé, l'Algérie s'est engagée dans des réformes structurelles marquées par augmentation des allocations budgétaires notamment le budget de fonctionnement et le budget d'équipement, du fait de la rente pétrolière. La santé publique a de nouveau assisté à des constructions de structures hospitalières et à des investissements en matériel, notamment dans l'imagerie médicale.

Ces réformes ont inclus les structures hospitalières. En effet, des dispositions réglementaires ont été prises dans le domaine de l'organisation du système de santé.

Un nouveau découpage sanitaire opéré par le décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP). Ce décret a pour but la séparation de la gestion des structures hospitalières et des structures dites périphériques afin

de promouvoir la santé de proximité. Ainsi, la loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé garantit et prend en charge les soins de base, soins élémentaires curatifs et préventifs comprenant notamment ceux dispensés sous forme de service ambulatoire ainsi que les soins d'urgence. Le système de santé algérien englobe trois secteurs :

- 1) Le secteur parapublic : comporte des structures qui exercent des prestations dans le domaine des hospitalisations et des consultations, citant à titre d'exemple les centres médicaux sociaux (CMS). Il représente 0.5% du personnel médical. Ces structures dépendent de sociétés nationales ou de structures étatiques autres que le ministère de la santé.
- 2) Le secteur public constitué de trois types d'organisations différentes en mode de fonctionnement : le secteur sanitaire, le Centre hospitalo-universitaire et l'établissement hospitalier spécialisé
- 3) Le Secteur privé

Actuellement, l'Algérie dispose d'un réseau d'infrastructures hospitalières⁸ constitué de :

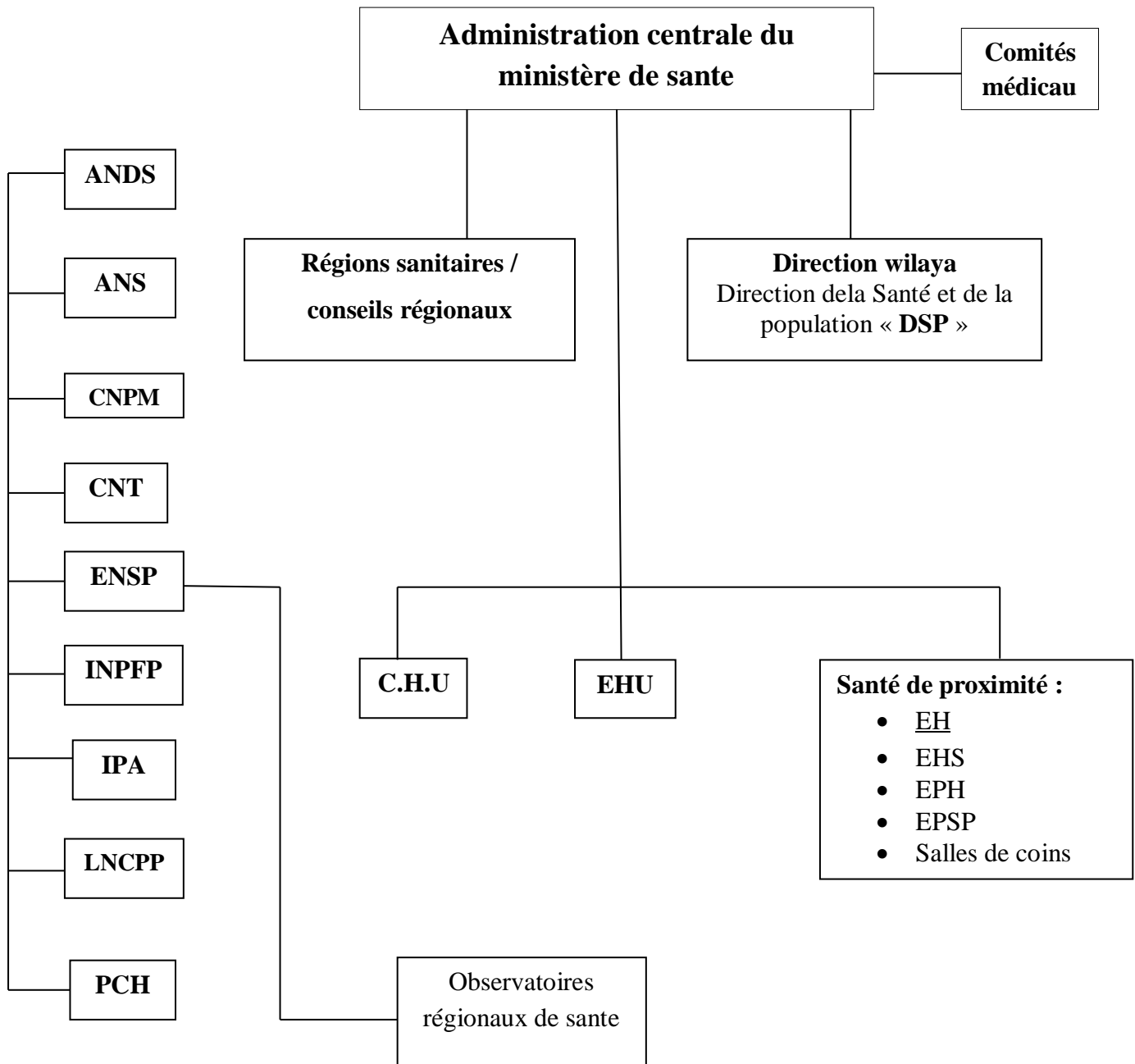
- 01 Etablissement Hospitalier Universitaire (EHU d'Oran)
- 17 Centres Hospitalo-Universitaires (CHU),
- 09 Etablissements Hospitaliers (EH)
- 99 Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS),
- 238 Etablissements Publics Hospitalier (EPH)
- 273 Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP),

Le système de santé est dirigé par le ministre de la santé. Ce dernier a sous son autorité le secrétaire général qui supervise l'action des huit directions centrales du ministère (direction de l'administration et des moyens, direction de la pharmacie, direction de la planification, direction de la prévention, direction de la population, direction de la réglementation, direction des ressources humaines, direction des services de santé) ainsi que l'inspection générale (Chaoui.F, 2012). L'activité du ministère de la Santé s'inscrit dans le cadre d'un décret exécutif qui détermine les structures et organes de l'administration et fixe les attributions de ces entités. D'autres institutions sont incluses dans le système de la santé mais qui interviennent en tant

⁸<https://www.sante.gov.dz/>

qu'organismes d'appui au ministre de la santé. L'organigramme suivant présente l'organisation de système de santé algérien dans son ensemble.

Figure 10 : l'organisation du système national algérien de santé



Source : Ministère de la santé (www.ands.dz)

ANDS : Agence Nationale de Documentation de la Santé, **ANS** : Agence Nationale du Sang, **CNPMV** : Centre National Pharmacovigilance et de Matériovigilance, **CNT** : Centre national de Toxicologie, **ENSP** : Ecole National de Santé Publique, **INPEFP** : Institut National Pédagogique de Formation paramédicale, **INSP** : institut National de Santé Publique, **IPA** : Institut Pasteur d'Algérie, **LNCPP** : Laboratoire national de Contrôle des Produits Pharmaceutiques, **PCH** : Pharmacie Centrale des Hôpitaux.

Nous avons brièvement abordé les différentes étapes qu'a franchies le système de santé algérien. En soixante ans la santé publique et le secteur de santé en Algérie ont connu une progression remarquable ceci grâce aux efforts consentis au secteur de la santé par les autorités publiques ainsi que les montants croissants du budget de l'Etat affectés à ce secteur. Nous pouvons citer ses points de forces :

- L'universalité et la gratuité des soins,
- Une offre de soins diversifiée grâce aux structures de santé de proximité (polycliniques, salle de soins, cabinet médical privé), EHU, EHS , EPH et CHU.
- Réseau d'infrastructures hospitalières ayant un nombre important de lits (EHU, CHU, EHS, hôpitaux généraux),
- Potentiel en personnel médical,
- Des programmes de prévention contre les maladies transmissibles ainsi la maîtrise de la croissance démographique.

Néanmoins, les objectifs tracés préalablement par le système de santé ne sont pas encore atteints car les usagers expriment toujours leurs insatisfactions ainsi que le mécontentement des professionnels de santé (corps médical et paramédical) envers la disponibilité du matériel et les conditions de travail. Le système de sanitaire algérien a enregistré à son actif d'importants dysfonctionnements, notamment, problème de gestion des moyens humains et matériels citant à titre d'exemple la surconsommation des médicaments (le gaspillage), départ des spécialités publiques vers le secteur privé en pleine expansion qui a engendré une disparité d'effectif. La centralisation dans la prise de décision et manque d'implication des structures de santé de proximité (EPSP, EPH) dans l'élaboration des programmes de santé ; finalement, une lourde hiérarchisation et une absence totale d'évaluation globale du système de santé.

3.3. Des expériences de mesure de la performance dans les hôpitaux publics algériens

La gestion des organisations publiques et plus particulièrement la gestion hospitalière est un thème récemment étudié en Algérie ; Kederouci. S (2009), Rédha T (2010), Ghrissi. L (2011) , Salmi M (2012), Beldjelalia. N (2013), Dehane. M (2014), Tenioua A (2014), GachiKh (2016), Chouikhi. B. S (2016), Aissaoui. N (2017), Benchikha. F. Z (2018), Salaouatchi. H. S (2018), Malek. N (2019). Ces dernières ont pour but d'introduire des outils modernes de planification et de la gestion des organisation publiques notamment les organisations de santé (hôpitaux) ; tels que (le tableau de bord, le projet d'établissement, système d'information (SI)). Le principe étant de mieux outiller l'administration publique pour assurer une transition fluide de la gestion publique vers le nouvelle gestion publique (le management public).

Par conséquent, l'objectif de cette section est de montrer, à travers différentes études que la gestion hospitalière est un sujet déjà abordé dans le contexte algérien, qui met notamment en lumière l'importance de la gestion des ressources humaine, les stratégies managériales, le contrôle de gestion et le système d'information dans l'amélioration de la gestion des hôpitaux public, en permettant in fine de construire un pont vers le management hospitalier.

La première étude menée par cinq chercheurs (Melbouci.L, 2015), s'intéresse à la modernisation de la fonction personnel dans un milieu hospitalier.

La problématique de cette étude focalise sur la modification voire le remplacement des fonctions du service du personnel qui administre et ne gère pas, par la création d'une structure impliquée qui pilote et gère les affaires des RH dans l'avenir.

Dans ce contexte, les chercheurs ont interrogé la transition vers le management des ressources humaines spécifiques ainsi que la mise en place des structures et des formes de gestion motivantes, participatives et communicantes.

Pour réaliser l'enquête d'étude, ils ont opté pour le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Tizi Ouzou comme un terrain d'étude puisque c'est une organisation publique à caractère spécifique. Les chercheurs partent du principe que la mise en place des nouvelles pratiques de la GRH améliore la performance des organisations quelle que soit leur nature.

L'objectif de cette étude est de présenter une analyse de son existant afin de mettre en place des solutions alternatives pour le changement organisationnel.

Les chercheurs sont choisis les techniques de l'enquête qualitative à savoir : l'observation ; l'observation participante ; les entretiens semi- directifs avec le personnel et une enquête quantitative par questionnaire. Ceci dans le but d'étudier les conditions de la faisabilité du

changement en termes de recrutement, de formation, de mobilité, d'évaluation, de compétences et de rémunération.

Un échantillon représentatif correspond à 10 % (200 personnes) de la population cible (personnel paramédical, personnel médical, personnel d'encadrement). Ainsi, afin de consolider leur étude ils ont effectué 35 entretiens auprès des directeurs du CHU, DRH et directeurs financier, les médecins et les infirmiers. L'analyse de contenu est la méthode retenue. Les résultats de l'analyse organisationnelle et culturelle du CHU ont permis d'avancer les points suivants :

L'hôpital de Tizi Ouzou représente une configuration mécaniste. Il est une organisation très grande, complexe et composé de sous-système doté d'une gestion centralisée car les dirigeants de la ligne hiérarchique concentrent leur pouvoir dans des unités distinctes là où les différentes directions sont elles-mêmes structurées sous la forme de configuration mécaniste.

Il est en fait un cas singulier puisqu'on trouve deux configurations de poids égal : une configuration mécaniste pesante représentée par l'administration et la tutelle (fournisseur de règles et procédures) et une bureaucratie professionnelle constituée des médecins et infirmiers. Cette particularité est imposée par le métier.

La répartition des fonctions est de type taylorien : l'hôpital souffre de cloisonnements hiérarchiques où les flux d'échanges horizontaux sont difficiles à cause d'une absence de la transversalité. Ainsi une déresponsabilisation en cascade constatée et non mesurée : la prise d'initiative est insuffisante.

D'après les résultats de l'enquête, la gestion au sein de l'hôpital est centralisée puisqu'il n'existe pas de délégation de gestion. En revanche, il accorde une place prépondérante au corps médical dans le système de pouvoir au détriment de la direction administrative. Ainsi, le règlement juridique qui régit la gestion de la ressource humaine dans l'hôpital constitue un obstacle notamment pour la promotion et le recrutement.

L'étude de la culture organisationnelle de cet hôpital a été abordé à travers deux aspects. L'aspect formel sur la base de l'analyse organisationnelle de Mintzberg et l'aspect informel propre à l'organisation hospitalière.

- La culture des groupes formels (médecins, infirmiers, personnel administratif)

Les résultats concernant le groupe des médecins ont montré que le contrôle n'est pas assuré par l'administration, mais entre les membres du groupe : c'est l'autocontrôle et l'autoévaluation. Cela a fait promouvoir de bonnes relations de travail au sein des équipes. Par contre les

médecins expriment leurs mécontentements sur les relations avec la direction. Le corps administratif à son tour contient des acteurs qui sont détenteurs d'influence et forment ensemble une coalition interne. La nature et le poids de cette dernière peut effacer la hiérarchie.

Concernant le corps des infirmiers, les chercheurs constatent une sorte de domination exercée sur les infirmiers de la part des médecins et administrateurs, ce qui explique le sentiment de malaise et d'insatisfaction.

- La culture des groupes informels

Les chercheurs ont constaté l'existence de groupes informels au sein de l'hôpital, qui sont constitués par des agents qui fournissent moins d'efforts, tout en étant couvert par les membres du groupe d'appartenance. Ces derniers peuvent être des infirmiers, des administrateurs et des médecins

Les relations de travail au sein de ces groupes sont fortement imprégnées de pratiques informelles comme l'amitié et le régionalisme. Cette manière de procéder crée des insuffisances dans l'exercice de l'activité. Elle éloigne le management alors que ce dernier constitue une condition essentielle de la performance des administrations en créant un environnement qui favorise la modernisation de la GRH.

Par cette étude les chercheurs ont essayé aussi de détecter les facteurs susceptibles de favoriser ou de faire obstacle à une modernisation de la gestion des ressources humaines à l'hôpital. Ceci à travers les pratiques issues de la réglementation algérienne.

- Le climat social : Le climat manque d'adhésion des salariés. Il faudrait d'abord améliorer ce climat social pour, ensuite, lancer les fondations de la modernisation.
- Organisation et conditions de travail : il existe une certaine rigidité dans l'exercice des fonctions au sein des services, les méthodes de travail ne sont ni révisées ni adaptées. Cette rigidité se manifeste également par la faible participation des salariés à la prise de décision. Les personnels infirmiers se plaignent de l'ambiguïté de leurs responsabilités qui sont mal définies contrairement au personnel administratif et au corps médical. La principale source de stress au sein de l'hôpital étudié provient de la surcharge du travail, d'autres facteurs (mauvaise gestion du temps, mauvaise gestion des hommes, insultes, les difficultés de communication et les conflits relationnels) sont à également l'origine du stress. Les salariés se plaignent de mauvaises conditions physiques de

travail liées à un manque de propreté, d'hygiène des sanitaires, d'intensité sonore et de manque de sécurité.

Etant donné le climat de travail régnant à l'hôpital, le taux d'absentéisme ne peut être qu'élevé, d'autant plus que les outils essentiels et efficaces pour la gestion du temps ne sont pas de ce fait utilisés (fiche de congé, fiche de congé pour formation, fiche de congé maladie, fiche de contrôle de présence et d'absence). Les chercheurs constatent également la lenteur dans la constitution des dossiers des malades. Cette non maîtrise du temps perturbe la gestion des activités et conduit à des incidents : confusion entre les dossiers, affectation des résultats d'analyse erronés et autres accidents. Tous ces facteurs détériorent la qualité du service fourni.

- Recrutement et rémunération : le personnel interrogé confirme que le statut de la fonction publique constitue un frein au recrutement car la fonction publique juge les compétences des candidats au poste sur la base d'une formation spécialisée et purement théorique. A cela s'ajoute la multiplicité des statuts particuliers qui régissent le recrutement des différentes catégories du personnel de santé, ce qui rend la gestion administrative contraignante et entachée d'erreurs.

Ainsi, le système de rémunération actuel des personnels de santé n'apparaît pas optimal pour faire émerger une gestion dynamique des ressources humaines médicales en adéquation avec les exigences économiques développées à l'hôpital. Selon l'enquête, les fonctionnaires de l'hôpital expriment leurs insatisfactions concernant le salaire.

- Evaluation et carrière : les résultats montrent l'absence des techniques d'évaluation et l'appréciations générale. La notation se réduit à un exercice de style, vu que le management est administratif voire directif. En revanche, La carrière est régie par la réglementation. Le personnel considère la formation continue comme accélérateur de carrière. Le poids des autres facteurs à savoir l'expatriation, la connaissance de langues étrangères, la mobilité géographique et la mobilité professionnelle ne leur semble pas être très important pour faire accélérer leur carrière.
- Formation : le suivi d'un plan de formation n'est pas de rigueur à l'hôpital. Il se fait d'une manière aléatoire dans la mesure où les sondés considèrent que la formation se

fait sans discussion avec le concerné et sans évaluer les besoins de formation. La plupart des salariés ne bénéficient pas de formation ni après promotion ni après recrutement.

- La gestion des compétences : Le métier est au cœur de la politique de la modernisation de la GRH. Malgré les évolutions récentes des métiers de santé et des soins, 36 % seulement du personnel questionné affirment que leurs compétences suivent le métier qu'ils exercent. Les paramètres qui permettent de coïncider les compétences aux métiers sont la formation et la GPEC en deuxième lieu. Les réunions de partage d'expérience et de savoir pour renforcer les compétences ne sont pas des pratiques courantes au sein de l'hôpital.
- La transmission de l'information au sein de cet hôpital est partielle concernant les informations des services et les intérêts des salariés, les informations de la formation et les attentes des usagers ce qui altère la qualité des prestations. Pourtant, certains salariés méconnaissent leurs droits et leurs devoirs.

Le système d'information est mal développé et mal maîtrisé. L'hôpital possède quelques logiciels et progiciels de gestion mais leur utilisation n'est ni efficiente ni efficace. Ceci explique la défaillance du système d'information et le manque de transparence.

Cette étude empirique a permis de se renseigner sur l'ampleur des insuffisances et des lacunes relatives à la fonction des ressources humaines au sein du CHU de Tizi Ouzou. Ceci va à l'encontre des principes de modernisation des pratiques de gestion et de management. Le climat social ainsi que les conditions de travail ne sont guère satisfaisants pour introduire les nouvelles pratiques de la GRH (gestion des compétences, la GPEC, approche par métiers,...) capables de contrecarrer les contraintes auxquelles est confrontée la fonction personnel (budgétaire et humaine). Par ailleurs, le recrutement, la rémunération, l'évaluation, la formation et la carrière sont fortement encadrés par la législation qui parfois n'est pas respectée voire même ignorée par les concernés.

Nous avons montré que le CHU est en fait un ensemble de groupes qui se constituent selon des « variables d'intérêts » tels que l'entente, les liens de parenté, l'échange de services... formant ainsi une organisation informelle. L'organisation du CHU est complexe et inadéquate aux caractéristiques contingentes actuelles.

Dans une autre étude, les auteurs (Benchikha.F.Z, Chouam.B, 2018), essaient dans leur travail d'étudier la nécessité d'intégrer le contrôle de gestion au sein des hôpitaux algériens par le biais d'une étude empirique au sein du secteur sanitaire d'Arzew qui il est réorganisé en établissement public hospitalier EL-mohgoun et EPSP d'Arzew.

Les établissements EPH EL-MOHGOUN et EPSP d'Arzew sont doté de l'autonomie financière. L'EPSP d'Arzew qui emploie 461 personnes et l'EPH d'EL-Mohgoun emploie 490 employés entre personnels médicales, paramédicales et personnels d'administration.

Selon les chercheurs, la pratique du contrôle de gestion au sein des hôpitaux publics algériens se restreint au contrôle budgétaire.

Cependant, en vue d'analyser l'apport du contrôle de gestion sur l'activité hospitalière de ces établissements, la chercheuse a étudié et analysé l'évolution des dotations budgétaires entre 2003 et 2010, ensuite, elle a analysé l'activité hospitalière.

Les résultats d'analyse de cette étude ont montré que la dotation budgétaire allouée à l'EPH d'EL Mohgoun a augmenté de 2008 à 2010. Elle peut être expliquée par les points suivants : la motivation de personnels par l'augmentation de salaire et la prime de rendement, sachant que le personnel représente toujours plus que la moitié de dotations budgétaires, l'appui sur la formation comme un facteur d'amélioration de la qualité de service fournie grâce aux nouvelles connaissances scientifiques, l'augmentation de la part de prévention dans le budget pour faire face de nouvelles épidémies dont la grippe porcine.

La troisième étude « gouvernance hospitalière et nouveau management public dans un centre hospitalo-universitaire en Algérie » (Sofiane.S, 2018) vise à tester quelques principes de la gouvernance et les perspectives d'application du nouveau management public décrit par les spécialistes sur un centre hospitalo-universitaire.

Dans cette étude les chercheurs ont expliqué les concepts de gouvernance hospitalière et management public dans le secteur de la santé. Ensuite, ils ont évalué l'application des pratiques de ces concepts dans le contexte algérien en répondant aux questions suivantes : quel est l'état des lieux de la gouvernance du centre hospitalo-universitaire algérien ? comment l'adoption du nouveau management public est-il perçue dans le centre hospitalo-universitaire algérien ? quel est le lien entre la performance et le management par la qualité dans le centre hospitalo-universitaire algérien ?

Le cas d'étude choisi est le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) d'ISSAD-HASSANI situé au nord d'Alger. Ce CHU se caractérise par sa structure organisationnelle de taille importante.

L'étude empirique s'est focalisée sur le choix des cadres supérieurs, les médecins et les infirmiers qui sont les acteurs de soins du centre hospitalo-universitaire (CHU).

La méthode d'investigation est basée sur l'enquête par questionnaire. Le premier questionnaire est adressé aux gestionnaires (administrateurs supérieur) et aborde la question de la gouvernance hospitalière. Le deuxième questionnaire est adressé aux trois populations : Administrateurs supérieurs, médecins et infirmiers, et traite de l'application du nouveau management public dans le CHU Algérien.

L'analyse par les statistiques descriptives et les tests effectués ont rejeté les hypothèses proposées par cette recherche. Les résultats de l'enquête démontrent des sérieuses insuffisances en matière de pratiques managériales qui découlent des effets de la transition du modèle social et économique du pays, entamée depuis le début des années quatre-vingt-dix.

- La gouvernance hospitalière dans le CHU en Algérie, souffre d'une insuffisance en matière d'adoption de nouvelle technique de gestion comme l'amélioration du système d'information par l'intégration de la comptabilité analytique et le tableau de bord de prospectif.
- Un retard dans l'intégration des TIC dans le management opérationnel est également enregistré dans le CHU Algérien et l'e-gouvernance met du temps à voir le jour.
- L'intégration du nouveau management public dans le CHU en Algérie, demande un passage par une démarche de la qualité par l'adoption du management dont l'engagement de la perception est basé sur le leadership (Tomazenic, Seljak, Aristovnik, 2016).

La quatrième étude « La problématique de la motivation et de la gestion du capital humain dans un établissement public algérien : cas du CHU de Tizi Ouzou » (Malek.N, 2019) s'intéresse aux pratiques de la gestion des ressources humains des organisations sanitaires de façon générale et de la motivation en particulier. Le but de cette recherche est de dévoiler la réalité des pratiques de la GRH et de la motivation en milieu hospitalier et cela tout en faisant une projection sur le cas du CHU de Tizi Ouzou.

Cette étude a pour ambition d'apporter des éléments de réponses aux interrogations suivantes :

- Quels sont les pratiques actuelles de la GRH qui caractérisent les institutions publiques algériennes spécifiquement sanitaires ?

- Quelle est la nature des outils quotidiens en matière de motivation, qu'ils soient formalisés ou non et leur étendue au sein de l'établissement en question ?

Pour parvenir à répondre aux problématiques précédentes, les chercheurs ont adopté une approche méthodologique analytique ceci par une enquête empirique. Les techniques de recueil de données utilisés sont l'enquête par guide d'entretiens, par questionnaire et entrevues auprès du personnel du CHU de Tizi-Ouzou, et l'analyse des documents (Le bilan social au service d'une vision du système social).

Dans la mesure où l'objectif de cette étude vise à comprendre les pratiques de la gestion des ressources humaines au sein du l'hôpital de Tizi Ouzou, les chercheurs ont adopté la démarche méthodologique des cas.

Les chercheurs ont classé les différentes variables en trois sections : la première section le bilan des RH dans le CHU qui comporte le taux de féminisation et l'analyse par âge. La deuxième section stratégie et style de gestion concerne les objectifs fixés par la direction du CHU en matière de système de prise de décision, de gestion participative et travail en groupe et de délégation des tâches). La dernière section, l'état de la culture des ressources humaines dans le CHU comporte le recrutement, la gestion prévisionnelle des emplois, l'évaluation des compétences, le système d'information, la communication interne, politique de motivation et conditions de travail et la politique de formation.

L'analyse de ces données et l'étude des différents processus liés à la gestion interne de l'établissement en question montrent des déficits et des dysfonctionnements à plusieurs niveaux :

- La fonction ressources humaines joue uniquement un rôle d'administration du personnel. Elle ne dispose ni des moyens ni de l'intention nécessaires pour s'élargir au rang d'une fonction stratégique.
- Le CHU n'a pas une approche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Il ne dispose d'aucun outil qui favorise cette approche (référentiel des métiers, fiches de postes...).
- Le recrutement ne suit aucune politique claire ; il revêt un caractère plutôt arbitraire fortement influencé par des considérations politiques.
- Les critères d'évaluation fixés par la réglementation semblent ne plus traduire la contribution effective de chaque agent.
- L'évolution du système d'évaluation du personnel hospitalier devient inéluctable.

- La formation qui est un levier du développement et de stimulation des ressources humaines n'est pas du tout exploitée par le management de l'hôpital.
- Le système de communication est quasiment absent, il est dans la majorité des cas informel, et l'accès à l'information représente une opération pénible. Ce qui engendre la démotivation du personnel.

Au niveau du CHU de Tizi-Ouzou, la fonction RH est encore loin d'intégrer les dimensions d'une gestion des ressources humaines moderne. L'hôpital semblerait avoir besoin d'un grand effort de modernisation notamment sur le plan de la Gestion des Ressources Humaines. D'où la nécessité de la mise en place des grands efforts d'intégration des préoccupations liées au facteur humain.

En outre, le CHU a connu des dégradations en matière de la qualité de formation, l'inadéquation entre le profil actuel du praticien et les tâches qu'il doit effectuer sur le terrain., l'insuffisance de spécialistes de base (Ophtalmologie, chirurgie cardiovasculaire, pédiatrie, O.R.L, etc.). Ajoutant à cela, l'absence de la rigueur dans l'application des objectifs tracés par le système national de santé, et la lenteur dans la prise en charge des patients, or celle-ci nécessite une rapidité dans l'intervention qui vise le maintien de l'intégrité physique et morale.

L'analyse des résultats auxquels les chercheurs sont parvenus, montrent que le CHU algérien souffre d'une dévalorisation des ressources humaines existantes d'une part, et de l'absence d'une véritable politique de motivation.

La dernière étude est celle de la chercheuse Lechab (Lechab.S, 2019). Elle a étudié le rôle du management hospitalier dans la réussite de la réforme hospitalière : cas du secteur public algérien. L'étude porte sur l'analyse organisationnelle et managériale de l'hôpital et son impact sur la réussite de la réforme hospitalière en Algérie.

La chercheuse tente à travers cette étude de répondre à la problématique suivante : Le modèle organisationnel et managérial actuel de l'hôpital est-il en mesure de faire aboutir la réforme hospitalière en Algérie ? pour ce faire deux hypothèses ont été posées :

1. Le manque de clarté de la réforme hospitalière influe sur la perception et l'image des acteurs de l'hôpital algérien par rapport à ces réformes.
2. Les caractéristiques organisationnelles et managériales actuelles de types administratif et bureaucratique de l'hôpital ne leur confèrent pas un rôle stratégique et influe négativement sur la réussite de la réforme hospitalière.

L'objectif de cette étude est d'identifier les opinions et les attitudes des acteurs de la réforme hospitalière sur le rôle que pourrait jouer le management hospitalier dans la mise en œuvre de

la réforme hospitalière, et de mettre en évidence le lien entre le mode d'organisation et de management à l'hôpital et la réforme hospitalière. Pour cerner son objectif, la chercheuse a identifié deux variables. Une variable dépendante qui est « la réussite de la réforme hospitalière » expliquée par la variable indépendante représentée par « le modèle organisationnel et manageriel de l'hôpital ». L'étude empirique a été réalisée à partir d'une enquête auprès des responsables au niveau des établissements publics de santé (directeurs, sous-directeurs et chefs de services) des Wilayas du centre (Alger, Blida, Tizi-Ouzou, Tipaza, Boumerdès, Médéa » dont le nombre est de 90 établissements. Ces derniers sont classifiés en quatre catégories « CHU, EPH, EHS, EPSP ».

L'étude empirique a pour but de déterminer d'une part, la perception et les attitudes par rapport à la réforme hospitalière et d'autre part de définir le modèle organisationnel et manageriel des hôpitaux.

Afin de valider les hypothèses de recherche, la chercheuse a eu recours à plusieurs tests statistiques par l'utilisation du logiciel SPSS version 22. Elle a vérifié d'abord, la dimensionnalité et la fiabilité de l'instrument de mesure de la variable management hospitalier par l'analyse factorielle en composante principale (ACP). Elle a calculé ensuite la corrélation et régression afin de prouver l'influence du management hospitalier sur la réussite de la réforme hospitalière. En ce qui concerne la deuxième hypothèse, elle a eu recours au test de la régression linéaire multiple la variable indépendante étant « le management hospitalier », et la variable dépendante « la réussite de la mise en œuvre de la réforme ».

Les résultats obtenus de l'analyse de cette étude montre qu'il existe un lien statistiquement significatif entre la clarté de la réforme et sa réussite. Elle a constaté que plus les acteurs de santé sont bien informés et intégrés dans le processus de la réforme plus cela facilite sa mise en œuvre et donc sa réussite.

D'un autre côté, les résultats montrent ainsi l'existence d'une corrélation entre le modèle managérial appliqué à l'hôpital et la réussite d'application de la réforme. Ce qui a permis de valider les hypothèses de recherche.

L'analyse des résultats de l'étude empirique a permis à la chercheuse de dégager les recommandations suivantes :

- « La modernisation de l'organisation et du management de l'hôpital » ; l'organisation des activités doit être revue d'après les méthodes de gestion propres au secteur privé (comprenant en particulier une rationalisation des tâches dans un souci d'efficacité).
- Le développement du système d'information sanitaire grâce à la finalisation du réseau internet reliant l'ensemble des établissements de santé initié dans le cadre du programme spécial de relance économique. Il s'agira aussi de mettre en place l'ensemble des applications logicielles couvrant tous les domaines de la santé et alimentant une banque de données facilitant notamment les analyses prospectives de la production des indicateurs d'aide à la prise de décision.
- « Le financement effectif du système hospitalier » la contractualisation des relations entre les établissements de santé et les bailleurs de fonds représente une nouvelle piste pour la résolution des problèmes du secteur hospitalier névralgique qui se caractérise par l'augmentation constante de ses dépenses et par la complexité de son organisation et la multiplicité de ses acteurs. La démarche contractuelle semble être l'outil privilégié qui permettra à l'établissement public hospitalier de dépasser ses dysfonctionnements et d'instaurer des liens organisationnels appropriés dans le sens des changements.
- « L'évaluation » est un élément très important pour la réforme hospitalière ; c'est encore le seul préalable pouvant faciliter la mise en place du projet de réforme dans tous les domaines, y compris le milieu hospitalier.

L'hôpital public constitue un cadre favorable à un renouvellement de la réflexion sur l'appréciation de la performance de la gestion publique inspiré de la logique de la performance (le niveau de réalisation des résultats par rapport aux efforts consacrés à moindre coût ; tout en dégagant des profits) dans le secteur privé. Ce dernier, possédant un capital humain important qui est considéré comme un patrimoine immatériel du secteur privé ; les valeurs de ses entreprises, mode de collaboration, son fonctionnement et les méthodes de gestion sont une source d'inspiration pour la nouvelle gestion dans le secteur public.

Un aspect doit notamment être pris en compte, qui influence fortement l'organisation et la gestion de l'hôpital. Cet aspect concerne le type d'organisation particulière de l'hôpital « la bureaucratie professionnelle » qui a été développée par Mintzberg (1982). La spécificité de l'organisation professionnelle de l'hôpital a un incident sur sa gestion : « nul service de méthodes n'est là pour définir et calibrer les tâches » (Moison.J.C, «La démarche gestionnaire à l'hôpital:Recherches sur la gestion interne», 1999, p. 20).

Par conséquent, il existe un problème relationnel dans les services et entre le personnel de l'hôpital ceci s'explique par la difficulté de repérer l'importance de participation de chaque acteur dans le processus de prestation de soins, puisqu'il existe un clivage entre le corps médical et l'administration.

Ce clivage au sein de l'hôpital engendre quelques défaillances notamment le manque d'entente entre les acteurs. Donc, l'absence d'entente entre les services du corps médical et l'administration et la rétention d'information est connu sous le nom d'asymétrie d'information (Moisdon.J.C, 1996): « cette asymétrie d'information se répercute à tous les niveaux : le directeur d'hôpital ne peut guère qu'essayer d'obtenir un maximum de ressources pour ne pas avoir à subir des conflits qu'il ne peut arbitrer techniquement ».

Ajoutant à cela les outils de gestion. Les tableaux de bord et les budgets sont des outils importants qui ne sont pas parfaitement exploités dans les hôpitaux algériens. Selon ces études, on trouve des difficultés de mise en œuvre et d'application dues au système de gestion interne des hôpitaux qui se limite aux méthodes budgétaires traditionnelles telles que l'instauration du budget global autrement dit l'élaboration d'un budget prévisionnel en se basant sur les ressources de la période précédente augmentée d'un taux directeur. Quant aux tableaux de bord, ils sont basiques ou inexistantes et leur utilisation par les responsables reste limitée. Ceci peut être expliqué par le manque de culture managériale, le manque des dispositifs réglementaires et le manque de contrôle (le système de sanction-récompense). Cependant, les responsables doivent se pencher sur la question de la pertinence et l'efficacité de ces outils de gestion, car leur absence constitue un obstacle majeur pour le contrôle de gestion.

Ces études montrent l'importance du contrôle de gestion en milieu hospitalier ; il encadre l'activité hospitalière, suit le processus de prestation de soins et détermine une instrumentation gestionnaire.

Conclusion

Les chercheurs dans le domaine de la gestion ont, par le biais de ces études, apporté une contribution significative et enrichissante au domaine de la gestion des administrations publiques en Algérie et du management public, chacune traitant d'une problématique particulière. L'une d'entre elles s'est intéressé à la modernisation de la fonction de la gestion des ressources humaines et à la possibilité d'une transition de la gestion des ressources humaines « GRH » vers le management des ressources humaines et a étudié les conditions de faisabilité de ce changement. C'est une expérimentation sur les facteurs susceptibles de favoriser ou de faire obstacle à une modernisation de la gestion des ressources humaines à l'hôpital, à travers les pratiques issues de la réglementation algérienne notamment la formation, le recrutement, l'évaluation, la mobilité des compétences etc. Ainsi que d'autres facteurs tels que le climat social, l'organisation et les conditions de travail, la culture organisationnelle et la gestion des compétences. Cette étude empirique a mis en lumière l'ampleur des insuffisances et des lacunes relatives à la fonction des ressources humaines au sein du CHU. Elle préconise de grands efforts de valorisation des ressources humaines existantes d'une part et la mise en place d'une politique de motivation.

