

QUELLE RESPONSABILITE SOCIALE DES ENTREPRISES A BUT NON LUCRATIF ?!

CAS DE L'HOPITAL IBN SINA OEB/ALGERIE

WHAT SOCIAL RESPONSIBILITY OF NON-PROFIT COMPANIES?! CASE OF IBN SINA HOSPITAL OEB/ALGERIA

Par

NASREDDINE AISSAOUI

PROFESSEUR A LA FSESCSG – UNIVERSITE OUM EL BOUAGHI-ALGERIE.

Résumé : Le concept RSE est illustré pour la première fois par l'économiste keynésien Howard Bowen, par le biais de son ouvrage intitulé « Social responsibilities of the businessman ». Si la naissance de cette pensée est vouée exclusivement pour les entreprises à but lucratif, plusieurs transitions et mutations dès la fin du 20^{ème} siècle ont poussé les responsables au niveau micro ou macro économie à adopter une démarche RSE, qui vise à véhiculer une image responsable de toute entreprise ou organisation que ce soit à but lucratif ou non lucratif.

Nous allons, à travers ce papier, souligner les spécificités d'une démarche RSE dans une entreprise à but non lucratif, en l'occurrence l'adaptation d'un consulting en RSE pour jauger l'implication de ce genre d'entreprise pour amorcer une telle démarche. Nous sommes arrivés à plusieurs résultats, en appliquant le consulting RSE sur l'hôpital Ibn Sina OEB, parmi ces résultats : ils existent deux objectifs bien distincts dans ce genre d'établissement, l'objectif de l'administration qui se concentre sur la gouvernance de ce genre d'entreprise, en essayant de créer une symbiose entre les trois parties prenantes (demandeurs de soins, l'offre de soins et les mécanismes de financement) ; en contre partie l'objectif des professionnels de la santé tourne au tour des paramètres comme : le volet social, la communication et l'engagement sociétal.

Mots-clés : La responsabilité sociale des entreprises/RSE, la RSE dans les entreprises à but non lucratif, le consulting RSE, hôpital Ibn Sina/OEB.

Abstract: The CSR concept is illustrated for the first time by the Keynesian economist Howard Bowen, through his book entitled "Social responsibilities of the businessman". If the birth of this thought is dedicated exclusively for a profit companies, several transitions and mutations from the end of the 20th century have pushed those responsible at the micro or macro economy to adopt a CSR approach, which aims to convey a responsible image of any company or organization whether for profit or non-profit objective.

We aim through this paper highlight the specificities of a CSR approach in a non-profit company, in this case the adaptation of a consulting in CSR to gauge the involvement of this kind of company to start such an approach. We arrived at several results, applying the CSR consulting on the hospital Ibn Sina OEB, among these results: there are two distinct objectives in this kind of establishment, the objective of the administration which focuses on the governance of this kind of company, trying to shout a symbiosis between the three stakeholders (care seekers, the offer of care and funding mechanisms); on the other hand, the objective of health professionals revolves around parameters such as : social, communication and societal commitment.

Keywords: Corporate social responsibility/CSR, CSR in non-profit companies, CSR consulting, Ibn Sina hospital / OEB.

I. INTRODUCTION

Nous pouvons qualifier la responsabilité sociale des entreprises/RSE comme un sujet très en vogue ces dernières années, la naissance de ce concept et tous ce qui va avec, est due essentiellement à la logique du profit, dictée par la pensée libérale, cette dernière qui néglige les intérêts de plusieurs parties prenantes. En contre partie, la renaissance de cette logique vers la fin du 20^e siècle était motivée par la dégradation de la sphère socio-économique et socio-environnementale qui englobe l'entreprise et ses parties prenantes.

La RSE est devenu un thème de recherche propice pour les académiciens dans ce début du 21^e siècle, qui met l'accent sur l'aspect relationnel entre l'entreprise et son environnement sociétal, en l'occurrence le courant « Business et society » (Acquier et Gond 2005). Et la recherche continue sur des thèmes qui interpellent la RSE, que ce soit en internes (respecter une certaine éthique, droit du travail, droits de l'homme, droits fondamentaux), ou en externes (le respect des normes de production, le respect de l'environnement) (Carroll, 1979).

Malgré que la pensée RSE était confectionnée par l'économiste keynésien Howard Bowen pour les hommes d'affaires, ainsi pour les entreprises à but lucratif... les initiatives du début du 21^e siècle en faveur du développement durable, ont mis l'accent sur tous les intervenant dans notre vie quotidienne, que ce soit les entreprises à but lucratif ou à but non lucratif (Programme Environnement des Nations Unies de 1997, Pacte Mondial lancé par l'ONU lancé en 2000, Norme Internationale ISO 26000 en 2010, etc.).

Plusieurs multinationales ont adoptées cette démarche, quelques fois par le biais de pratiques douteuses, scandaleuses et machiavéliques, en l'occurrence celles qui visent l'amélioration de l'image de l'entreprise (Ben Yedder et Zaddem, 2009). Les entreprises à but non lucratif peuvent adopter cette démarche, loin de ces pratiques non transparentes motivées par le bénéfice, ainsi les entreprises à but non lucratif ont une part de responsabilité, comme ils devront rendre des comptes pour le contribuable et la société toute entière (Aissaoui, 2018).

L'hôpital public en Algérie est un établissement non-lucratif, son objectif principal est de procurer des soins pour les habitants en négligeant le pouvoir d'achat du demandeur de soins (Aissaoui, 2017). Malgré l'objectif noble de ce genre d'établissement, les responsables du ministère de la santé doivent instaurer une démarche volontaire, qui ressemble tous les intervenants sur des objectifs comme : la gouvernance, le volet sociétal, la communication interne, le respect de l'environnement, etc.

