

GOUVERNANCE HOSPITALIERE ET NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC DANS UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE EN ALGERIE

Salaouatchi Hichem Sofiane¹ et Boucha Nesrine²

¹Laboratoire Management Performance Innovation, HEC Alger, Algérie.
Pôle Universitaire Koléa – Tipaza 42003

Université Nice Côte d'Azur, IAE – GRM, Nice, France.

²Laboratoire Management Performance Innovation, HEC Alger, Algérie.
Département Management et Entreprenariat, HEC Alger, Algérie.
Pôle Universitaire Koléa – Tipaza 42003
n.boucha@hec.dz

(Received March 2018 – Accepted November 2018)

RESUME

Salaouatchi, H.S. et Boucha, N. 2018. Gouvernance hospitalière et nouveau management public dans un centre hospitalo-universitaire en Algérie. Journal Scientifique Libanais. 19(3): 465-485.

En Algérie, la gouvernance hospitalière et l'évaluation des performances des hôpitaux s'inscrit dans un axe de priorité du gouvernement dans le cadre de la réforme du secteur de la santé. Son importance s'est encore plus marquée suite à la conjoncture économique que vit le pays depuis 2015, et ce en raison des grands moyens financiers alloués par l'état à ce dernier secteur.

Ce papier teste quelques principes de la gouvernance et les perspectives d'application du nouveau management public décrit par les spécialistes sur un centre hospitalo-universitaire Algérien et en conclut de 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.

Mots clés: Gouvernance Hospitalière, Centre Hospitalo-universitaire, performance, Nouveau Management Public, Algérie.

ABSTRACT

Salaouatchi, H.S. and Boucha, N. 2018. Hospital governance and new public management in a university hospital center in Algeria. Lebanese Science Journal. 19(3): 465-485.

In Algeria, hospital governance and performance management is one of the health sector top priority government reforms. Its importance has grown even more following the economic crisis since 2015 and the considerable state budget allocated to the health sector.

This research aims to test the application of some theoretical principles of health governance and public management in a university hospital in Algeria and concludes that there are serious lacks in terms of managerial practices that are the direct consequences of the transition from the social and economic model of the country since the past two decades.

Keywords: hospital governance, hospital-university Center, Performance, New Public Management, Algeria.

INTRODUCTION

A partir des années 1970, avec la pénurie des moyens de financements mondiale, le secteur de la santé est mis sous contraintes budgétaires, pour se voir obligé, dans un grand nombre de pays occidentaux, de passer d'une gestion administrative vers une gestion axée sur la rationalisation des ressources, sous plusieurs qualificatifs: modernisation de l'administration publique (Poinsard, 1987), le nouveau management public (Lamarzelle, 2008), pour une meilleure rentabilité des ressources. En effet pour une meilleure affectation des moyens financiers, ainsi que du reste des ressources matérielles et humaines, et pour une meilleure performance des structures de ce secteur, en utilisant des moyens et techniques dans le cadre des mécanismes internes et externes de la gouvernance des entreprises économiques.

Il est à noter que le concept de gouvernance, de sa nature multidimensionnelle et pluridisciplinaire, a pris avec le temps, plusieurs sens (Charreaux et Schatt 2005), pour se trouver dans la santé avec des constats généralisés dans les écrits et les recherches sur les réformes de la gestion du secteur de la santé, en Europe et en Amérique du nord, ainsi qu'en Afrique du nord, avec le cas de l'Algérie où des réformes du secteur de la santé sont en cours depuis les années 2000.

Cette étude vise à expliquer les concepts de gouvernance hospitalière et management public dans le secteur de la santé (Bernardini-Perinciolo, J., Bertolucci, M., 2018). Elle a pour objet d'évaluer l'application des pratiques de ces concepts dans le contexte d'un centre hospitalo-universitaire en Algérie.

Elle expose, dans une première partie, une brève revue de la littérature autour des notions de gouvernance et management public dans la santé ; décrit dans une deuxième partie la méthodologie adoptée et, dans une troisième partie, présente la discussion des résultats obtenus.

Revue de la littérature

La gouvernance de la sante et ses spécificités

A partir de la modélisation des structures de Mintzberg (1982), l'établissement hospitalier est considéré comme une bureaucratie professionnelle, c'est-à-dire un organisme bureaucratique dominé par le pouvoir des professionnels. Ce qui implique une dualité des pouvoirs, managérial d'un côté et professionnel de l'autre.

Contrairement à l'entreprise de production économique, la spécification sociologique de cette organisation professionnelle a des incidences importantes en matière de gestion: « nul service de méthodes n'est là pour définir et calibrer les tâches» (Moison et Tonneau, 1999, p. 20). Aussi, «la relation entre l'activité et les ressources reste inconnue dans la mesure où les professionnels ne la spécifient pas eux-mêmes, si bien que la prévisibilité de la production et des moyens pour l'assurer est faible» (Moison et Tonneau, 1999).

L'unité des soins constitue la base de l'organisation. Elle représente, au sein de l'hôpital «le lieu principal de l'interface de l'hôpital avec le patient, en termes de production de soins, d'informations de coût et de relations de prestations de service» (Hémidy, 1996).

A la fin des années 1990, l'Angleterre a entamé une réforme des services de santé axée sur deux critères principaux: l'efficacité et l'excellence (Brault et autres, 2008). Cette réforme est basée sur la vision de la gouvernance hospitalière (clinique), en tant qu'un « ensemble de moyens par lequel les organisations et les professionnels assurent la qualité des soins en rendant responsables les différents acteurs impliqués dans la création, le maintien et la surveillance de normes se rapportant aux meilleures pratiques cliniques (D H, GB, 1998, cité par Brault et autres, 2008).

Pour Glouberman et Mintzberg (2002) (cité par Coulon, 2010), l'hôpital connaît un double clivage:

- un clivage horizontal sépare les personnels travaillant au niveau des opérations (clinique) et les personnels qui cherchent à exercer un contrôle gestionnaire ou financier sur les évolutions des coûts de ces opérations.

- un clivage vertical sépare les personnes qui, comme les gestionnaires et les infirmières, ont des liens continus avec l'institution et celles qui comme les médecins et les membres du conseil d'administration y participent sur la base d'interventions.

Ainsi coexistent, selon le même auteur, à l'hôpital, « quatre ensembles d'activités, quatre modes d'organisation, quatre mentalités qui fonctionnent en vase clos. »: le traitement (cure), les soins (care), le contrôle, la communauté (les représentants de la société).