Un autre travail de recherche a traité de l'intégration du contrôle de gestion au sein d'un hôpital algérien. La conclusion de cette étude est que la pratique du contrôle de gestion au sein des hôpitaux publics algériens se restreint au contrôle budgétaire. Une étude empirique a visé à tester quelques principes de la gouvernance hospitalière sur un centre hospitalo-universitaire algérien ainsi que des perspectives d'instauration du nouveau management public. Les cadres supérieurs du corps administratif, le corps médical et paramédical était la cible de cette étude. Cette analyse a montré que l'hôpital souffrait d'une insuffisance flagrante de moyens, de techniques et de logiciels ce qui constitue un obstacle pour la mise en œuvre des pratiques de management public. Une autre recherche concernait le rôle du management hospitalier dans la réussite de la réforme hospitalière. L'analyse du modèle managérial et organisationnel de ces structures (CHU, EPH, EHS, EPSP) a montré que plus les acteurs de santé sont bien informés et intégrés dans le processus de la réforme plus cela facilite sa mise en œuvre et donc sa réussite.

L'ensemble de ces études sont un outil d'aide à la mise en place d'une nouvelle stratégie de gestion afin d'assurer une transition vers le management public et/ou participant à la résolution des problèmes par la mise en œuvre d'actions correctives.

Notre recherche s'inscrit dans cette problématique globale cependant notre champ d'étude est bien limité. Nous nous focalisons sur la gestion administrative au niveau des hôpitaux publics et établissements hospitaliers universitaires en Algérie. A partir de notre recherche théorique et notre revue de la littérature, nous avons construit notre réflexion sur la possibilité d'introduire la logique de la performance dans le contexte hospitalier en abordant la gestion administrative dans toutes ses dimensions (règlementation, ressources humaines, moyens, structure). C'est ce qui la différencie des études précédentes qui se sont focalisées sur les pratiques managériales du facteur humain. Nous nous concentrons sur l'évaluation de la performance dans l'administration d'un établissement hospitalier universitaire. Nous adoptons une nouvelle approche basée sur l'amélioration des prestations des soins à travers l'amélioration du processus de fonctionnement administratif de cet établissement plutôt que de mettre l'accent sur le corps médical. Pour la structuration de notre guide d'analyse empirique, nous nous sommes basés sur le rapport de l'évaluation et de mesure de la performance dans les hôpitaux du Burkina Faso (Unité Progrès Justice , 2004) que nous avons adapté au contexte algérien.

CHAPITRE IV : L'APPRECIATION DE LA PERFORMANCE ADMINISTRATIVE A L'EHU D'ORAN

Introduction

Les chapitres précédents de cette thèse étaient consacrés à la discussion théorique de notre problématique de recherche. Ils ont montré qu'il n'existe pas réellement un modèle ou une méthode unique pour mesurer ou évaluer la performance d'une organisation publique.

Nous avons discuté des questions relatives à la performance hospitalière en construisant un cadre conceptuel et théorique pour notre problématique de recherche sans fournir des réponses propres. Ce sera l'objectif de ce dernier chapitre en tentant d'apporter des réponses claires aux hypothèses.

Il est à noter que nous nous intéressons dans cette recherche à la performance hospitalière et plus particulièrement à l'administration et à la gestion administrative qui fera l'objet de notre étude empirique.

Afin d'apporter des réponses empiriques à notre problématique, nous allons présenter au début de ce chapitre notre terrain d'étude « l'EHU d'Oran ». Ensuite nous allons décrire les différentes étapes parcourues pour construire notre échelle (modèle) de mesure en présentant la démarche théorique et méthodologique. Enfin, nous présenterons et analyserons les résultats obtenus.

1. Présentation du terrain d'étude

La présente section a pour objectifs de décrire l'organisation de l'EHUO, d'analyser les activités actuelles, ses services ainsi que les pôles d'activité.

1.1. Présentation de l'Etablissement Hospitalier universitaire d'Oran 1 er Novembre 1954

L'établissement hospitalier universitaire d'Oran, ci-après dénommé, par abréviation « EHU d'Oran », est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, sous la tutelle administrative du ministre de santé.

L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est organisé en structures hospitalo-universitaires créées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

La tutelle pédagogique universitaire est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

L'EHU d'Oran a été créé par Décret présidentiel n° 03-270 du 14 Joumada Ethania 1424 correspondant au 13 août 2003 portant création, organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran. Il a été conçu afin de pallier à l'insuffisance de la prise en charge des malades du territoire national.

L'Établissement hospitalier universitaire d'Oran (EHUO) créé en 2003, avec pour objectif corollaire d'avoir un effet d'entraînement sur les autres structures du système de soins.

Parmi les objectifs dévolus à l'EHUO, il s'agit notamment de développer des *pôles d'excellence* (Décret présidentiel 03-270), d'élaborer un *projet d'établissement* fixant les objectifs annuels et pluriannuels ainsi que les stratégies de développement de ses activités, un *projet qualité*, de participer à la synergie des institutions de santé, de conclure des contrats d'objectifs avec les institutions de santé.

Dans ce sens, l'EHUO bénéficie théoriquement d'une relative autonomie et d'une marge de manœuvre qui sont censées lui permettre de réaliser ses missions. Il se démarque ainsi, sur le plan des textes fondateurs et des missions assignées, des autres CHU. Il s'agit donc, pour l'EHUO, d'un véritable défi à relever, en ce sens qu'il doit structurer sa démarche et définir ses moyens en relation avec les objectifs à atteindre.

Depuis 2010, la mise à niveau réglementaire entamée par l'administration de l'EHUO a traité les dossiers supposés prioritaires pour son développement. C'est ainsi que l'organisation en pôles d'activité et le projet d'établissement ont été approuvés par les instances de l'établissement : le conseil scientifique et le conseil d'administration. Les initiateurs recherchaient « la suppression de la bureaucratie hospitalière et une mutualisation des moyens dans un cadre de cohérence d'activités et de pathologies » (Ministère de santé , 2014). Selon les dirigeants de l'EHUO, cette nouvelle forme organisationnelle est nécessaire pour « éliminer les obstacles liés au statut d'établissement public administratif du point de vue organisationnel, administratif et fonctionnel ». Le premier projet d'établissement 2010-2013 était conçu pour la mise en place des pôles, organisation de l'établissement et des soins et nomination des responsables. Ensuite, le premier projet devient l'élément phare du projet d'établissement 2013-2016 notamment en ce qui concerne la contractualisation et la délégation de gestion.

C'est dans ce contexte que l'EHUO se propose de relever un défi : parler du futur en l'absence d'un historique et du cumul d'expérience sans qu'aucune référence nationale ne soit disponible en la matière pour aider à résoudre des questionnements relatifs à la conception et l'implémentation de projet de développement d'un établissement et sa restructuration. En outre, cette démarche suppose que les missions, les buts, la structure et les ressources ainsi que les interrelations entre ces composantes soient configurées préalablement. C'est en cela que le défi est osé et unique en apparence.

1.2. Missions de l'EHUO

Il a pour missions de :

- développer des activités de haut niveau dans le domaine de management, de l'exploration et des soins à travers l'érection de pôle d'excellence.
- développer tous les programmes nationaux de santé.
- constituer un repère dans la hiérarchisation des soins.
- développer la recherche en sciences de la santé.
- constituer une référence en matière de nouvelle gouvernance.
- être le support de la formation continue dans les techniques innovantes et les nouveaux métiers.
- *Le projet d'établissement* fixe les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de formation supérieure, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information.
- *Le projet qualité* fixe la politique de l'établissement en matière de qualité totale et de soins en particulier (Décret présidentiel 03-270).
- L'EHUO conclut des contrats d'objectifs avec les autorités sanitaires et de formation supérieure.

1.3. Structure du personnel de l'EHUO

L'EHUO d'Oran emploie plus de 2500 employés répartis comme dans tout autre établissement hospitalier en deux catégories de personnel : les personnels médicaux et les personnels non-médicaux.

1.3.1. Les personnels médicaux

Le personnel médical est composé de médecins spécialistes, médecins généralistes, pharmacien, professeur, docteur, maître-assistant Ils ont la qualité de titulaires, contractuels ou détachés à la différence du personnel non-médical.

Le personnel paramédical comprend les aides-soignants de santé publique, les aides-soignants principaux de santé publique, infirmiers brevetés, infirmiers diplômés d'Etat, infirmiers de santé publique, surveillants chefs des services médicaux.

1.3.2. Les personnels non médicaux ou corps communs

Les corps communs se décomposent en deux corps :

- Le corps administratif : administrateur principal, administrateur, attaché principal d'administration de service de santé, attaché d'administration de service de santé.
- Le corps technique : Les personnels techniques et des ateliers exercent leurs fonctions sous l'autorité de contremaîtres, chefs d'ateliers, chefs magasiniers et chefs de soins hôteliers.

1.3.3. Répartition des effectifs par corps et par sexe

Tableau 08 : répartition par corps du personnel hospitalo-universitaire d'Oran.

	Hommes	Femmes	Total
Corps médical	148	190	338
Corps paramédical	182	894	1076
Corps communs	554	582	1136
Total général	884	166	2550

Source : bureau des entrées EPISTAT

Le personnel de l'établissement hospitalier universitaire d'Oran « l'EHU d'Oran » est constitué de 70% de femme et 30% d'homme.

Corps médical	Total	
	Homme	Femme
Médecins spécialistes	61	117
Médecins généraliste	8	23
Pharmacien	3	6
Chir. dentistes	0	0
Professeur	24	8
Docteur	17	4
Maître-assistant	35	32
Total	148	190

Le corps médical de l'EHU d'Oran est constitué de 56%de femme et 44% d'homme.

Corps paramédical		
	Homme	Femme
Diplômés d'état	60	494
Brevetés	48	130
Aides paramédicaux	74	270
Total	182	894

Le corps paramédical de l'EHU d'Oran est constitué de 83% de femme et 17% d'homme.

Corps communs		
	Homme	Femme
Administratifs	33	77
Technique	68	81
De service	453	424
Total	554	582

Le corps commun de l'EHU d'Oran est constitué de 66 % de femme et 34% d'homme.

1.4. La structure de l'EHU

C'est une structure organisée autour de 1200 lits.

- 42 services médico-chirurgicaux de 30 lits chacun.
- 1 bloc de consultation spécialisée
- 10 laboratoires
- 1 centre d'imagerie médicale
- 1 service de neurophysiologie
- 1 plateau d'exploration fonctionnelle
- Un centre de médecine nucléaire
- 18 salles opératoires organisées en :
 - 1 bloc central (10 salles)
 - 1 bloc d'urgence (6 salles)
 - 1 bloc gynéco obstétrical (2salle)

1.4.1. Les organes délibératifs et consultatifs de l'établissement public hospitalier

Conformément au décret présidentiel N°03-270, l'établissement est administré par un conseil d'administration constitué du représentant du ministère chargé de la santé(président), représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, de la faculté de médecine, représentant du ministre chargé des finances, représentant du ministre chargé du travail, de représentants des rangs magistraux, de représentants des travailleurs, de représentants des usagers, du président du conseil scientifique. Le directeur général de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) participe aux réunions du conseil d'administration, à titre consultatif assurant le secrétariat du conseil d'administration.

1.4.2. Les organes de l'établissement à caractère spécifique de l'EHUO sont :

- *Le conseil d'administration* : c'est l'organe de gestion qui délibère sur tous les aspects relatifs aux activités et au développement de l'établissement.
- *Le directeur général* est chargé de la réalisation des objectifs assignés à l'établissement hospitalier et universitaire et veille à l'exécution des programmes arrêtés par le conseil d'administration. Il assure la gestion de l'E.H. U dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.
- *Le conseil scientifique* est composé par 12 à 15 membres de rang magistral élus par leurs pairs.
- *Le commissaire au compte*, sélectionné après un appel d'offre par une commission mixte, ministère des finances, pour une période de 3ans, est chargé du contrôle à postériori de toutes les opérations financières et comptables et de la certification des comptes.
- La comptabilité est régie par le code du commerce avec application du système comptable et financier (SCF) (Loi n° 07-11).
- La convention collective est le support contractuel des règles régissant les relations de travail (Loi n°90-11)et la grille des salaires
- *Le comité de pilotage* est composé de 10 présidents de pole. Il se réunit tous les mois. Il oriente la politique de développement de l'établissement et traite les questions relatives aux activités et grandes décisions.

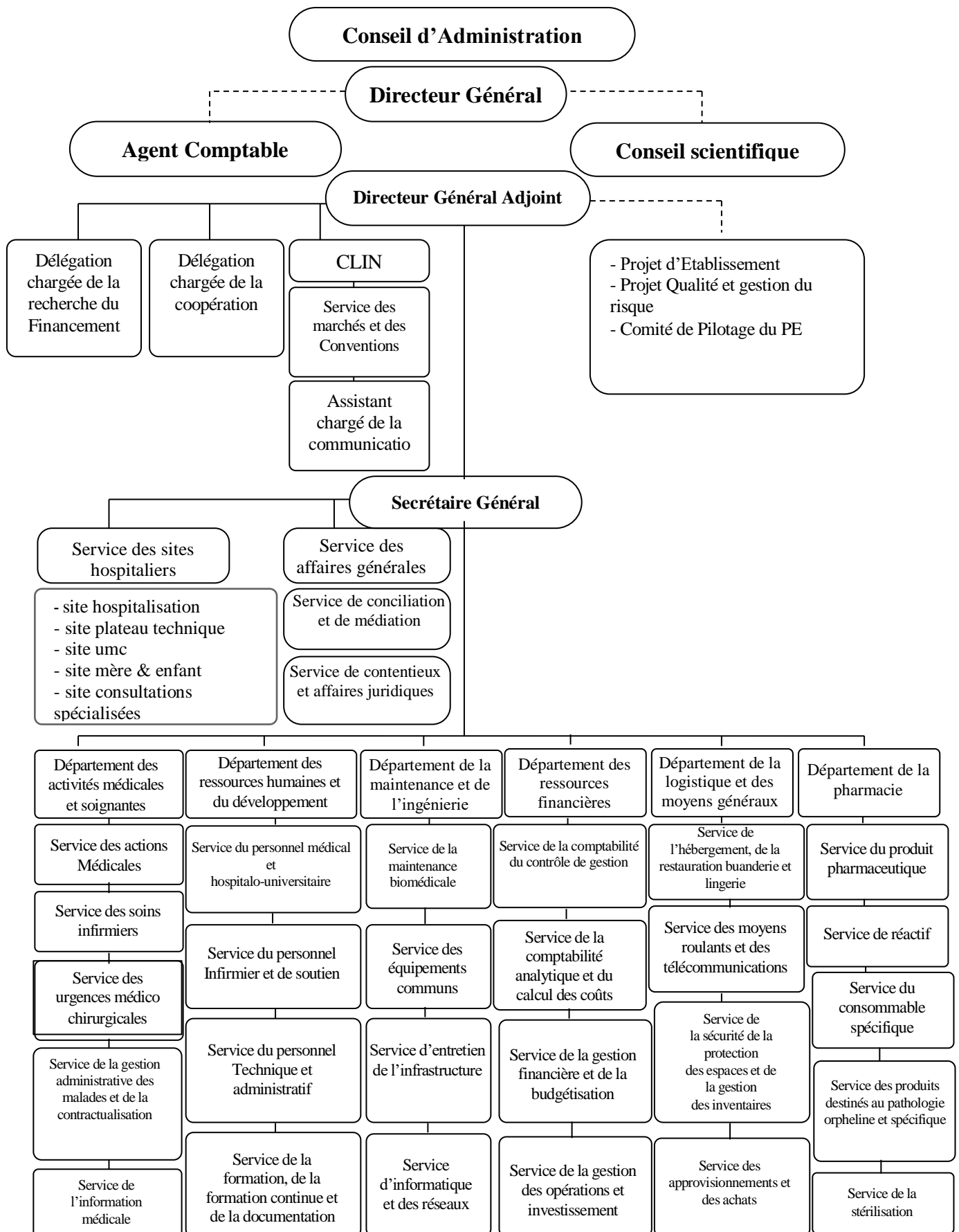
L'EHU d'Oran est dotée :

- De *la commission de conciliation et de médiation* chargée de veiller au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs parents.
- De *la commission de direction du projet de l'établissement* chargée du suivi et du contrôle des actions inscrit dans le projet d'établissement.

La composition et les modalités de fonctionnement des commissions sont fixées par le ministère chargé de la santé.

1.4.3. L'organigramme de l'EHU

Figure 11 : l'organigramme de l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran



La départementalisation de cette organisation correspond à un agencement de trois structures pyramidales : la structure administrative et gestionnaire, la structure médicale et la structure infirmière. La lecture des documents officiels présentant l'établissement permet de cerner cette triple structure pyramidale. Elle se présente sous la forme de trois organigrammes distincts pour chacune de ces pyramides. La départementalisation correspond à une division fonctionnelle du travail entre médecins, administratifs et infirmiers. Le sommet stratégique et les fonctions de support logistiques se trouvent dans la pyramide administrative et gestionnaire. Le centre opérationnel actif dans la prise en charge du patient rassemble médecins et infirmiers.

La pyramide administrative et gestionnaires comprend les organes de direction du sommet stratégique ainsi que les différentes fonctions de support logistique qui ne sont pas directement impliquées dans la prise en charge des patients. Le sommet stratégique comprend l'assemblée générale, le conseil d'administration, le directeur général et différentes instances médicales dont l'assemblée générale des médecins et le conseil médical.

2. Présentation du cadre théorique et méthodologie de l'étude empirique

Dans ce travail, nous abordons la question de la mesure de la performance hospitalière en construisant une échelle de mesure. Nous adoptons la démarche du paradigme de Churchill (1979). Ce paradigme est utile dans les processus de création et de développement des échelles multiples ou multi-item. Il s'inscrit dans la théorie de la mesure qui vise à tester la qualité des instruments de mesure tels que les échelles d'attitude (Evrard.Y P. R., 2003).

2.1.Le paradigme de Churchill (1979)

Cette démarche vise à incorporer les conceptions de la théorie de la mesure ainsi que les techniques adéquates pour l'améliorer dans une démarche systématique. Nous essayons d'harmoniser les études qualitatives et quantitatives dans notre démarche méthodologique. Cette procédure nous permet de construire des instruments de mesure de type questionnaire à échelles multiples.

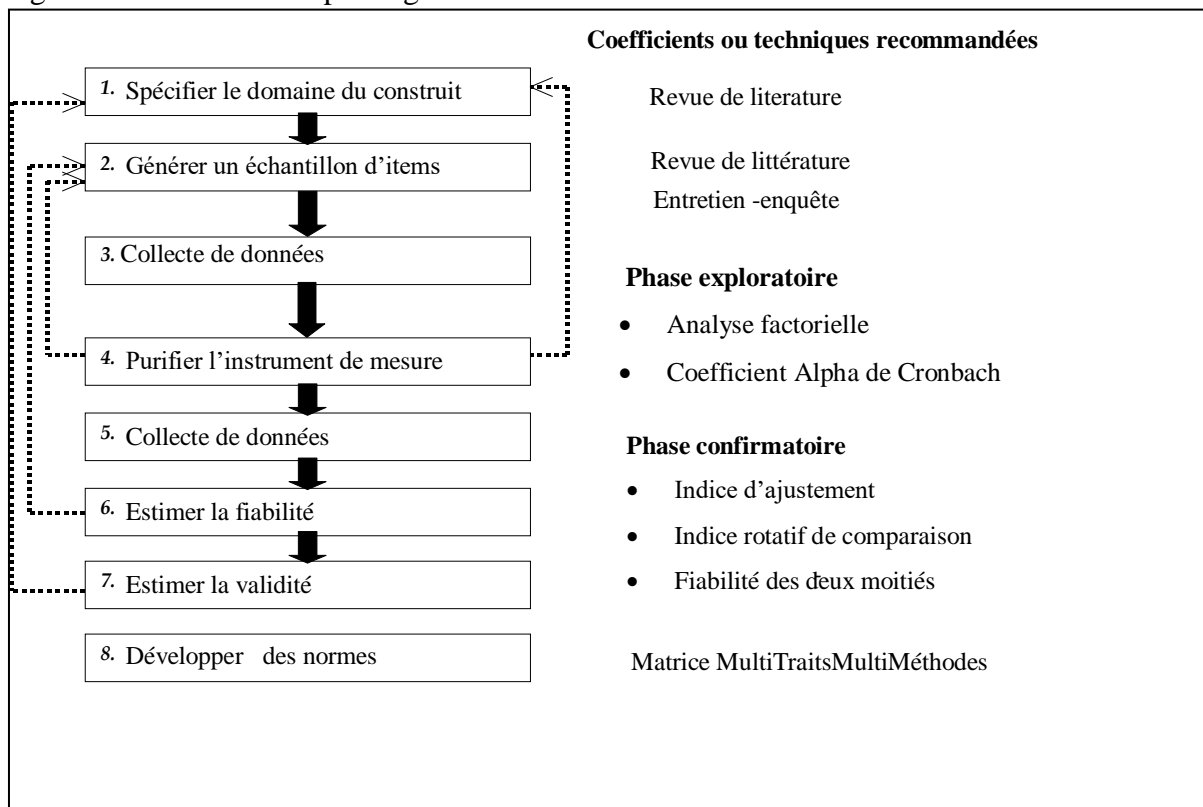
Dans l'article intitulé « Un paradigme pour développer de meilleures mesures des construits marketing », Churchill (1979) propose une procédure pour renforcer la validité et la fiabilité des mesures. Après avoir sélectionné des échelles (jeu d'items pour mesurer un concept), il s'agit, dans un premier temps, de les soumettre à l'analyse factorielle exploratoire puis au test de la fiabilité. Ensuite, dans une phase de validation, les échelles modifiées après suppressions

d'énoncés subissent une deuxième fois ces procédures (les tests de la fiabilité), on parle d'analyse confirmatoire. Cette seconde étape vise à connaître les qualités psychométriques des instruments de mesure (Carricano.M P. , 2008, p. 52).

En vue d'atteindre notre objectif tracé au début de ce dispositif de recherche qui tente, rappelons-le, d'étudier et mesurer la performance dans un établissement hospitalier public, nous avons adopté une démarche qualitative afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Le paradigme comporte plusieurs étapes (voir la figure 12) : la première étape ou phase exploratoire consiste à déterminer la dimensionnalité des échelles, à vérifier leur cohérence interne et leur fiabilité à l'aide de l'Analyse Factorielle Exploratoire (AFE). La consistance interne de l'échelle est testée par l'Alpha de Cronbach. La deuxième étape ou phase confirmatoire vise à estimer la fiabilité et la validité de ces échelles à l'aide de l'Analyse Factorielle Confirmatoire (AFC).

Figure12 : Démarche du paradigme de Churchill



La première étape ou phase exploratoire du paradigme de Churchill qui consiste à construire et purifier l'instrument de mesure à l'aide de l'Analyse Factorielle Exploratoire (AFE), a trois objectifs. Elle vise en premier lieu à déterminer la dimensionnalité des échelles. Elle vérifie leur cohérence interne et leur fiabilité.

2.1.1. L'analyse factorielle exploratoire estimée par l'analyse en composante principales (ACP)

L'analyse factorielle vise à réduire le nombre important des informations (prenant la forme de valeurs sur des variables) à des grandes dimensions, en expliquant la plus forte proportion de la variance par un nombre réduit des facteurs (composantes) appelés généralement les variables latentes « Costello & Osborne (2005); Fabrigar, Wegener, MacCallum et Strahan, (1999) » (Charbonnier-Voirin, 2012).

L'analyse factorielle sert à identifier les dimensions de la structure et à déterminer dans quelle mesure chaque variable peut expliquer chaque dimension. Elle a pour objectif de réduire les variables en précisant les dimensions essentielles qui décrivent les construits d'une façon synthétique. Elle calcule aussi les scores de chaque dimension en les substituant aux construits originaux.

Dans les autres méthodes telles que la régression et l'analyse de la variance, les variables sont considérées comme des variables soit dépendantes, soit indépendantes. Dans l'analyse factorielle toutes les variables sont considérées chacune par rapport aux autres. Donc l'analyse factorielle a but de maximiser l'explication de l'ensemble des variables et non pour prédire des variables dépendantes (Carricano.M P. B., 2010).

L'analyse factorielle est adaptée à une démarche exploratoire (analyse factorielle exploratoire ou AFE). L'analyse factorielle exploratoire est généralement effectuée par les logiciels courants (SPSS, BMDP, SAS). Dans notre travail nous avons opté pour le logiciel SPSS 22.

La démarche que nous avons entreprise pour le test de la structure de l'échelle consiste dans l'analyse factorielle exploratoire estimée par l'analyse en composantes principales (ACP).

- **L'estimation par l'ACP**

L'analyse en composantes principales (ACP) est une méthode d'analyse des données multi variées. Elle permet de décrire et d'explorer les relations qui existent entre plusieurs variables simultanément. L'ACP cherche une solution pour refléter au mieux l'ensemble de la variance des variables mesurées, de sorte que les composantes soient orthogonales, c'est-dire indépendantes entre elles (Duquenne.M.N, 2011-2012). L'ACP maximise la variance expliquée et minimise les facteurs (Gammoudi.L, 2009, p. 261). Il est nécessaire de vérifier la possibilité de factorisation des données en examinant la matrice de corrélation (Jolibert .A, 2006). La possibilité de factorisation est vérifiée par deux tests :

a) Le test de sphéricité de Bartlett

Le test de sphéricité de Bartlett (Evrard et al,2009) permet de vérifier si la matrice de corrélation est statistiquement différente d'une matrice d'identité » (Jolibert .A, 2006). Une grande valeur du test avec une signification proche de 0 montre l'existence de corrélations suffisantes entre les variables et justifie l'utilisation de l'ACP (Jolibert .A, 2006), (Evrard.Y P. R., 2009).

b) Le test de KMO (Kaiser Meyer et Olkin)

Le test de KMO (Kaiser Meyer et Olkin) MSA « Measure of Sample Adequacy : ce test permet de vérifier si les variables retenues forment un ensemble cohérent et mesurent le construit de façon adéquate Carricano et al (2010). L'indice obtenu doit avoir une valeur supérieure à 0,5 pour que l'analyse factorielle soit appropriée (Jolibert .A, 2006). Lorsque le test présente des valeurs supérieures à 0.5 l'analyse factorielle est réalisable.

La lecture du test KMO se fait de la façon suivante (Stafford.J, 2006, p. 80) :

- 0.90 et plus = très grande validité ;
- 0.89 à 0.80 = grande validité ;
- 0.79 à 0.70 = validité moyenne ;
- 0.69 à 0.60 = validité faible ;
- 0.59 à 0.50 = validité au seuil limite ;
- 0.49 et moins = invalide.

c) Le choix de nombre de facteurs

Le choix de nombre de facteurs à retenir dans l'analyse factorielle exploratoire est effectué par plusieurs méthodes citées dans la littérature notamment le critère de Kaiser, le test de Cattell et le critère de pourcentage de la variance.

Dans notre travail, nous utilisons deux méthodes :

- 1. Le pourcentage de variance expliqué** : selon ce critère le nombre d'axes retenus doit permettre de restituer un taux de variance fixé à l'avance (Evrard.Y P. R., 2009). Un pourcentage de variance égal à 60% est souvent recommandé (Hair.J.F B. B., 2006).
- 2. Le critère de Kaiser** utilisé pour analyser les valeurs propres. La valeur propre représente la variance du facteur « la quantité d'information capturée par un facteur » Carricano et al (2010).

L'estimation par l'ACP nous a permis de vérifier la dimensionnalité des variables tout en interprétant la structure factorielle obtenue. Lorsque le construit contient un seul facteur, il est considéré comme unidimensionnel ; s'il en contient plusieurs, il est considéré comme multidimensionnel. Donc, les facteurs retenus doivent avoir une valeur propre supérieure à 1, et un pourcentage minimal de la variance totale expliquée de 50%.

d) Etude de la dimensionnalité et de la validité / purification de l'instrument de mesure

➤ Le déterminant de la matrice :

Un déterminant de la matrice égale à zéro signifie qu'au moins une variable est une combinaison linéaire parfaite d'une ou de plusieurs autres variables. Il existe une variable qui ne rajoute aucune information nouvelle au-delà de celle fournie par les autres variables. Donc nous recherchons un déterminant d'une valeur très petite, ce qui explique l'existence de patrons (modèles) de corrélations entre les variables, mais non égal à zéro (Durand.C, 2003).

Après le choix du nombre de facteurs. Selon les critères sélectionnés, il faut passer à l'interprétation de la structure factorielle.

Pour affiner l'interprétation il faut effectuer une rotation sur les facteurs et évaluer la qualité de représentation

1. La **rotation** sur les facteurs permet d'augmenter la valeur des coefficients de corrélation de certains items avec les axes et simplifie la structure obtenue. Deux types de rotations sont utilisées

a) La rotation oblique qui suppose que les dimensions sont inter-reliées et

b) La rotation orthogonale qui suppose l'interdépendance des facteurs. : Il existe trois modèles de rotations orthogonales :

- **Varimax** pour réduire le nombre de variables,
- **Quartimax** pour minimiser le nombre de facteurs et
- **Equimax** qui est une combinaison des deux méthodes précédentes (Jolibert .A, 2006).

2. La « **communalité** » des variables ou bien « *qualité de représentation* » est un indicateur de qualité. Elle représente la part de variance des composantes expliquées par l'item et exprime à quel point la variable est expliquée par les facteurs. Toutes les variables dont

la qualité de représentation est inférieure à 0.5 doivent être exclues de l'analyse (Jolibert .A, 2006).

Tableau 09 : Indicateurs de validité et de fiabilité pour les analyses factorielles exploratoires

	Indicateurs	Critères d'acceptation
Convenance des données à la factorisation	Indice de KMO	>0.5
	Test de sphéricité de Bartlett	0.0 < significativité < 0.05
Nombre de facteurs à retenir	Valeur propre	>1
	Pourcentage de variance expliquée	>0.5
Sélections des items	Communalité	>0.5
Fiabilité de l'échelle	Alpha de Cronbach	>0.7

e) Fiabilité de l'échelle

- Alpha de Cronbach

L'alpha de Cronbach est un coefficient de fiabilité qui mesure la cohérence interne d'une échelle construite à partir d'un ensemble d'items. La règle ici est d'éliminer des items dans un processus itératif en fonction de la valeur de cet indice qui varie entre 0 et 1. Plus la valeur de l'alpha est proche de 1, plus la cohérence interne de l'échelle est forte.

Cette pratique vise à écarter les items qui baissent la valeur d'Alpha et conserver ceux qui l'augmente.

Dans l'analyse factorielle exploratoire d'alpha, un coefficient plus faible est acceptable (0,7) alors que dans le cadre d'une recherche fondamentale, il doit être plus élevé (> 0,8) (Nunnally.J. C, 1994) . Les valeurs d'Alpha selon (De Vellis.R.F, 2003) sont présentées dans le tableau suivant

Tableau 10 : les valeurs de l'alpha de Cronbach, Carricano.M (2008).

< 0.6	Insuffisant
Entre 06 et 0.65	Faible
Entre 0.65 et 0.7	Acceptable
Entre 0.7 et 0.8	Bon
Entre 0.8 et 0.9	Très bon
>0.9	Considérer la réduction du nombre d'items

Nous utilisons alors la méthode de la cohérence interne par l'alpha de Cronbach. Plus sa valeur est proche de 1, plus la fiabilité est forte.

On accepte généralement des valeurs supérieures ou égales à 0,7 Thiéart et al, (2007).

Selon Evrard et al (2003) l'alpha de Cronbach est utilisé après l'analyse factorielle, rotation et épuration des items.

Nous pouvons synthétiser les étapes de l'analyse factorielle exploratoire comme suit :

Soumettre une échelle de questionnaire aux tests de fiabilité de cohérence interne et de validité de construit. Le premier est effectué à l'aide du coefficient alpha de Cronbach, le second avec l'analyse factorielle estimée par l'analyse en composantes principales (ACP).

Selon les résultats obtenus, des items peuvent être éliminés. Donc l'échelle doit subir les mêmes traitements statistiques pour la deuxième voir la troisième fois et parfois davantage.

En effet le but est d'établir les qualités métriques des échelles concernant la fiabilité de cohérence interne et de validité de construit.

L'analyse conserve seulement les items contribuant à un niveau satisfaisant de fiabilité de cohérence interne de l'échelle (alpha supérieur à 0,70) et de validité de construit.

2.1.2. Analyse factorielle confirmatoire

Dans cette section, nous présentons la méthode et les démarches pour la construction de notre modèle de mesure de performance.

La méthode d'équation structurelle est considérée parmi les meilleures techniques statistiques utilisées par les chercheurs dans plusieurs domaines, science sociale, humaine, médicale, naturelle, ingénierie et sciences économiques.

a) Présentation des méthodes d'équations structurelles

Les équations structurelles représentent une technique de modélisation dont le principal intérêt est la modélisation complexe de modèles théoriques. La démarche consiste à spécifier la façon dont des concepts sont mesurés et les relations qu'entretiennent ces concepts, ensuite d'évaluer la mesure dans laquelle ses spécifications correspondent à une réalité observée (Gotteland.D, 2012, p. 334).

Les méthodes d'équations structurelles sont appliquées afin de valider le cadre conceptuel. Elles s'inscrivent dans la catégorie des modèles statistiques complexes. Ils sont répertoriés parmi les

techniques d'analyses de deuxième génération (Valette-Florence.P, 1988) . Ces modèles sont basés sur l'articulation des deux techniques statistiques de la première génération à savoir la régression et l'analyse factorielle (Roussel.P, 2002).

Ces modèles ont été développés initialement pour examiner les rapports de causalité multiple et estimer des modèles de relations complexes entre plusieurs variables endogènes et plusieurs variables exogènes.

L'apport essentiel de ces méthodes qui les rend différentes des autres modèles est l'introduction de techniques spécifiques. Ces dernières sont considérées comme des conditions (Fornell.C B. , 1982) pour appartenir à cette génération de méthodes : la capacité à examiner des liens entre variables théoriques non observables et à tenir compte des erreurs au niveau de la mesure, la capacité de l'estimation simultanée de plusieurs relations de dépendances inter-reliées et enfin la capacité d'application confirmatoire.

b) Processus de modélisation des équations structurelles

La modélisation des équations structurelles passe par plusieurs étapes. Tout d'abord la détermination du modèle de recherche, par la traduction des hypothèses de recherches en un modèle de variables latentes, en assurant l'estimation de ses paramètres.

L'estimation des paramètres passe par la vérification de la taille de l'échantillon, ensuite le développement des échelles de mesure, la préparation et la collecte des données, ceci dans le but d'estimer et évaluer le modèle afin d'apprécier la qualité d'ajustement du modèle conceptuel aux données empiriques (Lacroux.A, 2009).