A travers ce papier, nous allons essayer de répondre sur la question suivante : *Quelles sont les spécificités d'une démarche RSE au sein d'une entreprise à but non lucratif ?*

II. Matériels et méthodes

C'est une étude descriptive et analytique, qui met en valeur une expérience inédite sur les hôpitaux algériens, qui essayent de mettre en œuvre une démarche RSE. Nous avons essayé d'appliquer le consulting qui comporte les six domaines d'activité de la RSE (la gouvernance, le volet social, la communication en interne et en externe, la prévention et la protection de l'environnement, le volet économique et l'engagement sociétal) sur l'hôpital Ibn Sina, ce dernier qui se situe au chef lieu de la Wilaya d'Oum El Bouaghi dans la région sanitaire Est de l'Algérie.

Nous avons essayé d'adapter les six domaines d'activité pour l'entreprise à but non lucratif, puisque ce consulting est voué exclusivement pour les entreprises à but lucratif. Malgré que les objectifs du consulting en RSE restent les mêmes, les modifications ont été opérées sur les domaines d'activité, afin que nous pourrions l'appliquer sur notre étude de cas.

La capacité d'accueil de l'hôpital Ibn Sina est de 148 lits, divisés sur 3 grands services (la médecine interne 70lits, les urgences chirurgicales et médicales 18lits, et la chirurgie générale 60lits). Cet établissement se dote de 210agents et professionnels de la santé.

A travers notre étude de cas sur l'EPH Ibn Sina/OEB, nous avons eu la chance d'appliquer le consulting en RSE pour la première fois au cours du dernier trimestre de l'année 2017. Nous avons mené notre enquête par le biais d'un questionnaire distribué sur les professionnels de la santé et les agents administratifs. Le questionnaire englobe six indicateurs choisis (la gouvernance, le volet social, la communication, l'environnement, le volet économique et le volet sociétal), comme il contient 20 questions organisées sous les six indicateurs choisis.

Nous avons distribué 184 copies de ce questionnaire, le nombre de copies couvre les intervenants qui occupent un poste de travail réellement durant la période de l'enquête. Nous avons récupéré 168 copies, ainsi après un premier tri, nous sommes arrivés à 157 copies valables pour mener cette étude (80 membres du cadre médical et 77 membres du cadre administratif), soit 85% des copies distribuées ultérieurement. Nous avons regroupé les réponses en deux grands groupes : les réponses issues du cadre médical (les professionnels de la santé) et celles issues du cadre administratif.

III. Résultats et discussion

1. Résultats

1.1 L'organisation et les ressources humaines de l'hôpital EPH Ibn Sina

L'hôpital Ibn Sina/OEB est un établissement public hospitalier/EPH, il est situé au chef lieu de la wilaya d'Oum El Bouaghi, dans la région sanitaire Est du pays. Cet hôpital a eu le statut d'EPH depuis 2007 selon le décret exécutif 07/140 du 19/05/2007, qui porte la création et l'organisation des établissements publics hospitaliers/EPH et les établissements publics de santé de proximité/EPSP (JORDAP, 2007).

La capacité d'accueil de cet établissement est de 148 lits, comme il se dote de 210agents et professionnels de la santé. Nous pouvons organiser ces ressources humaines selon le tableau (voir tableau I).

Tableau I : Les ressources humaines de l'hôpital EPH Ibn Sina

| SPÉCIALITÉ/ AFFILIATION | MÉDECINS | | PARAMÉDICAUX | LABORANTINS DE LA SANTÉ PUBLIQUE | LABORANTINS DE LA PHARMACIE+ PHARMACIENS | AGENTS | | ADMINISTRATEURS | CHAUFFEURS |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------------------------------|--|---------|--------------------|-----------------|------------|
| | GÉNÉRALISTES | SPÉCIALISTES | | | | A TEMPS | A TEMPS PARTIEL | | |
| NOMBRE | 18 | 42 | 53 | 07 | 03 | 06 | 46 | 27 | 08 |

Source : Chiffres de la direction de l'EPH Ibn Sina/OEB Algérie, 2017

1.2 Le contenu du consulting en RSE sur l'hôpital Ibn Sina OEB

Les objectifs d'un consulting en RSE ne diffèrent pas en allant d'une entreprise à but lucratif vers une autre à but non lucratif, la seule différence réside dans les spécificités de cette dernière (ses parties prenantes, sa responsabilité sociale, sa responsabilité économique, etc.) (Voir tableau II).

Tableau II : Une comparaison entre les composantes d'un consulting en RSE sur les entreprises à but lucratif et celles à but non lucratif

| Actions du Domaines consulting | Entreprise à but lucratif | Entreprise à but non lucratif |
|---|---|--|
| La gouvernance | Identifier les influences des parties prenantes sur l'activité de l'entreprise ; | Identifier les influences des trois parties prenantes (demandeurs de soins, offre de soins et mécanismes de financement des soins) sur l'activité de l'hôpital ; |
| | Définir un plan d'action responsable et durable ; | Définir un plan d'action responsable et durable ; |
| | Adopter un management responsable. | Adopter un management responsable. |
| Le volet social | Une mise en place d'actions favorisant le dialogue entre les salariés et les responsables ; | Une mise en place d'actions favorisant le dialogue entre les membres de la même équipe, et entre les deux équipes : médicale et administrative ; |
| | Une politique stimulant l'implication des salariés au sein | Une politique stimulant l'implication des tous les |