Donc les personnels de santé travaillent dans une organisation qui peut être qualifiée de « composite » dans la mesure où elle rassemble des classes de personnel très distinctes.

En plus de ces caractéristiques, l'hôpital public, un aspect doit notamment être pris en compte, qui influence fortement l'organisation et la gestion de l'hôpital. Le contrôle externe de la tutelle, qui dispose de moyens très étendus pour agir sur les établissements sanitaires. Cette dernière paraît théoriquement suffisamment forte pour que l'on puisse l'assimiler à une direction centrale parfaitement libre de ses choix, configurant et reconfigurant le système hospitalier à sa guise (Moisdon et Tonneau, 1996).

Le nouveau management public dans le secteur de santé algérien

Dans ses différentes formes, l'hôpital peut être considéré comme un établissement, dont il prend les caractéristiques de l'organisation de type « bureaucratie professionnelle » mentionnée plus haut (Mintzberg, 1982).

Depuis son indépendance et l'application de la stratégie de développement centralisée, l'Algérie a opté pour un système sanitaire public géré par l'Etat, avec un financement mixte jusqu'à 1973.

Le système de financement mixte de 1962 à 1973: dans cette période la santé en Algérie avait le caractère du système hérité de l'époque coloniale basé sur la tarification à la journée. Considérée publique répondant aux besoins de la population était financée respectivement par la participation publique et de celle la caisse de la sécurité sociale des assurés sociaux et de leurs ayants droits au niveau de 2/3 et 1/3 des dépenses du secteur (Lamri, 1998, p38). En 1973, le système de santé gratuit est installé. Il est désormais financé par le trésor de l'Etat et la participation de la caisse de la sécurité sociale. La demande de la santé publique s'est vue ainsi augmenter du fait, d'une part, de la gratuité des prestations de santé, et d'autre part de l'amélioration du niveau de vie de la population (Bouziani, 2002).

La crise qu'a vécue le pays à cause de la diminution des recettes des hydrocarbures exportés, les autorités politiques se sont trouvées, à partir des années 1980, contraint d'arrêter plusieurs programmes de santé, faute du manque de moyens de financement. Et par la suite, dans l'obligation de passer vers les conditions du Fonds Monétaire International, par le biais de la lettre d'intention en 1989, ensuite par le Plan d'Ajustement Structurel entre 1995 et 1998.

Ce plan a provoqué un changement de la politique de santé vers un système de contractualisation qui accompagnera au début des années 2000, une nouvelle vision de gestion du service public, ou également appelée le Nouveau Management Public. Des pays comme la Chine (CHRISTENSEN, T., FAN, Y., 2016) et l'Angleterre (DALINGWATER, L., 2015) suivent cette nouvelle configuration managériale publique.

En Algérie, la situation macroéconomique s'est redressée depuis le début des années 2000, une amélioration dans les secteurs socioéconomiques, notamment celui de la santé, suite aux efforts déployés dans plusieurs secteurs. Cependant, des régulations structurelles doivent intervenir dans l'administration des services publics (Banque Afrique 2011). (BAFD/OCDE, 2008). En raison du poids de l'héritage du mode de gestion (Guirou, C., 2015) de ces services durant la période de l'économie centralisée où l'initiative de gestion et la décision autonome étaient absentes.

C'est dans ce nouveau contexte que l'Etat va trouver devant de nouvelles contraintes socioéconomiques et technologiques, qui vont pousser ces derniers, en Algérie ou ailleurs, à proposer de nouvelles visions et expériences dans le sujet de management des établissements de santé dans le but de lui garantir un certain équilibre financier et de préserver son caractère social et public. Pour ce faire, le secteur comme le reste des services publics a vu l'introduction de nouvelles pratiques de bonne gouvernance empruntées au secteur privé, expérimentées dans plusieurs pays d'Amérique du nord et d'Europe depuis les années 1970.

Méthodologie de recherche

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. La méthode d'analyse est portée sur l'admission de deux questionnaires portant sur la problématique de notre article.

Présentation du chu

Le CHU est composé de 17 services hospitaliers englobant 5 spécialités chirurgicales, et 12 spécialités médicales ou cliniques (Les différents services du CHU sont: Chirurgie générale, Chirurgie infantile, Ophtalmologie, Gynécologie, ORL, Pédiatrie A/B, Pneumologie, Allergologie, Hématologie, Traumatologie, Réanimation, Médecine interne, Hémodialyse Urologie, Rééducation fonctionnel respiratoire, Urgence), équipés de 722 lits et d'autres équipements (Décret ministériel n° 73 du 23 août 1995).

Le cas choisi permet de faire la comparaison des résultats empiriques avec l'approche de la bureaucratie professionnelle du management de la santé (Mintzberg, 1982).

Problématique et des hypothèses de recherche

Quel est l'état des lieux de la gouvernance du centre hospitalo-universitaire algérien ? Comment l'adoption du nouveau management public est-il perçu 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 ?

Les trois hypothèses proposées pour essayer de répondre aux problématiques de bases sont les suivantes:

Hypothèse 1: Le mode de structure organisationnelle du centre hospitalo-universitaire algérien permet d'adopter une bonne gouvernance hospitalière qui sert à améliorer la performance.

Hypothèse 2: Il existe une formalisation de l'application du nouveau management public dans centre hospitalo-universitaire algérien.

Hypothèse 3: La réalité et les conditions socio-professionnels (Les pratiques professionnelles réelles des paramédicaux. Voir: description des variables du management de la qualité de la phase 3) des paramédicaux permet une meilleure qualité des soins.

Nous utilisons le T-Test au seuil de significativité de ($\alpha = 5\%$) pour la vérification des hypothèses de la recherche:

P-value $> \alpha$ on accepte H_0

P-value $< \alpha$ on accepte H_1

Echantillon de la recherche

La méthode choisie pour calculer notre échantillon est la méthode non probabiliste ; identifier dans la population-mère, quelques critères de répartition significatifs puis essayer de respecter cette répartition dans l'échantillon d'individus interrogés. La règle de probabilité pour calculer l'échantillon est la suivante:

$$n \geq \frac{1 + \frac{Z_{\alpha}^2 \times p \cdot q}{d^2}}{1 + \frac{Z_{\alpha}^2 \times p \cdot q}{N \cdot d^2}}$$

N: la population mère.

n: taille de l'échantillon nécessaire.

z: valeur fournie par la table de la loi normale ; elle varie selon le risque d'erreur que l'on accepte pour généraliser les résultats. L'usage est de retenir 5% soit une valeur de $z=1.96$.

p: pourcentage prévu de réponse, soit ici 50%.

q =1-p: pourcentage de non répondants, ici 50%.

e: marge de fluctuation (précision) acceptée pour généraliser les résultats: ici ± 4 points de, soit 0.04.