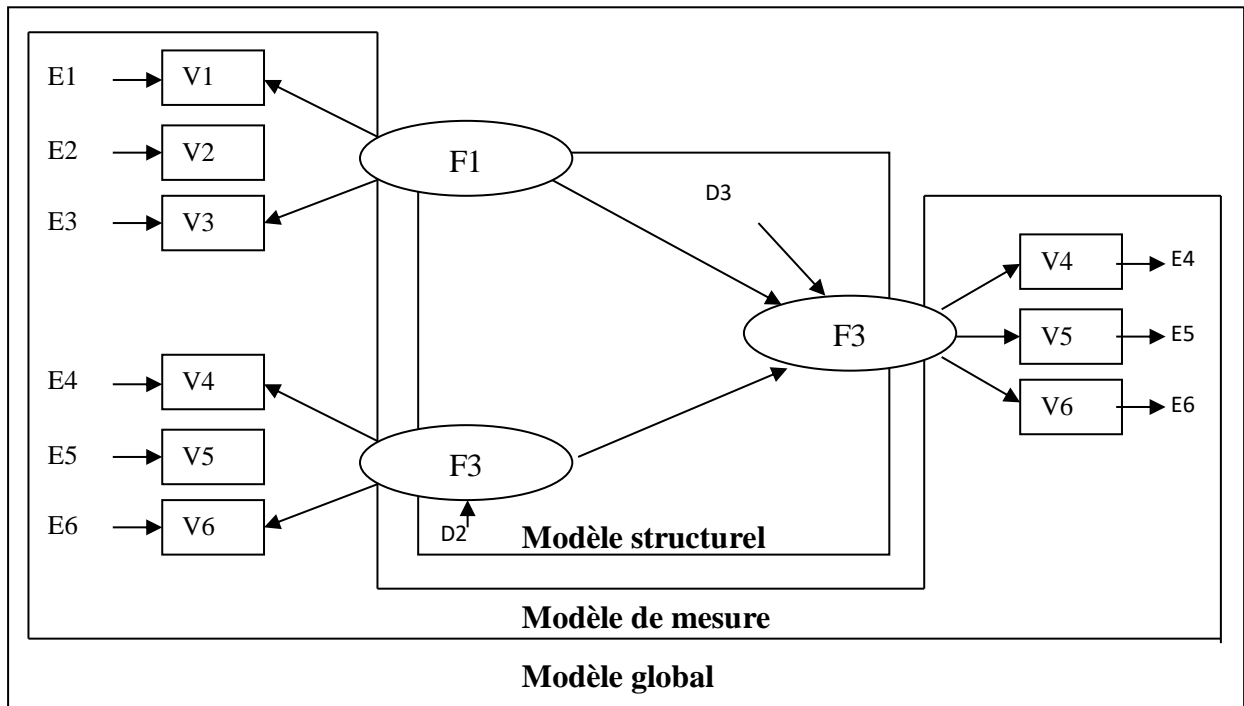
Un modèle d'équation structurelle est composé de deux modèles complémentaires, le modèle de mesure et le modèle structurel.

Le modèle de mesure est le modèle externe qui représente les relations entre les variables latentes et les variables manifestes. Les variables latentes ne sont pas directement observables. Elles nécessitent le recours à un ensemble de variable dites observables ou bien indicateurs ou items, le tout est réuni dans ce qu'on appelle couramment un construit.

Une variable latente est définie comme un concept non observable (Jakobowicz.E, 2007, p. 17).

En revanche, le modèle structurel est le modèle interne. Il représente les relations entre les variables latentes explicatives et expliquées. Il correspond aux liaisons entre les variables latentes par un modèle d'équations simultanées. Le modèle interne est déterminé par l'objectif de l'étude, la littérature et les modèles théoriques.

Figure 13 : le modèle global



Source : (Roussel.P, Durrieu.F, Campoy.E, El Akremi.A, 2005, p. 302)

Avec :

(F1, F2, F3) sont des variables latentes (non observable).

(V1.....V9) sont des variables manifestes(observable) ;

(E1.....E9) sont des erreurs de mesure

c) Méthodes d'estimation des modèles d'équations structurelles

Pour estimer les relations entre les variables d'un modèle d'équations structurelles, deux approches complémentaires sont proposées : (Fornell.C B. , 1982), (Valette-Florence.P, 1988); l'approche LISREL et l'approche PLS (Chin.W.W, 1995).

L'approche LISREL (LInear Structural RELationships) a été développée par Jöreskog (1982). Deuxièmement, l'approche selon les moindres carrés partiels connu sous le nom Partial Least Squares (PLS) développé par Wold (1975, 1985).

- L'approche LISREL (*LInear Structural RELationships*) est basée sur l'analyse de la structure de covariance (ASC). Cette approche est la plus répandue et a fait l'objet de plusieurs publications précisément dans le domaine du marketing (Hershberger.S.L, 2003).

Son objectif est d'avoir le meilleur ajustement adéquat entre la matrice « théorique » des covariances et la matrice « réelle » des données empiriques. Dans cette approche, il est impératif d'avoir un échantillon de grande taille, les observations doivent être indépendantes et les variables et les résidus doivent suivre la loi normale.

- L'approche PLS (Partial *Least Squares*) (méthode des moindres carrés partiels) est fondée sur l'analyse de la variance. Cette approche a connu une période de stagnation puis une évolution suite à une amélioration dans la méthodologie, ainsi que le rôle de la technologie dans la création des nouveaux logiciels de traitement statistiques. L'approche PLS a pour but l'optimisation du pouvoir explicatif des indicateurs. Les conditions d'application de cette méthode sont moins exigeantes par rapport à la précédente (LISREL). En effet elle est applicable sur un échantillon de petite taille, et les conditions d'indépendance des observations et de normalité des variables ne sont pas obligatoires.

En nous basant sur les travaux de (Chin.W.W, 2000), (Vinzi.V.E, 2003) et Jakobowicz. E (2007) nous présentons dans le tableau suivant (tableau 11), les éléments de comparaison entre les deux approches, tant d'un point de vue théorique que pratique.

Tableau 11 : la comparaison entre l'approche LISREL et l'approche PLS

Critères de comparaison	Approche LISREL	Approche PLS
Auteurs précurseurs	Jöreskog (1970) Jöreskog et Wold (1982)	Wold (1975, 1985)
Objectif	Validation	Prévision
Modélisation des construits	Construits réflexifs	Construits formatifs et réflexifs
Variables latentes	Indéterminées à un terme d'erreur près	Déterminées Combinaison linéaire des variables manifestes
Modèle statistique	Maximum de vraisemblance Analyse des structures de covariance	Moindres carrés partiels Succession de régressions simples ou multiples
Distributions des données	Multi-normalité des données	Peu importe

Hypothèses	Unidimensionnalité Indépendance des observations Distributions normale	Unidimensionnalité
Taille de l'échantillon	Elevée Recommandations minimales : de 200 à 800 observations	Peut-être faible Recommandations minimales : de 30 à 100 observations
Nombre d'indicateurs par construit/ complexité du modèle	Peu élevé. En relation avec la taille de l'échantillon Complexité modérée à faible (moins de 100 indicateurs)	Peut être élevé. Par exemple 100construits et 1000 indicateurs
Approche conceptuelle / Finalité	Cadre confirmatoire Obligation de se baser sur un modèle théorique	Peut être utilisé dans un cadre exploratoire Plus une méthode prédictive et de construction de la théorie
Validation d'une théorie	Solide basée sur une population bien identifiée	Peu solide et données ne vérifiant pas les hypothèses de travail
Sous-modèle favorisé	Modèle interne	Modèle externe
Homogénéité	Rho de Jöreskog (/ Ksi)	Rho de Dillon et Goldstein
Validité convergente et discriminante	Rhō de VC ou AVE (Average Variance Extracted)	Cross-Loadings AVE (Average Variance Extracted)
Qualité du modèle	GFI, AGFI, RMSEA, NNFI, NFI, CFI	Gof (indice de qualité prédictive)
Prévisions : • Modèle externe • Modèle interne	Contributions factorielles Coefficient de régression	Poids externes normalisés Coefficients structurels
Interprétation des relations entre VL	Hiérarchisations des effets Produits des coefficients (effets direct et indirect)	Hiérarchisation des impacts Produit des coefficients (effets direct et indirect)
Principaux logiciels	LISREL AMOS EQS SEPATH	PLS-PM (XLstat) Smart PLS SPAD-PLS PLS-Graph

Source : (Kret.M, Domecq.S, Quenon.J.L, Vialle.S)

Jakobowicz (2007) a déduit que les méthodes LISREL et PLS ne sont pas contradictoires mais complémentaires. L'auteur précise aussi que la différence entre ces deux approches demeure dans leurs principes, objectifs, contraintes et applications.

- **La modélisation du construit mode réflexif et mode formatif**

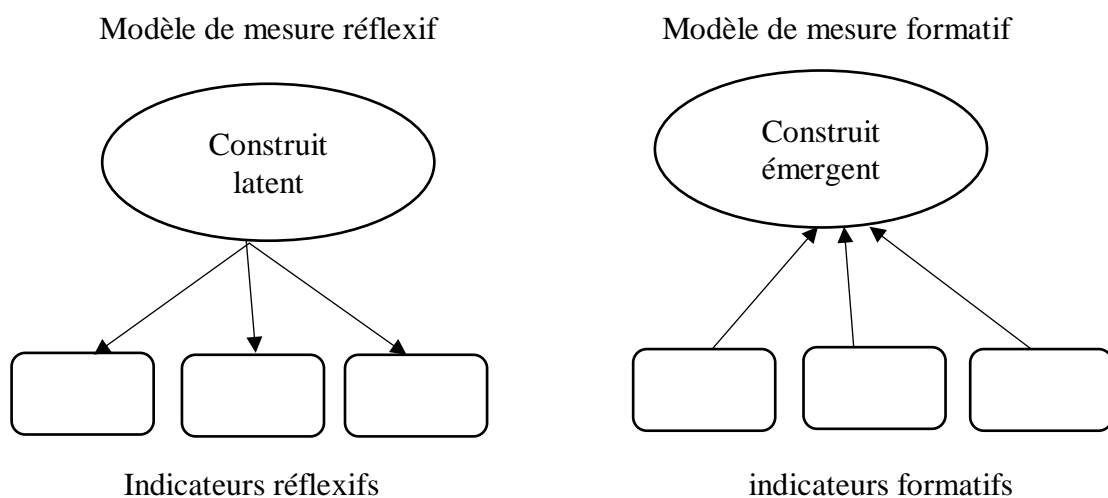
Un nombre conséquent d'études ont fait l'objet de distinction entre les construits formatifs et les construits réflexifs. Cependant, des auteurs Diamantopoulos & Winklhofer (2001), Jarvis & al (2003), Venaik & al (2004). Ils ont démontré l'importance des construits formatifs dans la recherche en science de gestion en déterminant une palette des construits latents lors de la conception des modèles de mesure.

La théorie classique des tests (ex (Nunnally, 1978) ; (Churchill, 1979)) explique que le construit latent est considéré comme réflexif : les indicateurs doivent démontrer l'influence du construit latent principal ; la relation de causalité se dirige du construit vers ses indicateurs. Cependant, ces indicateurs doivent être significatifs et corrélés, et toute variation dans le construit engendre la variation de tous les items de l'échelle de mesure (Bollen, K, 1991).

En revanche, d'autres auteurs ont révélé que certains construits latents ne correspondaient pas forcément au modèle réflexif (ex : Blalock (1971), Bollen et Ting (2000)). Il est possible donc d'envisager certains construits comme une combinaison d'indicateurs, pas forcément corrélés, qui contribuent à « former » le construit latent. La relation de causalité pour ces construits « formatifs » est donc inversée : elle procède des indicateurs vers le construit.

La figure suivante illustre la distinction entre construits réflexif et formatifs (Diamantopoulos, A, 2008).

Figure 14 : Distinction entre modèle de mesure réflexif et formatif



Source : (Fernandes, V, 2012, p. 105)

Selon (Jarvis.C.B M. P., 2003) le choix des construits latents en mode réflexif ou formatif a un impact sur la qualité du modèle de mesure et par conséquent sur le modèle structurel, autrement dit un mauvais choix de la nature des construits donne des résultats erronés (Crié.D, 2005).

Jarvis et al. (2004) ont développé des règles de décision pour la construction des variables latentes selon la nature du modèle. Ces dernières sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12 : Règles de décision pour le choix du modèle réflexif ou formatif

	Modèle réflexif	Modèle formatif
Sens de causalité et définition conceptuelle	La direction de causalité va du construit aux items	La direction de causalité va des items au construit
	Les indicateurs sont des manifestations du construit	Les indicateurs sont des caractéristiques de définition du construit
	Des changements dans les indicateurs ne causent pas des changements dans le construit	Des changements dans les indicateurs causent des changements dans les construits.
	Des changements dans le construit induisent des changements dans les indicateurs	Des changements dans le construit n'induisent pas des changements dans les indicateurs.
Interchangeabilité des indicateurs	Les indicateurs doivent être interchangeables	Les indicateurs ne doivent pas être interchangeables
	Les indicateurs doivent avoir un contenu identique et partager un thème commun.	Les indicateurs n'ont pas besoin d'avoir un contenu identique ni de partager un thème commun.
	La suppression d'un indicateur n'altère pas le domaine conceptuel du construit	La suppression d'un indicateur peut altérer le domaine conceptuel du construit
Covariation entre les indicateurs	Les indicateurs doivent covarier les uns avec les autres	Les indicateurs ne doivent pas nécessairement covarier les uns avec les autres

Antécédents et conséquences des indicateurs	Les indicateurs doivent avoir les mêmes antécédents et conséquences	Les indicateurs doivent avoir les mêmes antécédents et conséquences.
--	---	--

Source : (Jarvis.C.B M. P., 2004, p. 79)

Diamntopoulos et al (2008) ont fait l'extension de ces règles pour les construits multidimensionnels d'ordre supérieur. Ces construits sont « des variables latentes dont les indicateurs sont eux-mêmes des variables latentes » (Roussel et al 2002, p.295). Ils peuvent être classés en construits réflexifs ou formatifs, tout dépend du type de la relation (réflexive ou formative) qu'ils entretiennent avec leurs variables latentes qui, si elles sont de premier ordre, peuvent avoir également des indicateurs réflexifs ou formatifs (Chin.W.W, 2010, pp. 664-668).

Cependant, il existe quatre combinaisons différentes possibles dans les modèles à facteurs de second-ordre : (1) Second-ordre réflexif, premier-ordre réflexif, (2) Second-ordre formatif, premier-ordre réflexif, (3) Second-ordre réflexif, premier-ordre formatif, (4) Second-ordre formatif, premier-ordre formatif (Jarvis et al, 2004)

d) L'évaluation d'un modèle PLS

La validation du modèle PLS est l'étape qui suit l'identification du modèle théorique et l'évaluation de la qualité de ses variables.

La validation du modèle comporte deux étapes : la première étape concerne l'évaluation du modèle de mesure pour vérifier la fiabilité et la validité des construits, la deuxième étape concerne l'évaluation du modèle structurel pour tester les hypothèses de recherche (Chin.W.W, 1998).

1) *L'évaluation du modèle de mesure réflexif*

L'évaluation de la qualité du modèle de mesure réflexif dépend de trois critères : la fiabilité, la validité convergente, la validité discriminante (Hulland.J, 1999) (Tenenhaus M, 2005).

a) *La fiabilité (la cohérence interne)*

La fiabilité d'un instrument de mesure représente sa capacité à mesurer de façon constante le construit qu'il est censé mesurer (Evrard.Y P. R., 2003). Elle est appropriée pour déterminer si

ces construits sont en mesure de présenter une cohérence et une stabilité acceptable (Ahire.S, 1996).

La fiabilité est mesurée par l'indice de *l'alpha de Cronbach*. Ce coefficient vérifie la cohérence interne de l'instrument de mesure autrement dit il vérifie la cohérence de chaque item avec les autres items de l'échelle de mesure, (Igalens.J, 1999). Cet indice (représenté par la lettre grecque « α ») est l'équivalent mathématique de l'estimation de la moyenne de toutes les corrélations entre deux parties égales de l'échelle. Un construit est considéré fiable si l'indice de l'alpha de Cronbach est supérieur à 0.7. (Hair.J.F R. S., 2011).

Pour contrôler la fiabilité de l'échelle de mesure, il convient de supprimer les items qui affaiblissent la valeur de l'alpha de Cronbach en dessous de 0,70. Concernant une recherche exploratoire, l'alpha de Cronbach doit être compris entre 0,60 et 0,80.

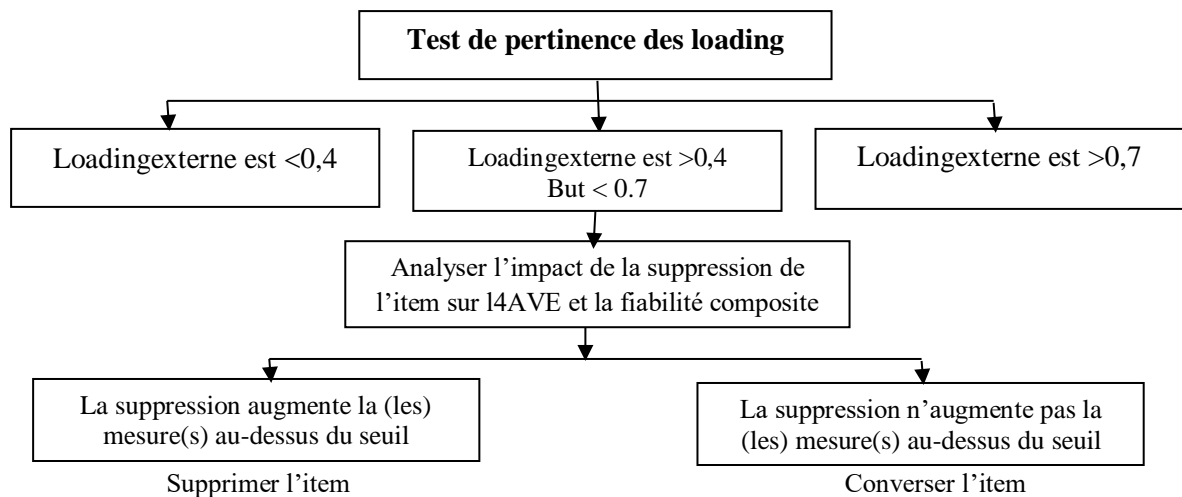
b) La validité convergente

La validité convergente permet de mesurer la cohérence interne d'un construit, donc le degré auquel les items représentent bien la variable latente qu'ils sont censés représenter et que ces items sont fortement corrélés entre eux, (Thiétart.R.A, 2007). La validité renvoie à l'ajustement entre ce que les données devraient mesurer (la variable latente) et ce qu'elles mesurent réellement. Le lien entre la variable latente et chacun de ses indicateurs doit être significatif.

La vérification de la validité convergente passe par :

1. Test de pertinence des **loading externes** "Outer loading" : individual item reliability: la cohérence de l'échelle doit vérifier la fiabilité de chaque item en examinant son « **Loading** », c'est-à-dire sa corrélation avec la variable latente à laquelle il est rattaché. Donc ce coefficient doit être supérieure à 0,7 (Chin.W.W, 1998) (Ringle. C, 2012).
2. Fiabilité composite (composite reliability) CR : les méthodes d'équations structurelles utilisent cet indicateur alternatif de l'alpha de Cronbach, c'est un l'indice de concordance, son avantage qu'il intègre le terme d'erreur (Chin.W.W, 1998). Pour que l'échelle soit fiable le seuil admis de l'indice de la fiabilité composite est de 0.7.

Figure 15 : Test de pertinence des loading externes (modèle de mesure)



Source: (Hair Jr.J.F, 2014, p. 104)

3. Variance moyenne partagée AVE (Average Variance Extracted) : qui mesure la valeur de la variance capturée par le construit et ses indicateurs par rapport aux erreurs de mesure (Fornell.C L. F., 1981). Le seuil généralement admis est de 0,5 (Chin.W.W, 1998).

c) La validité discriminante

Il s'agit de la validité qui précise dans quelle mesure un construit (variable latente) diffère d'autre concept autrement dit que si deux construits sont différents sur le plan théorique, ils sont ainsi différents sur le plan empirique (Roussel.P, 2002, p. 56). Elle est assurée lorsque les items de l'échelle se distinguent suffisamment des items censés mesurer d'autres phénomènes voisins.

Afin d'évaluer la validité discriminante Fornell et Larcker (1981) ont proposés deux critères :

1. Le critère Fornell-Larcker « square root of AVE » : variable corrélation R^2 : la validité discriminante est vérifiée si la variance partagée entre les construits latents (mesurée par les corrélations entre construits) est inférieure à la variance partagée par un construit avec ses indicateurs (mesurée par la racine carrée de la variance moyenne extraite)
2. L'examen des charges croisées « Cross-loading » : », consiste à vérifier que la contribution factorielle de chaque indicateur à son construit respectif est plus élevée que sa contribution factorielle croisée aux autres construits.

Tableau 13 : les critères d'évaluation du modèle de mesure réflexif (modèle externe)

	Indicateurs	Critères d'acceptation
La fiabilité de la cohérence interne	Alpha de Crombach	>0.7
	Rhô	>0.7
La validité convergente	« Loading externe »	>0.7
	Fiabilité Composite CR	>0.7
	AVE	>0.5
La validité discriminante	Critère de Fornell-Larcker	AVE > carré des corrélations entre les variables latentes
	Critère de Cross-loadings	Le « loading » de chaque indicateur > à ses « cross-loading »

➤ Validation de construit de second ordre

Les modèles de mesure dans la méthode d'équation structurelles ont pour objet de préciser la façon dont les variables latentes (facteurs) sont estimées par des variables observables appelées indicateurs. Dans ce cas-là le facteur (la variable latente) est de premier ordre. Or les recherches en science de gestion des ressources humaines nécessitent parfois l'intégration de construits avec un niveau d'abstraction élevé. Ces construits diffèrent de ce que nous appelons des facteurs de second-ordre. Ils constituent des variables latentes dont les indicateurs sont eux même des variables latentes et ne sont pas donc directement liés à des indicateurs observés (Byrne.B.M, 1998)

Pour confirmer la validité convergente, il est recommandé d'avoir un minimum de trois facteurs de premier-ordre fortement corrélés avec le facteur de second-ordre avec un coefficient de corrélation égal ou supérieur à 0,6. Pour confirmer sa validité discriminante, la variance partagée avec ses facteurs de premier-ordre doit être supérieure à 0,5 et supérieure aux variances partagées avec d'autres facteurs de second ordre (Roussel.P, 2002).

2) *L'évaluation du modèle structurel*

L'évaluation du modèle structurel passe en premier temps par l'estimation de son pouvoir explicatif à travers les coefficients R^2 . Ensuite, l'évaluation de sa capacité prédictive en analysant l'indice de Q^2 . Enfin, tester les hypothèses définies préalablement.

1) Les coefficients structurels (Path **coefficient**) : ces coefficients sont utiles pour la détermination de la force et de la nature des relations existantes théoriquement entre les variables latentes du modèle externe. Ceci afin d'indiquer leurs niveaux de significativité en utilisant la technique de simulation de type « bootstrap ».

Si la « **Signification** » tend vers 0,000, c'est très significatif,

- Inférieur à 0,05 significatif,
- Entre 0,05 et 0,10 acceptable et
- Au-dessus de 0,10 rejetable.

Le critère de Kaiser est utilisé pour examiner les valeurs propres. La règle est de ne retenir que les facteurs dont la valeur propre est supérieure à 1 ($P_v > 1$).

2) **Les coefficients de détermination $R^2 > 0.1$** : afin d'estimer la capacité (le pouvoir) explicatif du modèle externe (le modèle structurel), il est nécessaire d'analyser les coefficients de détermination R^2 .

- $R^2 > 0.19$ Faible CV Communalité
- $R^2 > 0.33$ Moyen Cv redundancy
- $R^2 > 0.67$ Elevé

3) **L'indice de Q^2** : cet indice est utilisé pour estimer la capacité prédictive du modèle, donc c'est un coefficient de prévision. Pour ce faire, deux indices doivent être calculés : « l'indice de cv-communalité » et l'indice « cv-redundancy ». En effet, pour que le modèle structurel présente une capacité prédictive (validité prédictive) ces deux indices doivent avoir une valeur positive.

➤ **La qualité globale du modèle : GOF « Goodness Of Fit »** : indice d'ajustement.

L'application de la méthode PLS (Partial Least Squares) pour l'estimation des liens structurels, ne rapporte pas une vision précise sur l'ajustement du modèle global. En dépit de cela, l'objectif de cette approche dans la logique de mesure est de déterminer le pouvoir prédictif des variables latentes et non pas d'examiner l'ajustement entre les matrices et covariance prévues et mesurées.

(Tenenhaus.M, 2004) suggèrent un indice de qualité d'ajustement global « Goodness of Fit (GoF) » pour un modèle d'équation structurelle estimé par PLS . Cet indice « GoF » permet de décrire la qualité prédictive du modèle en assemblant toutes les relations internes (partie structurelle) ainsi qu'externes (partie de la mesure) du modèle. Donc, plus la valeur du Gof se rapproche de 1, plus la capacité prédictive est bonne.

Les indices couramment utilisés communalité ou la redondance, se réfèrent séparément à la reconstruction du modèle de mesure et du modèle structurel.

L'indice de Goodness of Fit se calcule comme une moyenne géométrique entre la moyenne des communalités (modèle externe) et la moyenne des R carrés (modèle interne) et qui s'exprime par la formule suivante :

$$\text{GoF} = \sqrt{\text{communalité} \times R^2}$$

3. Les résultats des analyses exploratoire et confirmatoire

Dans cette section nous allons faire la description des résultats de notre étude.

1. La collecte de données

- **Le terrain d'étude**

Nous avons choisi pour terrain d'étude l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran (EHUO dans la suite du texte). C'est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, sous la tutelle administrative du ministre de santé⁹. Il est spécifique dans la mesure où il a fait l'objet du premier Projet d'Etablissement (2010-2013.) Il se démarque par la conclusion de contrats d'objectifs avec les autorités sanitaires et de formation supérieure, et de conventions internationales notamment avec l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) pour améliorer la gestion des ressources humaines.

Le travail de terrain s'est déroulé au cours de l'année 2017 durant laquelle nous avons réalisé une dizaine d'entretiens ouverts et semi-directifs avec les responsables des services ainsi que les personnels administratifs. Ces entretiens et la revue de littérature nous ont servi de guide afin de rédiger notre questionnaire final comprenant soixante (60) items sur la performance de la gestion administrative de l'établissement hospitalier.

⁹<http://www.ehuoran.dz/presentation.html>

Un traitement informatique a été choisi. Les questionnaires ont été vérifiés et codifiés pour constituer une banque de données à partir de laquelle des analyses statistiques ont pu être opérées avec l'aide du logiciel Microsoft EXCEL et le programme statistique SPSS 22¹⁰. Quant à l'analyse des données, elle a d'abord consisté à calculer les fréquences, les moyennes et les pourcentages d'erreur, le test des hypothèses, et l'analyse factorielle. Ensuite, on s'est focalisé sur une analyse factorielle confirmatoire.

- **Caractéristiques de l'échantillon**

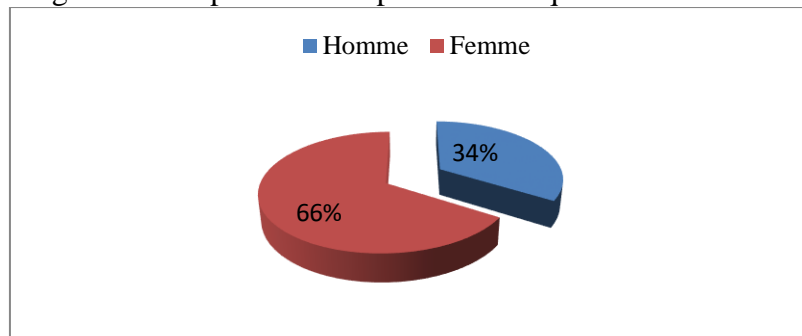
La population concernée par l'enquête est celle du corps administratif de l'EHUO dont la population totale s'élève à 110 (voir tableau 8 corps communs). Nous avons présenté et distribué 100 questionnaires dont 60 nous ont été retournés. Notre échantillon représente donc 55% du personnel administratif.

L'échantillon est constitué à 69% d'administrateurs et administrateurs principaux. Le sexe féminin est majoritaire (66%). L'âge moyen est de 32 ans (s'étalant de 25 à 40 ans). 71.7% ont un niveau d'enseignement supérieur et 73% ont entre 5 et 10 ans d'expérience. La majorité des sondés (97%) sont permanents. Les statistiques suivantes ont été élaborées par le logiciel SPSS 22.

Source : Notre élaboration à l'aide du logiciel SPSS (v 22.0)

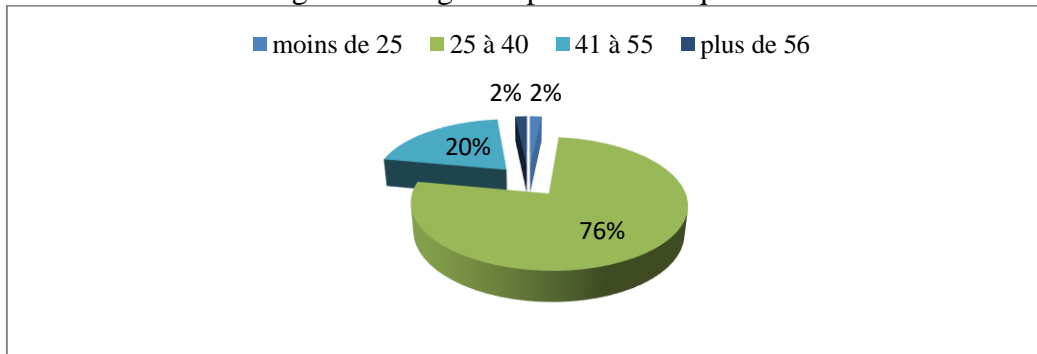
Les personnes ayant répondu sont composées de 34% d'hommes et de 66% de femme.

Figure 16 : Répartition des personnes enquêtées selon le Sexe



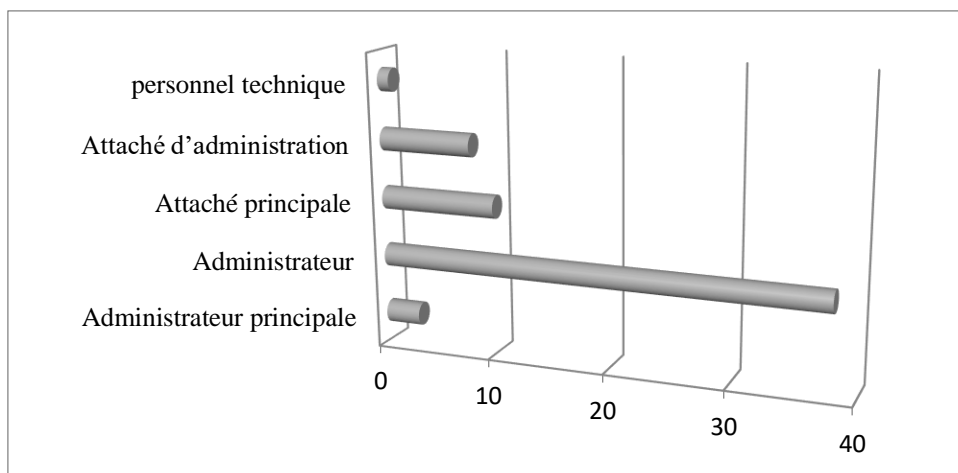
¹⁰ -SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) est un logiciel utilisé pour l'analyse statistique. C'est aussi le nom de la société qui le revend (SPSS Inc). En 2009, la compagnie décide de changer le nom de ses produits en PASW, pour Predictive Analytics Software, et est rachetée par IBM pour 1,2 milliard de dollars. La première version de SPSS a été mise en vente en 1968 et fait partie des programmes les plus largement utilisés pour l'analyse statistique en sciences sociales. Il est utilisé par des chercheurs en économie, en science de la santé, par des compagnies d'études, par le gouvernement, des chercheurs de l'éducation nationale, etc. En plus de l'analyse statistique, la gestion des données (sélection de cas, reformatage de fichier, création de données dérivées) et la documentation des données (un dictionnaire de métadonnées est sauvegardé avec les données) sont deux autres caractéristiques du logiciel.

Figure 17 : Age des personnes enquêtées



La majorité des personnes interrogées entre 25 et 40 ans avec un taux de 76%. 20% ont entre 41 et 55 ans, 2% ont plus de 56 ans et 2% ont moins de 25 ans.

Figure 18 : Répartition des personnes enquêtées selon la catégorie professionnelle



La catégorie professionnelle la plus importante est celle des Administrateurs qui est clairement présente avec 63.3 %. Les catégories « attachées principale » et « attaché d'administration » représentent respectivement 16.7% et 13.3%. Enfin la catégorie « personnel technique » est insignifiante.

La figure suivante (19) représente l'ancienneté des personnes sondées au sein de notre étude. On remarque que 73 % entre eux ont une expérience entre 5 et 10 ans. Les fonctionnaires qui ont moins de 5 ans d'expérience représente 15 % et les plus anciens (plus de 10 ans) 12 %.

Figure 19 : Répartition des personnes enquêtées selon l'ancienneté

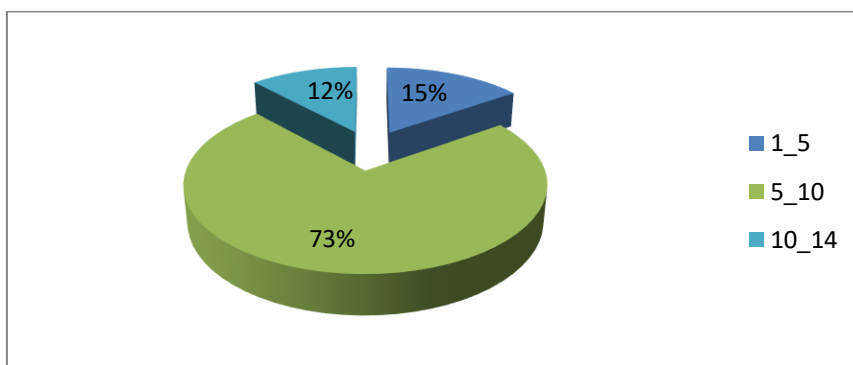
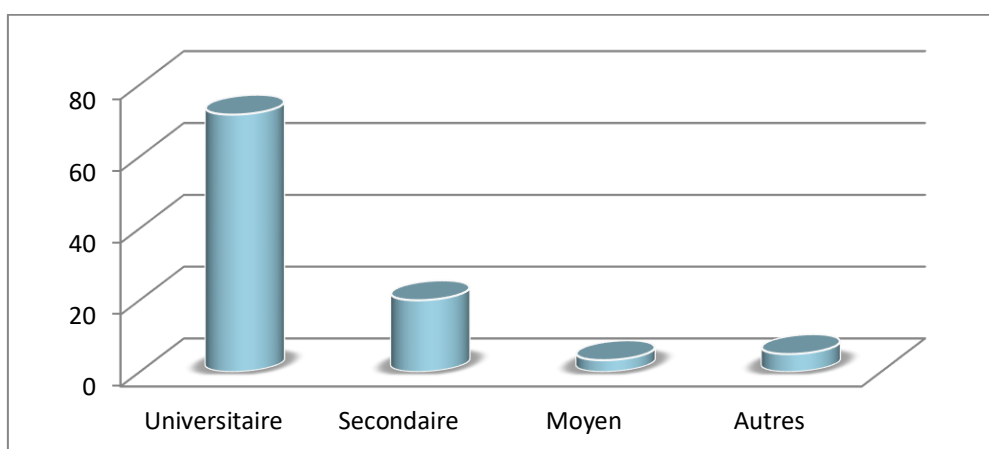


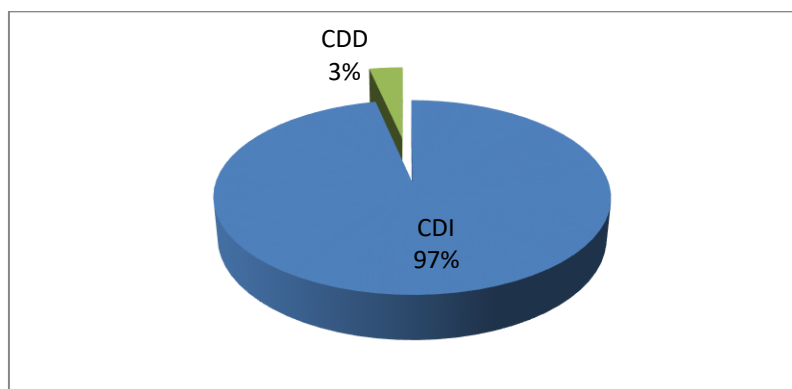
Figure 20 : Répartition des personnes enquêtées selon la formation



La majorité des personnes ayant répondu sont de niveau universitaire (71.2 %) 20% ont un niveau de formation secondaire 20% et 3 % ont un niveau moyen.

Concernant le type de contrat on remarque que la majorité des sondés (97%) ont des contrats à durée indéterminée (CDI).

Figure 21 : Répartition des personnes enquêtées selon type de contrat



3.1.L'analyse des résultats de la phase exploratoire

Après avoir sélectionné les 57 items exploitables par l'analyse descriptive¹¹, il s'agissait dans un premier temps, de les soumettre à l'analyse factorielle exploratoire puis dans un second, au test de la fiabilité. Nous avons utilisé le logiciel SPSS version 25 pour traiter les données. Pour épurer les items, nous avons effectué l'analyse factorielle avec rotation Varimax pour les variables de chaque dimension.