| | | |
|----------------------------|--|--|
| | de la structure ; | intervenants (professionnels de la santé et les administrateurs) dans l'élaboration d'un plan de management ; |
| | Une politique d'adaptation des compétences des salariés vis-à-vis des besoins constamment changeant des entreprises. | Une politique d'adaptation des RH vis-à-vis les besoins réels des demandeurs de soins (cartographie de la maladie). |
| La communication | Regrouper les acteurs de l'entreprise autour des valeurs clés prônées par l'entreprise | Regrouper tous les intervenants autour d'objectifs et des priorités des programmes de la santé publique ; |
| | Favoriser le partage et l'échange d'expériences entre les salariés | Favoriser le partage et l'échange d'expériences entre les différents intervenants ; |
| | Communiquer sur les bonnes pratiques d'une entreprise pour en faire un avantage concurrentiel | Communiquer sur les bonnes pratiques (gestion des risques, qualité des soins, etc.) de l'hôpital pour une meilleure efficacité. |
| L'environnement | La mise en place d'une politique d'économie d'énergie | La mise en place d'une politique d'économie d'énergie |
| | La gestion interne des déchets | La gestion des déchets (de la collecte jusqu'au traitement) que ce soit in situ ou dans des sites spécialisés ; |
| | L'intégration de l'impact environnemental dans le processus de production | L'intégration de l'impact environnemental dans le processus de fonctionnement de l'hôpital ; |
| | La transition vers des énergies renouvelables | La transition vers des énergies renouvelables ; |
| | L'optimisation des transports de marchandises | L'optimisation du transport des malades ou des marchandises. |
| Le volet économique | Une meilleure connaissance des attentes clients grâce à des études qualitatives | Une meilleure efficacité des soins prodigués en organisant les services et en les restructurant par rapport aux besoins réels en santé ; |
| | Des achats responsables | Des achats responsables ; |
| | Des chartes ou protocoles de bonne conduite dans les processus internes | Des chartes ou protocoles de bonne conduite dans les processus internes. |
| Le volet sociétal | Une prise de conscience de l'environnement dans lequel l'entreprise évolue | Une prise de conscience de l'environnement dans lequel l'hôpital évolue (une responsabilité |

| | | |
|--|--|--|
| | | environnementale envers la sphère sociogéographique) ; |
| | Une évaluation des partenariats envisageables au vue des besoins de l'entreprise | Une évaluation des échanges inter hôpitaux (avec des hôpitaux nationaux ou étrangers), pour mieux couvrir les besoins en santé des demandeurs de soins ; |
| | Des projets territoriaux visant l'accroissement des dynamiques économiques locales | Des projets territoriaux visant l'ancrage de l'hôpital dans son territoire (échanges, communications, informations utiles, embauche, formation, etc.). |

Source : Elaboré par nos soins.

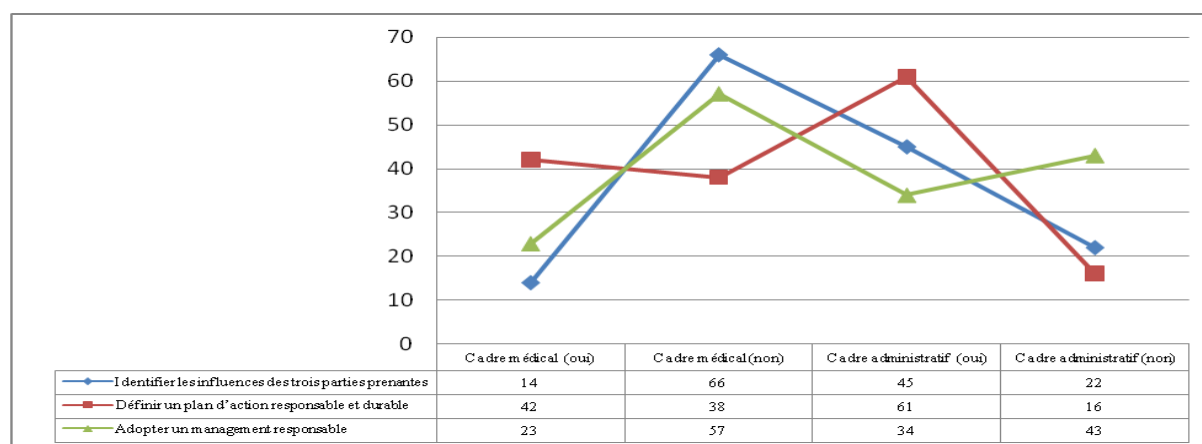
1.3 Résultats du consulting RSE sur l'hôpital Ibn Sina OEB

1.3.1 La gouvernance

Nous avons posé trois questions sur la gouvernance : identifier les influences des trois parties prenantes : demandeurs de soins, offre de soins et mécanismes de financement des soins sur l'activité de l'hôpital ; définir un plan d'action responsable et durable ; adopter un management responsable.

Notre hypothèse concernant le volet gouvernance : il y a une différence de perception de la gouvernance par les deux groupes d'intervenants au sein de l'hôpital. Nous sommes arrivés aux résultats suivants (voir figure 1).

Figure 1 : la perception de la gouvernance par les deux groupes d'intervenants



Source : Elaboré par nos soins.

Concernant la perception de la gouvernance par les deux groupes d'intervenants, les résultats sont différents d'un groupe à l'autre d'une part, d'autre part les réponses sur les trois questions n'ont pas la même tendance :

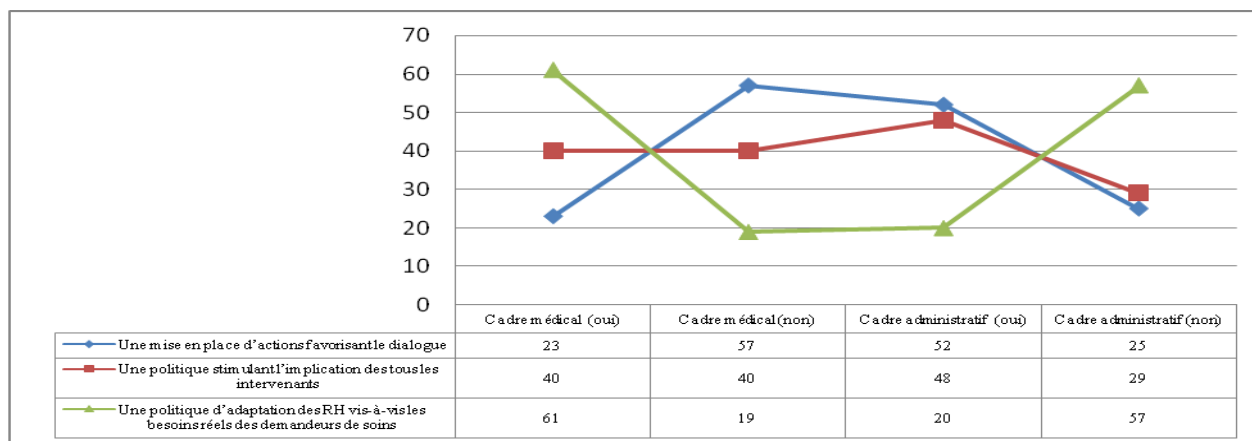
- Concernant les réponses sur la première question « identifier les influences des trois parties prenantes (demandeurs de soins, offre de soins et mécanismes de financement des soins) sur l'activité de l'hôpital », nous avons enregistré 82.50% de réponses par « non » selon les membres du cadre médical, en contre partie, nous avons enregistré 58.44% de réponses par « oui » des membres du cadre administratif.
- Concernant la deuxième question « définir un plan d'action responsable et durable », 52.50% des réponses issues du cadre médical ont admis l'existence de ce plan, et c'est le cas pour 79.22% du cadre administratif.
- Pour la troisième question « adopter un management responsable », nous avons enregistré plus de « non » que de « oui » pour l'ensemble d'intervenants, puisque 28.75% des réponses du cadre médical ont nié l'adoption de ce genre de management, ainsi que 44.15% du cadre administratif.