La population-mère est de (N = 1598) individus au CHU. La taille de l'échantillon calculé est de 437 individus répartis sur la population de notre enquête selon le tableau n°1.

Tableau 1. Répartition de l'échantillon. Source: Enquête de recherche.

| Nature de l'enquête | Nombres | Répartition en pourcentage |
|----------------------------|----------------|----------------------------|
| Administrateurs supérieurs | 79 | 18,07 % |
| Médecins | 66 | 15,1 % |
| Infirmiers | 292 | 66,81 % |
| Total | n = 437 | 100 % |

Conception du questionnaire

Nous avons formulé deux questionnaires différents: Le premier questionnaire est adressé aux gestionnaires (administrateurs supérieur) de premier niveau qui occupent une place importante (Pichault et Schoenaers, 2012 ; Baujard, 2013) au CHU et aborde la question de la gouvernance hospitalière. Le deuxième questionnaire est adressé aux trois populations: Administrateurs supérieurs (Phase 1), médecins (Phase 2) et infirmiers (Phase 3), et traite de l'application du nouveau management public dans le CHU Algérien.

La mesure des variables du questionnaire suit la méthode de l'échelle de Likert. L'échelle de mesure varie de 1 à 4 ; avec progression d'un pas de « $(4 - 1)/4 = 0,75$ ». Pour l'analyse de l'échelle: ($1 - 1,75$]: Très Faible description de l'item choisi ; $]1,75 - 2,5$]: description faible à moyenne (si $> 2,12$ à $2,5$) de l'item choisie ; $]2,5 - 3,25$]: forte description de l'item choisie, $]3,25,4$]: très forte description de litem choisie.

Ci-dessous la liste et les tableaux détaillés des indices de variables des différents questionnaires:

Indice des variables du questionnaire de la gouvernance hospitalière

Tableau 2. Description des variables de la gouvernance hospitalière. Source: Enquête de recherche.

| Numéro de la question (variable) | Indice | Description des variables Barème d'évaluation de 1 à 4 |
|----------------------------------|-----------------|--|
| 1 | PERORG | Evaluation de la performance organisationnelle |
| 2 | AUTONOMI | Evaluation de l'autonomie de prise de décision |
| 3 | RSSCHU | Relation entre la sécurité sociale et le CHU permet de bien prendre en charge le patient |
| 4 | BUDGET1 | Impact du budget alloué sur les besoins professionnels |
| 5 | CONTROLE | Contrôle sur les tâches organisationnelles |
| 6 | EVALUCOU | Modernisation du système d'évaluation des coûts de prestation (gestion des services pour un meilleur système d'information (comptabilité analytique, tableau de bord...)). |
| 7 | PPP | Participation du partenariat public privé à l'amélioration de la qualité des soins (Achat médicaments, équipements, sous-traitance...) |
| 8 | IMPLICAT | Implication aux réunions et aux séances de travail opérationnel |
| 9 | CITOYENS | Prise en considération des différentes remarques et observations des citoyens et des patients |
| 10 | TIC | Evaluation de l'intégration des TIC (internet, intranet,..) dans l'environnement de travail |
| 11 | SYNDICAT | Rôle du syndicat à défendre correctement les droits des employés |

Indices des variables du questionnaire sur le management par la qualité adressé aux administrateurs supérieurs

Tableau 3. Description des variables du management de la qualité de la phase 1. Source: Enquête de recherche.

| Numéro de la question (variable) | Indice | Question Barème d'évaluation de 1 à 4 |
|----------------------------------|-------------|--|
| 1 | RAUS | Evaluation de la relation entre l'administration supérieure et l'unité de soin |

Indices des variables du questionnaire sur les pratiques du nouveau management public adressé aux médecins

Tableau 4. Description des variables du management de la qualité de la phase 2.
Source: Enquête de recherche.

| Numéro de la question (variable) | Indice | Description des variables Barème d'évaluation de 1 à 4 |
|----------------------------------|------------------|---|
| 1 | RAUS | Evaluation de la relation entre l'administration supérieure et l'unité de soin = |
| 2 | REMINFI | Evaluation de la relation entre le médecin |
| 3 | TACHE | Répartition des tâches dans l'unité de soin |
| 4 | MOTIV | Motivation pour servir le patient |
| 5 | QUALISOIN | Evaluation de la qualité des soins dans mon unité de soin |
| 6 | DISPOMED | Disponibilité des médicaments à la demande du patient pour un traitement efficace |
| 7 | FORMA | Evaluation de la formation (séminaire, conférence, stage...) continue dans ma vocation de service |
| 8 | MODERS | Modernisation des ressources matérielles |
| 9 | MEDINTER | La médecine interdisciplinaire est organisée, pour traiter les patients |
| 10 | TEMPS | Temps d'attente du patient pour avoir son diagnostic à travers la médecine interdisciplinaire dans le CHU |
| 11 | SALAIRE | Je suis satisfait de mon salaire |
| 12 | COMMUNIC | Evaluation de la qualité de la communication interne |
| 13 | CONDITRA | Evaluation des conditions favorables pour m'impliquer dans mon milieu professionnel |
| 14 | ISO | Normalisé (ISO,...) des médicaments et des matériaux médicaux |
| 15 | EVALUATI | Normalisation des systèmes d'évaluation des médecins par des indicateurs de mesure |
| 16 | SOCIALE | Participation des œuvres sociales du CHU à la motivation des employés |
| 17 | CONNAISS | Evaluation du management de la connaissance dans le domaine |
| 18 | HYGIENE | Evaluation du cadre d'hygiène dans l'unité de soin |
| 19 | RECHERCH | Evaluation du budget alloué à la recherche pour la réalisation des innovations médicales |

| | | |
|-----------|----------------|---|
| 20 | RDV | Evaluation du respect des rendez-vous de suivie du patient |
| 21 | TIC | Evaluation de l'intégration des TIC (internet, intranet,..) dans l'environnement de travail |
| 22 | CITOYEN | Prise en considération des différentes remarques et observations des citoyens et des patients |

Indices des variables du questionnaire sur les pratiques du nouveau management public adressé aux infirmiers

Tableau 5. Description des variables du management de la qualité de la phase 3.
Source: Enquête de recherche.