Nous avons classé nos indicateurs (items) de la mesure de la performance, dans les dimensions suivantes :

- La dimension gestion administrative
 - La dimension gestion du personnel
 - La dimension gestion des infrastructures et du matériel
 - La dimension gestion des consommables
 - La dimension gestion de l'information
 - La dimension gestion d'hygiène et de sécurité
-
- **Les indicateurs retenus pour chaque dimension.**

¹¹Au début de notre enquête nous avons sélectionné 60 items et après le traitement des réponses par le logiciel SPSS nous avons retenu les 57 items exploitables pour les étapes suivantes.

Tableau 14 : Les indicateurs de la performance retenus dans chaque axe (dimension)

Axe1 : la gestion administrative		Axe 2 : la gestion du personnel		Axe 3 : La gestion des infrastructures et du matériel	
<i>N° et intitulé de l'indicateur</i>		<i>N° et intitulé de l'indicateur</i>		<i>N° et intitulé de l'indicateur</i>	
1	Un règlement intérieur existant	17	Le dossier du personnel existant	34	L'état de bâtiments de l'établissement
2	La connaissance du règlement intérieur	18	Une prime d'encouragement existante	35	Un plan de maintenance préventive des bâtiments existant
3	Le respect du règlement intérieur	19	Plan de formation continue existant	36	L'entretien des bâtiments de l'établissement
4	Projet d'établissement existant	20	Un centre de documentation fonctionnel existant	37	Un inventaire central du matériel à jour
5	Une charte de malade existante	21	Fréquentation du centre de documentation	38	Un inventaire dans chaque service existant
6	Réflexion sur la rédaction de charte de malade nationale	22	L'absentéisme dans le milieu de travail	39	L'état de matériel non médical de l'établissement
7	Un dossier (en papier / électronique) médical de patient unique pour l'ensemble de l'établissement existant	23	Un outil de gestion de l'absentéisme existant	40	L'entretien du matériel non médical
8	Nombre de réunions du conseil d'administration	24	Le type d'outil de gestion de l'absentéisme		
9	L'existence d'un comité consultatif	25	L'horaire de travail		
10	Nombre de réunions du comité consultatif	26	L'environnement de travail (sensation au le lieu de travail)		
11	L'existence d'une commission médicale d'établissement	27	Les conditions de travail		
12	Nombre de réunions de la commission médicale d'établissement	28	La méthode de résolution des conflits interpersonnels adoptés par les autorités		
13	Un comité technique d'hygiène et de sécurité existant	29	Les avantages en natures existants		
14	Les réunions du comité technique d'hygiène et de sécurité	30	Le recrutement de nouveaux employés		
15	La satisfaction du personnel de la gestion administrative	31	Un salaire ou une rémunération satisfaisante		
16	La relation avec la direction	32	L'attachement au poste de travail		
		33	La Satisfaisant de personnel des avantages assurés par l'établissement		

Axe 4 : La gestion des consommables		Axe 5 : La gestion de l'information		Axe 6 : L'hygiène et la sécurité	
<i>N° et intitulé de l'indicateur</i>		<i>N° et intitulé de l'indicateur</i>		<i>N° et intitulé de l'indicateur</i>	
41	La quantité des outils de travail	45	Un tableau de bord existant dans les services	49	Un dispositif de suivi des réclamations des évènements indésirables
42	La quantité des produits d'entretins	46	La transmission de l'information au sein de l'établissement	50	Un questionnaire de sortie existant
43	La qualité des outils de travail	47	L'implication dans la prise de décision dans l'établissement	51	Un bureau de réclamation pour les personnels et Les usagers existant
44	La qualité des produits d'entretien	48	L'existence d'un bureau d'accueil pour information aux usagers	52	Un Programme de gestion des risques existant
				53	La sécurité dans l'établissement
				54	Hygiène des services
				55	Les activités de lutte contre les infections nosocomiales
				56	Port de la tenue de travail pour les cuisiniers
				57	Le contrôle de la cuisine par le service d'hygiène
				58	Le contrôle d'hygiène de la cuisine à jour
				59	Formation en hygiène pour les personnels cuisiniers
				60	Surveillance médicale pour les personnels de la cuisine

- **L'analyse factorielle des dimensions**
 - *La dimension de la gestion administrative*

L'analyse factorielle de la dimension de la gestion administrative nous a permis de détecter cinq facteurs qui expliquent 58% de l'information (voir tableau 14)

Tableau 15 : Les facteurs de la dimension « gestion administrative »

<i>N° de variable</i>	<i>Intitulé</i>	<i>Communalité</i>	<i>Corrélation variable /facteur</i>					
			Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4	Facteur 5	
V16	La relation avec la direction	0.653	0.762					
V13	Un comité technique d'hygiène et de sécurité existant	0.544	0.725					
V04	Le projet d'établissement	0.347	0.558					
V15	La satisfaction du personnel de la gestion administrative	0.477		0.675				
V05	Une charte de malade existante	0.724		0.652				
V09	Un comité consultatif existant	0.487		0.582				
V14	Les réunions du comité technique d'hygiène et de sécurité	0.662			0.773			
V07	Un dossier médical de patient unique pour l'ensemble de l'établissement existant	0.682			0.558			
V02	La connaissance du règlement intérieur	0.395			0.557			
V08	Nombre de réunions du conseil d'administration	0.647					0.739	
V10	Nombre de réunions du comité consultatif	0.588					0.703	
V03	Le respect du règlement intérieur	0.818						0.885
Valeur propre du facteur			1.796	1.576	1.297	1.271	1.084	
Pourcentage % de variance expliquée			14.966	13.131	10.812	10.595	9.033	
Pourcentage % de variance cumulée			14.966	28.097	38.909	49.504	58.537	
Déterminant. =0.65 KMO=0.64 , Bartlett=0.041, Alpha de Cronpach= 0.621								

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales. Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser. La rotation a convergé en 6 itérations.

Le résultat du test de sphéricité de Bartlett est significatif ($p = 0.041$) ce qui nous a permis de rejeter l'hypothèse nulle et qui indique que la matrice de corrélation n'est une matrice d'identité. L'indice de KMO de 0.64 peut être qualifié de bon et confirme que les variables sont de bonne qualité. L'alpha de cette dimension à une valeur de 0.621, validité faible mais on peut quand même faire l'analyse factorielle.

Le premier facteur a une valeur propre de 1.796 et explique près de 15% de la variance totale. Ce facteur montre l'importance de la satisfaction des personnels administratifs concernant leur relation avec la direction (v16) de l'existence d'un comité technique d'hygiène et de sécurité au sein de l'établissement (v13) ainsi que de l'existence du projet d'établissement qui fixe les objectifs annuels, pluriannuels et les stratégies de développement des activités de l'établissement (v04).

Le deuxième facteur déterminé par l'ACP a une valeur propre de 1,576 et représente 13% de la variance. Il regroupe trois variables : v15 (*La satisfaction du personnel de la gestion administrative*), v05 (l'existence de la charte de la personne hospitalisée qui présente brièvement les droits des patients tels qu'ils sont assurés par la réglementation et les textes juridiques) et v09 (existence d'un comité consultatif chargé de la mise en œuvre des recommandations du conseil scientifique).

Quant au troisième facteur, il comporte trois variables : v14 (*Nombre de réunions du comité technique d'hygiène et de sécurité*), v07 (*un dossier médical de patient unique pour l'ensemble de l'établissement existant*) et v 02(*La connaissance du règlement intérieur*). Ce facteur a une valeur propre de 1.297 avec une variance expliquée de 11%.

Le quatrième facteur représente l'intérêt porté au nombre de réunions des organes délibératifs et consultatifs de l'établissement qui discutent la politique de l'établissement et débattent des problèmes courants. Ce facteur a une valeur propre de 1.271 et explique 11% de l'information ; il regroupe deux variables v08 (*Nombre de réunions du conseil d'administration*), v10 (*Nombre de réunions du comité consultatif*).

Le cinquième facteur a une valeur propre de 1.084 et explique 9% de l'information. Il comporte une seule variable v03 (*Le respect du règlement intérieur*) qui exprime le respect de l'ensemble des principes de fonctionnement de l'établissement élaborés selon les textes réglementaires et les instructions ministérielle.

- ***La dimension « gestion du personnel »***

Concernant la dimension « gestion des personnels », après deux ACP, nous constatons que sept facteurs expliquent 66% de l'information totale (tableau 15)

Tableau 16 : Les facteurs de la dimension « la gestion du personnel »

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales. Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser. La rotation a convergé en 11 ité

Variable	Intitulé	Communauté	Corrélation variable /facteur							
			Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4	Facteur 5	Facteur 6	Facteur 7	
V29-2	Les avantages en natures existants (logement)	0.618	0.759							
V20	Un centre de documentation fonctionnel existant	0.669	0.758							
V29-3	Les avantages en natures existants (la nourriture)	0.684	0.678							
V18	Une prime d'encouragement existante	0.766		0.850						
V29-4	Les avantages en natures existants (outils de communications)	0.659		0.601						
V33-3	Des avantages satisfaisants assurés par l'établissement (la formation)	0.793		0.583						
V31	Un salaire ou une rémunération satisfaisante	0.636			0.780					
V24	Le type d'outil de gestion de l'absentéisme	0.697			0.537					
V22	L'absentéisme dans le milieu de travail	0.531			0.523					
V30	Le recrutement de nouveaux employés	0.676					0.777			
V27	Les conditions de travail	0.754					0.688			
V23	Un outil de gestion de l'absentéisme existant	0.700						0.761		
V29-1	Les avantages en natures existants (le transport)	0.726						0.611		
V33-1	Des avantages satisfaisants assurés par l'établissement (avantages en nature)	0.542						0.577		
V26	L'environnement de travail (sensation au le lieu de travail)	0.753							0.845	
V25	L'horaire de travail	0.465							0.588	
V21	Fréquentation du centre de documentation	0.647								0.752
V33-2	Des avantages satisfaisants assurés par l'établissement (les possibilités d'avancement)	0.636								0.701
Valeur propre du facteur			2.531	2.229	1.789	1.675	1.395	1.291	1.042	
Pourcentage % de variance expliquée			14.062	12.383	9.936	9.308	7.751	7.170	5.788	
Pourscentage % de variance cumulée			14.062	26.445	36.381	45.689	53.440	60.611	66.398	
Déterminant= 0.76,			KMO=0.621,		Bartlett=0.020,		Alpha de cronbach= 0.682			

Les tests de KMO et Bartlett sont significatifs, permettant d'accepter les résultats de cette analyse factorielle. Les tests donnent des résultats suivants KMO = 0.621, Bartlett= 0.020. Le coefficient de fiabilité alpha de Cronbach de cette dimension à une valeur de 0.682 qui est qualifiée d'acceptable pour poursuivre l'analyse. Le premier facteur a une valeur propre de 2.531 et explique 14% de l'information. Il correspond à la fourniture par l'établissement d'un logement et de la nourriture à ses fonctionnaires (La mise en disposition de ces avantages peut être gratuite ou contre une faible participation) ainsi qu'à la disponibilité d'un centre de documentation fonctionnel au sein de l'établissement. Les variables qui constituent ce premier facteur sont v29-2, v20 et v29-3. Le deuxième facteur regroupe l'existence d'une prime d'encouragement pour avoir accompli un travail avec un effort particulier, la mise à disposition d'outils de communication (téléphone mobile, micro-ordinateur, accès internet) et la formation régulière des personnels. Ce facteur a une valeur propre de 2.229 et représente 12% de l'information. Il comporte les variables v18, v29-4 et v33-3.

Quant au troisième facteur relatif à la rémunération et à l'absentéisme, il a une valeur propre de 1.789 et représente 9% de l'information. Il comporte trois variables v31 (un salaire ou une rémunération satisfaisante), v24 (*le type d'outil de gestion de l'absentéisme*), v22 (*l'absentéisme dans le milieu de travail*). Le quatrième facteur est orienté vers l'embauche de nouveaux employés et l'appréciation des conditions de travail. Il a la valeur propre de 1.675 et sa variance expliquée de 9%. Il regroupe deux variables v30 (*le recrutement de nouveaux employés*) et v27 (*les conditions de travail*). Ces variables reflètent la stratégie de l'établissement en ce qui concerne la gestion des postes et des personnels sur le lieu de travail. Le cinquième facteur identifié par l'ACP a une valeur propre de 1.395 et représente 8% de la variance. Il regroupe les variables suivantes : v23 (*un outil de gestion de l'absentéisme existant*), v29-1 (*les avantages en nature existants (le transport)*), v33-1 (*des avantages satisfaisants assurés par l'établissement (avantages en nature)*). Ces variables montrent l'importance d'implantation des outils de gestion de l'absentéisme au sein de l'établissement et dans la direction spécifiquement, ainsi que l'assurance du transport, par l'établissement, pour ses fonctionnaires.

Le sixième facteur représente l'importance accordée à la stabilité des personnels sur le lieu de travail par l'amélioration de l'environnement. Ce facteur a la valeur propre de 1.291 et représente 7% de l'information. Il comporte deux variables : v26 (*l'environnement ou sensation sur le lieu de travail*) et v25 (*l'horaire de travail*).

Le septième facteur représente la satisfaction des personnels en ce qui concerne la possibilité d'avancement au cours de la carrière et leur intérêt pour le centre de documentation. Il a une valeur propre de 1.042 et explique 6% de la variance. Il regroupe les variables v21 et v33-2.

- **La dimension « gestion des infrastructures et du matériel »**

Trois facteurs expliquent 61% de l'information totale relative à la gestion des infrastructures et du matériel (voir tableau 16)

Tableau 17 : Les facteurs de la dimension « gestion des infrastructures et du matériel »

Variable	Intitulé	Communalité	Corrélation variable /facteur		
			Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
V34	L'état de bâtiments de l'établissement	0.700	0.799		
V37	Un inventaire central du matériel à jour	0.721	0.740		
V38	Un inventaire dans chaque service existant	0.582	0.701		
V40	L'entretien du matériel non médical	0.659		0.770	
V36	L'entretien des bâtiments de l'établissement	0.516		0.627	
V39	L'état de matériel non médical de l'établissement	0.838			0.909
Valeur propre du facteur			1.849	1.254	1.130
Pourcentage % de variance expliquée			26.420	17.911	16.145
Pourcentage % de variance cumulée			26.420	44.331	60.476
Déterminant=0.624, KMO= 0.557, Bartlett= 0.022, Alpha de Cronpach= 0.514					

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales. Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser. La rotation a convergé en 5 itérations.

Les résultats des tests de Bartlett et KMO sont satisfaisants et correspondent aux normes. L'indice de significativité (le risque) est de 0.022 (inférieur à 0.05), quant à l'indice de KMO, il est de l'ordre de 0.5. Cette dimension a un Alpha de Cronbach faible mais acceptable (0.514). Le premier facteur a la valeur propre de 1.849 et explique 26% de la variance. Ce facteur vérifie l'existence, dans l'établissement, d'un inventaire dans chaque service de la direction ainsi que d'un inventaire central du matériel. Il regroupe trois variables v34 (*l'état des bâtiments de l'établissement*), v37 (*un inventaire central du matériel à jour*) et v38 (*un inventaire dans chaque service*). Le deuxième facteur a la valeur propre de 1.254 et explique 18% de l'information. Il comporte les variables v40 (*l'entretien du matériel non médical*) et v36 (*l'entretien des bâtiments de l'établissement*). Quant au troisième facteur, il représente une seule variable qui est v39 (*l'état du matériel non médical de l'établissement*). Il a une valeur propre de 1.130 et explique 16% de l'information.

- **La dimension « gestion des consommables »**

L'analyse factorielle de la dimension « gestion des consommables » montre l'existence de trois facteurs qui expliquent 83% de l'information totale (voir le tableau 17). Le premier facteur comporte les variables quantitatives : v42 (*la quantité des produits d'entretien*) et v41 (*La quantité des outils de travail*). Il représente 32% de l'information totale ; sa valeur propre est de 1.275 Le second facteur et le troisième sont qualitatifs. Les variables v43 (*La qualité des outils de travail*) et v 44 (*La qualité des produits d'entretien*) représentent respectivement 26% et 25% de l'information totale. Leurs valeurs propres sont de 1.057 (v43) et 1.003(v44). Le résultat du test de sphéricité de Bartlett est significatif ($p = 0.041$) ce qui nous a permis de rejeter l'hypothèse nulle. L'indice de KMO de 0.742 peut être qualifié de bon qui confirme la qualité des variables. Cette dimension a un Alpha de Cronbach acceptable de 0.670.

Tableau 18 : Les facteurs explicatifs de la dimension « gestion des consommables

<i>Variable</i>	<i>Intitulé</i>	<i>Communalité</i>	<i>Corrélation variable /facteur</i>		
			<i>Facteur 1</i>	<i>Facteur 2</i>	<i>Facteur 3</i>
V42	La quantité des produits d'entretins	0.754	0.825		
V41	La quantité des outils de travail	0.708	0.762		
V43	La qualité des outils de travail	0.897		0.946	
V44	La qualité des produits d'entretien	0.974			0.986
Valeur propre du facteur			1.275	1.057	1.003
Pourcentage % de variance expliquée			31.868	26.427	25.079
Pourcentage % de variance cumulée			31.868	58.294	83.373
Déterminant= 0.899 KMO=0.742 Bartlett= 0.041, Alpha de Cronpach= 0.670					

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales. Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser. La rotation a convergé en 4 itérations.

- **La dimension gestion de l'information**

Dans la dimension relative à la gestion de l'information, retracée par le tableau 18, deux facteurs émergent.

Tableau 19 : Les facteurs de la dimension « la gestion de l'information »

Variable	Intitulé	Communalité	Corrélation variable /facteur	
			Facteur 1	Facteur 2
V45	Un tableau de bord existant dans les services	0.704	0.777	
V48	L'existence d'un bureau d'accueil pour information aux usagers	0.604	0.697	
V46	La transmission de l'information au sein de l'établissement	0.667		0.809
Valeur propre du facteur			1.156	1.044
Pourcentage % de variance expliquée			28.889	26.088
Pourcentage % de variance cumulée			28.889	54.978
Déterminant= 0.968, KMO= 0.874, Bartlett= 0.033, Alpha de Cronbach= 0.744				

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales. Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser. La rotation a convergé en 3 itérations.

Le premier facteur exprime le déroulement et le suivi de l'activité au sein des services, ainsi que la transmission de l'information aux usagers par la mise en place d'un bureau d'accueil. Le second facteur exprime la circulation et la transformation de l'information entre les personnels au sein de la direction. L'analyse factorielle effectuée sur les deux variables v45 et v48 du facteur 1 et sur la variable 46 du facteur 2, nous donne les résultats suivants : les valeurs propres de ces deux facteurs sont respectivement de 1.156 et 1.044. Le test de Bartlett s'avère satisfaisant (0.033) .t L'indice de KMO est excellent (0.874), l'Alpha de Cronbach également (0.744).

- **La dimension « hygiène et sécurité »**

Quant à la dimension hygiène et sécurité, l'analyse factorielle nous a permis de mettre en évidence quatre facteurs comprenant huit variables qui expliquent 61% de l'information totale (tableau 19).

Tableau 20 : Les facteurs de la dimension « hygiène et sécurité »

Variable	Intitulé	Communauté	Corrélation variable /facteur			
			Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4
V57	Le contrôle de la cuisine par le service d'hygiène	0.806	0.823			
V55	Les activités de lutte contre les infections nosocomiales	0.666	0.596			
V54	Hygiène des services	0.426	0.547			
V60	Surveillance médicale pour les personnels de la cuisine	0.748		0.821		
V53	La sécurité dans l'établissement	0.677		0.742		
V 49	Un dispositif de suivi des réclamations des événements indésirables	0.647			0.803	
V51-2	Un bureau de réclamation pour les usagers existant	0.508			0.586	
V51-1	Un bureau de réclamation pour les personnels	0.841				0.912
Valeur propre du facteur			1.669	1.613	1.217	1.003
Pourcentage % de variance expliquée			18.545	17.926	13.525	11.149
Pourcentage % de variance cumulée			18.545	36.472	49.997	61.145
Déterminant=0.764, KMO= 0.674, Bartlett= 0.014, Alpha de Cronpach= 0.606						

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales. Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser. La rotation a convergé en 7 itérations.

Le premier facteur concerne l'hygiène et le contrôle de l'hygiène de la cuisine et des services de l'établissement ainsi que la mise en œuvre d'actions de lutte contre les infections nosocomiales. Ce facteur explique 19% de l'information et a une valeur propre de 1.669. Il regroupe trois variables **v57** (*contrôle de la cuisine par le service d'hygiène*), **v55** (*les activités de lutte contre les infections nosocomiales*), **v54** (*hygiène des services*).

Le deuxième facteur regroupe la surveillance médicale des professionnels de la restauration (**v60**) et la sécurité de l'établissement (**v53**). Il représente 18% de la variance et a une valeur propre de 1.613. Le troisième facteur est relatif à la prise en charge des réclamations. Il comprend les variables : **v49** (*un dispositif de suivi des réclamations des événements indésirables*) et **v51-2** (*existence d'un bureau de réclamation pour les usagers*). Ce facteur a une valeur propre de 1.217 et explique 14% de l'information. Le quatrième et dernier facteur contient une seule variable à savoir l'existence d'un bureau des réclamations pour le personnel

administratif. (v 51-1). Il a une valeur propre de 1.003 et représente 11% de la variance. L'Alpha de Cronbach de cette dimension est acceptable (0.606).

Conclusion

Nous avons présenté la première phase de la construction d'une échelle de mesure de la performance, selon la démarche préconisée par le paradigme de Churchill (1979) et appliquée au cas de l'EHU d'Oran. Cette phase exploratoire teste la fiabilité des items et vérifie leur cohérence interne, tout en réduisant l'erreur aléatoire. Elle comprend les quatre premières étapes du paradigme qui consistent à spécifier le domaine du construit, générer un échantillon d'items, collecter les données et enfin purifier l'instrument de mesure avec l'utilisation de l'analyse factorielle.

Les estimations par l'ACP des analyses factorielles effectuées sur les dimensions de notre étude nous ont permis d'identifier les facteurs explicatifs relatifs à chacune d'entre elles.

La fiabilité des échelles est validée par l'alpha de Cronbach, satisfaisant pour chacune de ces dimensions, ce qui nous permet de maintenir cette structure d'échelle de mesure de la performance pour poursuivre notre analyse factorielle confirmatoire, correspondant à la deuxième phase du paradigme de Churchill (1979).

3.2.L'analyse des résultats de la phase confirmatoire

Nous avons choisi la méthode des équations structurelles pour l'analyse confirmatoire selon l'approche Partial Least Squares (PLS). Cette approche est la plus représentative des techniques de la méthode des équations structurelles ; selon (Hulland.J, 1999) et (Chenhall.R.H, 2005)l'approche PLS est généralement adaptée pour l'analyse des études qui ont des petits échantillons et lorsque l'analyse est exploratoire. Cette approche est recommandée lorsque la théorie est plus approximative et les mesures sont moins bien développées car elle nous permet d'interpréter à la fois le modèle de mesure et le modèle structurel.

Comme nous avons déjà abordé, les relations entre les outils de mesure de la performance et les pratiques de mesure de la performance ont été peu explorées dans le secteur public et plus précisément dans les organisations publiques hospitalières

Dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi l'approche PLS, compte tenu de la taille de l'échantillon relativement faible par rapport au nombre de liens structurels à tester, Cenfetelli et Basselier, (2009) ; Haelein et Kaplan, (2004) ; Henseler et al. (2009); Marcoulides et al.,

(2009); Tenenhaus (1999) , ce qui nous a empêché d'utiliser les modèles d'équations structurelles basées sur la covariance.

L'évaluation des modèles PLS se fait en deux étapes (Chin.W.W, 1998). La première étape concerne l'évaluation du modèle de mesure et la deuxième étape consiste en l'évaluation du modèle structurel.

Notre modèle de recherche est composé de variables formatives et réflexives, ce qui nous a obligé à utiliser des méthodes de validation différentes, tout en suivant les étapes de validation que nous avons présenté précédemment pour parvenir aux résultats relatifs à chacune d'elles.

Par la suite nous avons procédé à l'évaluation du modèle externe (modèle de mesure) et du modèle interne (modèle structurel) de chaque axe séparément.

3.2.1. L'évaluation du modèle de mesure (modèle externe)

Nous testons la fiabilité et la validité de construit quantitativement qui nous permet d'évaluer la capacité des items d'une échelle à mesurer le construit latent (variables latentes)

a) Vérification de la fiabilité (reliability) et la validité convergente des échelles de mesure

Le traitement des données par le logiciel SMART PLS montre que la plupart des items relatifs à chacun des facteurs (construits) présentent tous un « Loadings » supérieurs à 0.7 recommandé par Roussel et al (2005), pour (Hair Jr.J.F, 2014). Ceci explique que les items contribuent bien à la mesure de leurs construits et que chaque item partage plus de variance avec son construit qu'avec son erreur.

➤ **La cohérence interne** des variables est bonne (l'instrument de mesure à une bonne cohérence interne et les items de composant mesurent bien le même phénomène) puisque les valeurs de l'alpha de Cronbach et la fiabilité composite CR (Composite Reliability) dépassent la norme théorique aligné 0,7.

L'estimation de la validité convergente des variables est considérée comme acceptable voir bonne car les valeurs des variances moyenne partagée **AVE** sont supérieurs au seuil 0.5 (la formule proposée par (Fornell.C L. F., 1981) ce qui confirme leur validité convergente.

La vérification de la validité discriminante et selon l'examen des charges croisées « le critère de Cross-loading » nous a permis de nous assurer que chaque variable latente est liée plus fortement à ses indicateurs qu'aux autres variables latentes.

Fiabilité des items : Pour ce qui est de la fiabilité des items, la plupart des loadings sont supérieurs au seuil de 0,70 (Nunnally.J. C, 1994). Cela signifie que chaque item partage plus de variance avec son construit qu'avec son erreur.

La fiabilité des construits : les « composite reliabilities » sont supérieures au seuil de 0,70 (Fornell.C L. F., 1981). Cela signifie que les indicateurs retenus forment de façon fiable un même construit au niveau de chaque variable latente

La cohérence interne des variables est forte puisque l'Alpha de Cronbach est de 0,7.

Les dimensions gestion administrative, personnel, infrastructures et matériels, consommables, l'information et la gestion d'hygiène et sécurité sont des construits formatifs de second ordre. Chacun dimension est composé de plusieurs facteurs. Nous examinons d'abord la fiabilité, la validité convergente et la validité discriminante de ces facteurs ensuite nous passons à la vérification de la fiabilité et la validité du construit du second ordre (les dimensions).

1) La dimension de « la gestion administrative »

D'après le tableau suivant (20), nous observons que les items relatifs à chacun des cinq facteurs de cette dimension présentent tous un « loading » supérieurs à 0.7, ce qui montre que ces items contribuent bien à la mesure de leur construit respectif. La cohérence interne de chacun de ces facteurs est forte puisque l'alpha de Cronbach et la fiabilité composite de chaque item sont supérieurs au seuil de 0.7. Nous remarquons également que leur AVE est supérieur à 0.5 ce qui confirme leur validité convergente.

Tableau 21 : la fiabilité et la validité de la dimension « gestion administrative »

Axe		Alpha de Cr	rhô	CR	AVE	N° de variable	Intitulé	Outer Loading
La gestion administrative	A	0.718	0,786	0.738	0.575	V12	La relation avec la direction	0.883
						V 3	Le projet d'établissement	0.722
						V 9	Un comité technique d'hygiène et de sécurité existant	0.710
	B	0.656	0.826	0.829	0.596	V11	La satisfaction du personnel de la gestion administrative	0.720
						V 4	Une charte de malade existante	0.809
						V 7	Un comité consultatif existant	0.918
	C	0.702	0.717	0.717	0.698	V 10	Les réunions du comité technique d'hygiène et de sécurité	0.782
						V 2	La connaissance du règlement intérieur	0.750
						V 5	Un dossier médical de patient unique pour l'ensemble de l'établissement existant	0.743
	D	0.725	0.790	0.767	0.502	V 6	Nombre de réunions du conseil d'administration	0.851
						V 8	Nombre de réunions du comité consultatif	0.990
	E	1	1	1	1	V 1	Le respect du règlement intérieur	1.000

1. Facteur A

Tous les items mesurant le premier facteur « A » de cet axe présentent un loading supérieur à 0.7. La cohérence interne de l'échelle est bonne puisque les deux indicateurs de fiabilité présentent des valeurs aux alentours de 0.7. La validité convergente est également vérifiée ($AVE > 0.5$) (tableau 21).

2. Facteur B

Les items de cette variable contribuent bien à mesurer la contribution de ce facteur à la gestion administrative puisque tous les loading sont supérieurs à 0.7. La cohérence interne de cette échelle est également bonne avec des indicateurs de fiabilité supérieurs à 0.7. Enfin, la validité convergente est respectée puisque l'AVE est supérieur à 0.5 (tableau 21).

3. Facteur C

La fiabilité de tous les items du facteur C est vérifiée (loading>0.7), la cohérence interne est bonne (Alpha de Cronbach et fiabilité composite > 0.7) et la validité convergente est vérifiée (AVE > 0.5) (tableau 21)

4. Facteur D

Les items de cette variable mesurent bien la contribution de ce facteur dans la gestion administrative et sont fortement corrélés entre eux. La variance capturée par cette variable et ses items est égale à 0.70, ce qui confirme la validité convergente du construit. Sa fiabilité est également bonne puisque l'Alpha de Cronbach est supérieur à 0.7 (Tableau 21)

5. Facteur E

Ce Facteur comporte un seul item « le respect du règlement intérieur »

2) La dimension de « La gestion du personnel »

D'après le tableau suivant (21), nous observons que les items relatifs à chaque facteur de ce deuxième axe présentent tous un « loading » supérieurs à 0.7, ce qui montre que ces items contribuent bien à la mesure de leur construit respectif. La cohérence interne de chacun de ces facteurs est forte puisque l'alpha de Cronbach et la fiabilité composite de chaque item sont supérieurs au seuil de 0.7. Nous remarquons également que leur AVE est supérieur à 0.5 ce qui confirme leur validité convergente.

Tableau 22 : la fiabilité et la validité de la dimension « gestion de personnel »

Axe		Alpha de Cr	rhô	CR	AVE	N° de variable	Intitulé	Outer Loading
La gestion de personnel	F	0.825	0.775	0.746	0.594	V 16	Un centre de documentation fonctionnel existant	0.755
						V 26	Les avantages en natures existants (logement)	0.765
						V 27	Les avantages en natures existants (la nourriture)	0.792
	I	0.754	0.765	0.758	0.555	V14	Une prime d'encouragement existante	0.692
						V 28	Les avantages en natures existants (outils de communications)	0.834
						V 34	Des avantages satisfaisants assurés par l'établissement (la formation)	0.801
	J	0.762	0.820	0.679	0.499	V 18	L'absentéisme dans le milieu de travail	0.729
						V 20	Le type d'outil de gestion de l'absentéisme	0.714
						V 30	Un salaire ou une rémunération satisfaisante	0.905
	K	0.711	0.800	0.776	0.644	V23	Les conditions de travail	0.949
						V 29	Le recrutement de nouveaux employés	0.692
	L	0.744	0.779	0.815	0.553	V 19	Un outil de gestion de l'absentéisme existant	0.699
						V 25	Les avantages en natures existants (le transport)	0.891
						V 32	Des avantages satisfaisants assurés par l'établissement (avantages en nature)	0.740
	M	0.801	0.718	0.738	0.532	V21	L'horaire de travail	0.811
						V22	L'environnement de travail (sensation au lieu de travail)	0.788
N	1.000	1.000	1.000	1.000	V 17	Fréquentation du centre de documentation	0.733	
					V 33	Des avantages satisfaisants assurés par l'établissement (les possibilités d'avancement)	1.00	

1. Facteur F

Les items mesurant cette variable présentent tous un loading supérieur à 0.7. Nous pouvons donc conclure que ces items contribuent bien à la mesure de ce facteur. Sa cohérence interne est vérifiée car elle présente une fiabilité composite supérieur à 0.7. Concernant la validité convergente de ce construit est vérifiée puisque son AVE est supérieur à 0.5 (tableau 22)

2. Facteur I

Les items mesurant ce facteur de la gestion du personnel ont des loading supérieur à 0.8 donc sont fortement corrélés avec la variable latente. Ils sont également fortement corrélés entre eux puisque l'AVE est égal à 0.8. Les deux indicateurs de fiabilité sont aux alentours de 0.9 (tableau 22). Ainsi que la fiabilité et la validité convergente du construit sont vérifiées.

3. Facteur J

D'après le tableau 22, l'Alpha de Cronbach et la fiabilité composite présentent tous les deux valeurs supérieures à 0.7. Ainsi, la fiabilité de ce facteur est vérifiée. Nous remarquons également que son AVE est supérieur à 0.5 ce qui confirme la validité convergente de ce construit.

4. Facteur K

Ce facteur est composé de deux items leur fiabilité est vérifiée (loading > 0.7). La cohérence interne est qualifiée de bonne car les valeurs de Alpha Cronbach et la fiabilité composite sont supérieures à 0.7. La validité convergente est vérifiée (AVE > 0.5) (tableau 22)

5. Facteur L

Les loading des items mesurant le facteur L présentent des valeurs supérieures à 0.7 ce qui indique une bonne corrélation entre ses indicateurs. La variance capturée par cette variable et ses items est de 0.7 ce qui confirme la validité convergente du construit. Sa fiabilité est également bonne puisque la valeur l'Alpha de Cronbach est supérieure à 0.7. (Tableau 22).

6. Facteur M

L'Alpha de Cronbach et la fiabilité composite de facteur M présentent tous les deux des valeurs supérieures à 0.7. La fiabilité est vérifiée puisque les loading des deux items sont supérieurs à 0.7. Ainsi, l'AVE est égal à 0.5 ce qui confirme la validité convergente du facteur. (Tableau 22)

7. Facteur N

Les items de ce facteur ont des loading supérieurs à 0.8 donc sont fortement corrélés avec la variable latente, la cohérence interne est forte puisque l'Alpha de Cronbach et la fiabilité composite sont supérieurs à 0.8. La validité convergente est vérifiée (Tableau 22).

3) La dimension « gestion des infrastructures et du matériel »

Tableau 23 : la fiabilité et la validité de la dimension gestion des infrastructures et du matériel.

Axe		Alph a de Cr	rhô	CR	AVE	N° de variabl e	Intitulé	Outer Loadin g
La gestion des	O	0.748	0.727	0.734	0.569	V 35	L'état de bâtiments de l'établissement	0.728
						V38	Un inventaire central du matériel à jour	0.791
						V39	Un inventaire dans chaque service existant	0.742
		0.757	0.730	0.742	0.598	V37	L'entretien des bâtiments de l'établissement	0.899

	p					V41	L'entretien du matériel non médical	0.693
	kk	1.000	1.000	1.000	1.000	V40	L'état de matériel non médical de l'établissement	1.00

1. Le facteur O

Les items du facteur « O » contribuent bien à mesurer la contribution de cette variable à la gestion des infrastructures et du matériel puisque tous les loadings sont supérieurs à 0.7. La cohérence interne de cette échelle est également bonne avec des indicateurs de fiabilité supérieurs à 0.7. En ce qui concerne la validité convergente est respectée puisque l'AVE est supérieur à 0.5 (tableau 23)

2. Le facteur P

Le facteur P comporte deux items qui ont des loadings supérieurs à 0.7 ce qui confirme leur fiabilité, la cohérence interne de l'échelle est forte puisque les deux indicateurs de fiabilité (Alpha de Cronbach et de fiabilité composite) présentent des valeurs supérieures à 0.8. La validité convergente est également vérifiée (AVE >0.5).