1.3.2 Le volet social

Nous avons posé trois questions sur ce volet: une mise en place d'actions favorisant le dialogue entre les membres de la même équipe, et entre les l'équipe médicale et administrative; une politique stimulant l'implication de tous les intervenants : professionnels de la santé et administrateurs dans l'élaboration d'un plan de management ; une politique d'adaptation des RH vis-à-vis les besoins réels des demandeurs de soins ou cartographie de la maladie.

Notre hypothèse concernant le volet social : il y a des conflits internes qui font face au bon fonctionnement de l'établissement d'une part, et d'autre part déconcentrent ces intervenants sur la mission principale de l'hôpital. Nous sommes arrivés aux résultats suivants (voir figure2).

Figure 2 : La réalité du volet social selon les deux groupes d'intervenants



Source : Elaboré par nos soins.

Concernant la réalité du volet social au sein de cet établissement, nous avons enregistré les résultats suivants :

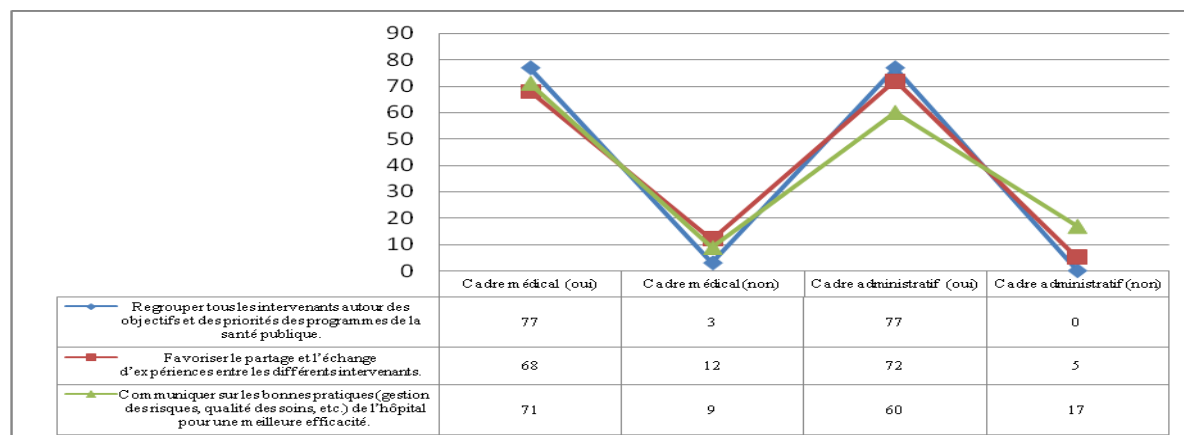
- Concernant la première question « la mise en place d'actions favorisant le dialogue entre les membres de la même équipe, et entre les deux équipes : médicale et administrative », nous avons enregistré plus de réponses par « non » chez le cadre médical soit 71.25% de réponses, en contre partie, nous avons enregistré plus de « oui » chez le cadre administratif soit 67.53% de réponses, en ce qui concerne l'existence de ce genre de dialogue au sein de cet établissement.
- Concernant la deuxième question « une politique stimulant l'implication des tous les intervenants : professionnels de la santé et administrateurs dans l'élaboration d'un plan de management », la moitié des réponses issues du cadre médical ont affirmé l'implication de tous les intervenants dans la confection du plan de management, ainsi que 62.33% du cadre administratif.
- Pour la troisième question « l'existence d'une politique d'adaptation des RH vis-à-vis les besoins réels des demandeurs de soins (cartographie de la maladie) », nous avons enregistré plus de « oui » que de « non » cette fois-ci chez les membres du cadre médical, avec 76.25% de réponses qui confirment l'existence de cette politique. Au contraire, nous avons enregistré plus de 74% de réponses issues du cadre administratif, qui nient l'existence de cette politique.

1.3.3 La communication

Nous avons posé aussi trois questions sur l'existence d'une communication horizontale et verticale, qui véhicule le transfert de l'information utile pour une prise de décision efficace : regrouper tous les intervenants autour des objectifs et des priorités des programmes de la santé publique ; favoriser le partage et l'échange d'expériences entre les différents intervenants ; communiquer sur les bonnes pratiques de l'hôpital pour une meilleure efficacité.

Notre hypothèse concernant le volet communication : une bonne volonté des intervenants de communiquer entre eux, rend le système d'information hospitalier assez efficace pour la bonne prise de décision (voir figure 3).

Figure 3 : La qualité de la communication entre les intervenants



Source : Elaboré par nos soins.

Selon la figure 3, nous pouvons constater clairement qu'il y a une ressemblance de réponses issues des deux groupes d'intervenant.