| Numéro de la question (variable) | Indice | Description des variables Barème d'évaluation de 1 à 4 |
|---|-----------------|---|
| 1 | REMINFI | Evaluation de la relation entre le médecin et l'infirmier |
| 2 | TACHE | Répartition des tâches dans l'unité de soin |
| 3 | MOTIV | Motivation pour servir le patient |
| 4 | FORMA | Evaluation de la formation (séminaire, conférence, stage...) continue dans ma vocation de service |
| 5 | SALAIRE | Niveau de satisfaction du salaire |
| 6 | COMMUNIC | Evaluation de la qualité de la communication interne |
| 7 | CONDITRA | Evaluation des conditions favorables pour m'impliquer dans mon milieu professionnel |
| 8 | ISO | Normalisé (ISO,...) des médicaments et des matériaux médicaux |
| 9 | EVALUATI | Le système d'évaluation des infirmiers doit être normé par des indicateurs de mesure |
| 10 | SOCIALE | Participation des œuvres sociales du CHU à la motivation des employées |
| 11 | CONNAISS | Evaluation du management de la connaissance dans le domaine |
| 12 | TIC | Evaluation de l'intégration des TIC (internet, intranet,..) dans l'environnement de travail |
| 13 | HYGIENE | Evaluation du cadre d'hygiène dans l'unité de soin |
| 14 | CITOYEN | Prise en considération des différentes remarques et observations des citoyens et des patients |

RESULTATS ET DISCUSSION

Analyse et discussion des données sur la gouvernance hospitalière

Une analyse par les statistiques descriptives / enquête sur les administrateurs supérieurs (n = 79)

Le test de Kolmogorov-Smirnov démontre que les différentes variables de l'étude suit une distribution gaussienne et donc obéit à la loi normale, une signification asymptotique (bilatérale) acceptable à un seuil de significativité de ($\alpha = 5 \%$).

La fiabilité et la cohérence du questionnaire est largement acceptable, car le coefficient de Alpha de cette étude = 0,7881, dépasse la norme théorique aligné à 0,6 ; le questionnaire est donc fiable pour réaliser une étude correcte.

L'évaluation de la performance organisationnelle (PERORG) est moyenne par l'ensemble des administrateurs supérieurs (moyenne = 2,18), l'écart-type est de 0,7351 ce qui indique une convergence dans la majorité des répondants. L'autonomie (AUTONOMI) sur la prise de décision, la relation sécurité sociale/CHU (RSSCHU), la distribution du budget (Budget1), l'implication au travail (IMPLICAT), l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et le rôle du syndicat à défendre les employés (SYNDICAT), tous affichent un item de mesure moyenne variant de 2,03 à 2,45 (voir annexe1). Les écarts types de toutes ces variables varient de 0,61 à 1,01, ce qui explique la convergence des avis des enquêtés.

L'évaluation du contrôle dans cette administration de services publique, demeure faible, moyenne égale à 1,98 avec un écart-type égale à 0,4934. Ainsi que la relation Administration du CHU et citoyens (CITOYENS), aussi affiche une unité de mesure faible par une moyenne égale à 1,83 et d'un écart-type évalué à 0,5414 (voir annexe1).

53,2 % des enquêtés sont d'accord pour que le système d'évaluation des coûts de prestation soit modernisé par de nouvelles techniques de gestion (EVALUCOU), on peut bien confirmer cette mesure par le niveau de la moyenne estimer à 3,36 et d'un écart-type égale à 0,78, ceci dit qu'il y a une très forte volonté des administrateurs à mettre à niveau cet appareil.

Une partie assez importante des enquêtés (48,1%) pensent que le partenariat public/privé (PPP) permet d'améliorer la qualité des soins en allouant des contrats d'achat de médicament, d'équipements, et de sous-traitance. La mesure de l'item dépasse la moyenne par une mesure égale à 2,74 et d'un écart-type évalué à 0,7590, ce qui explique la convergence de l'ensemble des réponses.

Test de la validité de l'hypothèse 1

Pour tester la validité de la première hypothèse de notre recherche: « *Le mode de structure organisationnelle du centre hospitalo-universitaire algérien permet d'adopter une bonne gouvernance hospitalière qui sert à améliorer la performance.* » nous avons procédé à faire un test sur échantillon unique par le test de Student (T-TEST).

Les résultats (Voir: Annexe I) permettent d'accepter l'hypothèse alternative et de rejeter l'hypothèse nulle à un seuil de significativité de ($\alpha = 5 \%$) (Voir: Utilisation T – Test Page 5 et description des variables Page 6), pour l'ensemble des variables suivantes: PERORG, BUDJET 1, EVALCOU, PPP, IMPLICAT, CITOYENS, TIC, SYNDICAT (voir annexes 1 et 2).

Le T-test rejette l'hypothèse alternative des variables: AUTONOMI, RSCCHU, CONTROLE, ce qui explique qu'il n'existe pas une démarche de décentralisation administrative des tâches comme l'indique les réformes de 1990. On distingue également assez mal le lien entre le mode de structure organisationnelle et la fonction du contrôle. La relation sécurité sociales/CHU est aussi nuancé par le T-test, ce qui explique un manque de visibilité de la politique extérieurs du CHU avec les acteurs sociaux (voir annexes 1 et 2).

Ces résultats expliquent donc que le mode de structure organisationnelle du CHU participe à la gouvernance mais d'une manière qui ne peut assurer une forte performance. Les résultats des statistiques descriptives le démontrent.

Les résultats du T-test nous permettent de rejeter notre première hypothèse: « *Le mode de structure organisationnelle du centre hospitalo-universitaire algérien permet d'adopter une bonne gouvernance hospitalière qui sert à améliorer la performance* », de rejeter également l'hypothèse alternative sur certaines variables citées ci-dessus et donc d'accepter l'hypothèse nulle: « *Le mode de structure organisationnelle du centre hospitalo-universitaire algérien ne permet pas d'adopter une bonne gouvernance hospitalière qui sert à améliorer la performance* ».

Analyse et discussion des données des pratiques du management public au sein du chu algérien

L'administration du questionnaire du management par la qualité ai CHU à compris trois phase ; une première phase, le questionnaire est administré aux administrateurs supérieures, comprend une seul variable ((RAUS)(Evaluation de la relation entre l'administration supérieure et l'unité de soin)), une deuxième phase, le questionnaire est administré au Médecins et comprend, 22 variables, et une troisième phase adressée aux infirmiers où le questionnaire comprend 14 variables.