3. Le Facteur kk

Ce facteur comporte un seul item

4) La dimension « gestion des consommables »

Tableau 24 : la fiabilité et la validité de la dimension gestion des consommables

Axe		Alpha de Cr	rhô	CR	AVE	N° de variable	Intitulé	Outer Loading
La gestion des	T	1.000	1.000	1.000	1.000	V45	La qualité des produits d'entretien	1.000
	S	1.000	1.000	1.000	1.000	V44	La qualité des outils de travail	1.000
	R	0.718	0.718	0.775	0.632	V42	La quantité des outils de travail	0.788
						V43	La quantité des produits d'entretiens	0.802

1. Facteur T

Ce facteur comporte un seul item

2. Facteur S

Ce facteur comporte un seul item

3. Facteur R

Les items de premier facteur sont fortement corrélés avec la variable latente puisque les valeurs de loading oscillent entre 0.80 et 0.9. Ils sont également fortement corrélés entre eux car l'AVE est égal à 0.8. Les deux indicateurs de fiabilité (Alpha de Cronbach et fiabilité composite) sont aux alentours de 0.80. La fiabilité et la validité du construit sont vérifiées. (Tableau 24)

5) La dimension « gestion de l'information »

Tableau 25 : la fiabilité et la validité de la dimension gestion de l'information

Axe		Alpha de Cr	rhô	CR	AVE	N° de variable	Intitulé	Outer Loading
La gestion de	U	0.829	0.736	0.739	0.543	V46	Un tableau de bord existant dans les services	0.719
						V49	L'existence d'un bureau d'accueil pour information aux usagers	-0.903
	V	1.000	1.000	1.000	1.000	V47	La transmission de l'information au sein de l'établissement	1.00

1. Facteur U

Le premier facteur U de la gestion de l'information comporte deux items, la fiabilité de ces derniers est vérifiée car les valeurs de loading sont supérieures à 0.7, la cohérence interne est forte puisque les valeurs d'Alpha Cronbach et fiabilité composite sont supérieurs à 0.8. La validité convergente est vérifiée ($AVE > 0.5$) (tableau 25)

2. Facteur V

Le facteur V comporte un seul item.

6) La dimension « gestion d'hygiène et de sécurité »

Tableau 26 : la fiabilité et la validité de la dimension gestion d'hygiène et de sécurité

Axe		Alpha de Cr	rhô	CR	AVE	N° de variable	Intitulé	Outer Loading
La gestion d'hygiène et la sécurité	W	0.738	0.795	0.755	0.560	V54	Le contrôle de la cuisine par le service d'hygiène	0.724
						V55	Les activités de lutte contre les infections nosocomiales	0.798
						V56	Hygiène des services	0.836
	X	0.760	0.783	0.753	0.647	V53	La sécurité dans l'établissement	0.963
						V57	Surveillance médicale pour les personnels de la cuisine	0.706
Y	0.729	0.690	0.776	0.635	V 50	Un dispositif de suivi des réclamations des événements indésirables	0.748	

						V 52	Un bureau de réclamation pour les usagers existant	0.842
	Z	1.000	1.000	1.000	1.000	V 51	Un bureau de réclamation pour les personnels	1.00

1. Facteur W

Les items mesurant le facteur W présentent tous un loading supérieur à 0.8. Nous pouvons dire donc que les items contribuent bien à la mesure du construit gestion d'hygiène et de sécurité. Sa cohérence interne est vérifiée car elle présente une fiabilité composite supérieur à 0.7 et un Alpha de Cronbach également supérieur. Aussi, l'AVE a une valeur supérieure à 0.5 donc la validité convergente de ce construit est vérifiée.

2. Facteur X

La fiabilité des items du facteur X est vérifiée (loading < 0.7), la cohérence interne est qualifiée de bonne puisque les valeurs des deux indicateurs de fiabilité Alpha de Cronbach et fiabilité composite sont supérieure à 0.7. Ainsi, la validité convergente est vérifiée AVE > 0.5 (tableau 26).

3. Facteur Y

Les items mesurant le facteur Y présentent tous les deux un loading supérieur à 0.8, donc leur fiabilité est vérifiée. La cohérence interne est qualifiée de bonne car les valeurs de l'Alpha de Cronbach et fiabilité de composite sont supérieurs à 0.7. Aussi, la validité convergente est vérifiée (AVE > 0.5) (tableau 26).

4. Facteur Z

Le facteur Z comporte un seul item.

b) Vérification de la validité discriminante des échelles de mesure.

La validité discriminante est destinée à s'assurer que les indicateurs de mesure d'un construit sont faiblement corrélées aux indicateurs de mesure d'autres construits.

Il s'agit d'un type de validité qui précise dans quelle mesure un concept (un construit) diffère d'un autre concept. Elle signifie que deux construits différents théoriquement sont également distincts dans la pratique.

1) La validité discriminante des dimensions de la performance

Le tableau (Critère de Fornell- Larcker la racine carrée de l'AVE) présente les corrélations des variables de la performance et la racine carrée de l'AVE de chacune d'elles sur la diagonale.

Tableau 27 : La validité discriminante des six dimensions

	PERFORMANCE					
	G. Cons	G. Infor	G. Infra & mat	G. Adm	G. Perf	G. Hyg& Sécu
G. Cons	0,553					
G. Infor	0,275	0,616				
G. Infra & Mat	0,195	0,375	0,551			
G. Adm	-0,114	0,072	0,049	0,416		
G. Perf	0,433	0,107	0,350	-0,313	0,368	
G. Hyg& Sécu	-0,257	-0,019	-0,244	0,013	-0,295	0,450

Après avoir confirmé la fiabilité, la validité convergente et la validité discriminante des variables de second-ordre (les dimensions) de la performance, nous passons maintenant à la vérification de la validité des variables de premier-ordre (les facteurs).

2) La validité discriminante des facteurs de chaque dimension :

Tableau 28 : La validité discriminante des facteurs de la « gestion administrative »

	A	B	C	D	E
A	0,689				
B	0,199	0,629			
C	-0,026	0,114	0,631		
D	0,171	0,760	0,203	0,708	
E	-0,095	-0,041	0,310	0,022	1,000

Tableau 29 : La validité discriminante des facteurs de la « gestion du personnel »

	F	I	J	K	L	M	N
F	0,771						
I	0,288	0,745					
J	0,128	0,190	0,631				
K	0,189	-0,090	0,135	0,802			
L	-0,043	0,170	-0,051	-0,081	0,673		
M	0,218	0,015	0,048	0,144	0,048	0,657	
N	-0,243	-0,160	0,003	-0,183	0,031	-0,125	1,000

Tableau 30 : La validité discriminante des facteurs de la « gestion des infrastructures et du matériel »

	O	P	KK
O	0.754		
P	0.197	0.773	
KK	0.090	0.530	1.000

Tableau 31 : La validité discriminante des facteurs de la « gestion des consommables »

	R	S	T
R	0,795		
S	0,040	1,000	
T	-0,020	0,041	1.000

Tableau 32 : La validité discriminante des facteurs de la « gestion de l'information »

	U	V
U	0,737	
V	0,094	1.000

Tableau 33 : La validité discriminante des facteurs de la gestion « d'hygiène et de la sécurité »

	W	X	Y	Z
W	0,679			
X	0,085	0,804		
Y	0,232	-0,052	0,797	
Z	0,101	0,112	-0,030	1,000

Les items mesurant chaque construit de second ordre (les dimensions) ont des corrélations plus fortes avec celui-ci qu'avec les autres construits (Tableau cross loading de tous les items).

Aussi, la racine carrée de l'AVE est supérieure aux corrélations des construits (Tableau de Critère de Fornell-Larcker la racine carrée de l'AVE).

Donc, suite à l'examen des deux critères de validité discriminante, nous pouvons dire que cette dernière est vérifiée pour les six axes de la performance.

3.2.2. L'évaluation du modèle structurel (modèle interne)

L'analyse du modèle structurelle (modèle interne) suit l'analyse et la validation du modèle de mesure (modèle externe).

Elle permet principalement de valider ou d'invalider les hypothèses de recherche définies en examinant les coefficients structurels de régressions « Path Coefficients- Valeur t » issue de

l'approche PLS entre les variables latentes du modèle, en appliquant la procédure Bootstrapping. (Significative a : $p < 0.1$ ou $p < 0.05$)

D'autre part, elle permet d'évaluer *le pouvoir explicatif* du modèle à travers le coefficient de détermination « R^2 » et sa **capacité prédictive** à travers le test de Stone-Geisser en utilisant le coefficient de prévision (Q^2).

Finalement, cette analyse permet aussi de décrire la qualité prédictive du modèle en rassemblant toutes les relations internes (partie structurelle) ainsi qu'externes (partie de la mesure) du modèle à travers l'indice d'ajustement globale Goodness Of Fit « GOF ».

L'étude des corrélations entre les variables latentes, présentées dans le tableau suivant nous donne un aperçu sur la qualité du modèle (interne) dit causal :

Tableau 34 : la qualité du modèle interne

Les Axes	R^2	Interprétation de R^2	Q^2
Gestion Administrative	0.69	Substantiel	0.230
Gestion personnel	0.75	Substantiel	0.446
Gestion Infrastructures & Matériels	0.68	Substantiel	0.356
Gestion Consommables	0.74	Substantiel	0.320
Gestion information	0.49	Modéré	0.008
G Hygiène et Sécurité	0.70	Substantiel	0.210

Les coefficients de détermination obtenus (R^2) présentés dans le tableau précédent sont tous supérieurs à 0.1 donc le modèle à un pouvoir explicatif suffisant. Puisque la majorité des valeurs sont supérieurs à 0.67 le modèle a un pouvoir explicatif élevé.

Quant au coefficient de prévision (Q^2), les valeurs sont toutes correctes puisqu'elles sont toutes supérieurs à 0 ($Q^2 > 0$). Nous constatons que le modèle a une bonne qualité prédictive.

L'indice de GoF est satisfaisant $Gof = 0.609$ supérieur au seuil recommandé dans la théorie étant de 0.30.

Pour tester les significativités des relations structurelles, nous avons utilisé la procédure de Bootstrap en saturant le modèle. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 35 : la significativité des relations structurelles

	Original Sample	t de Student	P Values
G. Administrative -----> Performance	-0.223	0.803	0.422
G. Personnel -----> Performance	0.464	2.182	0.029
G. Infrastructure et Materiel ---> Performance	0.379	1.552	0.121
G. Consommable -----> Performance	0.206	1.792	0.033
G. Information -----> Performance	0.116	1.196	0.232
G. Hygiène et Sécurité -----> Performance	0.210	1.218	0.024

➤ **Estimation des hypothèses :**

Hypothèse 1 : relative à la contribution de la dimension de la gestion administrative à la performance globale.

Tableau 36 : Estimation de l'hypothèse 1

	Original Sample	T Statistics	P Values
G. Administrative ⇐ A	0,452	1,780	0,075
G. Administrative ⇐ B	0,454	2,627	0,009
G. Administrative ⇐ C	0,125	0,822	0,411
G. Administrative ⇐ D	0,378	1,374	0,170
G. Administrative ⇐ E	-0,003	0,027	0,979
Performance ⇐ G. Administrative	-0.223	0.803	0.422
Alpha de cronbach's		0.424	
Composite reliability CR		0.014	
AVE		0.173	
R ²		0.690	
Q ²		0.230	

Selon le tableau 36, Il y a une relation **négative** (-0.223) **non significative** (t = 0.803, Pv = 0.422) entre la gestion administrative et la performance.

La dimension de la gestion administrative est la première variable indépendante de second ordre du modèle interne. Elle a un impact non significatif (t = 0.803, Pv = 0.422) et influence négativement (-0.223) la performance.

Hypothèse 2 : Relative à la contribution de la dimension gestion des ressources humaines à la performance globale.

Tableau 37 : Estimation de l'hypothèse 2

			Original Sample	T Statistics	P Values
G. Personnel	←	F	0,517	2,256	0,024
G. personnel	←	I	0,378	2,292	0,022
G. Personnel	←	J	0,207	1,744	0,081
G. Personnel	←	K	0,226	1,357	0,175
G. Personnel	←	L	0,118	0,740	0,459
G. Personnel	←	M	0,294	2,083	0,038
G. Personnel	←	N	-0,126	1,203	0,229
Performance	←	G. Personnels	0.464	2.182	0.029
Alpha de cronbach's			0.762		
Composite reliability CR			0.705		
AVE			0.536		
R ²			0.750		
Q ²			0.446		

La dimension de la gestion des personnels est la deuxième variable indépendante de second ordre du modèle interne. Elle a un impact significatif ($t = 2.182$, $Pv = 0.029$) et influence positivement (0.464) la performance.

Cette dimension explique 75 % de la performance globale, elle regroupe sept facteurs dont un seul facteur (N) présente une relation négative (-0.126). Le reste des facteurs ont relation significative par rapport à la dimension gestion des personnels.

Hypothèse 3 : Relative à la contribution de la dimension gestion des infrastructures et du matériel à la performance globale.

Tableau 38 : Estimation de l'hypothèse 3

			Original Sample	T Statistics	P Values
G. I & M	←	O	0,914	3,125	0,002
G. I & M	←	P	0,263	1,272	0,204
G. I & M	←	KK	-0,020	0,094	0,925
Performance et Matériels	←	G. Infrastructure	0.379	1.552	0.121
Alpha de cronbach's			0.227		
Composite reliability CR			0.010		
AVE			0.303		
R ²			0.680		
Q ²			0.356		

Selon le tableau précédent (38), il y a relation positive (0.379) non significative ($t = 1.552$, $Pv = 0.121$) entre la gestion des infrastructures et matériels

La dimension de la gestion des infrastructures et du matériel est la troisième variable indépendante de second ordre du modèle interne. Elle influence positivement (0.379) la variable dépendante, mais elle n'a pas un impact significatif sur la performance.

Hypothèse 4 : Relative à la contribution de la dimension gestion des consommables à la performance globale.

Tableau 39 : Estimation de l'hypothèse 4

	Original Sample	T Statistics	P Values
G. Consommables ← T	0,362	0,971	0,332
G. Consommables ← S	0,280	0,902	0,367
G. Consommables ← R	0,880	4,240	0,001
Performance ← G. Consommables	0.206	1.792	0.033
Alpha de cronbach's		0.699	
Composite reliability CR		0.712	
AVE		0.506	
R ²		0.740	
Q ²		0.320	
Gof			

Il y a une relation positive (0.206) significative ($t = 1.792$, $Pv = 0.033$) entre la gestion des consommables et performance (tableau 39).

La dimension de la gestion des consommables est la quatrième variable indépendante de second ordre du modèle interne. Elle influence positivement (0.206) la variable dépendante performance par contre elle a un impact non significatif ($t = 1.792$, $Pv = 0.073$) sur cette dernière

Hypothèse 5 : Relative à la contribution de la dimension gestion de l'information à la performance globale.

Tableau 40 : Estimation de l'hypothèse 5

	Original Sample	T Statistics	P Values
G. Information ← U	0,901	4,635	0,000
G. Information ← V	0,358	0,737	0,461
Performance ← G. Information	0.116	1.196	0.232
Alpha de cronbach's		0.321	
Composite reliability CR		0.002	
AVE		0.380	
R ²		0.490	
Q ²		0.008	
Gof			

Ce tableau montre qu'il existe une relation positive (0.116) non significative (t = 1.196, Pv = 0.232) entre la gestion de l'information et la performance, (tableau 40).

La dimension gestion de l'information est la cinquième variable indépendante de second ordre du modèle interne. Elle influence positivement (0.116) la variable dépendante. Cette dimension n'a pas un impact significatif (t = 1.196, Pv = 0.232) sur la performance.

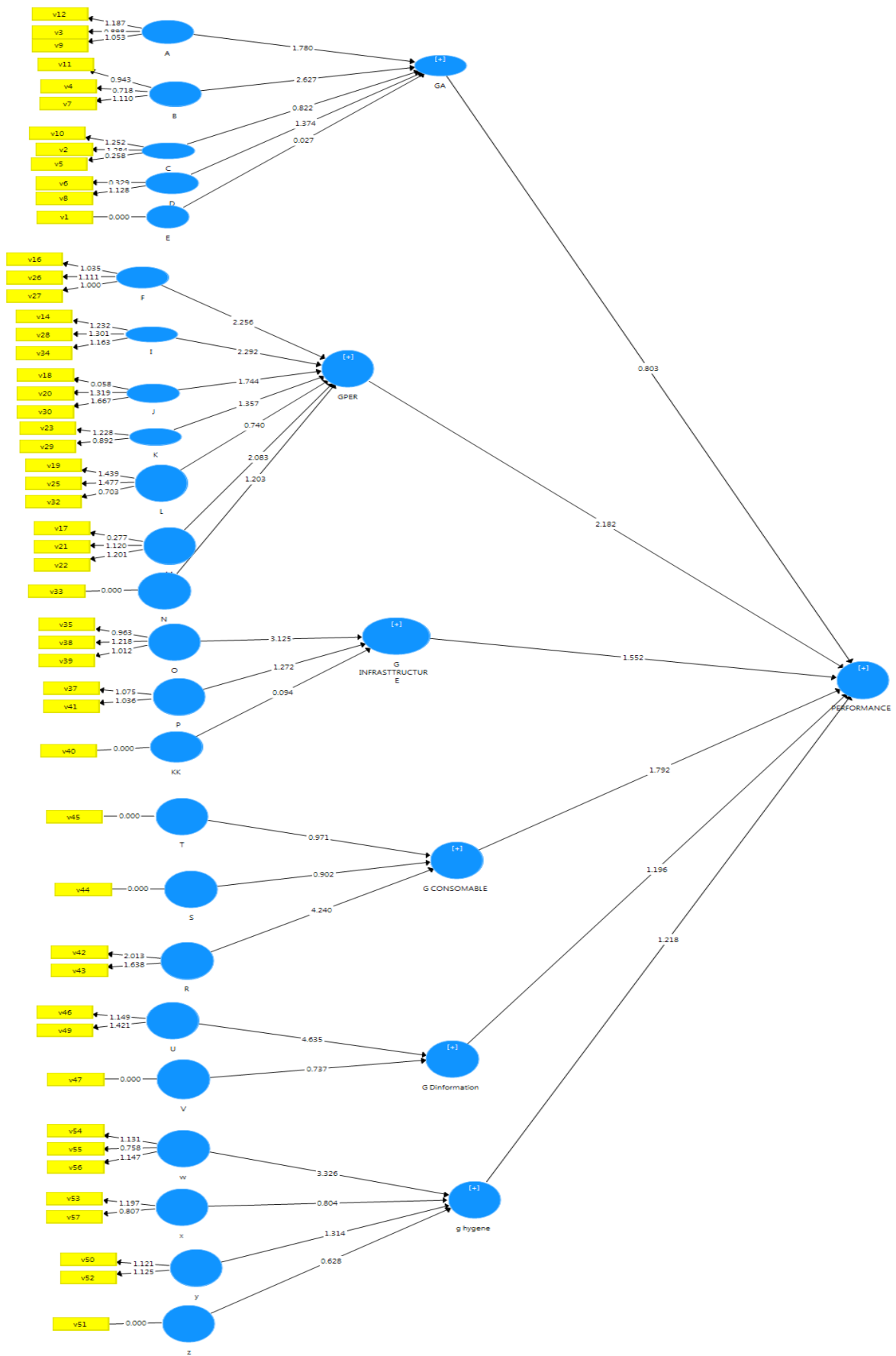
Hypothèse 6 : Relative à la contribution de la dimension gestion de l'hygiène et de la sécurité à la performance globale.

Tableau 41 : Estimation de l'hypothèse 6

	Original Sample	T Statistics	P Values
G. Hygiène & Sécurité ← W	0,579	3,326	0,001
G. Hygiène & sécurité ← X	0,301	0,804	0,421
G. Hygiène & sécurité ← Y	0,603	1,314	0,189
G. Hygiène & sécurité ← Z	0,133	0,628	0,530
Performance ← G. Hygiène & Sécurité	0.210	1.218	0.024
Alpha de cronbach's		0.697	
Composite reliability CR		0.704	
AVE		0.503	
R ²		0.700	
Q ²		0.210	

Il y a une relation **positive** (0.210) **significantive** ($t = 1.218$, $P_v = 0.024$) entre la gestion d'hygiène et sécurité et la performance (tableau 41). La dimension de la gestion d'hygiène et de sécurité est la sixième et dernière variable indépendante du modèle de second ordre. Elle a un impact significatif ($t = 1.218$, $P_v = 0.024$) et influence positivement (0.210) la performance.

Figure 22 : le modèle global de la performance



4. Analyse des résultats

4.1. La Première dimension : la gestion administrative

La première hypothèse relative à « la contribution de la dimension gestion administrative dans la performance ».

La dimension de la gestion administrative est la première variable indépendante du modèle de second ordre. Elle a un impact non significatif ($t = 0.803$, $P_v = 0.422$) et influence négativement (-0.223) la performance. *La première hypothèse n'est pas donc validée.*

Cette première dimension explique 69% de la performance globale, elle regroupe cinq facteurs dont deux facteurs (A, B) présente une relation positive (0.542, 0.454) significative ($P = 0.075$, $P = 0.009$), le reste des facteurs ont une relation non significative par rapport à la dimension gestion administrative.

D'après les résultats de l'analyse descriptive, on remarque qu'il existe des fonctionnaires (15% de l'échantillon étudiée voir tableau 2 annexe 2) au sein de l'établissement de l'EHU d'Oran qui ne connaissent pas le règlement intérieur. Par ailleurs sur les 85% qui déclarent connaître le règlement intérieur 23.3 % disent que ce règlement n'est pas respecté.

Concernant le projet d'établissement, un taux de 88.3% (tableau 4 annexe 2) des personnes interrogées disent que l'EHU Oran dispose d'un projet d'établissement et la majorité des personnes sondées (90% tableau 5 annexe 2) déclarent savoir qu'il existe une charte de malade dans l'établissement.

D'après les tableaux (11 et 12 annexes 2) nous remarquons que 48.3% des fonctionnaires interrogés sont moyennement insatisfaits de la gestion administrative, 11.7% qui sont totalement insatisfaits. Ainsi que 56.7% qui qualifient leurs relations avec la direction de bonne et 11.7% de mauvaise.

Nous constatons d'après notre analyse de l'enquête empirique que les responsables de l'administration de l'EHUO donnent de l'importance au côté technique dans l'application des pratiques de la gestion en ignorant l'aspect managérial notamment le pilotage, l'animation et la coordination entre les personnels et les services.

L'administration se retrouve dans un cercle vicieux bureaucratique, (Crozier.M, 1963, p. 39). « Un système d'organisation bureaucratique est un système incapable de se corriger en fonction de ses erreurs et dont les dysfonctions sont devenues un des éléments essentiels de l'équilibre ».

Le dérèglement en termes de pilotage de la part des responsables est ressenti comme une frustration par les agents administratifs (cadres ou responsables intermédiaires de la ligne hiérarchique) qui sont totalement dépassés par la charge de travail.

Un cadre dirigeant doit avoir les compétences pour animer des équipes, communiquer de façon claire et transparente afin d'encourager les personnels à remplir leurs objectifs. Les compétences du cadre dirigeant ne se limitent pas aux compétences techniques et des savoir acquis mais essentiellement sur le savoir-faire. Il doit assurer la transmission du savoir aux personnels afin d'améliorer la cohésion interne et les talents des personnels.

La perspective de transformation d'une logique d'administration vers une logique de nouvelle gestion publique « appelle un changement de culture dans l'administration publique, qui doit devenir « souple, innovante, créative, entrepreneuriale et dynamique au lieu de s'enfermer dans des règles et des procédures bureaucratiques et de s'intéresser aux moyens plutôt qu'aux résultats » (Bekhechi.S, 2017, p. 19).

L'EHU d'Oran est, comme tous autres centres universitaires, caractérisés par la cohabitation de deux pouvoirs, le pouvoir administratif et le pouvoir médical (Juilliard-Fournier.N, 2002, p. 24). (Clement J-M, 1998)souligne que, « lorsqu'on examine les deux pouvoirs, on est frappé par leurs différences d'objectifs... ». La confrontation entre ces deux pouvoir engendre des rapports conflictuels, car le pouvoir au sein de ce type d'organisation est chez les opérateurs professionnels. Le corps médical rentre dans des conflits permanents avec la direction de l'hôpital en termes de prise de décision et de pouvoir de gestion. Cette situation génère des nuances dans l'application des règles.

Cependant, les acteurs internes ont intérêt à coexister avec ce flou afin de mettre en place des stratégies permettant de stabiliser ses situations conflictuelles. Au sein de l'EHUO 71.7% des fonctionnaires sondés disent que le recours à la hiérarchie est considéré comme la seule solution mise en œuvre en cas de conflits interpersonnels et 17% déclarent que l'établissement ne fait aucune action autrement dit, il fuit plutôt que d'intervenir. En se basant sur les réflexions de Friedberg (Crozier.M, 1977), la résolution des problèmes conflictuel au sein de l'hôpital passe par la création de terrain d'entente et le maintien des compromis, car l'organisation interne de l'hôpital ne peut être gérée sans une vision forte et la mise en œuvre d'une stratégie adéquate.

Ces relations de pouvoir sont considérées parmi les faiblesses de la gestion administrative. Cette dernière ne peut être exercée de façon efficace et optimale. « L'optimisation des ressources disponibles sur le plan humain et matériel n'est pas possible, la maximisation du service rendu

ne peut être atteinte, sans que les partenaires de l'hôpital ne s'entendent concrètement sur des objectifs globaux qui dépassent les préoccupations parcellaires de chaque service ou de chaque acteur individuel. » (Guyot.J.C, 1982).

Les gestionnaires des établissements de santé publique sont pris dans l'état de ce décalage entre les nouveaux textes réglementaires édictés par d'autres ministères et organismes étatiques (finance, environnement, fonction publique) et la somme des textes édictés par le ministère de la santé.

Néanmoins, la bureaucratie est parmi les contraintes qu'a connu l'administration hospitalière surtout en ce qui concerne l'application rigoureuse des textes réglementaires. Afin d'alléger les procédures, le ministère de la santé a mis en place un outil de gestion « le projet d'établissement » comme un instrument pour faire travailler tous les acteurs concernés afin de trouver les solutions les plus appropriés.

Le projet d'établissement est constitué de plusieurs sous-projets et des volets notamment le plan directeur immobilier, plan d'équipement et de maintenance, projet managérial et ressources humaines, plan financier, plan directeur des systèmes d'information de l'établissement. L'application et la mise en œuvre de ce projet au sein de notre établissement n'a pas abouti à ses fins car, son application a été juste limité à sa conception.

4.2.La deuxième dimension : la gestion du personnel

La deuxième hypothèse relative à la contribution de la dimension gestion du personnel à la performance.

La dimension de la gestion des personnels est la deuxième variable indépendante de second ordre du modèle interne. Elle a un impact significatif ($t = 2.182$, $P_v = 0.029$) et influence positivement (0.464) la performance. *Cette deuxième hypothèse est validée.*

Cette dimension explique 75 % de la performance globale, elle regroupe sept facteurs dont un seul facteur (N) présente une relation négative (-0.126). Le reste des facteurs ont une relation significative par rapport à la dimension gestion des personnels.

D'après les réponses des personnels administratifs sur le questionnaire et les entretiens montrent que les instructions dictées par le statut général de la fonction publique¹² sont respectées au sein de l'EHU d'Oran, ceci concerne les modalités de recrutement, la formation,

¹²Ordonnance n°06-03 qui détermine les règles statutaires applicables aux fonctionnaires et les garanties fondamentales qui leur sont accordées dans le cadre de l'exercice de leurs missions au service de l'Etat.

la gestion de carrière, l'évaluation, la promotion ainsi que la rémunération. Or, les fonctionnaires expriment leurs mécontentements en ce qui concerne les primes d'encouragement, car 92% (tableau 15 annexe 2) disent qu'ils n'ont pas reçu une prime d'encouragement pour avoir accompli un travail un avec effort particulier

La gestion des ressources humaine au sein de cet établissement concerne quelques pratiques. La négociation dans des contextes de tension tels que les grèves et les conflits interpersonnels, la préparation du plan annuel des ressources humaines selon le besoin d'effectif, il s'agit d'un outil de planification stratégique.

Par ailleurs, l'établissement dispose d'un nouveau système de pointage biométrique de dernière génération basé sur la reconnaissance faciale et l'empreinte digitale afin d'améliorer la qualité des prestations et faciliter la tâche pour le suivi et la comptabilité. Selon 48.3% (tableau 19 annexe 2) des personnels administratifs trouvent que le taux d'absentéisme est moyen au sein de l'établissement et que les outils de gestion de l'absentéisme mis en œuvre sont les registres des présences selon 50% des sondés et 48.3% des sondés sont pour la pointeuse facial (tableau 21 annexe 2).

L'établissement est doté aussi d'un logiciel de gestion de temps, des paies, des congés et des missions. Ce nouveau système de pointage est opérationnel depuis 2017.

Les personnels déclarent l'existence des sessions de formation mais elles sont insuffisantes voire rares concernant le corps administratif par rapport au corps médical. 82% (tableau 16 annexe 2) des personnels déclarent qu'il n'existe pas un plan de formation contenu durant cette période. La mauvaise planification des formations inadaptée au changement contemporain participe à la dégradation de la qualification professionnelle du personnel. Selon (Armstrong.M, 2006) la formation est « la modification systématique du comportement grâce à l'apprentissage qui intervient à la suite de la formation, de l'instruction, du développement et de l'expérience programmée » (Vukovic.G, 2008).

La gestion des ressources humaines « *recouvre l'ensemble des activités qui permettent aux organisations (entreprises ou administrations publiques) de disposer des ressources humaines correspondant à leurs besoins, en quantité et en qualité. La GRH est alors considérée comme une fonction support, chargée essentiellement de recruter, de gérer et de former les personnels* » (Maury.S, 2016-2017). L'évolution de la conception de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique tend désormais vers des politiques de ressources humaines qui s'attachent à apprécier son effet sur la création de richesses et changement organisationnel

ceci dans le cadre de mesure de l'impact de la GRH sur les performances. Citons à titre d'exemple la réduction de l'absentéisme et des conflits sociaux par l'utilisation des outils de gestion spécifiques tels que les tableaux de bord sociaux, le système de pointage par reconnaissance faciales ou par empreinte digitale.

La transposition des techniques de la GRH du secteur marchand vers le secteur public particulièrement la fonction publique rend les missions des responsables de ce secteur plus complexe car il est difficile de valoriser la contribution de la fonction ressources humaines aux objectifs de l'organisation publique tant sur le plan quantitatif que qualitatif. La fonction publique existe dans un contexte à but non lucratif pour répondre à un service public « d'intérêt général » d'où il est difficile d'apprécier les résultats financièrement.

4.3.La troisième dimension : la gestion des infrastructures et du matériel

La troisième hypothèse relative à la contribution de la dimension gestion des infrastructures et du matériel à la performance.

La dimension de la gestion des infrastructures et du matériel est la troisième variable indépendante de second ordre du modèle interne. Elle a un impact non significatif ($t=1.552$, $pv=0.121$) et influence positivement (0.379) la performance. Cette hypothèse n'est pas validée. Cette dimension explique 68% de la performance globale. Elle regroupe trois facteurs dont un facteur présente une relation non significative (-0.020) par rapport à la dimension gestion des infrastructures et matériels.

Les fonctionnaires se plaignent du mauvais état des bâtiments de l'établissement, lié à un manque d'entretien. 48% (la moyenne $33.3+16.7$) (tableau 35 annexe 2) des personnels déclarent que l'état des bâtiments est parfait, le reste réclament de meilleures conditions physiques de travail (état et entretiens des bâtiments). Donc les réponses obtenues donnent un constat négatif puisque les personnels expriment leurs mécontentements sur les conditions de travail, 45% des sondés se sentent inquiets et 15% frustrés au lieu de travail (tableau 23 annexe 2), en ce qui concerne les conditions de travail 40% déclarent que sont moyennement favorable (tableau 24 annexe 2). En effet, les fonctionnaires développent une sorte de comparaison avec les autres établissements publics ou privés de santé qui sont mieux équipés.

4.4. La quatrième dimension : la gestion des consommables

La quatrième hypothèse est relative à la contribution de la dimension la gestion des consommables à la performance.

La dimension de la gestion des consommables est la quatrième variable indépendante de second ordre du modèle interne. Elle a un impact significatif ($t=1.792$, $P_v = 0.033$) et influence positivement (0.206) la variable dépendante performance. La quatrième hypothèse est validée. Cette dimension explique 74% de la performance globale, elle regroupe trois facteurs (T, S, R) présentent une relation positive dans l'ordre respectives (0.362 , 0.280 , 0.880) significative PV (0.332 , 0.367 , 0.001).

Nous constatons que 60% des fonctionnaires interrogés disent avoir toutes commodités nécessaires pour effectuer leurs tâches au sein de l'établissement, ainsi ils sont moyennement satisfaits de la quantité des outils avec un pourcentage de 59% en revanche 48% des fonctionnaires réclament l'inadéquation de la qualité des outils de travail. D'une manière générale le personnel administratif exprime sa satisfaction envers l'un des aspects de condition de travail au sein de l'établissement, car les outils de travail et leurs entretiens jouent un rôle prépondérant sur la motivation et sont l'un des facteurs d'attachement au poste.

Selon (Mottay.D, 2003) on peut distinguer deux grands types de la satisfaction au travail, la satisfaction extrinsèque et la satisfaction intrinsèque.

La satisfaction extrinsèque est relative à la relation qui existe entre l'employé et son organisation en ce qui concerne les aspects extérieurs au travail plus précisément les conditions de travail ainsi que la stabilité de l'emploi. Cette dernière est assurée dans notre étude car l'établissement est soumis au droit de la fonction publique qui procure des fonctions à durée indéterminée (CDI) ainsi que des emplois spécifiques avec des contrats de durée déterminée (CDD). Quant aux conditions de travail elles restent relatives puisqu'elles sont dépendantes de plusieurs facteurs notamment la disponibilité des fonds (facteur budgétaire), la volonté des responsables et directeur de l'établissement d'améliorer les conditions de vie au travail.

La satisfaction intrinsèque est relative aux caractéristiques du travail, son contenu ainsi que les rapports entre les personnes dans le cadre professionnel, ceci est déjà évoqué dans notre analyse de la première hypothèse.

4.5. La Cinquième dimension : la Gestion de l'Information

La cinquième hypothèse est relative à la contribution de la dimension gestion de l'information à la performance.

La dimension gestion de l'information est la cinquième variable indépendante de second ordre du modèle interne. Elle a un impact non significatif ($t = 1.196$, $Pv = 0.232$) et influence positivement (0.116) la variable dépendante la performance. La cinquième hypothèse n'est pas validée.

Cette dimension explique 49% de la performance globale. Elle regroupe deux facteurs (U, V) qui ont une relation positive (0.901, 0.358) dont un facteur (v) a une relation non significative par rapport à la dimension gestion d'information.

L'établissement hospitalier d'Oran a mis en place des protocoles spécifiques afin d'améliorer la fluidité des activités notamment la relation (patient \urgence et service clinique) (premiers soins chez le malade et durant l'évacuation), l'identification des responsables de la gestion des équipements médicaux et d'espaces de consultation pour faire face aux pics d'activités. Ainsi la mise en œuvre des technologies de l'information et de communication TIC est « censée améliorer la coordination entre les acteurs de l'établissement », (Grosjean.M, 1999, p. 63) .

Cette dimension de la gestion d'information a fait ressortir un autre problème qui réside dans le manque de communication entre les différents services de l'administration de l'établissement. Nous parlons théoriquement ici de l'analyse de Mintzberg, qui représente une critique dans l'architecture bureaucratique structurelle.

La structure organisationnelle de l'établissement est caractérisée par la présence de deux configurations à poids égal : une configuration mécaniste qui représente l'administration (technicoadministratives) qui fournit les règles et les instructions des procédures à appliquer et une bureaucratie professionnelle qui regroupe l'ensemble des médecins et infirmiers assurant la prestation des soins. La coopération entre ces deux configurations s'avère parfois difficile car elles sont en constante interaction dans l'application de règles de fonctionnement qui sont aussi bien formelles qu'informelles. Gauthier et al (1975) ont qualifié les relations professionnelles entre les deux configurations de clivage ; « *un premier clivage, plus ou moins prononcé d'ailleurs, existe entre secteur médical d'une part et secteur administratif d'autre part. Au sein du secteur médical, la lutte n'est pas moins vive entre services d'hospitalisation et services médico-techniques. Enfin, au sein du secteur administratif, il est peu d'exemples d'harmonieuse entente entre services fonctionnels et services opérationnels* » (Alvarez.F, 2000,

p. 9). Les auteurs insistent sur la nécessité de l'entente et le partage de l'information entre ces deux structures au lieu de la rétention de l'information qui peut engendrer une asymétrie d'information.