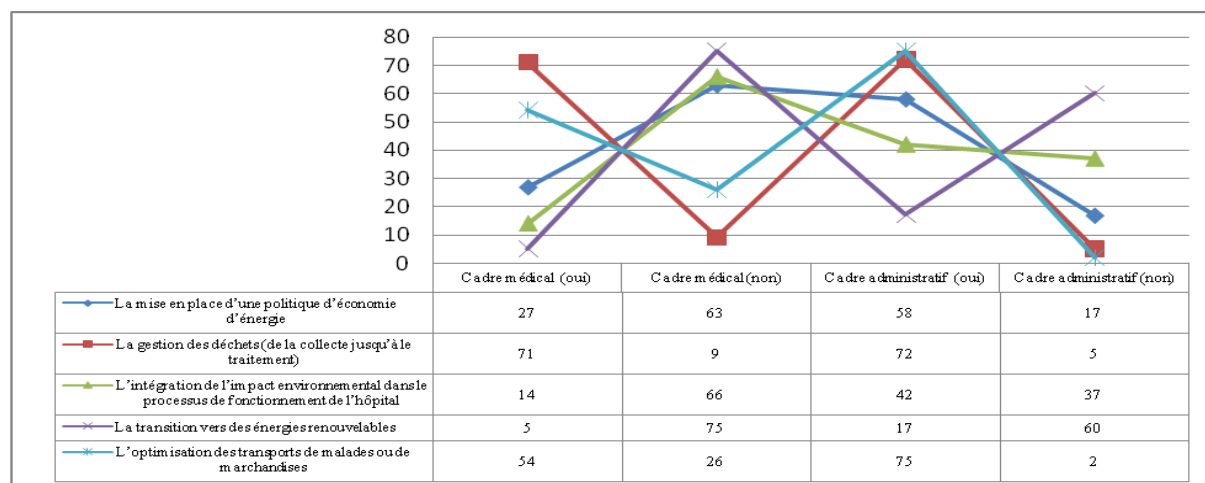
- Concernant la première question « regrouper tous les intervenants autour des objectifs et des priorités des programmes de la santé publique », nous avons enregistré 96.25% de réponses chez les membres du cadre médical, ainsi l'ensemble du cadre administratif qui a répondu par « oui », confirmant ainsi l'existence de ce genre de communication au sein de cet établissement.
- Concernant la deuxième question « favoriser le partage et l'échange d'expériences entre les différents intervenants », 85% des réponses issues du cadre médical et plus de 93% de réponses du cadre administratif, ont affirmé l'existence d'échange et de partage entre les différents intervenants.
- Pour la troisième question « communiquer sur les bonnes pratiques de l'hôpital pour une meilleure efficacité », nous avons enregistré de nouveau plus de réponses par « oui » que par « non », soit 88.75% des réponses issues du cadre médical et environ 80% de réponses issues du cadre administratif, ces réponses confirment l'existence d'une communication axée sur l'économie de savoir.

1.3.4 L'environnement

Nous avons posé aussi cinq questions afin de jauger l'implication de l'hôpital dans la préservation de l'environnement, cette implication se traduit par les efforts consentis pour rationaliser la consommation d'énergies, et par l'adoption de stratégies et techniques qui peuvent protéger et préserver le lieu de travail et la sphère socio-naturelle qui englobe l'établissement, et qui comportent: la mise en place d'une politique d'économie d'énergie; la gestion des déchets : de la collecte jusqu'à le traitement, que ce soit in situ ou dans des sites spécialisés; L'intégration de l'impact environnemental dans le processus de fonctionnement de l'hôpital ; La transition vers des énergies renouvelables ; L'optimisation du transport de malades ou de marchandises.

Notre hypothèse concernant le volet environnement : les choix responsables peuvent protéger l'homme et la nature (voir figure 4).

Figure 4 : L'appréciation des efforts consentis pour protéger l'environnement



Source : Elaboré par nos soins.

Concernant les efforts de l'établissement en matière de protection de l'environnement, nous avons enregistré les résultats suivants :

- Concernant la première question « la mise en place d'une politique d'économie d'énergie », nous avons enregistré plus de réponses par « non » chez le cadre médical soit 78.75%, en contre partie, nous avons enregistré plus de réponses par « oui » chez le cadre administratif soit 75.32%, en ce qui concerne l'existence de stratégie qui encourage l'économie d'énergie.
- Concernant la deuxième question « la gestion des déchets : de la collecte jusqu'au traitement, que ce soit in situ ou dans des sites spécialisés. », la majorité des réponses des intervenants soit : 88.75% chez le cadre médical et 90% chez le cadre administratif, confirment l'existence d'une gestion des déchets axée sur des méthodes et pratiques qui respectent l'environnement.
- Pour la troisième question « l'intégration de l'impact environnemental dans le processus de fonctionnement de l'hôpital », nous avons enregistré plus de réponses par « non » chez les membres du cadre médical soit 82.50%, qui nient ou ignorent l'existence de ce genre de processus. Nous avons enregistré plus de 54.54% de réponses par « oui » issues du cadre administratif, qui admettent l'existence de ce processus au sein de cet établissement.
- Pour la quatrième question « la transition vers des énergies renouvelables », nous avons enregistré plus de réponses par « non » chez les deux groupes d'intervenant, soit 93.75% chez le cadre médical et 75% chez le cadre administratif, qui nient ou ignorent un engouement favorable vers l'utilisation des énergies renouvelables.
- Concernant la cinquième question « l'optimisation du transport des malades ou des marchandises », nous avons enregistré plus de réponses par « oui » chez les deux groupes d'intervenant, avec 67.50% chez le cadre médical et 97.40% chez le cadre