Une analyse par les statistiques descriptives de la première phase (administrateurs supérieurs ; N = 79)

L'évaluation de la relation entre l'administration supérieur et l'unité de soin dépasse la moyenne par une mesure égale à 2,63 et d'un écart-type évalué à 0,83, ce qui explique une bonne relation.

Une analyse par les statistiques descriptives de la deuxième phase (médecins ; N = 66)

Le test de Kolmogorov-Smirnov démontre que les différentes variables de l'étude suivent une distribution gaussienne et donc obéissent à la loi normale, une signification asymptotique (bilatérale) acceptable à un seuil de significativité de ($\alpha = 5\%$).

La fiabilité et la cohérence du questionnaire est acceptable, car le coefficient d'Alpha de cette étude = 0,6177, dépasse la norme théorique aligné à 0,6. Donc cela implique que le questionnaire est fiable pour réaliser une étude correcte.

L'évaluation des variables: relation administration/unité de soin (RAUS), répartition des tâches (TACHE), disponibilité du médicament (DISPOMED), rendez-vous pour le suivi des patients (RDV), l'intégration des TIC (TIC), la communication interne (COMMUNIC), satisfaction des salaires (SALAIRE), semblent moyenne par l'ensemble des médecins, d'une moyenne qui varie de 2,22 à 2,54 avec des écarts-types variant de 0,5001 à 0,78, ce qui indique une convergence dans la majorité des répondants (voir annexes 1 et 2).

La relation médecins/infirmiers (RMEINFI), la motivation personnelle (MOTIV), la qualité des soins (QUALISOIN), la formation (FORMA), la modernisation des ressources matérielles (MODRES), l'hygiène (HYGIENE), la conscience sur la normalisation (ISO), le management de la connaissance (CONNAISS), le système d'évaluation des médecins (EVALUATI), ont tous affiché une tendance forte à très forte de l'expression des items de mesure, leurs moyennes à varier de 2,66 à 3,28. Les écarts types de toutes ces variables varient de 0,40 à 0,75, ce qui démontre bien l'intérêt des médecins à l'adoption de la notion de la qualité (voir annexes 1 et 2).

L'évaluation du budget de recherche (RECHERCHE), conditions de travail (CONDITRA), du management du temps à propos des diagnostics (TEMPS), de l'organisation de la médecine interdisciplinaire (MEDINTER), de la motivation des œuvres sociales (SOCIALE), demeure faible, les moyennes varient de 1,45 à 2,03 avec des écarts-types qui varient de 0,53 à 1,95(voir annexes 1 et 2).

La comparaison de l'évaluation de l'item de la relation administration supérieure/médecin, évoque que les administrateurs jugent une meilleure relation avec les médecins (moyenne = 2,63), comparativement au jugement des médecins vis-à-vis des administrateurs (moyenne = 2,27). Cette situation demande d'être améliorée pour l'adoption d'une démarche efficace du management public (voir annexes 1 et 2).

Test de la validité de l'hypothèse 2

Pour tester la validité de la deuxième hypothèse de notre recherche: « Il existe une formalisation de l'application du nouveau management public dans centre hospitalo-universitaire algérien.», nous avons procédé à faire un test sur échantillon unique par le test de Student (T-TEST).

Les résultats permettent (Voir: Annexe II) de rejeter l'hypothèse nulle et d'accepter l'hypothèse alternative à un seuil de significativité de ($\alpha = 5 \%$) (Voir annexes 1 et 2).

Le T-test rejette l'hypothèse alternative des variables: MEDINTER, TEMPS, CONDITRA, SOCIAL, ce qui explique qu'il n'existe pas une démarche qualité au sein du CHU, car le management du système de soin ne parvient pas à instaurer une coordination entre les différentes disciplines médicales pour permettre au patient de gagner du temps, et parfaire en parallèle le manque de temps au sein de l'unité de soin. Les conditions de travail ne sont pas favorables pour la majorité des médecins, et les œuvres sociales ne participent pas à la motivation des médecins.

Les résultats du T-test démontrent que malgré une acceptation des hypothèses alternatives en relation avec les variables suscités, ceci ne permet pas d'établir qu'il existe une adoption adéquate du nouveau management public dans centre hospitalo-universitaire algérien.

Les résultats du T-test permettent donc de rejeter la deuxième hypothèse:« Il existe une formalisation de l'application du nouveau management public dans centre hospitalo-universitaire algérien.».

Une analyse par les statistiques descriptives de la troisième phase (infirmiers ; N = 292)

Le test de Kolmogorov-Smirnov démontre que les différentes variables de l'étude suivent une distribution gaussienne et donc obéissent à la loi normale, une signification asymptotique (bilatérale) acceptable à un seuil de significativité de ($\alpha = 5 \%$).

L'évaluation de l'intention des infirmiers envers les citoyens (CITOYEN) est importante, sa moyenne respective est égale à 2,59 avec un écart-type égale à 0,78 (voir annexes 1 et 2).

71 % des infirmiers sont totalement d'accord pour que le système d'évaluation soit mis à niveau. La moyenne de cette variable (EVALUATI) est évaluée à 3,70 ce qui confirme une très forte tendance des répondants, l'écart-type est égale à 0,47. Les tâches des infirmiers semblent être bien réparties entre eux dans les services, ceci est justifié par une moyenne égale à 2,76 et par un écart-type égale à 0,7935. Le jugement des infirmiers de l'hygiène dans l'unité de soin, est moyen (moyenne = 2,28 ; écart-type = 0,78) (voir annexes 1 et 2).

Les autres variables qui restent à analyser démontrent un niveau de mesure faible, la tendance des réponses des infirmiers tend vers majoritairement le désaccord ou l'insatisfaction (moyennes varient de 1,51 à 1,95) avec des écarts-types qui démontrent une convergence totale. On peut voir dans ce cas les variables suivantes: Formation (FORMA), salaire (SALAIRE), communication interne (COMMUNI), condition de travail (CONDIT), conscience (ISO), œuvres sociales (SOCIALE), management de la connaissance (CONNAISS) et l'intégration des (TIC) (voir annexes 1 et 2).

La comparaison de l'évaluation de l'item de la relation infirmiers/médecin, évoque que les médecins jugent une meilleure relation avec les infirmiers (moyenne = 2,72), comparativement au jugement des infirmiers vis-à-vis des médecins (moyenne = 2,15). Cette situation demande d'être amélioré pour l'adoption d'une démarche vers le nouveau management public.