Cependant, l'évolution d'interaction relationnelle entre les deux structures donne une importance aux technologies de l'information et de la communication. Le système d'information de l'établissement constitue sur ce point, comme sur d'autres, un élément décisif. Le système d'information au sein de l'EHUO se limite à un simple recueil d'une quantité énorme de données de manière mécaniste et manuelle au niveau de différents services notamment bureau des entrées qui représente le poumon de l'hôpital en termes de ressources d'informations collectées. Il englobe l'unité de mouvement, statistique, archive, état civil, etc.. ainsi que le département de l'administration et les différents services (médecine interne, cardiologie, médecine légale, écologie..etc.). Nous précisons que l'établissement utilise toujours des registres et documents en papiers pour l'enregistrement des données en parallèle avec l'enregistrement informatisé mais ceci sans une interprétation ni une analyse des résultats par manque d'utilisation des outils de gestion tel que le contrôle de gestion, les tableaux de bord analytique.

L'établissement ne bénéficie pas pleinement des avantages du système d'information et l'utilisation des TIC présente, du fait d'une mauvaise exploitation (voire inexistante) par les personnels dans le domaine d'analyse des résultats et l'évaluation de fonctionnement de cet établissement.

Malgré les efforts fournis par les autorités compétentes et les responsables de cet établissement concernant la mise en œuvre du système d'information, son utilisation reste inefficace et sans utilité ce qui impacte négativement sur la performance de la gestion administrative.

En revanche, parmi les conséquences de l'asymétrie d'information la rigidité dans la prise de décision. D'après l'analyse des résultats de notre enquête Selon le tableau 46 annexe 2, une faible participation des fonctionnaires opérationnels à la prise de décision car 60% affirment que leurs opinions ne sont pas prises en considération par leurs responsables hiérarchiques.

Nous constatons donc que les personnels administratifs ne sont pas impliqués dans la prise de décision. Cette dernière est limitée au sommet stratégique (le directeur et les responsables des services) nous parlons donc de la centralisation de la prise de décision dans un système purement hiérarchique ; ceci crée un mauvais climat de travail.

Dans cette perspective, une action de communication visant à fédérer les décideurs du sommet stratégique et les fonctionnaires de la ligne hiérarchique et opérationnels autour des objectifs communs est favorisée dans l'accomplissement des missions et buts stratégique de l'établissement.

Dans cette perspective, une action de communication visant à fédérer les décideurs du sommet stratégique et les fonctionnaires de la ligne hiérarchique et opérationnels autour des objectifs communs est favorisée dans l'accomplissement des missions et buts stratégique de l'établissement.

Parmi les objectifs du projet de l'établissement est le maintien des réunions périodiques entre les différents responsables et fonctionnaires de services ; ceci hors les sessions ordinaires et extraordinaire des réunions du comité consultatif et le conseil d'administration.

Le but principal de ses réunions est de conserver et favoriser la communication entre les services (horizontale) et hiérarchique (verticale) ; qui améliore par la suite la transmission de l'information et facilite sa circulation. Nous constatons que la communication est un élément fondamental dans la gestion administrative qui assure la coopération entre les personnels administratifs et par conséquent leurs implication dans la prise de décision.

La communication permet non seulement la transmission de l'information mais aussi dans certains cas à résoudre des problèmes d'ordres techniques et personnels (conflits) ce qui contribue à la réalisation des objectifs opérationnels et stratégique de l'établissement par l'implication et la coopération de tous les acteurs dans la gestion administrative.

4.6. La sixième dimension : la gestion d'hygiène et de sécurité

La sixième hypothèse relative à la contribution de la dimension gestion de d'hygiène et de sécurité à la performance

La dimension de la gestion d'hygiène et de sécurité est la sixième et dernière variable indépendante de second ordre du modèle interne. Elle a un impact significatif ($t=1.218$, $P_v=0.024$) et influence positivement (0.210) la performance. *La dernière hypothèse est validée.* Cette dimension explique 70% de la performance globale, elle regroupe quatre facteurs qui ont une relation significative par rapport à la dimension hygiène et sécurité.

Le personnel administratif est satisfait des conditions de travail concernant l'hygiène de lieu, l'hygiène d'alimentation, les chiffres correspondants pour ces derniers sont (91,7%, 80%). D'autre part, les fonctionnaires se sentent sécurisés dans leurs services avec un pourcentage de

66.7% qualifié de bonne. L'établissement a mis en place des dispositifs de suivis et un programme de gestion de risque, ainsi des bureaux de réclamation afin d'assurer un climat de travail paisible.

L'administration publique doit veiller à la protection de la santé des fonctionnaires ainsi que leur sécurité durant leur travail.

Les citoyens deviennent de plus en plus exigeants vis-à-vis de la qualité de l'environnement et de la prestation des services publics.

Conclusion chapitre IV

Nous avons présenté dans un premier temps, les principaux résultats statistiques descriptifs. Ensuite nous avons entamé la phase exploratoire qui est consacré pour l'analyse factorielle exploratoire estimée par l'analyse en composante principales.

Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire nous ont permis de passer à l'analyse factorielle confirmatoire avec le choix de la méthode des équations structurelles.

Conclusion générale

La conception de l'administration publique en Algérie a connu plusieurs transformations après l'indépendance. Débutant par l'héritage de l'administration coloniale, les changements introduits par des choix politiques tels que les mouvements socialistes. Ensuite les réformes de années 80 où l'administration publique algérienne a connu des véritables transformations adaptées à l'ouverture de marché et le multipartisme.

L'administration algérienne doit s'adapter rapidement aux changements. En effet, c'est un processus itératif basé sur plusieurs éléments, à savoir, l'adaptation et la modernisation du contexte réglementaire, l'instauration des nouvelles méthodes et outils de gestion provenant du secteur privé, la conception de nouvelles politiques fondées sur les nouvelles techniques de gestion organisationnelles et managériales.

Les fonctionnaires dans les organismes publics doivent s'adapter au changement réglementaire par sa mise en œuvre et son application, ainsi que les nouvelles méthodes de gestion provenant du secteur privé pour une meilleur prestation du service public et satisfaire les besoins d'un citoyen qui est devenu de plus en plus exigeant.

Cependant, toute organisation a besoin pour apprécier sa performance d'avoir une vision large de la stratégie adoptée et de ses objectifs.

La mesure de la performance est une action indispensable au sein de chaque hôpital ou établissement de la santé. C'est une décision qui doit être prise par les autorités publiques, les décideurs et les directeurs des organismes. Ainsi, la mesure de la performance est un processus qui doit être mené par les spécialistes du domaine de gestion.

Notre recherche mobilise un travail exploratoire et d'analyse des éléments qui influencent la performance de la gestion administrative d'un hôpital. Au cours de cette étude, nous avons tenté de construire une échelle de mesure qui peut être considérée comme un outil de gestion mis en place dans les organisations publiques hospitalières en Algérie, en mettant en évidence les variables qui peuvent conditionner la mesure de la performance hospitalière du secteur public.

Dans cette perspective, la mesure de la performance se décline autour des trois objectifs intermédiaires ; l'appréciation et la mesure de la performance par la direction de l'hôpital nécessite la conception des outils et méthodes de contrôle. C'est une démarche qui nécessite l'implication de l'ensemble du personnel hospitalier. Finalement, la mesure est un processus qui va de la réalisation des enquêtes, jusqu'à l'analyse des résultats moyennant des outils de gestion. Cette démarche permet d'apprécier la capacité de l'hôpital à mesurer sa performance.

La mesure et l'évaluation de la performance passe par l'utilisation des indicateurs de mesure. L'identification et le choix de ces indicateurs en les adaptant au contexte hospitalier et en particulier au contexte algérien pose une difficulté et une contrainte pour des résultats fiables. Car nous devons appliquer et tester les indicateurs théoriques sur le plan empirique du contexte algérien pour pouvoir valider leurs fiabilités

L'analyse poursuivie dans notre travail avait pour objectif d'améliorer la gestion administrative hospitalière en tentant de construire une échelle de mesure composée de plusieurs indicateurs classés sous différentes dimensions afin d'apprécier l'impact de chaque dimension sur la performance ; autrement dit, analyser les éléments qui freinent le bon fonctionnement de l'administration de cet établissement.

Ces indicateurs ont été définis sur la base des données internationales notamment un rapport d'évaluation de la performance hospitalière de Burkina Faso en 2004 ainsi que les travaux de Brown et Peterson (1993), Mottay (2003) qui ont été adaptés par la suite au contexte algérien. Ces indicateurs concernant la gestion administrative dans les hôpitaux algériens jouent un rôle de clignotants durant le processus des actions et la réalisation des objectifs opérationnels, pour atteindre le but stratégique ou bien le comparer avec les résultats attendus afin d'apprécier la performance.

Les indicateurs ont été répertoriés selon les différentes dimensions de l'établissement (administrative, personnel, infrastructure et matériels. etc). Ceci permet de donner une vision globale et rapide sur l'activité globale de l'administration en essayant de couvrir la plupart de ses services. Cette méthode permet aux responsables et aux gestionnaires de l'administration de corriger les dysfonctionnements et les situations non performantes au fur et à mesure de déroulement de l'activité.

L'analyse des données et des résultats à travers l'utilisation du tableau de bords ou autres outils de gestion dans l'administration publique a fait prendre conscience aux acteurs internes des imperfections du processus et leur facilite la tâche afin trouver les solutions ainsi qu'effectuer les améliorations possibles.

Cependant, l'amélioration de la performance administrative de l'établissement hospitalier nécessite l'intervention de plusieurs acteurs et la mise en œuvre de différentes actions notamment la légitimité et le soutien de la direction , la communication interpersonnelle , la construction d'un consensus interne en collaboration avec les personnels de différents niveaux de responsabilité en définissant les tâches et les actions opérationnelles adéquates avec la stratégie et les objectifs de l'établissement.

Les éléments qui freinent essentiellement le fonctionnement des administrations publiques sont la mauvaise organisation, la qualification des fonctionnaires, la maîtrise des outils informatiques.

Notre modèle de mesure de la performance comporte six dimensions ; la dimension de la gestion administrative, gestion du personnel, gestion des infrastructures et du matériel, gestion des consommables, gestion de l'information et gestion d'hygiène et de sécurité.

Nous avons construit nos hypothèses de recherche à partir de ces dimensions, afin de vérifier l'effet et l'apport de ces dimensions sur la performance organisationnelle de l'établissement hospitalier universitaire d'Oran 1^{er} Novembre 1954. Cette tentative de construction d'une échelle de mesure de la performance administrative d'un hôpital public constitue une contribution pour l'avancement des recherches en gestion des administrations publiques algériennes.

En répondant à notre problématique et nos hypothèses de recherche nous avons essayé d'atteindre plusieurs objectifs.

Sur le plan théorique, nous avons tout d'abord cherché et analysé la littérature en développant un cadre conceptuel dans le contexte du management public sur les organisations publiques et les établissements de santé. Nous avons évoqué aussi, le concept de la performance sous ses différentes définitions et approches pour l'aborder par la suite dans le contexte hospitalier public parce que les hôpitaux algériens souffrent des dysfonctionnements témoignant d'une perte de sens dans les stratégies et les méthodes de gestions mises en œuvre. Ce qui nous a poussé à étudier les modèles théoriques de mesure de la performance ainsi que les modèles opérationnels (techniques) issues du secteur privé pour les adapter au contexte public.

Sur le plan empirique, notre objectif de recherche consistait à relever les paramètres et les facteurs qui influencent la performance administrative de l'hôpital. Six hypothèses structurantes nous ont guidé afin de construire notre échelle de mesure.

La réponse à nos hypothèses a requis l'introduction de méthodes d'analyse statistique factorielle et les méthodes des équations structurelles en suivant le paradigme de Churchill (1979) qui est utile dans le processus de la création et de développement des échelles de mesure. Les résultats de notre étude relèvent quelques défaillances en termes de management organisationnel et de gestion administrative au sein de l'établissement hospitalière universitaire d'Oran, nous retenons les constatations suivantes :

La législation actuelle demeure intense ; les gestionnaires des établissements de santé publics sont pris dans l'état de ce décalage entre les nouveaux textes réglementaires édictés par d'autres ministères et organismes étatiques (finance, environnement, fonction publique) et la somme des textes édictés par le ministère de la santé.

Toutefois, la réglementation qui gère les hôpitaux publics en Algérie tend vers l'obligation de résultats et non de moyens, c'est-à-dire, l'atteinte des objectifs qui concerne l'amélioration de la santé publique tout en maîtrisant les dépenses de santé.

Nous remarquons ces dernières années une dégradation de la qualité des prestations de service de soins dans les hôpitaux algériens et les réclamations continues des usagers.

Les hôpitaux algériens ont une difficulté à s'adapter aux exigences internes et externes et à améliorer la qualité de service rendu tout en minimisant les dépenses. La qualité exigée ne se résume pas aux qualités des prestations techniques médicales mais aussi à la prise en charge, l'information, l'accueil et le temps d'attente qui sont considérés comme des éléments essentiels pour les usagers et les patients.

Concernant le capital humain, les fonctionnaires doivent être hautement qualifiés en améliorant leurs compétences notamment le savoir, le savoir-faire et savoir être. Afin de relever ces défis, une formation continue au cours de la carrière des fonctionnaires est indispensable de façon systémique ceci dans un environnement en constante évolution.

Le personnel administratif au sein de l'établissement n'est pas satisfait de la formation fournie par l'établissement et la formation des gestionnaires ne répond pas au profil de la gestion administrative des hôpitaux et les organismes de santé.

Les autorités compétentes (les directions régionales et le ministère de la santé) doivent collaborer avec les universités et les écoles supérieures spécialisées dans le domaine de la gestion et de la santé pour mettre en place une politique de formation spécialisée destinée aux gestionnaires administratifs des hôpitaux et des établissements publics de la santé.

Cette politique consiste à mettre en place des mesures spécifiques à chaque niveau de responsabilité et types d'établissements. En effet, ces mesures doivent tenir compte des besoins de chaque organisme en adéquation avec les profils des postes, introduire des stages de formation continue et revoir l'obligation de l'action de formation. Dans une logique d'amélioration des compétences des personnels (fonctionnaire, responsables et décideurs administratifs) et par conséquent d'amélioration du fonctionnement de l'administration publique.

Le décret de création de cet établissement impose la mise en œuvre d'un système d'information efficace qui inclut l'organisation, les personnes et les technologies d'information. La fluidité de circulation et la transformation de l'information au sein de l'établissement participe au processus d'efficacité du projet d'établissement et par conséquent à son bon fonctionnement.

Par ailleurs, les hôpitaux et les établissements de santé public en Algérie ont connu une nouvelle méthode de collecte et d'enregistrement des données par l'introduction des nouvelles technologies. C'est un passage d'un mode traditionnel vers un mode qui favorise l'utilisation du système d'information. Cette transition qualitative dans la gestion administrative facilite les tâches des professionnels de la santé et les personnels administratifs : dossier médical du malade, les registres administratifs et comptes rendus médicaux informatisés.

Nous avons pu constater cependant que le système d'information de l'EHUO n'est pas utilisé de façon optimale. Le personnel n'est pas formé à la codification. Nous avons noté la défaillance des supports et des registres, l'absence d'utilisation du dossier médical et de comptes rendus informatisés ainsi que des registres administratifs endommagés.

Il est primordial de mettre en œuvre une politique interne à l'établissement, de gestion de système d'information pour éliminer ses dysfonctionnements sur le plan humain et technique. Ceci par la définition d'un plan d'action opérationnel qui vise à fournir les outils informatiques nécessaire, la formation continue des personnels en suivant l'évolution de la technologie, le suivi et l'évaluation continue de l'application et l'avancement de ce plan d'action.

Autrement dit, la mise en œuvre d'une politique de gestion et la veille sur son application par le contrôle. La politique de gestion de l'information concerne les différents services de l'établissement à savoir la gestion des activités médicales, gestion administrative, gestion des équipements (médicaux et non médicaux) et les plateaux techniques.

Nous avons constaté par ailleurs que les missions de l'EHUO ne sont pas complètement explicites dans son décret de création. Elles nécessitent d'être complétées avec plus de précision. Elles sont proposées de façon globale et orientées essentiellement en direction de la structure. Les premières missions relèveraient de la politique nationale de santé, les dernières seraient le fruit de la réflexion et de la maturation du projet local et de son plan stratégique. Le déficit en réflexion réside au niveau de son développement. Ce dernier s'inscrit dans un environnement économique « déstructuré ».

Si l'on se réfère au décret de création, l'EHUO devrait générer ses propres ressources alors que depuis son lancement effectif il ne fonctionne qu'à l'aide des subventions de l'État.

Bien évidemment, l'introduction de la logique de la performance dans le secteur public et plus particulièrement dans le domaine de la santé malgré la gratuité de soins en Algérie est devenu une nécessité et une démarche primordiale afin d'assurer une transition vers la nouvelle gestion publique. Les engagements des politiques de développement des stratégies de système de santé sont dans l'ordre de fournir des services de qualité aux moindres coûts.

Concernant le capital humain au sein de cet établissement, nous pouvons souligner que le comportement des responsables et personnels constitue un frein à l'émergence de l'approche managériale aux seins des administrations publiques.

En Algérie, si l'approche managériale fait défaut aux organisations hospitalières publiques notamment les hôpitaux c'est probablement qu'il n'y a pas une volonté de changement de leurs parts. Nous avons constaté lors de notre investigation sur le terrain la faiblesse des aptitudes au commandement, des problèmes liés à la coordination et de communication avec les subordonnées, la difficulté d'organisation et le manque de prestations de qualité.

Il apparaît aussi que les fonctionnaires aspirent à avoir de bonnes conditions de travail qui implique de l'organisation, la disponibilité de outils de travail de bonne qualité, l'entretien continu et l'hygiène. En effet, les conditions de travail couvrent un vaste éventail d'éléments nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de l'établissement. Néanmoins, ces conditions ne se limitent pas aux conditions physiques mais aussi aux conditions d'ordre psychologiques sur le lieu de travail telle que la sensation de sécurité.

La mesure de la performance administrative des hôpitaux publics est une démarche qui peut satisfaire plusieurs acteurs et intervenants dans le système de santé.

Nous commençons par le sommet de la pyramide hiérarchique. Le ministère de la santé est dans le besoin continu de résultats d'évaluation de la performance des hôpitaux afin de les intégrer dans la conception de politiques et stratégies appropriées pour une éventuelle réforme.

Pour la ligne hiérarchique qui représente les directions régionales et les directions des hôpitaux, la mesure de la performance de l'activité est importante pour mettre en place les actions requises et la mise en œuvre d'une stratégie adéquate pour une gestion plus efficace de ces structures.

Pour les personnels (administratifs et professionnels médicaux), l'appréciation de la performance est une source de motivation sur le plan individuel et collectif pour la connaissance

et la reconnaissance des missions accomplis. Ceci reflète l'épanouissement des personnels en milieu de travail et permet d'assurer une gestion équitable.

Pour les usagers (les patients et les ménages), la crédibilité des actions réside dans l'efficacité des prestations de service de soins. L'évaluation contenue des résultats dénote une volonté d'amélioration et reflète la réputation de l'hôpital.

L'établissement hospitalier universitaire d'Oran souffre des insuffisances en matière de gestion des ressources humaines. D'après le diagnostic social effectué par notre enquête, les résultats montrent l'ampleur des insuffisances et lacunes relatives à cette dimension qui vont à l'encontre de la volonté des autorités supérieurs et les décideurs pour l'introduction des nouvelles méthodes et pratiques de la gestion de ressources humaine issues du secteur privé.

Les conditions de travail et les pratiques de la GRH ne permettent pas d'introduire ces nouvelles méthodes telle que la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), puisque la gestion de carrière (recrutement, formation, avancement. ect), dans l'administration algérienne est soumise à une philosophie de gestion de personnel et non une gestion des ressources humaine . Cependant, l'établissement ne peut améliorer sa performance tant qu'il reste administré et non géré autrement dit tant qu'il ne passe pas d'une logique d'administration à une logique de management public.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdou.Y, B. .. (2017). «Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé ». *Insaniyat / إنسانيات*, 149-171.
- Adler.P. S, B. (1996). «Two types bureaucracy : Enabling and coercitive ». *Administrative Science Quarterly*, 41, pp. 61-89.
- Ahire.S, G. (1996). « Development and Validation of TQM Implementation Constructs ». *Decision Sciences*, 27(01), pp. 23-56.
- Alcaud.D. (2004). «*Dictionnaire de sciences politiques et sociales*» ». Sirey.
- Alvarez.F. (2000). « *Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels* ». France: 21ème congré de l'AFC.
- Amblard.M. (2007, juin 6-9). « Performance financière : Vers une relecture critique du résultat comptable ». *XVIème Conférence Internationale de Management stratégique*. Montréal.
- Anne.A, Ludovic.B. (2007). «Le nouveau management public :Avantages et limites» . *Gestion et Management public*, 5, p. p. 2.
- Ansoff.H.I, K. L.-S. (2018). « *Implanting Strategic Management* ». USA: Springer.
- Antoine.D. (2009). «*Droit administratif* » . Larcier.
- Armenakis.A.A, H. M. (1993). «Creating readiness for organizational change ». *Human relations*, 46(6), 681-703.
- Armstrong.M. (2006). « *A handbook of Human Resource Management Practice* ». London : Kogan Page Publishing .
- Arnaud Mias, John T. Dunlop. (2012,). « Industrial Relations Systems » :. *les règles au cœur des relations de travail*, Paris, Ellipses, coll. « Lire », , p. 159 .
- Article 4 du Décret présidentiel 03-270 . (s.d.). portant création, organisation et fonctionnement de l'EHU Oran.. : *Développer en son sein des « pôles d'excellence » dans les soins de santé de haut niveau*.
- Atkinson A.A., W. J. (1997). « A Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement ». *MIT Sloan Management Review*.
- Aubert.N. (2006). « Hyperformance et combustion de soi ». *Etudes* , 405(10), 339-351.
- Auby.J.M, D. –A. (1981). « Grands services publics et entreprises nationales ». *Paris*.
- Audet.J. (2003). « La veille stratégique chez les PME de haute technologie : une étude de cas par comparaison intersites ». *Revue Internationale PME*, 16(03).
- Bachelard.G. (1934). « *Le nouvel esprit scientifique* », Presses universitaires de France.

- Bachir.M, Marcel.T . (2010). « À propos de la performance. L'Arlésienne de la sphère publique ». Dans Proulx.D, « *Management des organisations publiques* ». Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Baird.L. (1986). «Managing performance ». *Wiley* .
- Baptiste.V. (2003, Mars). «*le statut de l'auto-évaluation dans la démarche de changement : l'accréditation hospitalière* ». Thèse de doctorat en science de gestion., Université de Jean Moulin Lyon 3, Lyon .
- Baret.P. (2006). « L'évaluation contingente de la Performance Globale des Entreprise21s : Une méthode pour fonder un management socialement responsable ? ». pp. 1-24.
- Bartoli.A. (2005). «*le management dans les organisations publiques* ». France: Dunod.
- Bartoli.A. (2009). «*Management dans les organisations publiques* » (éd. 3e). Paris: Dunod.
- Bartoli.A, B. (2015). «*Management dans les organisations publiques : Défis et logiques d'action* » (éd. 4e). Paris, France : Dunod.
- Bekhechi.S, B. (2017). « Le nouveau management public et la modernisation de l'administration publique ». *les agrégats des connaissances, volume2 (N°4)*, p. p19.
- Belmihoub.M.C. (2005). « *La réforme administrative en Algérie : Innovations proposées et contraintes de mise en œuvre* ». Tunis : In Forum Euro-méditerranéen sur les innovations et les bonnes pratiques dans l'administration.
- Benamar.N. (2017). « L'amélioration du système de santé et son impact sur la réduction du taux de mortalité maternelle en Algérie ». *Revue Recherches et études en sciences humaines*(15), p. 259.
- Benchikha.F.Z, Chouam.B. (2018). « Le contrôle de gestion hospitalier : cas d'hôpital Algérien ». *Revue de contrôle, de la comptabilité et de l'audit*.
- Benjelloune. A. (1992). « *droit administratif, tome II, l'action administrative* » (éd. 2e). Algérie: Dar nachr al maarifa.
- Benson.J.K. (1975). «The interorganizational network as a political economy ». *Administrative Science Quarterly*(20), pp. 229-249.
- Bentalab , S. (2017). *QUALIBBLOG*. Récupéré sur Le blog du manager QSE: <https://qualiblog.fr/outils-et-methodes/methode-qoqccp-outil-analyse-simple-et-performant/>
- Benzerafa.M.A. (2007). « *L'universalité d'un outil de gestion en question :Cas de la Balanced Scorecard dans les administrations de l'Etat* ». France: Thèse de doctorat, Université de Paris X – Nanterre.
- Berland.N. (1999). «*L'histoire du contrôle budgétaire en France* » *Thèse en sciences de gestion*. Paris: Université Dauphine.

- Berrah, L. (2002). « *L'indicateur de performance : Concepts et Applications* ». Toulouse: Editions Cepadues.
- Bollen.K, L. (1991). « Conventional wisdom on measurement: A structural equation perspective». *Psychological bulletin*, 110(2), p. 305.
- Boltanski.I, C. (2011). « *Le Nouvel esprit du capitalisme* ». Paris: Gallimard.
- Bouquin.H. (2001). «*Le contrôle de gestion. Contrôle de gestion, contrôle d'entreprise* ». France: PUF.
- Bourguignon , A. (2000). «Performance et Contrôle de gestion». *Encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion et Audit* .
- Bourguignon.A. (1995). « Peut-on définir la performance ? » . *Revue française de comptabilité*, 269, pp. 61-66.
- Bourguignon.A. (1997). « Sous les pavés la plage... ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable : l'exemple de la performance ». *Comptabilité - Contrôle - Audit* , 3(1), p. p.4.
- Boussof.R. (1998). «les territoire de l'hôpital : l'attraction du môle hospitalier de constantine ». *Thèse de doctorat en géographie de la santé*. Montpellier 3, France.
- Bower.J.L. (1977, mars-avril). « Effective Public Management ». *Harvard Business Review*, pp. 131-140.
- Bowles.M.L, C. G. (1993). « Image and Substance: The Management of Performance as Rhetoric or Reality? ». *Personnel Review*, n°22 (2),, 3-21.
- Boyne.G.A. (2002). «Theme: Local government: Concepts and indicators of local authority performance: An evaluation of the statutory frameworks in England and Wales». *Public Money and Management*, 22(02), pp. 17-24.
- Boyne.G.A. (2003). «Sources d'amélioration de la fonction publique : un examen critique et un programme de recherche». *Journal of public administration research and theory*, 13(3), pp. 367-394.
- Brown.A.D, Pink. G.H, Champagne, F. (2005, Février). « L'établissement d'un système de mesure de la performance des services de santé ». *Leçons tirées de la présentation de rapports sur les hôpitaux en Ontario*, 2(1).
- Brown.M.G. (1994). « Is Your Measurement System Well Balanced? ». *Journal for Quality and Participation*, 17(6), pp. 6-11.
- Burlaud. A. (1980). « *Management Public, gestion et légitimité* ». France: Dalloz.
- Byrne.B.M. (1998). «*structural equation with Lisrel, Prelis, and simplis*» *Basic concepts, Applications, and programming*. New Yorl, USA: Psychology Press.
doi:<https://doi.org/10.4324/9780203774762>
- Cadiou.C, M. M. (2007). « Les rationalités stratégiques : réalité ou utopie de la performance globale?». Dans C. Cadiou, *Cadiou, C., Micu, R., & Morvan, J. (2008). « Les rationalités*

stratégiques : utopie ou réal« La performance en management—De la perception à la réalisation». Rennes: Presses universitaires de Rennes.

Cambon.J. (2007). « Vers une nouvelle méthodologie de mesure de la performance des systèmes de management de la sante-sécurité au travail » thèse de doctorat en Sociologie. *Ecole Nationale Supérieure des Mines*.

Cameron.K. S. (1986). «Effectiveness as paradox : consensus and conflict in conceptions of organizational effectiveness ». *Management Science*, 23(5), pp. 539-553.

Cameron.K.S. (1978). « Measuring organizational effectiveness in institutions of higher education ». *Administrative Science Quarterly*, 23, pp. 604-632.

Capron.M, Q. (2006). « Evaluer les stratégies de développement durable des entreprises : l'utopie mobilisatrice de la performance globale ». *Revue de l'organisation responsable*, 1(1), pp. 5-17.

Cardoso.E. (2019, mars). « Gestion de la performance humaine :lier l'évaluation des compétences et des indicateurs de performance sectorielle». *Revue scientifique pluridisciplinaire de la base de connaissances*, 8, pp. 42-59.

Carricano.M, P. (2008). « *Analyse de données avec SPSS* « synthèse de cours & exercices corrigés ». Paris: collection synthex Pearson Education.

Carricano.M, P. B. (2010). « *Analyse de données avec SPSS®*. Pearson Education France.

Champagne. F. (2003). « Defining a model of hospital performance assessment for European hospitals ». *Barcelone, WHO regional office for Europe*.

Champagne.F, U. d. (2005). « *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS*». Québec: Université de Montréal.

Chan.Y.C.L, H. (2000). «Performance Measurement and the Use of Balanced Scorecard in Canadian Hospitals ». *Advances in Management Accounting*, 9, pp. pp. 145-69.

Chaoui.F, L. M. (2012). « système de santé au Maghreb, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés ». *Les notes IPEMED, Etudes et analyses*.

Charbonnier-Voirin, A. R. (2012). « la Performance adaptative :Une nouvelle échelle pour mesurer la performance individuelle dans les organisations ». *Revue Canadienne des Sciences de l'Admin*, 29(3), pp. 280-293.

Charreaux.G, D. P. (1998). « Gouvernance des entreprises : valeur partenariale contre valeur actionnariale ». *Finance Contrôle Stratégie*, 1(2), pp. 57-88.

Chenhall.R.H. (2005). « Integrative strategic performance measurement systems, strategic alignment of manufacturing, learning and strategic outcomes: an exploratory study». *Accounting, organizations and society*, 30(5), pp. 395-422.

- Cherif.A. (2018). « *Population et besoins sociaux essentiels en Algérie à l'horizon 2038* ». Oran: Univ Européenne.
- Chevalier.G. (2009). «*Eléments de management public.Le management public par la qualité*». France: Afnor.
- Chin.W.W. (1995). « Partial least squares is to LISREL as principal components analysis is to common factor analysis». *Technology studies*, 2(2), pp. 315-319.
- Chin.W.W. (1998). «The partial least squares approach to structural equation modeling» . *Modern methods for business research*, 295(2), pp. 295-336.
- Chin.W.W. (2000). « Frequently Asked Questions, Partial Least Squares PLS-Graph ».
- Chin.W.W. (2010). « How to write up and report PLS analyses ». Dans C. W. Vinzi.V.E, *In Handbook of partial least squares: Concepts, methods and applications* (pp. 655-690). Berlin : Springer.
- Chol.C, W. (s.d.). « Balanced scorecards, le secteur public n'y échappera pas...non plus ». *Perspective gestions publiques*, p. 4.
- Christensen.G. (1998). «Le désengagement de l'Etat: étude critique d'un problème administratif dans son contexte politique». *Revue internationale des sciences administratives*, 54(1).
- Churchill Jr.G. A. (1979). «A paradigm for developing better measures of marketing constructs ». *Journal of marketing research*, 16(1), pp. 64-73.
- Clement J-M. (1998). «*Réflexions pour l'hôpital* ». Etudes Hospitalières (Les).
- Cleveland.H. (1979). «Public Management Research: The theory of Practice and vice versa,Public Management ». *Research conference*, p. 12.
- Cohen.E. (1994). « *Analyse Financière* » (éd. 3e). paris: Économica.
- Connolly.T, C. D. (1980). « Organizational effectiveness: A Multiples Constituency approach». *Academy of management reviews*, pp. 211-217.
- Contandriopoulos. A. P, T. L.-H. (2008). « *L'amélioration de la performance :un enjeu central pour les CSSS* ». Infolettre.
- Courtois.S. (2003). «Droit et démocratie chez John Rawls et Jürgen Habermas: fondationnalisme des droits ou démocratie délibérative?». *Politique et sociétés*, 22(2), pp. 103-1024.
- Crié.D. (2005). « De l'usage des modèles de mesure réflectifs ou formatifs dans les modèles d'équations structurelles ». *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 20(2), pp. 5-27.
- Crosby. P.B. (1984). « *Quality without tears : The arte of hassle-free Management* ». New York.
- Crosby.P.B. (1979). «*Quality is free* ». New York.
- Crozier.M. (1963). « *Le phénomène bureaucratique* ». Paris: Le Seuil.

- Crozier.M, F. (1977). « *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective* ». Paris: Editions du Seuil.
- De Kervasdoué.J. (2004). « L'hôpital vu du lit ». *Presses Universitaires de France*, p. 25.
- De Laubadère.A, V. G. (1999). « *traité de droit administratif" droit administratif général: Organisations et action de l'administration, la juridiction administrative* » (éd. 15 ème , Vol. Tome I). France .
- De Toni. A, N. G. (1997). « An integrated production performance measurement system. *industrial management & data systems*, 97(5), pp. 180-186.
- De Vellis.R.F. (2003). «Scale development: Theory and applications». *Sage publication*, 26.
- De Vos A, L. R. (2002). « From coordination to loyalty.Developing a constructivist perspective on organizational and technological changes». (U. o. Namur, Éd.) *Organizational Politics and the Politics on Organizations.*, p. 3.
- Debbasch.C, C. (2005). « *Administration publique* » (éd. 6e). Paris: Economica.
- Décret présidentiel 03-270 . (s.d.). Article 6 sur la portant création, organisation et fonctionnement de l'EHU Oran.
- Décret présidentiel 03-270. (s.d.). Article 4 : portant création, organisation et fonctionnement de l'EHU Oran : Développer en son sein des « pôles d'excellence » dans les soins de santé de haut niveau.
- Delmond. M.H, G. S. (2002). « *Contrôle de gestion et pilotage de la performance* ». Paris: Gualino.
- Delmond.M.H, Giraud.F, Saulpic.O, Naulleau.G, Bescos.P.L. (2004). « *Contrôle de gestion et pilotage de la performance* ». Paris: Gualino.
- Deschenes.J.C, D. (1994). «*Management public : comprendre et gérer les institutions de l'Etat* ». Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Desmarais.C, A. d. (2008). «Existe-t-il encore des différences entre le travail des managers du public et ceux du privé? ». *Revue française d'administration publique*(4), pp. 767-783.
- Desmidt.S, H. (2005). « *Stratégie et Organisation des Organisations Publiques* ». Editeur Lannoo.
- Diamantopoulos.A, R. R. (2008). «Advancing formative measurement models». *Journal of business research*, 61(12), pp. 1203-1218.
- Donabedian.A. (1966). « Evaluating the Quality of Medical Care« ». *The Milbank Quarterly*, pp. 166-103.
- Dooren.W, V. (2007). « Getting to Performance Through Leadership, Reform and Measurement: A Theoretical Exploration of some Social Mechanisms ». *Transatlantic Dialogue :Leading the Future of the Public Sector*. Delaware , USA: University of Delaware.
- Doriath. (2005). « *Contrôle de gestion* » (éd. 4e). Paris: Dunod.