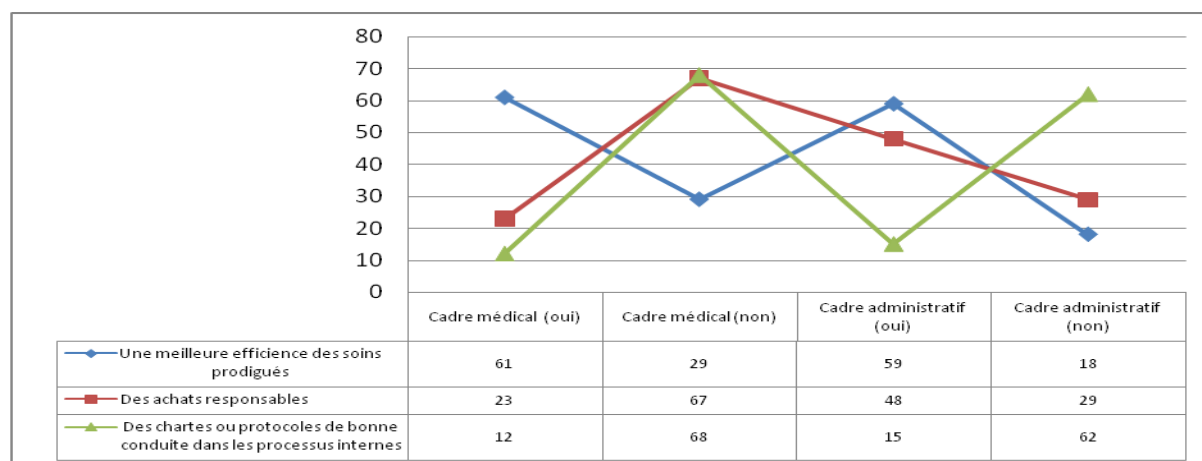
administratif, qui confirment ainsi une optimisation assez visible du transport des malades et des marchandises.

1.3.5 Le volet économique

Nous avons posé cette fois-ci trois questions sur l'existence de pratiques efficaces, en utilisant les ressources limitées existantes pour répondre aux besoins illimités réels des demandeurs de soins : une meilleure efficacité des soins prodigués, en organisant les services et en les restructurant par rapport aux besoins réels en santé; des achats responsables ; des chartes ou protocoles de bonne conduite dans les processus internes.

Notre hypothèse concernant le volet économique : une stratégie axée sur l'organisation et la restructuration de l'activité hospitalière peut augmenter la performance de l'établissement (voir figure 5).

Figure 5 : L'appréciation du management interne



Source : Elaboré par nos soins.

Concernant la réalité du volet économique au sein de cet établissement, nous avons enregistré les résultats suivants :

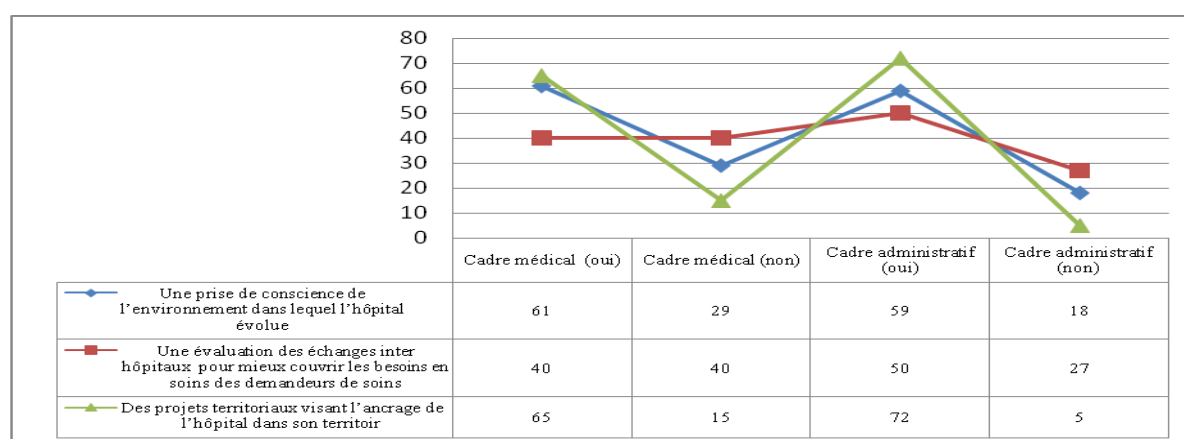
- Concernant la première question « une meilleure efficacité des soins prodigués en organisant les services et en les restructurant par rapport aux besoins réels en santé », nous avons enregistré plus de réponses par « oui » chez les deux groupes, avec 76.25% chez le cadre médical et 76.62% chez le cadre administratif, en matière de couverture des soins prodigués par rapport aux besoins réels de la population.
- Concernant la deuxième question « des achats responsables », les avis sont mitigés sur cette question, puisque nous avons enregistré 83.75% de réponses par « non » issues du cadre médical, et 63.33% de réponses par « oui » issues du cadre administratif.
- Pour la troisième question « des chartes ou protocoles de bonne conduite dans les processus internes », cette fois-ci les avis sont partagés, puisque 85% de réponses chez le cadre médical et 80.52% chez le cadre administratif infirment ou ignorent l'existence des chartes ou protocoles de bonne conduite au sein de cet établissement.

1.3.6 Le volet sociétal

Nous avons posé trois questions sur le bon ancrage de l'hôpital dans son environnement sociogéographique, par le biais d'échanges inter hôpitaux, d'échanges intercommunautaire : une prise de conscience de l'environnement dans lequel l'hôpital évolue; une évaluation des échanges inter hôpitaux pour mieux couvrir les besoins en santé des demandeurs de soins; des projets territoriaux visant l'ancrage de l'hôpital dans son territoire.

Notre hypothèse concernant le volet économique : un bon ancrage de l'hôpital dans son territoire peut rendre l'intervention de cet établissement plus ciblée et plus efficace (voir figure 6).

Figure 6 : L'appréciation de l'échange entre l'hôpital et son environnement



Source : Elaboré par nos soins.