Test de la validité de l'hypothèse 3

Pour tester la validité de la troisième hypothèse de la recherche: « *La réalité professionnelle des paramédicaux permet une meilleure qualité des soins* », un test sur échantillon unique par le test de Student (T-TEST) a été effectué.

Les résultats permettent de rejeter l'hypothèse nulle et d'accepter l'hypothèse alternative à un seuil de significativité de ($\alpha = 5\%$), pour l'ensemble des variables (voir annexes 1 et 2).

Ces résultats (Annexe III) démontrent une très grande faiblesse enregistrée au sein du corps des paramédicaux, censé être le pilier du système de soins, on peut remarquer que ce corps mérite plus d'attention, sur le plan de la motivation, de l'amélioration des salaires, des formations et de la documentation, de la considération, et de l'apprentissage de la démarche qualité (ISO).

Le corps paramédical est en constante instabilité ces dernières années le manifestant par plusieurs grèves intermittentes (la dernière concomitante à la grève des médecins résidents Algériens en 2017 a duré près de huit mois). Situation qui fragilise un système de santé en faillite malgré les efforts et instances consentis depuis l'indépendance.

Les revendications socio-professionnelles des paramédicaux restent insatisfaites malgré leur légitimité, à savoir le problème de l'insécurité au sein des hôpitaux, la dégradation des conditions de travail, le manque cruel de matériels afin de prodiguer les soins nécessaires, le manque de formation et d'encadrement des jeunes paramédicaux. Pour toutes ces raisons, les résultats du T-test ont permis donc de rejeter la troisième hypothèse: « *La réalité professionnelle des paramédicaux permet une meilleure qualité des soins* ».

CONCLUSION

La présente étude a abordé les sujets de gouvernance hospitalière et du nouveau management public dans le contexte de l'Algérie. Cette recherche analyse la mise en œuvre du NPM dans un hôpital Algérien.

L'étude s'est focalisée sur les différents acteurs de soins du centre hospitalo-universitaire (CHU): Administrateurs, Médecins et infirmiers (Mintzberg, 1982).

Les différents tests d'hypothèses après avoir effectué une recherche empirique, ont tous rejeté la validité des hypothèses proposées par cette recherche:

- Le mode de structure organisationnelle du centre hospitalo-universitaire algérien permet d'adopter une bonne gouvernance hospitalière qui sert à améliorer la performance.
- Il existe une formalisation de l'application du nouveau management public dans centre hospitalo-universitaire algérien.
- La réalité et les conditions socio-professionnels des paramédicaux permet une meilleure qualité des soins.

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 (BABICH, O., V., MITYUCHENKO, L., S., 2016).

Un autre point de vue qui revient au fondamentaux de la gouvernance des organisations, et qui mérite d'être bien pris en charge est l'amélioration de la relation de l'entité hospitalière avec ses partenaires sociaux et économiques, pour une meilleure garantie des soins et une amélioration de la qualité du traitement, cela peut être aligné dans le cadre de la recomposition du conseil d'administration des CHU et de la révision de la place du gestionnaire public (Mazouz, 2008; Facal et Mazouz, 2014).

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).

En conclusion, et sur un repaire fondamental dans l'organisation du travail, les recommandations suite aux résultats de l'enquête sont présentées en deux axes bipolaires orthogonaux (Scott, W.R, 1981):

Axe vertical

- Améliorer la relation entre les administrateurs et les médecins, ainsi que ces derniers avec les infirmiers pour adopter une approche sociale.
- Modernisation des ressources matérielles et d'analyse médicale afin d'adopter une approche rationnelle.
- Rentabiliser les contrats d'achat des équipements et consommables médicaux par la qualité de leurs actions dans l'unité de soins.
- Le développement d'une médecine interdisciplinaire, qui permet d'assurer un meilleur soin du patient, et dans les délais.

Axe horizontal

- Responsabiliser et sensibiliser le personnel soignant et non soignant sur les éléments de la responsabilité sociale des organisations par le biais de la formation et du coaching.
- Investir dans le capital humain par des formations, administrateurs, médecin, infirmiers.
- Sensibiliser le corps soignant des avantages de la normalisation dans le cadre de la qualité (ISO).
- Améliorer la communication interne en créant des canaux de communication adaptés au milieu du CHU.
- Améliorer la situation professionnelle (conditions de travail, salaires, considération, responsabilisation...) du corps des paramédicaux.
- Mettre le facteur de l'hygiène au cœur de la démarche qualité.
- Proposer de nouvelles réglementations adéquates à la réalité de l'environnement du système de soins Algérien.

REFERENCES

- Aiach P. 1996. La santé: un sujet difficile. *Revue Prévenir*, 1 er semestre, n° 30, p. 226.
- Babich, O., V., Mityuchenko, L., S. 2016. Role of accountability management in activity of industrial enterprises, *International Review of Management and Marketing*, 6, 6, pp. 1-6.

- Banque africaine de développement. 2011. Note de dialogue 2011-2012.
- Banque mondiale. 1993. Rapport, Investir dans la santé.
- Baujard, C. 2013. Du musée conservateur au musée virtuel: patrimoine et institution. Paris: Hermès Science Publications: Lavoisier.
- Bernardini-Perinciolo, J., Bertolucci, M. 2018. Quand la sur-rationalité provoque la sous-rationalité: l'hôpital public ou le lieu de la confrontation entre les logiques institutionnelles médico-soignante et économique-managériales, *Revue Internationale de Psychosociologie et de Gestion des Comportements Organisationnels*, XXIV, 58: 91-109.
- Bounazef D, Van cailie D, Salaouatchi H.S, Bleus H. 2017. La force de la sous-culture de responsabilité comme condition d'amélioration continue dans l'hôpital, actes association latine pour l'analyse des systèmes de santé, liège, Belgique.
- Bouziani M. 2002. Chapitre 2. Les soins de santé publique: quels enjeux?, *Journal International de Bioéthique*, 13(3): 27-35.
- Brault I, Roy DA, Denis JL. 2008. Introduction à la gouvernance clinique: historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3).
- Charreaux G. 1997. le gouvernement des entreprises, *Economica*.
- Charreaux G. et Schatt. 2005. La recherche française en gouvernance d'entreprise: un panorama », Cahier du Fargo n° 1050901, Septembre.
- Christensen, T., Fan, Y. 2016. Post-New Public Management: a new administrative paradigm for China?, *International Review of Administrative Sciences*, 84(2): 389-404.
- Coase R. 1987. The nature of the firm, *Economica*, N.S., 4, Novembre. Traduction française, La nature de la firme, *Revue française d'économie*, II, Hiver.
- Dalingwater, L. 2015. Post-new public management (NPM) and the reconfiguration of health services in England, *Observatoire de la société britannique*, 16: 51-64.
- FacaL, J., & Mazouz, B. 2014. L'imputabilité des dirigeants publics: éléments de théorie et observations tirées de l'expérience québécoise. *Revue Française de Gestion*.
- Glouberman S, Mintzberg H. 2002. Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie *Gestion*, 273(3): 12-22.
- Guirou, C. 2015. Choisir un mode de gestion: l'importance des croyances. *Gestion et Management Public*, 4(2): 45-59.
- Hemidy L. 1996. L'informatisation des hôpitaux et ses enjeux. *Revue Française de Gestion*, 109.
- Hofstede, G. 1984. Cultural dimensions in management and planning. *Asia Pacific Journal of Management*, 1: 81-99.
- Lamarzelle D. 2008. Le management public en Europe, Europa, Janvier.
- Lamri H. 1998. Réalité, enjeux et perspectives de financement de la santé en Algérie. Gestionnaire, Alger.
- Mazouz, B. 2008. Le Métier de Gestionnaire Public à L'Aube de la Gestion Par Résultats: Nouveaux Rôles - Nouvelles Fonctions - Nouveaux Profils. PUQ.