- Dubnick. M.J. (2005). « Accountability and the Promise of Performance : In Search of Mechanisms ». *Public Performance and Management Review*, 28(03), pp. 376-417.
- Duquenne.M.N. (2011-2012). « Analyse des données ». *Cours document interne mater PoDePro*. France : Département d'Aménagement, D'Urbanisme et Développement Régional, Université de Thessalie.
- Durand.C. (2003). « *L'analyse factorielle et l'analyse de fidélité* ». Canada: Département de sociologie Université de Montréal.
- Ehrenberg .A. (1991). « *Le culte de la performance* ». Paris, france : Calmann-Lévy.
- El Moutawakil.A. (1999). « les grands services publics ». *REMALD*(13), p. p. 23.
- Emery.Y, G. (2005). « *Paradoxes de la gestion publique* ». France: Editions L'Harmattan.
- Evrard.Y, P. R. (2003). « *Market : Etudes et recherches en marketing* » (éd. 3e). Paris: Dunod.
- Evrard.Y, P. R. (2009). « *Market-Fondements et méthodes des recherches en marketing* » (éd. 4e). Paris: Dunod.
- Exworthy. M, Halford.S. (1999). « Professionals and Managers in a Changing Public Sector : Conflict, Compromise and Collaboration? in Professionals and the New Managerialism in the Public Sector ». *Open University Press, Buckingham et Philadelphie*.
- Fayol.H. (1979). « *Administration industrielle et générale* ». France: Dunod.
- Fernandes.V. (2012). « En quoi l'approche PLS est-elle une méthode a (re)-découvrir pour les chercheurs en management? ». *M@ n@ gement*, 15(1), pp. 102-123.
- Fernandez.A. (2011). « *Les nouveaux tableaux de bord des managers : le projet décisionnel dans sa totalité* ». France: Editions Eyrolles.
- Flood.A.B, S. S. (1994). « organizational Performance : Managing for Efficiency and Effectivness. Chapter 13. Dans S. e. Kaluzny.A.D, *Health Care management , Organization Design and Behavior* (pp. pp.316-318). New York: Delman Publishers Inc.
- Fornell.C, B. (1982). « Two Structural Equation Models: LISREL and PLS Applied to Consumer Exit-Voice Theory ». *Journal of Marketing Research.*, 19(4), pp. 440-452.
- Fornell.C, L. F. (1981). « Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error ». *Journal of Marketing Research*, 18(01), pp. 39–50.
- Frenk.J. (1994). « Dimensions of health system reform ». *Health Policy*, 27(1), pp. 19-34.
- Furrer.O.F, S. (2003). « Coûts d'opportunité liés a la maximisation de la performance en marketing ». *Revue française du marketing*, p. 39.
- Gammoudi.L. (2009). « proposition d'un modèle d'évaluation du client, de la défaillance et de la réparation ». *thèse de doctorat, université paris x– Nanterre*, p 261. France.

- Gibert.P . (2009, janvier). « *Tableaux de bord pour les organisations publiques* ». (Management/Leadership, Éd.) Paris : Dunod.
- Gibert.P. (2002). « L'analyse de politique à la rescousse du management public ? ou la nécessaire hybridation de deux approches que tout, sauf l'essentiel, sépare ». *Politiques et Management Publics*, 20(n°1), pp. 1-14.
- Godener.A, F. (2017). « Participation du manager au contrôle de gestion et performance managériale, une nouvelle approche ». *Comptabilité Contrôle Audit*, 2(2), pp. 85-110.
- Gotteland.D, H. J. (2012). « *Méthodologie de la recherche en sciences de la gestion, Réussir son mémoire ou sa thèse* ». Paris: Edition Pearson France.
- Govindarajan.V, G. A. (1985). « Linking control systems to business unit strategy: Impact on performance ». *Accounting, Organizations and Society*, 10(1), pp. 51-66.
- Grosjean.M, L. (1999). « *Communication et intelligence collective; Le travail à l'hôpital* ». Paris: PUF.
- Guenoun.M. (2009). « *Le management de la performance publique locale :étude de l'utilisation des outils de gestion dans deux organisations intercommunales* ». France : thèse de doctorat, Université Aix-Marseille.
- Guisset.A.L, D. (2005). «La performance hospitalière – quelques considérations théoriques ». *CIUMM Université Catholique de Louvain*.
- Guisset.A.L, S. L. (2002). « Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux ». *Sciences sociales et santé*, 2(2), pp. pp. 65-104.
- Guyot.J.C. (1982). « *Quelle médecine pour quelle société ?* ». Editions Privat; Coll. « Sciences de l'Homme ».
- Hair Jr.J.F, H. M. (2014). « *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)* ». USA: Sage publication.
- Hair.J.F, B. B. (2006). « *Multivariate data analysis* » (éd. 6th Edition). Pearson/Prentice Hall.
- Hair.J.F, R. S. (2011). « PLS-SEM: Indeed a Silver Bullet ». *Journal of Marketing theory and Practice*, 12(2), pp. 139-152.
- Handa.V, A. (1996). « Predicting the Level of Organizational Effectiveness: A Methodology for the Construction Firm ». *Construction Management and Economics*, 14(4), pp. 341- 352.
- Hassard.J, P. (1993). « PostModernism and Organizations ». *Sage*, p. 424.
- Heilbrunn.B. (2004). « *La performance, une nouvelle idéologie ? Critiques et enjeux* ». Paris: la Découverte.
- Hershberger.S.L. (2003). «The growth of structural equation modeling: 1994-2001 ». *Structural Equation Modeling*, 10(1), pp. 35-46.
- Hood.C. (1991). « A public management for all seasons? ». *Public Administration*, 6(1), pp. 3-19.

- Horgues.D.J. (2007). « *Service public et au public : de quoi parle-t-on ? Définition et classement des termes et des concepts* ». France: Adrets.
- <http://www.ehuoran.dz/presentation.html> . (s.d.).
- <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-223.htm> . (s.d.).
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-223.htm> .
- Hulland.J. (1999). « Use of partial least squares (PLS) in strategic management research: A review of four recent studies ». *Strategic management journal*, 20(2), pp. 195-204.
- Igalens.J, R. (1999). « *Méthodes de recherche en gestion des ressources humaines* ». Paris: Economica.
- Institute of Management Accountants, I. C. (1998). « Tools and Techniques for Implementing Integrated Performance Management Systems ». *The Institute*.
- Jackson.P.M. (1993). « Public Sector Performance:The Unended Quest ». *Public Money and Management*, 13(4), pp. 3-6.
- Jacques.J.M, L.-M. R. (2004). « *La Modernisation de l'hôpital : kaléïdoscopie du changement* ». Belgique: Presses universitaires de Namur.
- Jakobowicz.E. (2007). « *contribution aux modèles d'équations structurelles à variables latentes* ». thèse doctorat en informatique, observatoire national d'arts et métiers, Paris .
- Jarvis.C.B, M. P. (2003). « A critical review of construct indicators and measurement model misspecification in marketing and consumer research ». *Journal of consumer research*, 30(02), pp. 199-218.
- Jarvis.C.B, M. P. (2004). « Un examen critique des indicateurs de construit et des erreurs de spécification des modèles de mesure dans la recherche en marketing et en comportement du consommateur ». *Recherche et Applications en Marketing*, 19(1), pp. 73-97.
- Jaulent.P, Q. (2008). « *Pilotez vos performances* ». Paris: Afnor.
- Jaulent.P, Quarès.M.A. (2006). « *Pilotez vos performances* ». Paris: Afnor.
- Jlassi.J. (2009). « Amélioration de la performance par la modélisation des flux logistiques des patients dans un service d'urgence hospitalier ». France: Université de Paris 8-Vincennes-saint-Denis.
- Johnson.H.T, K. R. (1987). « Relevance Lost: The Rise and Fall of Management Accounting Systems ». *Harvard Business School Press*.
- Jolibert .A, J. (2006). « *Marketing Research* ». Paris: Dunod.
- Juilliard-Fournier.N. (2002). « L'hôpital organisé en pôles d'activités : perspectives et enjeux pour le directeur des soins ». *mémoire de l'école nationale de la santé publique*, p. 24.
- Kaplan R.S, N. (1999). « the Balanced Scorecard for public-sector organizations ». *Balanced Scorecard Report*, 15(11).

- Kaplan.R.S, N. (1996). « *The balanced scorecard translating strategy into action* » (Vol. 6). Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan.R.S, N. (2001). « *Comment utiliser le tableau de bord prospectif: pour créer une organisation orientée stratégie* ». France: Editions d'organisation.
- Kaplan.R.S, N. P. (2000). « Having trouble with your strategy? Then map it ». *Harvard Business School Press*, 49(5), pp. 167-176.
- Ketchen.D. J, T. J. (1996). «Process, Content and Context. Synergistic effects on organizational performance ». *Journal of Management*, 22(2), pp. 231-257.
- Knapkova.A, P. (2011). Měření a řízení výkonnosti podniku. *Prague: Linde. ISBN 978-80-7201-882-6.*
- Kret.M, Domecq.S, Quenon.J.L, Vialle.S. (s.d.). «Expérimentation clarté ». *Utilisation complémentaire des approches LISREL et PLS des modèles d'équations structurelles à la validation d'un questionnaire de culture de sécurité et de ses indicateurs*. Récupéré sur http://papersjds14.sfds.asso.fr/submission_158.pdf
- L'ordonnance présidentielle. (2006, juillet 15). n° 06 , la Loi 85-05 relative à « la promotion et à la protection de la santé ».
- La loi 85-05. (1985, février 16). « *relative à la protection et à la promotion de la santé* ». Algerié.
- Lacroux.A. (2009). « *L'analyse des modèles de relations structurelles par la méthode PLS : une approche émergente dans la recherche quantitative en GRH* ». Toulouse: XXème congrès de l'AGRH.
- LAHLOU. C. (s.d.). « *Gouvernance des entreprises,Actionnariat et performances* ». Oran : Université d'Oran.
- Lamri.L. (1998, juillet 1-2). « Le financement du système de santé algérien : réalités, enjeux et perspectives ». Dans l. n. publique (Éd.), *IV Journées nationales de gestion des établissements de santé*. Algerie: Revue Le gestionnaire.
- Laroche. (2002). « *l'influence des organisations syndicales de salariés sur la performance économique et financière des entreprises* ». France: université de Nancy 2.
- Larousse. (1971). «*Nouveau Dictionnaire Etymologique et Historique*». Paris.
- le Ministère de la santé. (2014). La mise en place de ce projet de la population et de la réforme hospitalière, note ministérielle n° 01 du 16 Avril.
- Lechab.S. (2019). «Le rôle du management hospitalier dans la réussite de la réforme hospitalière : cas du secteur public algérien». *Revue des reformes Economique et intégration dans l'économie mondiale*, 13(2), pp. 368-385.
- Linotte.D, M. (1982). «*services publics et droit public économique* ». Paris: Librairies techniques.
- Loi n° 07-11 . (s.d.). du 15 Dhou El Kaada 1428 correspondant au 25 novembre 2007 portant système comptable financier.

- Loi n°90-11. (s.d.). du 20 avril 1990 relative à la relation de travail.
- Lombard.M. (2001). «*droit administratif*» (éd. 4 ème). France: Dalloz.
- Lombrail.P, N. B. (1999). «Les éléments de la "performance"hospitalière. Les conditions d'une comparaison ». *Etudes et résultats*(42), pp. 1-8.
- Löning.H, M. M. (2003). «*Le contrôle de gestion : organisation et mise en oeuvre*» (éd. 2e). Paris: Dunod.
- Lorino.P. (2003). « *Méthodes et pratiques de la performance* » (éd. 3e). Paris: Editions d'Organisation.
- Lucet.C, F. D. (2011). «*HPI. be Hospital Performance Indicators. Indicateurs de performance hospitalière en Belgique: Développement d'un set d'indicateurs dans le cadre de l'amélioration continue de la performance* ». Belgique: Université Ziekenhuis Gent.
- Machesnay.P. (1991). « *Economie d'entreprises*». Paris : Eyrolles.
- Malek.N, G. B. (2019). «La problématique de la motivation et de la gestion du capital humain dans un établissement public algérien : cas du chu de tizi Ouzou». *La Revue des Sciences Commerciales*, 18(2), pp. 68-81.
- March.J, S. (1997). « Organizational Performance as a Dependent Variable ». *Organization Science*, 8(2), pp. 698- 706.
- Marion.A, A. A. (2012). « Diagnostic de la performance de l'entreprise : Concepts et méthodes ». *Dunod*, p. 302.
- Marmet.E. (2004). «productivité et efficience d'un bloc opératoire». *actes de la conférence de IRIS Conseil Santé " Bloc opératoire et sites interventionnels*. paris.
- Marmuse.C. (1997). « *la performance* »*Encyclopédie de gestion* » (Vol. 2). Paris: Economica.
- Marr.B. (2003). « *Business Performance Management: Current State of the Art* ». Granfield School of Management and Hyperion.
- Marr.B, S. (2003). «Business Performance Measurement – Past, Present and Future ». *Management Decision*, 41(8), pp. 680-687.
- Maslow.A. (1954). « *Motivation et personnalité* ». Harpers.
- Maury.S. (2016-2017). « *La GRH dans la fonction publique* ». Paris: La Documentation française.
- Mazouz.B, L. (2008). « La gestion intégrée par résultats : concevoir et gérer autrement la performance dans l'administration publique » ,. *Presses de l'Université du Québec*.
- Meier.O, S. (2008). « Quelles théories et principes d'actions en matière de gouvernance des associations ? ». *Revue Management & Avenir*, 20(6), pp. 179-198.

- Melbouci.L, C. A. (2015). «La gestion de la ressource humaine hospitaliere: Entre contraintes et impératifs de modernisation cas du CHU de Tizi Ouzou». *Les cahiers du cread 111*, pp. 127-160.
- Merrien.F.X. (1999). « la Nouvelle Gestion Publique: un concept mythique ». *Lien social et Politiques*(41), pp. 95-103.
- Merrien.F.X. (2016). « misère de la nouvelle gestion publique ». Dans Hufty.M, « *La pensée comptable, Etat, Néolibéralisme, Nouvelle Gestion Publique* » (p. 141). Paris: Les nouveaux cahiers de l'IUED.
- Michel.D. (2002). «*Droit administratif*». Paris: PuF.
- Ministère de santé . (2014). «Expérience de l'EHUO en matière de pôles d'activité ». *conférence national sur Les politiques de santé en Algérie*. Alger.
- Moison.J.C, T. (1996). «L'hôpital public et sa tutelle : la concurrence sous administration». *Revue Française de Gestion*(109).
- Moison.J.C, T. (1999). «*La démarche gestionnaire à l'hôpital:Recherches sur la gestion interne*» (éd. Seli Arslan.). Paris: Seli Arslan.
- Morin.E, S. B. (1994). « *L'efficacité de l'organisation : théories, représentations et mesures* ». Montréal: éditions Gaëtan Morin.
- Mottay.D. (2003, juillet-septembre,). « Contenu du travail et satisfaction des salariés : résultats d'une étude empirique en milieu hospitalier ». *Revue de Gestion des Ressources Humaines*(49), pp. 42-53.
- Murray.C.J, F. (2000). «A framework for assessing the performance of health systems ». *Bull World Health Organ*, 78(6), pp. 717-731.
- Neely.A., R. M. (1999). « Designing performance measures: a structured Approach ». *international Journal of Operations et Production Management*(11), pp. 1131-1152.
- Niskanen.J. (2007). «*Bureacracy and representative government*». (1. Transaction Publishers, Éd.) Routledge; st édition.
- Nouri.H, P. (1998). « The relationship between budget participation and job performance:the role of budget adequacy and organizational commitment». *Accounting, Organizations and Society*, 23(5-6), pp. 467-483.
- Nunnally.J. C, B. (1994). «*The assessment of reliability*», *Psychometric theory* . USA: McGraw-Hill , New York.
- Nwamen.F. (2006). « Impact des technologies de l'information et de la communication sur la performance commerciale des entreprises ». *La Revue des Sciences de Gestion*, 2(2), pp. 111-121. Récupéré sur <https://doi.org/10.3917/rsg.218.0111>

- Olivier.V. (2001). «Le concept de performance et sa mesure : un état de l'art». *Cahiers de la recherche*, pp. 1-18.
- OMS. (2003). «Quality and accreditation in health care services». *A global review*, p. 209.
- Osborne.S.P. (2006). «The new public governance?». *Public Management Review*, 8(3), p. p. 87.
- Oster.S.M. (1995). « *strategic management for nonprofit organizations :theory and cases*. Oxford University press.
- Oufriha.F.Z. (1993). «La difficile structuration du système de santé en Algérie: quels résultats?». *revue du CREAD*, pp. 35-36.
- Parsons.T. (1977). « Social systems and the evolution of action theory ». *The Free Press*, p. 420.
- Pascal.C. (2000). « *Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble* ». Thèse Science de Gestion, Université Jean Moulin Lyon III, Lyon.
- Pesqueux.Y. (2002). « Organisations : modèles et représentations ». *Presses Universitaires de France*.
- Pesqueux.Y. (2006). «Le nouveau management public (ou New public management) ». *HAL, Archive ouverte.*, p. p.1.
- Pettigrew.A. (1997). «Le new public management conduit à un nouveau modèle hybride public-privé». *Revue Française de Gestion*, pp. p. 113-120.
- Pfeffer.J, S. (2006). «Des faits concrets, des demi-vérités dangereuses et un non-sens total : Profiter d'une gestion fondée sur des preuves». *Harvard Business Press*.
- Plane,J.M. (2012). «*théorie et management des organisations*». France: Dunod.
- Pollitt.C, B. (2004). «Public management reform: A comparative analysis». *Oxford University Press*.
- Price.J.L. (1972). «The study of organizational effectiveness». *The Sociological Quarterly*, 13(4), pp. 3-15.
- Quinn. R.E. (1988). « *Beyond rational management :mastering the paradoxes and competing demands of high performance* » (Vol. 6). (R. t. santé, Éd.) Jossey-Bass.
- Quinn.R.E, R. (1983). « A spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis« ». *Management Science*, 29(23), pp. 363-377.
- Ramanathan.K. V. (1982). « *Management control in nonprofit organizations:text and cases* ». John Wiley & Sons.
- Raymond.L. (2005). « *management de l'entreprise* ». Paris : éditions d'organisation.
- Renaud.A, B. (2007). « Mesure de la performance globale des entreprises ». *comptabilité et environnement*, p. 03.
- Reynaud.E. (2003). « Développement durable et entreprise: vers une relation symbiotique ». *Journée AIMS, Atelier développement durable* (pp. 1-15). ESSCA Angers.

- Ringle, C, S. M. (2012). « Editor's comments: a critical look at the use of PLS-SEM in " MIS Quarterly ».
MIS quarterly, 36(1).
- Roethlisberger.F.J, D. (2003). « Management and the worker». *Harvard Univ Presse*.
- Roussel.P, D. C. (2002). « *Méthodes d'équations structurelles : recherches et application en gestion* ». Paris: Economica.
- Roussel.P, Durrieu.F, Campoy.E, El Akremi.A. (2005). « A analyse des effets linéaires par modèles d'équations structurelles». Dans p. Roussel, & F. Wacheux, *Management des ressources humaines, méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* (pp. 297-324). paris, france : De Boeck Supérieur.
- Rutstein.D.D, B. C. (1976). «Measuring the quality of medical care: a clinical method». *New England Journal of Medicine*, pp. 582-8.
- Sainsaulieu.R, F. O. (1998). « les mondes sociaux de l'entreprise ». *Brouwer*.
- Saint-Brice.R, P. (2014). « *Un cadre, une équipe, des performances : la cohésion est-elle le lien ?* ». Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française.
- Santo.V.M, V. (1993). « *Le management public*». (Q. s.-j. PUF, Éd.) France: Press universitaire de France.
- Santo.V.M, V. (2007). « *Le management public*» (éd. 3e). Paris: P.U.F, « Que sais-je ?
- Saulquin.J.Y, S. (2007). « Responsabilité sociale des entreprises et performance.Complémentarité ou substituabilité ? ». *La Revue des Sciences de Gestion*(223), pp. 57-65.
- Schumaker.E.F. (1977). «A guide for the perplexed ».
- Sénéchal. O. (2004). « *Pilotage des systèmes de production vers la performance globale , Habilitation à diriger des recherches* ». Thèse de doctorat , Université de Valenciennes et du Hainaut-Cambrésis, France.
- Sicotte.C, C. C. (1999). « La performance organisationnelle des organismes publics de santé ». *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, 6(1), pp. 34-46.
- Siegel G., S. J. (2003). « Are you a business partner? ». *Strategic finance*, 85(4), pp. 38-43.
- Simons.R. (1998). «Harvard Business Review on Measuring Corporate». Dans Audiger.N, *l'évaluation organisationnelle au sein de service non marchands: quelques éléments de réflexion"2008*. France: Presses Universitaires de Bordeaux.
- Slaatte.H.A. (1968). « the pertinence of the paradox ».
- Smith.P.C, M. P. (2008). «*Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé: expériences, défis et perspectives*». Genève. Récupéré sur https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/84362/E93698.pdf

- Sofiane.S, N. (2018). «Gouvernance hospitalière et nouveau management public dans un centre hospitalo-universitaire en Algérie». *Lebanese Science Journal*, 19(3), p. 465.
- Souissi.L. (2010). « *Processus de construction des indicateurs de mesure de performance dans un établissements de soins privé*. Tunis: Compus Universitaire de la Manouba , ISCAE.
- Stafford.J, B. (2006). « *L'analyse multivariée avec SPSS* ». Québec: Presses de l'Université de Québec "Puq".
- Steers.R.M. (1975). « Problems in the Measurement of Organizational Effectiveness ». *Administrative Science Quarterly*(20), pp. 546-548.
- Stewart.J, W. (1994, April-June). « Performance measurement: when performance can never be defined ». *Public Money and Management*, pp. 45-51.
- Stuart.J.M. (1862). «le gouvernement représentatif». (t. e. White, Éd.) 330.
- Tavenas.F. (1992). « *Performance Indicators* ». Canada: Université McGillMontréal.
- Tchankam .J.P. (1998). « *Performance comparées des entreprises publiques et privées au Cameroun* ». Thèse de doctorat en sciences de gestion, Bordeaux.
- Teil.A. (2002). «Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière». *Thèse de Doctorat en science de gestion*. Lyon, France: Université Jean Moulin.
- Tenenhaus M, V. V. (2005). « PLS path modeling ». *Computational Statistics & Data Analysis*, 48(01), pp. p. 159-205.
- Tenenhaus.M, E. V. (2004). « A global goodness-of-fit index for PLS structural equation modelling? ». *This paper is financially supported by ESIS (European Satisfaction Index System) European IST Project 2000-31071*.
- Thiétart.R.A. (2007). «*Méthodes de recherche en management*» (éd. 3e). Dunod.
- Unité Progrès Justice . (2004). « *Rapport d'évaluation de la performance hospitalière* » . Ministère de la santé du Burkina Faso .
- Valette-Florence.P. (1988). « Analyse structurelle comparative des composantes des systèmes de valeurs selon Kahle et Rokeach ». *Recherche et Applications en Marketing*, 03(01), pp. p.15-34.
- Vayrou.C. (1995). «Le management public : discours et fonctions». *Travaux et recherches Panthéon-ASSAS*, p. 39.
- Vinard.P. (s.d.). «*les grands principes du management*». groupe économie et gestion.
- Vinzi.V.E. (2003). « The PLS approach to path modeling ».
- Voyer.P. (2011). «*Tableaux de bord de gestion et indicateur de performance* » (éd. 2). Québec: PUQ.

- Vukovic.G, Z. R. (2008). « La formation des fonctionnaires dans l'administration publique slovène. Les questions liées à l'instauration d'évaluations des formations ». *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 74(4), pp. 695-721.
- Wood.D.J. (1991). « Corporate social performance revisited ». *Academy of Management Review*(16).
- Yaya.H, S. (2003). « *la problématique de la performance organisationnelle, ses déterminants et les moyens de sa mesure : une perspective holistique et multicritérielle* ». Université Lav. Faculté des sciences de l'administration.
- Yuchtman. E, S. S. (1967). «A system resource approach to organization effectiveness». *American Sociological Review*(32), pp. 891-903.
- Zammuto.R.F. (1982). « Assessing Organizational Effectiveness: Systems Change,Adaptation and Strategy ». *SUNY Press*.
- Zouaimia.R & al . (2009). «*Mini-encyclopédie de droit algérien: notions fondamentales et doctrinales* ». Alger: Berti éditions.

TABLE DES FIGURES

	Titre de figure	La page
Figure 1	Les composantes de la performance globale	22
Figure 2	Cadre conceptuel pour l'analyse de la performance des établissements de santé	83
Figure 3	Le modèle Inputs-Outputs-Outcome	84
Figure 4	Modèles de cartes stratégiques pour les organisations privées et publiques	90
Figure 5	Carte stratégique et Scorecard = Balanced Scorecard	91
Figure 06	Balanced Scorecard : des indicateurs organisés en quatre perspectives	93
Figure 7	Les axes de la BSC adaptés pour les organisations du secteur public	95
Figure 8	Le modèle de Kaplan et Norton entre le secteur privé et public	97
Figure 9	Les quatre axes de la performance.	98
Figure 10	L'organisation du système national algérien de santé	107
Figure 11	L'organigramme de l'Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran	130
Figure 12	Démarche du paradigme de Churchill	132
Figure 13	Le modèle global	139
Figure 14	Distinction entre modèle de mesure réflexif et formatif	142
Figure 15	Test de pertinence des loading externes (modèle de mesure)	146
Figure 16	Répartition des personnes enquêtées selon le Sexe	150
Figure 17	Age des personnes enquêtées	151
Figure 18	Répartition des personnes enquêtées selon la catégorie professionnelle	151
Figure 19	Répartition des personnes enquêtées selon l'ancienneté	152
Figure 20	Répartition des personnes enquêtées selon la formation	152
Figure 21	Répartition des personnes enquêtées selon type de contrat	152
Figure 22	Le modèle global de la performance	183

LISTE DES TABLEAUX

	Titre de tableau	La page
Tableau 1	Les différentes approches de la performance selon Cohen (1994)	18
Tableau 2	Les différentes perceptions de la performance	19
Tableau 3	Récapitulatif des approches de la performance ; modèles organisationnels et organisation, performance et modèles de gestions associés	35
Tableau 4	Les éléments de la nouvelle gouvernance publique, en contrastent avec l'administration publique et le nouveau management public	45
Tableau 5	Les principes de la nouvelle gestion publique	46
Tableau 6	Différents modes de gestion des services publics	53
Tableau 7	L'universalité d'un outil de gestion en question : Cas de la Balanced Scorecard dans les administrations de l'Etat ».	99
Tableau 8	Répartition des effectifs par corps du personnel hospitalo-universitaire d'Oran.	126
Tableau 9	Indicateurs de validité et de fiabilité pour les analyses factorielles exploratoires	136
Tableau 10	Les valeurs de l'alpha de Cronbach.	136
Tableau 11	La comparaison entre l'approche LISREL et l'approche PLS	140
Tableau 12	Règles de décision pour le choix du modèle réflexif ou formatif	143
Tableau 13	Les critères d'évaluation du modèle de mesure réflexif (modèle externe)	147
Tableau 14	Les indicateurs de la performance retenus dans chaque axe (dimension)	154
Tableau 15	Les facteurs de la dimension gestion administrative	156
Tableau 16	Les facteurs de la dimension la gestion du personnel	159
Tableau 17	Les facteurs de la dimension gestion des infrastructures et du matériel	161
Tableau 18	Les facteurs explicatifs de la dimension gestion des consommables	162
Tableau 19	Les facteurs de la dimension la gestion de l'information	163
Tableau 20	Les facteurs de la dimension hygiène et sécurité	164
Tableau 21	La fiabilité et la validité de la dimension gestion administrative	168
Tableau 22	La fiabilité et la validité de la dimension gestion de personnel	170
Tableau 23	La fiabilité et la validité de la dimension gestion des infrastructures et du matériel.	171
Tableau 24	La fiabilité et la validité de la dimension gestion des consommables	172
Tableau 25	La fiabilité et la validité de la dimension gestion de l'information	173
Tableau 26	La fiabilité et la validité de la dimension gestion d'hygiène et de sécurité	173
Tableau 27	La validité discriminante des six dimensions	175
Tableau 28	La validité discriminante des facteurs de la gestion administrative	175
Tableau 29	La validité discriminante des facteurs de la gestion du personnel	175

Tableau 30	La validité discriminante des facteurs de la gestion des infrastructures et du matériel	176
Tableau 31	La validité discriminante des facteurs de la gestion des consommables	176
Tableau 32	La validité discriminante des facteurs de la gestion de l'information	176
Tableau 33	La validité discriminante des facteurs de la gestion d'hygiène et de la sécurité	176
Tableau 34	La qualité du modèle interne	177
Tableau 35	La significativité des relations structurelles	178
Tableau 36	Estimation de l'hypothèse 1	178
Tableau 37	Estimation de l'hypothèse 2	179
Tableau 38	Estimation de l'hypothèse 3	179
Tableau 39	Estimation de l'hypothèse 4	180
Tableau 40	Estimation de l'hypothèse 5	181
Tableau 41	Estimation de l'hypothèse 6	181

ANNEXE 1 : ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE « L'APPROCHE PLS »

Tableau 01 : les codes des items

	Les questions		SPSS base 1	SPSS ACP	No mi nat
G A	Saviez-vous qu'il existe-il un règlement intérieur dans votre établissement ?	V1	GA_RI_Q1		
	Si oui, connaissez-vous le règlement intérieur ?	V2	GA_RI_Q2	GA_RI_Q2	V2
	Si oui, selon vous le règlement intérieur est-il respecté ?	V3	GA_RI_Q3	GA_RI_Q3	V1
	Saviez-vous que l'établissement dispose-t-il d'un projet d'établissement	V4	GA_PE_Q1	GA_PE_Q1	V3
	Existe-il une charte de malade dans l'établissement ?	V5	GA_ChM_Q1	GA_ChM_Q1	V4
	Si Non, Y a-t-il une réflexion en cours sur la rédaction d'une charte nationale ?	V6	GA_ChM_Q2		
	Y a-t-il un dossier patient en papier	V7	GA_ChM_Q3	GA_ChM_Q3	V5
	Combien de fois votre conseil d'administration se réunit par an ?	V8	GA_FODE_Q1	GA_FODE_Q1	V6
	Saviez-vous que votre établissement dispose-t-il d'un comité consultatif ?	V9	GA_FODE_Q2	GA_FODE_Q2	V7
	Si oui, combien de fois par mois se réunit le comité consultatif ?	V10	GA_FODE_Q3	GA_FODE_Q3	V8
	Saviez-vous que votre établissement dispose-t-il d'une commission médicale d'établissement ?	V11	GA_FODE_Q4		
	Si oui, combien de fois par an se réunit la commission médicale ?	V12	GA_FODE_Q5		
	Saviez-vous que votre établissement dispose-t-il d'un comité technique d'hygiène et de sécurité	V13	GA_FODE_Q6	GA_FODE_Q6	V9
	Si oui, combien de fois par mois se réunit le comité ?	V14	GA_FODE_Q7	GA_FODE_Q7	V10
	Êtes-vous satisfait(e) de la gestion administrative ?	V15	GA_SP_Q1	GA_SP_Q1	V11
	Comment jugez-vous les relations avec la direction ?	V16	GA_SP_Q2	GA_SP_Q2	V12
	Saviez-vous que vous disposez d'un dossier dans le service des ressources humaines ?	V17	GP_Q1	GP_Q1	V13
	Existe-t-il une prime d'encouragement pour avoir accompli un travail avec un effort particulier ?	V18	GP_Q2	GP_Q2	V14
	Existe-t-il un plan de formation contenu du personnel en cours d'emploi ?	V19	GP_Q3	GP_Q3	V15
	Saviez-vous qu'il existeun centre de documentation fonctionnel dans votre établissement ?	V20	GP_Q4	GP_Q4	V16

GP	Fréquentez-vous le centre de documentation	V21	GP_Q5	GP_Q5	V17
	Comment évaluez-vous l'absentéisme dans le milieu de travail ?	V22	GP_Q6	GP_Q6	V18
	Existe-t-il un outil de gestion de l'absentéisme du personnel dans votre établissement ?	V23	GP_Q7	GP_Q7	V19
	Quels sont parmi les outils de gestions de l'absentéismes suivants utilisés dans votre établissement ?	V24	GP_Q8	GP_Q8	V20
	Comment jugez-vous votre horaire de travail ?	V25	GP_Q9	GP_Q9	V21
	Comment sentez-vous sur lieu de travail ?	V26	GP_Q10	GP_Q10	V22
	Comment appréciez-vous les conditions de travail ??	V27	GP_Q11	GP_Q11	V23
	Quelle option les autorités adoptent-t-elles pour résoudre les conflits interpersonnels ?	V28	GP_Q12	GP_Q12	V24
	Assurance de transport	V29-1	GP_Q13_1	GP_Q13_1	V25
	Assurance de logement	V29-2	GP_Q13_2	GP_Q13_2	V26
	Assurance de nourritures	V29-3	GP_Q13_3	GP_Q13_3	V27
	Assurance des outils de communication	V29-4	GP_Q13_4	GP_Q13_4	V28
	Dans quelle condition se fait-il le recrutement de nouveaux employés ?	V30	GP_Q14	GP_Q14	V29
	Comment appréciez-vous votre salaire ou rémunération ?	V31	GP_Q15	GP_Q15	V30
	S'il vous arrive de trouver un autre emploi ailleurs, êtes-vous prêts à quitter le présent travail ?	V32	GP_Q16	GP_Q16	V31
	Comment jugez-vous les avantages en nature	V33-1	GP_Q17_1	GP_Q17_1	V32
	Comment jugez-vous les avantages de possibilités d'avancement	V33-2	GP_Q17_2	GP_Q17_2	V33
Comment jugez-vous les avantages de La formation	V33-3	GP_Q17_3	GP_Q17_3	V34	
GIM	Comment jugez-vous l'état des bâtiments de votre établissement ?	V34	GIM_SPI_Q1	GIM_SPI_Q1	V35
	Votre établissement dispose-t-il d'un plan de maintenance préventive des bâtiments ?	V35	GIM_SPI_Q2	GIM_SPI_Q2	V36
	Etes-vous satisfaits de l'entretien des bâtiments de votre établissement ?	V36	GIM_SPI_Q3	GIM_SPI_Q3	V37
	Votre établissement dispose-t-il d'un inventaire central du matériel à jour ?	V37	GIM_Inv_Q1	GIM_Inv_Q1	V38
	Est-ce que chaque service dispose d'un inventaire ?	V38	GIM_Inv_Q2	GIM_Inv_Q2	V39
	Comment jugez-vous le matériel non médical dans votre établissement ?	V39	GIM_SPM_Q1	GIM_SPM_Q1	V40

	L'entretien du matériel non médical se fait ?	V40	GIM_SPM_Q2	GIM_SPM_Q2	V41
GC	La quantité des consommables des outils de travaux	V41	GC_Q1	GC_Q1	V42
	La quantité des consommables des produits d'entretiens	V42	GC_Q2	GC_Q2	V43
	Comment jugez-vous la qualité des consommables des outils de travaux	V43	GC_Q3	GC_Q3	V44
	Comment jugez-vous la qualité des consommables des produits d'entretiens	V44	GC_Q4	GC_Q4	V45
GI	Existe-t-il un tableau de bord dans les services ?	V45	GII_Q1	GII_Q1	V46
	Comment se fait la transmission de l'information au sein de votre établissement	V46	GII_Q2	GII_Q2	V47
	Etes-vous impliqué dans la prise de décision concernant l'hôpital ?	V47	GII_Q3	GII_Q3	V48
	Existe-t-il un bureau d'accueil pour l'orientation des patients ?	V48	GIU_Q1	GIU_Q1	V49
GIS	L'établissement a-t-il mis en place un dispositif des réclamations des événements indésirables ?	V49	IS_SEC_Q1	IS_SEC_Q1	V50
	L'établissement a-t-il mis en place un dispositif des réclamations des questionnaires de sortie ?	V50	IS_SEC_Q2	IS_SEC_Q2	
	Saviez-vous que l'établissement dispose d'un bureau de réclamation pour les personnels ?	V51-1	IS_SEC_Q3	IS_SEC_Q3	V51
	Saviez-vous que l'établissement dispose d'un bureau de réclamation pour les usages ?	V51-2	IS_SEC_Q4	IS_SEC_Q4	V52
	Existence d'un Programme de gestion des risques en établissement de santé	V52	IS_SEC_Q5	IS_SEC_Q5	
	Comment jugez-vous la sécurité dans l'hôpital ?	V53	IS_SEC_Q6	IS_SEC_Q6	V53
	Comment évaluez-vous l'hygiène des services ?	V54	IS_IGY_Q1	IS_IGY_Q1	V54
	Existe-t-il des activités de lutte contre les infections nosocomiales ?	V55	IS_IGY_Q2	IS_IGY_Q2	V55
	Les cuisiniers portent ils le tenu de travail pour la préparation ?	V56	IS_GA_Q1	IS_GA_Q1	
	Le service d'hygiène contrôle-t-il la cuisine ?	V57	IS_GA_Q2	IS_GA_Q2	V56
	Si oui combien de fois par mois ?	V58	IS_GA_Q3	IS_GA_Q3	
	Les personnels de la cuisine bénéficient-ils d'une formation en hygiène ?	V59	IS_GA_Q4	IS_GA_Q4	
	Les personnels de la cuisine bénéficient-ils d'une surveillance médicale ?	V60	IS_GA_Q5	IS_GA_Q5	V57