Pour ce dernier volet, qui représente l'échange de l'établissement avec son territoire, nous avons enregistré les résultats suivants :

- Concernant la première question « une prise de conscience de l'environnement dans lequel l'hôpital évolue, soit une responsabilité environnementale envers la sphère sociogéographique », nous avons enregistré plus de réponses par « oui » chez les deux groupes, avec 76.25% de réponses chez le cadre médical et 76.62% chez le cadre administratif, en matière de prise de conscience sur l'importance de la protection de l'environnement.
- Concernant la deuxième question « une évaluation des échanges inter hôpitaux (avec des hôpitaux nationaux ou étrangers), pour mieux couvrir les besoins en santé des demandeurs de soins », les avis sont mitigés sur cette question, puisque nous avons enregistré 40% de réponses par « oui » chez le cadre médical, et 65% de réponses par « oui » chez le cadre administratif.
- Pour la troisième question « des projets territoriaux visant l'ancrage de l'hôpital dans son territoire : échanges, communications, informations utiles, embauche, formation, etc. », cette fois-ci les avis sont partagés, puisque 81.25% de réponses chez le cadre médical et 93.50% chez le cadre administratif confirme cet ancrage de l'hôpital dans sa sphère socioéconomique.

2. Discussion

2.1 L'émergence du concept RSE

Nous assistons au début du 20^{ème} siècle à plusieurs mutations, transitions et débats. Peut être le débat qui va marquer ce siècle, est celui qui traite la question de la séparation entre la propriété et le management, et cela sous plusieurs angles : acceptabilité, légitimité et déontologie. Ainsi, nous pouvons parler du déclenchement des débats, qui ont mis l'accent sur les droits des autres parties prenantes, outre que les actionnaires, et leurs droits sur l'entreprise, entre autres, la responsabilité sociale de l'entreprise/RSE.

Les premières doctrines sur la RSE ont vu le jour durant les années 50^{ème}, motivées par deux changements majeurs : le premier, le gain du terrain des dirigeants au dépend des actionnaires, du fait de la taille de la firme qui est devenue assez importante (Heald, 1961, p.130) ; le deuxième, la crise de 1929, et la méfiance grandissante du grand public vis-à-vis des grandes entreprises (Bowen, 1953, 1978).

C'est qu'en 1953, que nous avons eu l'occasion d'assister à la naissance du concept « responsabilité sociale des entreprises/RSE », illustré pour la première fois par l'économiste keynésien Howard Bowen, par le biais de son ouvrage intitulé « Social responsibilities of the businessman ».

Howard Bowen, à son époque, a essayé d'attirer l'attention sur des préoccupations de la société, en posant plusieurs questions, parmi elles : (Bowen, 1953, p.xi)

- Quelles responsabilités à l'égard de la société devrait-on être réservées par les hommes d'affaires ?
- Est-ce que l'adoption de telle stratégie de la RSE engendrera des bénéfices tangibles ?
- Est-ce qu'ils existent des étapes à suivre pour appliquer de telle stratégie ?
- Quels sont les autres enjeux fondamentaux auxquels les hommes d'affaires américains sont aujourd'hui confrontés ?

Ainsi la RSE est devenue un terrain propice pour des chercheurs assoiffés de cette thèse, qui conjugue les objectifs socioéconomiques de l'entreprise et son environnement sociétal. Plusieurs adeptes de cette thèse n'ont pas hésité à suivre le chemin de Bowen (Mc Guire, 1960, Steiner, 1971, Davis, 1973, Carroll, 1979, Aupperle et al, 1985, etc.). Après une petite accalmie durant les années 80^{ème} et 90^{ème}, le « Business and society » a connu un regain d'intérêt au début du 21^{ème} siècle, mais cette fois-ci au delà des frontières américaines (Doh et Guay, 2006). Le regain d'intérêt est dû essentiellement aux scandales financiers qui ont secoué le monde des affaires (Enron, Parmalat, Xerox etc.), et l'intérêt grandissant par le grand public pour l'environnement, qui demande de plus en plus de comptes à son gouvernement ou aux sociétés implantées dans son siége.

Plusieurs dates sont à retenir quant à au développement de la RSE durant ces dernières décennies :

- **1997** : Global Reporting Initiative – organisation à but non lucratif pour promouvoir le développement durable – en partenariat avec la PNUE (Programme Environnement des Nations Unies) ;
- **2000** : Global Compact / Pacte mondial lancé par l'ONU : incite les firmes à adopter une attitude socialement responsable ;
- **2001** : Livre Vert de la Commission Européenne (promeut un cadre européen pour la RSE) ;
- **2001** : Obligation de reporting extra financier pour les entreprises cotées ;
- **2010** : Norme internationale ISO 26000 (normes internationales d'application volontaire pour établir les performances des entreprises en matière de RSE)

Lors de la COP 21, à l'issue de laquelle l'accord de Paris avait été adopté le 12 décembre 2015, les Etats-Unis alors dirigés par Barack Obama s'étaient fixé un objectif de réduction de 26% à 28% de leurs émissions de gaz à effet de serre d'ici 2025, par rapport à 2005. Une façon de participer à l'effort que plus de 190 pays ont promis de mener conjointement pour maintenir le réchauffement bien en-dessous de 2 degrés par rapport au niveau préindustriel d'ici à 2100, et de poursuivre l'action menée pour limiter la hausse des températures à 1,5 degré. Il est urgent de freiner ces émissions car selon les experts, l'activité industrielle emmènerait plutôt la planète vers une hausse de 3 degrés (www.lci.fr).

2.2 Discussion du consulting RSE sur l'hôpital Ibn Sina OEB

Nous allons maintenant analyser les résultats du consulting RSE, appliqué sur l'hôpital Ibn Sina OEB à travers chaque volet.

2.2.1 La gouvernance

Les avis sont mitigés concernant la perception de la gouvernance par les deux groupes d'intervenants:

Nous pouvons expliquer les 82.50% de réponses par « non » issues des membres du cadre médical comme suit : le médecin et son équipe médicale essayent de se concentrer sur leur principale tâche, qui consiste à prodiguer les soins, et non le côté management qui met l'accent sur les multiples composantes de notre système de santé. En contre partie, les 58.44% de réponses par « oui » des membres du cadre administratif, montrent bien que les hauts responsables des établissements de santé, ont une responsabilité d'identifier les influences des trois parties prenantes (l'offre, la demande et le financement des soins de santé).