- Mintzberg H. 1998. Le management voyage au centre des organisations. Ed. Des organisations, Paris.
- Mintzberg H. 1982. Structure et dynamique des organisations, Editions d'Organisations.
- Moison J. C., Tonneau D. 1999. La démarche gestionnaire à l'hôpital. 1- Recherches sur la gestion interne, Editions Seli Arslan.
- Pastre. 1994. Le gouvernement d'entreprise, question de méthodes et enjeux théoriques. *Revue d'économie financière*, 31: 18.
- Pichault, F., & Schoenaers, F. 2012. Le middle management sous pression. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, XVIII(45): 121-150.
- Poinsard R. 1987. La modernisation de la gestion administrative: un bilan. In: *Politiques et management public*, 5(2): 21-63.
- Scott W.R. 1981. Organisations: rational, natural and open systems, International Editions, New York.
- Simonet, D., 2015. Post-NPM reforms or administrative hybridization in the french health care system?, *International Journal of Public Administration*, 38(9): 672-681.
- Tomazenic, N., Seljak, J.N Aristovnik, A. 2016. The interaction between occupational values and job satisfaction in an authoritative public administration organization. *Total Quality Management & Business Excellence*, 9: 1- 16.
- Williamson O. E. 1985. The Economic Institutions of Capitalism, New York, The Free Press. (traduction française, 1994: Les Institutions du Capitalisme).

ANNEXES

Annexe I

Test-t

Statistiques sur échantillon unique

| | N | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard moyenne |
|----------|----|---------|------------|-------------------------|
| PERORG | 79 | 2,1899 | ,7351 | 8,271E-02 |
| AUTONOMI | 79 | 2,0380 | 1,0183 | ,1146 |
| RSSCHU | 79 | 2,1139 | ,7159 | 8,054E-02 |
| BUDGET1 | 79 | 2,1519 | ,6423 | 7,226E-02 |
| CONTROLE | 79 | 1,9873 | ,4934 | 5,551E-02 |
| EVALUCOU | 79 | 3,3671 | ,7874 | 8,858E-02 |
| PPP | 79 | 2,7468 | ,7590 | 8,540E-02 |
| IMPLICAT | 79 | 2,4557 | ,6160 | 6,930E-02 |
| CITOYENS | 79 | 1,8354 | ,5414 | 6,091E-02 |
| TIC | 79 | 2,1899 | ,7351 | 8,271E-02 |
| SYNDICAT | 79 | 2,2025 | ,7906 | 8,895E-02 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur du test = 2 | | | | Intervalle de confiance 95% de la différence | |
|----------|--------------------|-----|-------------------|--------------------|--|------------|
| | t | ddl | Sig. (bilatérale) | Différence moyenne | Inférieure | Supérieure |
| PERORG | 2,296 | 78 | ,024 | ,1899 | 2,521E-02 | ,3545 |
| AUTONOMI | ,331 | 78 | ,741 | 3,797E-02 | -,1901 | ,2661 |
| RSSCHU | 1,414 | 78 | ,161 | ,1139 | -4,64E-02 | ,2743 |
| BUDGET1 | 2,102 | 78 | ,039 | ,1519 | 8,035E-03 | ,2958 |
| CONTROLE | -,228 | 78 | ,820 | -1,2658E-02 | -,1232 | 9,785E-02 |
| EVALUCOU | 15,433 | 78 | ,000 | 1,3671 | 1,1907 | 1,5434 |
| PPP | 8,746 | 78 | ,000 | ,7468 | ,5768 | ,9168 |
| IMPLICAT | 6,575 | 78 | ,000 | ,4557 | ,3177 | ,5937 |
| CITOYENS | -2,702 | 78 | ,008 | -,1646 | -,2858 | 4,3296E-02 |
| TIC | 2,296 | 78 | ,024 | ,1899 | 2,521E-02 | ,3545 |
| SYNDICAT | 2,277 | 78 | ,026 | ,2025 | 2,544E-02 | ,3796 |