1. La fiabilité des échelles de mesure

Tableau 2 : La fiabilité des échelles de mesure

	Cronbach's Alpha	rho_A
A	0,718	0,786
B	0,656	0,826
C	0,702	0,717
D	0,725	0,790
E	1,000	1,000
F	0,825	0,775
I_	0,754	0,765
J	0,762	0,820
K	0,711	0,800
L	0,744	0,779
M	0,801	0,718
N	1,000	1,000
O	0,748	0,727
P	0,757	0,730
KK	1,000	1,000
T	1,000	1,000
S	1,000	1,000
R	0,718	0,718
U	0,829	0,736
V	1,000	1,000
W	0,738	0,795
X	0,760	0,783
Y	0,729	0,690
Z	1,000	1,000

2. La validité convergente et discriminante des échelles de mesure.

Tableau3 : Test de pertinence des loading « Outer loading »

Axe		N° de variable	Spss	Intitulé	Outer Loading
La Gestion Administrative	A	V12	GA_SP_Q2	La relation avec la direction	0.883
		V 3	GA_PE_Q1	Le projet d'établissement	0.722
		V 9	GA_FODE_Q6	Un comité technique d'hygiène et de sécurité existant	0.710
	B	V11	GA_SP_Q1	La satisfaction du personnel de la gestion administrative	0.720

		V 4	GA_ChM_Q1	Une charte de malade existante	0.809	
		V 7	GA_FODE_Q2	Un comité consultatif existant	0.918	
	C	V 10	GA_FODE_Q7	Les réunions du comité technique d'hygiène et de sécurité	0.782	
		V 2	GA_RI_Q2	La connaissance du règlement intérieur	0.750	
		V 5	GA_ChM_Q3	Un dossier médical de patient unique pour l'ensemble de l'établissement existant	0.743	
	D	V 6	GA_FODE_Q1	Nombre de réunions du conseil d'administration	0.851	
		V 8	GA_FODE_Q3	Nombre de réunions du comité consultatif	0.990	
	E	V 1	GA_RI_Q3	Le respect du règlement intérieur	1.000	
La gestion du Personnel	F	V 16	GP_Q4	Un centre de documentation fonctionnel existant	0.755	
		V 26	GP_Q13_2	Les avantages en natures existants (logement)	0.765	
		V 27	GP_Q13_3	Les avantages en natures existants (la nourriture)	0.792	
	I	V14	GP_Q2	Une prime d'encouragement existante	0.692	
		V 28	GP_Q13_4	Les avantages en natures existants (outils de communications)	0.834	
		V 34	GP_Q17_3	Des avantages satisfaisants assurés par l'établissement (la formation)	0.801	
	J	V 18	GP_Q6	L'absentéisme dans le milieu de travail	0.729	
		V 20	GP_Q8	Le type d'outil de gestion de l'absentéisme	0.714	
		V 30	GP_Q15	Un salaire ou une rémunération satisfaisante	0.905	
	K	V23	GP_Q11	Les conditions de travail	0.949	
		V 29	GP_Q14	Le recrutement de nouveaux employés	0.692	
	L	V 19	GP_Q7	Un outil de gestion de l'absentéisme existant	0.699	
		V 25	GP_Q13_1	Les avantages en natures existants (le transport)	0.891	
		V 32	(GP_Q17_1	Des avantages satisfaisants assurés par l'établissement (avantages en nature)	0.740	
	M	V21	GP_Q9	L'horaire de travail	0.811	
		V22	GP_Q10	L'environnement de travail (sensation au le lieu de travail)	0.788	
	N	V 17 (ce variable est mal placé sur l'excel)	GP_Q5	Fréquentation du centre de documentation	0.733	
		V 33	GP_Q17_2	Des avantages satisfaisants assurés par l'établissement (les possibilités d'avancement)	1.00	
	La gestion des infrastructures et du	O	V 35	GIM_SPI_Q1	L'état de bâtiments de l'établissement	0.728
			V38	GIM_Inv_Q1	Un inventaire central du matériel à jour	0.791
V39			GIM_Inv_Q2	Un inventaire dans chaque service existant	0.742	
P		V37	GIM_SPI_Q3	L'entretien des bâtiments de l'établissement	0.899	
		V41	GIM_SPM_Q2	L'entretien du matériel non médical	0.693	
KK		V40	GIM_SPM_Q1	L'état de matériel non médical de l'établissement	1.00	

La gestion des consommables	T	V45	GC_Q4	La qualité des produits d'entretien	1.000
	S	V44	GC_Q3	La qualité des outils de travail	1.000
	R	V42	GC_Q1	La quantité des outils de travail	0.788
		V43	GC_Q2	La quantité des produits d'entretiens	0.802
La gestion de l'information	U	V46	GII_Q1	Un tableau de bord existant dans les services	0.719
		V49	GA_IU_Q1	L'existence d'un bureau d'accueil pour information aux usagers	0.903
	V	V47	GII_Q2	La transmission de l'information au sein de l'établissement	1.00
La gestion d'hygiène et la sécurité	W	V54	IS_IGY_Q1	Le contrôle de la cuisine par le service d'hygiène	0.724
		V55	IS_IGY_Q2	Les activités de lutte contre les infections nosocomiales	0.798
		V56	IS_GA_Q2	Hygiène des services	0.836
	X	V53	IS_SEC_Q6	La sécurité dans l'établissement	0.963
		V57	IS_GA_Q5	Surveillance médicale pour les personnels de la cuisine	0.706
	Y	V 50	IS_SEC_Q1	Un dispositif de suivi des réclamations des évènements indésirables	0.748
		V 52	IS_SEC_Q4	Un bureau de réclamation pour les usagers existant	0.842
	Z	V 51	IS_SEC_Q3	Un bureau de réclamation pour les personnels	1.00

Tableau 4 : Composite Reliability (CR) et Average Variance Extracted (AVE)

	Fiabilité composite « Composite Reliability » (CR)	Variance moyenne partagée « Average Variance Extracted » (AVE)
A	0.738	0.575
B	0.829	0.596
C	0.717	0.698
D	0.767	0,502
E	1,000	1,000
F	0,746	0,594
G CONSOMABLE	0.712	0,506
G Dinformation	0,002	0,380
G INFRASTRUCTURE	0,010	0,303
GA	0,014	0,173
GPER	0.705	0.536
I_	0.758	0,555
J	0,679	0,499
K	0,776	0,644
KK	1,000	1,000

L	0,815	0,553
M	0,738	0,532
N	1,000	1,000
O	0,734	0,569
P	0,742	0,598
PERFORMANCE	0,011	0,080
R	0,775	0,632
S	1,000	1,000
T	1,000	1,000
U	0,739	0,543
V	1,000	1,000
ghygene	0,704	0,503
W	0,755	0,560
X	0,753	0,647
Y	0,776	0,635
Z	1,000	1,000

ANNEXE 2 : ANALYSE STATISTIQUE DESCRIPTIVE

Tableau 1 : saviez-vous qu'il existe-il un règlement intérieur dans votre établissement ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	60	100,0	100,0	100,0

Tableau 2 : Si oui, connaissez-vous le règlement intérieur ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	51	85,0	85,0	85,0
	Non	9	15,0	15,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 3 : Si oui, Selon vous le règlement intérieur est-il respecté ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	37	61,7	72,5	72,5
	Non	14	23,3	27,5	100,0
	Total	51	85,0	100,0	
Manquant	Système	9	15,0		
Total		60	100,0		

Tableau 4 : Saviez-vous que l'établissement dispose-t-il d'un projet d'établissement

	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Oui	88,3	88,3	88,3
Non	11,7	11,7	100,0
Totale	100,0	100,0	

Tableau 5 : Existe-il une charte de malade dans l'établissement ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	54	90,0	90,0	90,0
	Non	6	10,0	10,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 6 : Si Non, Y a-t-il une réflexion en cours sur la rédaction d'une charte nationale ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	6	10,0	85,7	85,7
	Non	1	1,7	14,3	100,0
	Total	7	11,7	100,0	
Manquant	Système	53	88,3		
Total		60	100,0		

Tableau 7 : Y a-t-il un dossier patient en papier ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	55	91,7	93,2	93,2
	Non	4	6,7	6,8	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Manquant	Système	1	1,7		
Total		60	100,0		

Tableau 8 : Combien de fois votre conseil d'administration se réunit par an ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1 à 2	33	55,0	55,0	55,0
	2 à 3	16	26,7	26,7	81,7
	Plus de 3 fois	11	18,3	18,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 9 : Votre établissement dispose-t-il d'un comité consultatif ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	29	48,3	48,3	48,3
	Non	31	51,7	51,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 10 : Si oui, combien de fois par mois se réunit le comité consultatif ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1 à 2 fois	6	10,0	20,7	20,7
	3 à 4 fois	6	10,0	20,7	41,4
	Plus de 4 fois	17	28,3	58,6	100,0
	Total	29	48,3	100,0	
Manquant	Système	31	51,7		
Total		60	100,0		

Tableau 11 : êtes-vous satisfait(e) de la gestion administrative ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très insatisfait	7	11,7	11,7	11,7
	Moyennement insatisfait	29	48,3	48,3	60,0
	Moyennement satisfait	24	40,0	40,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 12 : Comment jugez-vous les relations avec la direction ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Parfaites	2	3,3	3,3	3,3
	Bonnes	17	28,3	28,3	31,7
	Moyennes	34	56,7	56,7	88,3
	Mauvaises	7	11,7	11,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 13 : Saviez-vous qu'il existe un bureau d'accueil pour l'orientation des patients ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	57	95,0	95,0	95,0
	Non	3	5,0	5,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 14 : Saviez-vous que vous disposez d'un dossier dans le service des ressources humaines ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	51	85,0	85,0	85,0
	Non	9	15,0	15,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 15 : Existe-t-il une prime d'encouragement pour avoir accompli un travail avec un effort particulier ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	5	8,3	8,3	8,3
	Non	55	91,7	91,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 16 : Existe-t-il un plan de formation contenu du personnel en cours d'emploi ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	10	16,7	16,9	16,9
	Non	49	81,7	83,1	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Manquant	Système	1	1,7		
Total		60	100,0		

Tableau 17 : S'avez-vous qu'il existe un centre de documentation fonctionnel dans votre établissement ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	55	91,7	91,7	91,7
	Non	5	8,3	8,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 18 : vous fréquentez le centre de documentation

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Souvent	4	6,7	7,3	7,3
	Parfois	40	66,7	72,7	80,0
	Pas du tout	11	18,3	20,0	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Manquant	Systeme	5	8,3		
Total		60	100,0		

Tableau 19 : Comment évaluez-vous l'absentéisme dans le milieu de travail ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très élevé	22	36,7	36,7	36,7
	Moyen	29	48,3	48,3	85,0
	Faible	9	15,0	15,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 20 : Existe-t-il un outil de gestion de l'absentéisme du personnel dans votre établissement ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	59	98,3	98,3	98,3
	Non	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 21 : Quels sont parmi les outils de gestions de l'absentéisme suivant utilisé dans votre établissement

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Registre des présences	30	50,0	50,8	50,8
	Pointeuse facial	29	48,3	49,2	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Manquant	Systeme	1	1,7		
Total		60	100,0		

Tableau 22 : Comment jugez-vous votre horaire de travail ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très bon	4	6,7	6,7	6,7
	Bon	21	35,0	35,0	41,7
	Passable	35	58,3	58,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 23 : Comment sentez-vous sur lieu de travail ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Frustré(e)	9	15,0	15,0	15,0
	Inquiet(e)	27	45,0	45,0	60,0
	A l'aise/fier	24	40,0	40,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 24 : Comment appréciez-vous les conditions de travail ??

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très favorables	5	8,3	8,3	8,3
	Favorables	30	50,0	50,0	58,3
	Moyennement favorables	24	40,0	40,0	98,3
	Défavorables	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 25 : Quelle option les autorités adoptent-t-elles pour résoudre les conflits interpersonnels ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Le recours à la hiérarchie	43	71,7	71,7	71,7
	Aucune action ou la fuite des conflits	10	16,7	16,7	88,3
	La confrontation tête à tête	4	6,7	6,7	95,0
	Autres	3	5,0	5,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 26 : Assurance de transport

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	8	13,3	13,3	13,3
	Non	52	86,7	86,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 27 : Assurance de logement

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	3	5,0	5,0	5,0
	Non	57	95,0	95,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 28 : Assurance de nourritures

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	9	15,0	15,0	15,0
	Non	51	85,0	85,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 29 : Assurance des outils de communication

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	50	83,3	83,3	83,3
	Non	10	16,7	16,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 30 : Dans quelle condition se fait le recrutement de nouveaux employés ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Départ de personnel	18	30,0	30,0	30,0
	Décès ou retraite	18	30,0	30,0	60,0
	Création de nouvel emploi	23	38,3	38,3	98,3
	Autre	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 31 : Comment appréciez-vous votre salaire ou rémunération ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très suffisant	1	1,7	1,7	1,7
	Moyennement suffisant	4	6,7	6,7	8,3
	Suffisant	34	56,7	56,7	65,0
	Insuffisant	21	35,0	35,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 32 : S'il vous arrive de trouver un autre emploi ailleurs, êtes-vous prêts à quitter le présent travail ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	13	21,7	33,3	33,3
	Non	26	43,3	66,7	100,0
	Total	39	65,0	100,0	
Manquant	Système	21	35,0		
Total		60	100,0		

Tableau 33 : Comment jugez-vous les avantages en nature ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très insatisfait	31	51,7	51,7	51,7
	Moyennement insatisfait	17	28,3	28,3	80,0
	Moyennement satisfait	11	18,3	18,3	98,3
	Satisfait	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 34 : Comment jugez-vous l'état des bâtiments de votre établissement ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Mauvaise	2	3,3	3,3	3,3
	Acceptable	7	11,7	11,7	15,0
	Bonnes	22	36,7	36,7	51,7
	Parfaite	29	48,3	48,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 35 : Etes-vous satisfaits de l'entretien des bâtiments de votre établissement ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très insatisfait	10	16,7	16,7	16,7
	Moyennement insatisfait	20	33,3	33,3	50,0
	Moyennement satisfait	25	41,7	41,7	91,7
	Satisfait	5	8,3	8,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 36 : Votre établissement dispose-t-il d'un inventaire central du matériel à jour ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	59	98,3	98,3	98,3
	Non	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 37 : Est-ce que chaque service dispose d'un inventaire ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	53	88,3	88,3	88,3
	Non	7	11,7	11,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 38 : Comment jugez-vous le matériel non médical dans votre établissement ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Adéquats	36	60,0	60,0	60,0
	En état de délabrement (vétuste)	6	10,0	10,0	70,0
	Inadéquats/ incomplets	18	30,0	30,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 39 : L'entretien du matériel non médical se fait ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Toujours	44	73,3	73,3	73,3
	Fréquemment	8	13,3	13,3	86,7
	Rarement	8	13,3	13,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 40 : la quantité des consommables des outils de travaux

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très suffisant	11	18,3	18,3	18,3
	Moyennement suffisant	35	58,3	58,3	76,7
	Suffisant	3	5,0	5,0	81,7
	Insuffisant	11	18,3	18,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 41 : la quantité des consommables des produits d'entretiens

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très suffisant	7	11,7	11,7	11,7
	Moyennement suffisant	31	51,7	51,7	63,3
	Suffisant	18	30,0	30,0	93,3
	Insuffisant	4	6,7	6,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 42 : Comment jugez-vous la qualité des consommables des outils de travail ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très suffisant	13	21,7	21,7	21,7

	Moyennement suffisant	17	28,3	28,3	50,0
	Suffisant	1	1,7	1,7	51,7
	Insuffisant	29	48,3	48,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 43 : Comment jugez-vous la qualité des consommables des produits d'entretiens ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très suffisant	7	11,7	11,7	11,7
	Moyennement suffisant	22	36,7	36,7	48,3
	Suffisant	11	18,3	18,3	66,7
	Insuffisant	20	33,3	33,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 44 : Existe-t-il un tableau de bord dans les services ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	50	83,3	83,3	83,3
	Non	10	16,7	16,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 45 : Comment se fait la transmission de l'information au sein de votre établissement

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Ecrite (note de service)	46	76,7	76,7	76,7
	Verbale	14	23,3	23,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 46 : Etes-vous impliqué dans la prise de décision concernant l'hôpital ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	13	21,7	26,5	26,5
	Non	36	60,0	73,5	100,0
	Total	49	81,7	100,0	
Manquant	Système	11	18,3		
Total		60	100,0		

Tableau47 : L'établissement a-t-il mis en place un dispositif des réclamations des évènements indésirables ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	54	90,0	90,0	90,0
	Non	6	10,0	10,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 48 : L'établissement a-t-il mis en place un dispositif des réclamations des questionnaires de sortie ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	60	100,0	100,0	100,0

Tableau 49 : Saviez-vous que L'établissement dispose-t-il d'un bureau de réclamation pour les personnels ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	48	80,0	80,0	80,0
	Non	12	20,0	20,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 50 : Saviez-vous que l'établissement dispose-t-il d'un bureau de réclamation pour les usages ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	49	81,7	81,7	81,7
	Non	11	18,3	18,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 51 : L'existence d'un Programme de gestion des risques en établissement de santé ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	60	100,0	100,0	100,0

Tableau52 : Comment jugez-vous la sécurité dans l'hôpital ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Très Mauvaise	13	21,7	21,7	21,7
	Mauvaise	4	6,7	6,7	28,3

	Bonnes	40	66,7	66,7	95,0
	Excellente	3	5,0	5,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 53 : Comment évaluez-vous l'hygiène des services ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Bonne	55	91,7	91,7	91,7
	Mauvaise	5	8,3	8,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 54 : Existe-t-il des activités de lutte contre les infections nosocomiales ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	34	56,7	63,0	63,0
	Non	20	33,3	37,0	100,0
	Total	54	90,0	100,0	
Manquant	Systeme	6	10,0		
Total		60	100,0		

Tableau 55 : Les cuisiniers portent ils le tenu de travail pour la préparation ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	60	100,0	100,0	100,0

Tableau 56 : Le service d'hygiène contrôle-t-il la cuisine ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	48	80,0	80,0	80,0
	Non	12	20,0	20,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 57 : Si oui combien de fois par mois ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1 à 2 fois	60	100,0	100,0	100,0

Tableau 58 : Les personnels de la cuisine bénéficient-ils d'une formation en hygiène ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	44	73,3	73,3	73,3
	Non	16	26,7	26,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tableau 59 : Les personnels de la cuisine bénéficient-ils d'une surveillance médicale ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	51	85,0	85,0	85,0
	Non	9	15,0	15,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

ANNEXE 3 : LE QUESTIONNAIRE

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
 SCIENTIFIQUE



Université d'Oran 2 Mohamed Ben Ahmed
 Faculté des Sciences Economiques, sciences de Gestion et des Sciences Commerciales

Doctorat troisième cycle LMD en science de gestion

Option Management et Politiques Publiques

Thème

LA MESURE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE : CAS DE L'EHU D'ORAN

Dans le cadre d'une *préparation de thèse pour obtention de doctorat*, je suis menée à réaliser une étude qui porte sur la problématique de la mesure de la performance hospitalière. Il s'agit d'une première enquête de ce type réalisée à *l'établissement hospitalier universitaire 1er novembre 1954 d'Oran*. Cette étude a pour ambition de répondre à la fois à un objectif

organisationnel tout en participant au développement d'une démarche d'amélioration de la performance au sein de l'établissement.

Le questionnaire est composé de : 57 questions

Cela devrait vous prendre environ 15 minutes pour le compléter

Je vous invite à apporter vos réponses à chaque question en se basant sur vos pratiques quotidiennes propres à votre établissement. Si vous n'êtes pas concernés par une question, vous pouvez noter **NC (Non concerné)**.

Je vous remercie d'avance pour votre coopération qui j'augure la plus fructueuse possible.

Merci pour votre précieuse collaboration.

Préparé par : *Ibtissem GUENTOUH*

Sous la direction de Mme : *Najat ZATLA*

L'identité du répondant :

1. Vous êtes :

Femme

Homme

2. Votre âge entre

-25 ans

25-40 ans

41-55 ans

56 ans et +

3. Vous êtes de la catégorie professionnelle :

	Administratif		Technique
• Administrateur principale	<input type="checkbox"/>	• Chefs magasiniers	<input type="checkbox"/>
• Administrateur	<input type="checkbox"/>	• Magasinier	<input type="checkbox"/>
• Attaché principale d'administration	<input type="checkbox"/>	• Personnel technique	<input type="checkbox"/>
• Attaché d'administration	<input type="checkbox"/>		

4. Depuis combien d'années êtes-vous à l'établissement ?

de 1 à 5 ans de 5 à 10 ans de 10 à 14 ans

5. Quel est votre niveau de formation ?

Universitaire

Niveau secondaire

Niveau moyen

Autre

6. Qu'elle est votre type de contrat ?

- CDI (permanant) CDD (temporaire) vacataire (pré-employé)

Section 1 : La gestion administrative

1) *Le règlement intérieur*

1. Saviez-vous qu'il existe un règlement intérieur dans votre établissement ?

- Oui Non

2. Si oui, connaissez-vous le règlement intérieur ?

- Oui Non

3. Si oui, selon vous le règlement intérieur est-il respecté ?

- Oui Non

2) *Le projet d'établissement*

4. Saviez-vous que l'établissement dispose d'un projet d'établissement

- Oui Non

3) *La charte du malade*

5. Existe-il une charte de malade dans l'établissement ?

- Oui Non

6. Si Non, Y a-t-il une réflexion en cours sur la rédaction d'une charte nationale ?

- Oui Non

7. Y a-t-il un dossier patient unique pour l'ensemble de l'établissement ?

	Oui	Non
- Dossier en papier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dossier électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) *Le fonctionnement des organes délibératifs et consultatifs ?*

8. Combien de fois votre conseil d'administration se réunit par an ?

- 1 à 2 fois 2 à 3 fois plus de 3 fois

9. Votre établissement dispose-t-il d'un conseil de direction interne ?

- Oui Non

10. Si oui, combien de fois par mois se réunit le conseil de direction interne ?

1 à 2 fois 2 à 3 fois 3 à 4 fois plus de 4 fois

11. Saviez-vous que votre établissement dispose-t-il d'une commission médicale d'établissement ?

Oui Non

12. Si oui, combien de fois par an se réunit la commission médicale ?

1 à 2 fois 2 à 3 fois 3 à 4 fois plus de 4 fois

13. Saviez-vous que votre établissement dispose-t-il d'un comité technique d'hygiène et de sécurité

Oui Non

14. Si oui, combien de fois par mois se réunit le comité ?

1 à 2 fois 2 à 3 fois 3 à 4 fois plus de 4 fois

5) *La satisfaction du personnel*

15. Êtes-vous satisfait(e) de la gestion administrative ?

- Très insatisfait
- Moyennement insatisfait
- Moyennement satisfait
- Très satisfait

16. Comment jugez-vous les relations avec la direction ?

- Parfaites
- Bonnes
- Moyennes
- Mauvaises

6) *L'information aux usagers*

17. Saviez-vous qu'il existe un bureau d'accueil pour l'orientation des patients ?

Oui Non

Section2 : la gestion du personnel

18. Saviez-vous que vous disposez d'un dossier dans le service des ressources humaines ?

Oui Non

19. Existe-t-il une prime d'encouragement pour avoir accompli un travail avec un effort particulier ?

Oui Non

20. Existe-t-il un plan de formation contenu du personnel en cours d'emploi ?

Oui Non

21. Saviez-vous qu'il existe un centre de documentation fonctionnel dans votre établissement ?

- Oui Non

22. Si oui : vous le fréquentez ?

- souvent parfois pas du tout

23. Comment évaluez-vous l'absentéisme dans le milieu de travail ?

- Très élevé
 Moyen
 Faible

24. Existe-t-il un outil de gestion de l'absentéisme du personnel dans votre établissement ?

- Oui Non

25. Si oui, quels sont parmi les outils suivants utilisés dans votre établissement :

- Registre des présences
 Pointeuse badgeuse
 Pointeuse faciale
 Pointeuse biométrique

26. Comment jugez-vous votre horaire de travail ?

- Très bon
 Bon
 Passable
 Mauvais

27. Comment sentez-vous sur lieu de travail ?

- Frustré(e)
 Inquiet(e)
 A l'aise/fier

28. Comment appréciez-vous les conditions de travail ??

- Très favorables
 Favorables
 Moyennement favorables
 Défavorables

29. Quelle option les autorités adoptent-t-elles pour résoudre les conflits interpersonnels ?

- Le recours à la hiérarchie
 Aucune action ou la fuite des conflits
 La confrontation tête à tête
 Autre (à préciser) :

30. Votre organisation vous assure-t-il les avantages en nature ci-après ?

	Oui	Non
- Le Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le Logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Les outils de communications (téléphone mobile, micro-ordinateur, accès internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

31. Dans quelle condition se fait-il le recrutement de nouveaux employés ?

- Départ de personnel
- Décès ou retraite
- Création de nouvel emploi
- Autre (à préciser).....

32. Comment appréciez-vous votre salaire ou rémunération ?

- Très suffisant
- Moyennement suffisant
- Suffisant
- Insuffisant

33. S'il vous arrive de trouver un autre emploi ailleurs, êtes-vous prêts à quitter le présent travail ?

- Oui Non

34. Comment jugez-vous les avantages suivants assurés par votre établissement ?

	Très insatisfait	Moyennement insatisfait	Moyennement satisfait	Très satisfait
- Les avantages en nature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les possibilités d'avancement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 3 : La gestion des infrastructures et du matériel

1) Satisfaction du personnel sur l'immobilier

35. Comment jugez-vous l'état des bâtiments de votre établissement ?

- Mauvaise
- Acceptable
- Bonne
- Parfaite

36. Votre établissement dispose-t-il d'un plan de maintenance préventive des bâtiments ?

- Oui Non

37. Etes-vous satisfaits de l'entretien des bâtiments de votre établissement ?

- Très insatisfait
- Moyennement insatisfait
- Moyennement satisfait :
- Très satisfait

2) *Inventaire*

38. Votre établissement dispose-t-il d'un inventaire central du matériel à jour ?

- Oui Non

39. Est-ce que chaque service dispose d'un inventaire ?

- Oui Non

3) *Satisfaction du personnel sur le matériel*

40. Comment jugez-vous le matériel non médical dans votre établissement ??

- Adéquats
- En état de délabrement (vétuste)
- Inadéquats/ incomplets

41. L'entretien du matériel non médical se fait ?

- Toujours
- Fréquemment
- Rarement
- jamais

Section 4 : La gestion des consommables

42. La quantité des consommables suivants est-elle ?

	Très suffisante	Moyennement suffisante	Moyennement insuffisante	Très Insuffisante
- Les outils de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les produits d'entretien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Comment jugez-vous la qualité des consommables suivant

	Très satisfait	Moyennement satisfait	Moyennement insatisfait	Très Insatisfait
- Les outils de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les produits d'entretien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 5 : La gestion de l'information

1) L'information interne

44. Existe-t-il un tableau de bord dans les services ?

Oui Non

45. Comment se fait la transmission de l'information au sein de votre établissement

Ecrite (note de service) verbale absente

46. Etes-vous impliqué dans la prise de décision concernant l'hôpital ?

Oui Non

Section 6 : L'hygiène et la sécurité

1) La sécurité

47. L'établissement a-t-il mis en place un dispositif de suivi ?

	Oui	Non
- Des réclamations des évènements indésirables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des questionnaires de sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Saviez-vous que l'établissement dispose-t-il d'un bureau de réclamation pour ?

	Oui	Non
- Les personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les usagers (les patients)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Existence d'un Programme de gestion des risques en établissement de santé

Oui Non

50. Comment jugez-vous la sécurité dans l'hôpital

Très mauvaise Mauvaise Bonne Excellente

2) L'hygiène

51. Comment évaluez-vous l'hygiène des services ?

Bonne Mauvaise Pire (laisse à désirer)

52. Existe-t-il des activités de lutte contre les infections nosocomiales ?

Oui Non

3) *La gestion de l'alimentation*

53. Les cuisiniers portent ils le tenu de travail pour la préparation ?

Oui Non

54. Le service d'hygiène contrôle-t-il la cuisine ?

Oui Non

55. Si oui combien de fois par mois ?

1 à 2 fois 2 à 3 fois 3 à 4 fois plus que 4fois

56. Les personnels de la cuisine bénéficient-ils d'une formation en hygiène ?

Oui Non

57. Les personnels de la cuisine bénéficient-ils d'une surveillance médicale ?

Oui Non

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
DEDICACE	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION GENERALE.....	6
CHAPITRE I : LE CADRE CONCEPTUEL DE LA PERFORMANCE	
Introduction	14
4. Le cadre de la performance et les principaux concepts.....	14
5. Les types de la performance	20
5.1.Approche financière de la performance	20
5.2.Approche globale de la performance	21
5.2.1. La performance économique	22
5.2.2. La performance sociale.....	23
5.2.3. La performance sociétale	24
5.2.4. La performance humaine.....	25
5.2.5. La performance organisationnelle.....	26
5.2.6. La performance stratégique	27
5.2.7. La performance managériale	28
2.2.8. La performance technologique et commerciale	28
6. Les approches de la performance	30
6.1.Un concept multidimensionnel	30
6.2.Un concept contingent	31
3.3.1 Modèle de l'atteinte des buts/rational (accomplissement des objectifs) ...	31
3.3.2 Modèle de processus interne (orientation vers les processus internes)	32
3.3.3 Le modèle de l'acquisition des ressources (système ouvert sur l'environnement)	32
3.3.4 Modèle des relations humaines (modèle de constituants stratégiques) ...	33
3.3.5 Les Modèles méthodologiques.....	33
a) Le modèle zéro défaut	33
b) Le modèle comparatif de performance	34
c) Le modèle du système d'action rationnelle (Le modèle de la légitimité sociale.....	34
6.3.Un concept paradoxal	35
Conclusion.....	37
CHAPITRE II : L'EMERGENCE DE LA PERFORMANCE DANS LE SECTEUR PUBLIC	
Introduction	38
1. <i>Origine et évolution du Management public</i>	38
a. <i>Le « Management » : origine et évolution du terme</i>	38
b. Management public quelle définition.....	40
c. Le nouveau management public (The New Public Management)	42
i. Les fondements de nouveau management public	43
ii. L'émergence de nouveau management public.....	45
d. Frontière entre privé et public	47
2. Le service public	47
a. Déconcentration, centralisation, et gestion territoriale.....	48
b. Définition du service public	50

c.	Les principes qui fondent l'action du service public	51
i.	Principes d'égalité (égalité de traitement des usagers)	51
ii.	Principe de continuité de service public	51
iii.	Le principe de la mutabilité ou d'adaptation constante.....	52
d.	Gestion des services publics.....	52
i.	Différents modes de gestion des services publics.....	52
e.	Service public en Algérie.....	55
i.	Fonctions régaliennes en Algérie.....	55
ii.	Services publics non marchands en Algérie.....	55
iii.	Secteurs publics marchands en Algérie	56
3.	La performance des organisations publiques	57
a.	Les caractéristiques des organisations publiques communes avec les organisations privées	57
i.	Les critères communs avec les organisations du secteur privé.....	57
ii.	Les critères exclusifs aux organisations publiques.....	59
	Conclusion	63
CHAPITRE III : LA PERFORMANCE DES ORGANISATION PUBLIQUES DE SANTÉ		
	Introduction	64
1.	L'hôpital public à l'épreuve de la performance	64
1.1.	Le contexte hospitalier	64
1.2.	La conception structurelle de l'hôpital	66
1.3.	La complexité organisationnelle de l'hôpital public	68
1.3.1.	La complexité comportementale.....	69
1.3.2.	La complexité d'origine organisationnelle	69
1.3.3.	La complexité en termes de transmission de l'information	70
2.	La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle de mesure	71
2.1.	Pourquoi mesurer la performance	73
2.2.	Les indicateurs de mesure de la performance.....	75
2.2.1.	Les indicateurs de structure	77
2.2.2.	Les indicateurs de résultat	77
2.2.3.	Les indicateurs de processus	77
2.3.	Les modèles de mesure de la performance	79
2.3.1.	Le modèle intégrateur	79
a)	La fonction d'adaptation avec l'environnement	80
b)	La fonction d'atteinte des buts	80
c)	La fonction d'intégration des processus internes pour produire.	80
d)	Le maintien des valeurs et le climat organisationnel	81
2.3.2.	Les modèles « IOO » Inputs, Outputs, Outcomes / « EEE » Economie, Efficience, Efficacité.	83
2.3.3.	Le modèle du Balanced Scorecard.....	87
a)	Historique de la Balanced Scorecard	87
b)	Présentation et analyse du concept « Balanced Scorecard » dans le secteur public	93
3.	Vers une logique de performance hospitalière en Algérie.....	100
3.1.	La gestion des ressources humaines hospitalière en Algérie : logique statutaire.....	100
3.2.	Historique et organisation de système de santé en Algérie	103
3.3.	Des expériences de mesure de la performance dans les hôpitaux publics algériens.....	109

Conclusion	121
CHAPITRE IV : L'APPRECIATION DE LA PERFORMANCE ADMINISTRATIVE A L'EHU D'ORAN	
Introduction	123
5. Présentation du terrain d'étude	123
5.1.Présentation de l'Etablissement Hospitalier universitaire d'Oran 1 ^{er} Novembre 1954	123
5.2.Mission de l'EHU.....	125
5.3.Structure du personnel de l'EHU	125
5.3.1. Les personnels médicaux	126
5.3.2. Les personnels non médicaux	126
5.3.3. Répartition des effectifs par sexe	126
5.4.La structure de l'EHU	127
5.4.1. Les organes délibératifs et consultatifs de l'établissement public hospitalier.....	128
5.4.2. Les organes de l'établissement à caractère spécifique.....	128
5.4.3. L'organigramme de l'EHU	129
6. Présentation de la démarche théorique et méthodologique de l'étude empirique ...	131
6.1.Le paradigme de Churchill (1979)	131
6.1.1. L'analyse factorielle exploratoire estimée par l'analyse en composante principale (ACP).....	133
f) Le test de sphéricité de Bartlett.....	134
g) Le test de KMO (Kaiser Meyer et Olkin) MSA.....	134
h) Le choix de nombre de facteurs	134
i) Etude de la dimensionnalité et de la validité / purification de l'instrument de mesure	135
j) Fiabilité de l'échelle	136
6.1.2. Analyse factorielle confirmatoire	137
e) Présentation des méthodes d'équations structurelles	137
f) Processus de modélisation des équations structurelles	138
g) Méthodes d'estimation des modèles d'équations structurelles	139
h) L'évaluation d'un modèle PLS	144
7. Les résultats des analyses exploratoire et confirmatoire	149
7.1.L'analyse des résultats de la phase exploratoire	153
7.2.L'analyse des résultats de la phase confirmatoire	165
7.2.1. L'évaluation du modèle de mesure (externe).....	166
a) Vérification de la fiabilité et la validité convergente des échelles de mesure	166
b) Vérification de la validité discriminante des échelles de mesure.....	174
7.2.2. L'évaluation du modèle structurel (interne)	176
4. Analyse des résultats.....	184
4.1.La Première dimension : la gestion administrative.....	184
4.2.La deuxième dimension : la gestion du personnel	186
4.3.La troisième dimension : la gestion des infrastructures et du matériel	188
4.4.La quatrième dimension : la gestion des consommables	189
4.5.La Cinquième dimension : la Gestion de l'Information.....	190
4.6.La sixième dimension : la gestion d'hygiène et de sécurité.....	192
Conclusion	193
CONCLUSION GENERALE	194
BIBLIOGRAPHIE	201

TABLE DES FIGURES	217
LISTES DES TABLEAUX.....	218
ANNEXES	220
TABLE DES MATIERES	247