Annexe II

Test-t

Statistiques sur échantillon unique

| | N | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard moyenne |
|----------|----|---------|------------|-------------------------|
| RAUS | 66 | 2,2273 | ,7804 | 9,807E-02 |
| RMEINFI | 66 | 2,7273 | ,7554 | 9,298E-02 |
| TÂCHE | 66 | 2,3333 | ,7511 | 9,245E-02 |
| MOTIV | 66 | 2,7273 | 1,0180 | ,1251 |
| QUALSOIN | 66 | 2,5455 | ,7480 | 9,207E-02 |
| DISPOMÉD | 66 | 2,4242 | ,6577 | 8,098E-02 |
| FORMA | 66 | 2,6212 | ,7393 | 9,101E-02 |
| MODRES | 66 | 3,8030 | ,4008 | 4,933E-02 |
| MEDINTER | 66 | 2,0303 | ,4952 | 6,095E-02 |
| TEMPS | 66 | 1,9545 | ,5094 | 6,270E-02 |
| SALAIRE | 66 | 2,3788 | ,5755 | 7,084E-02 |
| COMMUNIC | 66 | 2,3788 | ,7599 | 9,353E-02 |
| CONDITRA | 66 | 1,8939 | ,5001 | 6,156E-02 |
| ISO | 66 | 2,6667 | ,8290 | ,1020 |
| EVALUATI | 66 | 3,8030 | ,4008 | 4,933E-02 |
| SOCIALE | 66 | 2,0000 | ,5262 | 6,478E-02 |
| CONNAISS | 66 | 3,3182 | ,7475 | 9,201E-02 |
| HYGIÈNE | 66 | 2,5758 | ,8050 | 9,909E-02 |
| RECHERCH | 66 | 1,4545 | ,5315 | 6,543E-02 |
| RDV | 66 | 2,4394 | ,5001 | 6,156E-02 |
| TIC | 66 | 2,4242 | ,8955 | ,1102 |
| CITOYEN | 66 | 3,2879 | ,4888 | 6,017E-02 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur du test = 2 | | | | | |
|----------|--------------------|-----|----------------------|-----------------------|---|------------|
| | t | ddl | Sig. (bilatérale) | Différence moyenne | Intervalle de confiance 95% de la différence | |
| | | | | | Inférieure | Supérieure |
| RAUS | 2,366 | 65 | ,021 | ,2273 | 3,542E-02 | ,4191 |
| RMEINFI | 7,822 | 65 | ,000 | ,7273 | ,5416 | ,9130 |
| TACHE | 3,806 | 65 | ,001 | ,3333 | ,1487 | ,5180 |
| MOTIV | 5,816 | 65 | ,000 | ,7273 | ,4775 | ,9770 |
| QUALSOIN | 5,925 | 65 | ,000 | ,5455 | ,3618 | ,7293 |
| DISPOMÉD | 5,240 | 65 | ,000 | ,4242 | ,2625 | ,5859 |
| FORMA | 6,826 | 65 | ,000 | ,6212 | ,4395 | ,8030 |
| MODRES | 36,551 | 65 | ,000 | 1,8030 | 1,7045 | 1,9015 |
| MEDINTER | ,497 | 65 | ,621 | 3,030E-02 | -9,14E-02 | ,1520 |
| TEMPS | -,725 | 65 | ,471 | -4,5455E-02 | -,1707 | 7,976E-02 |
| SALAIRE | 5,347 | 65 | ,000 | ,3788 | ,2373 | ,5203 |
| COMMUNIC | 4,050 | 65 | ,000 | ,3788 | ,1920 | ,5656 |
| CONDITRA | -1,723 | 65 | ,090 | -,1061 | -,2290 | 1,688E-02 |
| ISO | 6,533 | 65 | ,000 | ,6667 | ,4629 | ,8705 |
| EVALUATI | 36,551 | 65 | ,000 | 1,8030 | 1,7045 | 1,9015 |
| SOCIALE | ,000 | 65 | 1,000 | ,0000 | -,1294 | ,1294 |
| CONNAISS | 14,327 | 65 | ,000 | 1,3182 | 1,1344 | 1,5019 |
| HYGIÈNE | 5,811 | 65 | ,000 | ,5758 | ,3779 | ,7737 |
| RECHERCH | -8,337 | 65 | ,000 | -,5455 | -,6761 | -,4148 |
| RDV | 7,138 | 65 | ,000 | ,4394 | ,3164 | ,5623 |
| TIC | 3,849 | 65 | ,000 | ,4242 | ,2041 | ,6444 |
| CITOYEN | 21,405 | 65 | ,000 | 1,2879 | 1,1677 | 1,4080 |

Annexe III

Test-t

Statistiques sur échantillon unique

| | N | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard moyenne |
|----------|-----|---------|------------|-------------------------------|
| RMEDINFI | 292 | 2,1575 | ,6955 | 4,070E-02 |
| TACHES | 292 | 2,7603 | ,7935 | 4,644E-02 |
| MOTIVATI | 292 | 2,3493 | ,7283 | 4,262E-02 |
| FORMAT | 292 | 1,9521 | ,4117 | 2,409E-02 |
| SALAIRE | 292 | 1,8048 | ,4460 | 2,610E-02 |
| COMMUNI | 292 | 1,6164 | ,5951 | 3,482E-02 |
| CONDITI | 292 | 1,7808 | ,5176 | 3,029E-02 |
| ISO | 292 | 1,8527 | ,5265 | 3,081E-02 |
| EVALUATI | 292 | 3,7089 | ,4772 | 2,792E-02 |
| SOCIALE | 292 | 1,5137 | ,6447 | 3,773E-02 |
| CONNAISS | 292 | 1,5445 | ,8299 | 4,857E-02 |
| TIC | 292 | 1,8219 | ,4569 | 2,674E-02 |
| HYGIÈNE | 292 | 2,2877 | ,9558 | 5,593E-02 |
| CITOYEN | 292 | 2,5959 | ,7828 | 4,581E-02 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur du test = 2 | | | | | |
|----------|--------------------|-----|----------------------|-----------------------|---|-------------|
| | t | ddl | Sig. (bilatérale) | Différence moyenne | Intervalle de confiance 95% de la différence | |
| | | | | | Inférieure | Supérieure |
| RMEDINFI | 3,871 | 291 | ,000 | ,1575 | 7,743E-02 | ,2376 |
| TACHES | 16,373 | 291 | ,000 | ,7603 | ,6689 | ,8517 |
| MOTIVATI | 8,195 | 291 | ,000 | ,3493 | ,2654 | ,4332 |
| FORMAT | -1,990 | 291 | ,048 | -4,7945E-02 | -9,54E-02 | -5,2425E-04 |
| SALAIRE | -7,480 | 291 | ,000 | -,1952 | -,2466 | -,1438 |
| COMMUNI | -11,015 | 291 | ,000 | -,3836 | -,4521 | -,3150 |
| CONDITI | -7,235 | 291 | ,000 | -,2192 | -,2788 | -,1596 |
| ISO | -4,779 | 291 | ,000 | -,1473 | -,2079 | -8,6619E-02 |
| EVALUATI | 61,198 | 291 | ,000 | 1,7089 | 1,6539 | 1,7639 |
| SOCIALE | -12,890 | 291 | ,000 | -,4863 | -,5606 | -,4120 |
| CONNAISS | -9,379 | 291 | ,000 | -,4555 | -,5511 | -,3599 |
| TIC | -6,661 | 291 | ,000 | -,1781 | -,2307 | -,1255 |
| HYGIÈNE | 5,143 | 291 | ,000 | ,2877 | ,1776 | ,3978 |
| CITOYEN | 13,008 | 291 | ,000 | ,5959 | ,5057 | ,6861 |