Concernant l'existence d'un plan d'action responsable et durable, plus de réponses issues du cadre administratif que par les membres du cadre médical avouent l'existence ce genre de plan, puisque ce dernier est mis par des administrateurs en consultant quelques professionnels de la santé.

Concernant l'adoption probable d'un management responsable, nous avons enregistré plus de réponses par « non » que par « oui » des deux groupes, puisque ce genre de management est quasi-absent chez le cadre médical, comme il est ignoré par la majorité des administrateurs. Malgré que ce genre de management existe sur d'autres nominations, comme il est bien distingué par les hauts responsables de l'établissement.

Donc, il existe réellement une différence de perception de la gouvernance par les deux groupes d'intervenants au sein de l'hôpital.

2.2.2 Le volet social

Concernant ce volet, les avis sont aussi mitigés, nous avons enregistré les résultats suivants :

Cette première question qui met l'accent sur la communication interne des différents intervenants, est capitale pour constituer une idée assez claire sur ce qui se passe dans les hôpitaux. Ainsi les réponses sont contradictoires, selon la majorité du cadre médical cette communication est faible ou absente, malgré que le cadre administratif ne soit pas de cet avis. Cela explique bien les conflits quasi-permanents dans les structures de soins entre les deux groupes d'intervenants.

Concernant les efforts consentis pour l'élaboration d'un plan de management, l'intention est bien présente par les deux groupes d'intervenants, mais le cadre administratif est bien disposé par rapport au cadre médical pour réussir une telle réalisation.

Concernant la capacité d'adaptation des RH afin de bien couvrir les besoins de population en matière de soins de santé, tout le monde est pour réussir un changement positive, mais cette fois-ci le cadre médicale est bien présent, car il croit qu'il est le premier responsable de la réussite de cette adaptation ou réadaptation de l'offre de soins par rapport aux besoins réels en santé.

En effet, et malgré les bons intentions par tous les intervenants, il y a des conflits internes qui font face au bon fonctionnement de l'établissement d'une part, et d'autre part déconcentrent ces intervenants sur la mission principale de l'hôpital.

2.2.3 La communication

Selon la figure 3, les avis sont partagés par les deux groupes d'intervenants, à travers les réponses sur les trois questions.

Nous pouvons expliquer de tel consensus sur l'existence d'un seul objectif qui rassemble tous les intervenants, par le réel partage d'opinions et la confection pluriel d'un seul projet qui rassemble les intérêts de tous les intervenants.

Comme nous pouvons expliquer de nouveau l'avis partagés par la majorité d'intervenants des deux groupes, en matière de partage et l'échange d'expériences entre les différents intervenants, par l'existence d'une détermination de réaliser les objectifs tracés auparavant, par le biais d'une approche participative qui n'exclue personne.

Nous avons posé cette troisième question, pour jauger la qualité du management pratiqué par cet hôpital, en l'occurrence les outils et les pratiques axés sur l'économie de savoir (gestion des risques, qualité des soins, etc.). Ainsi nous sommes arrivés de nouveau à une quasi-unanimité des intervenants sur l'existence de telles pratiques au sein de l'établissement, qui sont devenus avec le temps des réflexes pour améliorer la qualité des services, et par conséquent booster la performance de l'établissement.

Nous confirmons ainsi l'existence d'une bonne volonté des différents intervenants de communiquer entre eux, afin de rendre le système d'information hospitalier assez efficace pour la bonne prise de décision.

2.2.4 L'environnement

Les avis sont mitigés sur les questions de ce volet, cela est bien visible à travers la figure n°4.

Concernant la réalité d'une mise en place d'une politique d'économie d'énergie, nous avons reçu des réponses contradictoires sur cette question. Cela explique probablement le manque de communication et de coordination sur le sujet, surtout au sein du groupe des professionnels de la santé, qui refusent d'admettre l'existence de ce genre d'initiative au sein de cet établissement, malgré que l'autre groupe admette son existence. Donc, l'exclusion de quelconque intervenant dans la mise en œuvre de telles initiatives, condamnent leurs succès.

La majorité d'intervenants dans cet établissement admettent l'existence d'une gestion des déchets adéquat qui respect la santé des intervenants au sein de l'hôpital, y compris la population avoisinante. Cela constitue un bon signe de l'application d'outils et pratiques modernes, en matière de gestion des déchets en respectant l'homme et la nature.

En matière d'intégration de l'impact environnemental dans le processus de fonctionnement de l'hôpital, la majorité des intervenants nient ou ignorent l'existence de tel processus au sein de cet établissement. La seule explication de la réponse par « oui » de quelques intervenants, réside dans la culture managériale chez quelques hauts responsables.

Concernant les efforts consentis pour amorcer une transition réussie vers des énergies renouvelables, nous avons enregistré des avis mitigés. Cela peut être expliqué par l'insuffisance des efforts pour amorcer de telle transition, selon la majorité d'intervenants.

Concernant la tendance vers l'optimisation du transport des malades ou des marchandises, la majorité d'intervenants admettent cette tendance. Ainsi tous les intervenants sont conscients de l'importance de l'optimisation du transport, ainsi la rationalisation des coûts de transport.

En réalité les choix responsables peuvent protéger l'homme et la nature, reste que le principal ingrédient dans ce cas, réside dans la coordination des efforts pour atteindre ces objectifs.

2.2.5 Le volet économique

Les avis sont différents concernant ce volet, puisque les professionnels de la santé ne tolèrent pas l'intervention des économistes dans le domaine de la médecine.

Concernant la restructuration de l'offre de soins par rapport aux besoins réels en santé, pour une meilleure efficacité de ce genre de services, la majorité d'intervenants sont d'accord sur le rôle de l'organisation de l'offre de soins pour d'atteindre une meilleure couverture des besoins réels de la population.

Les avis sont mitigés concernant les achats responsables, cela peut être expliqué comme suit : les professionnels de la santé trouvent toujours les chiffres et les nombres assez compliqués

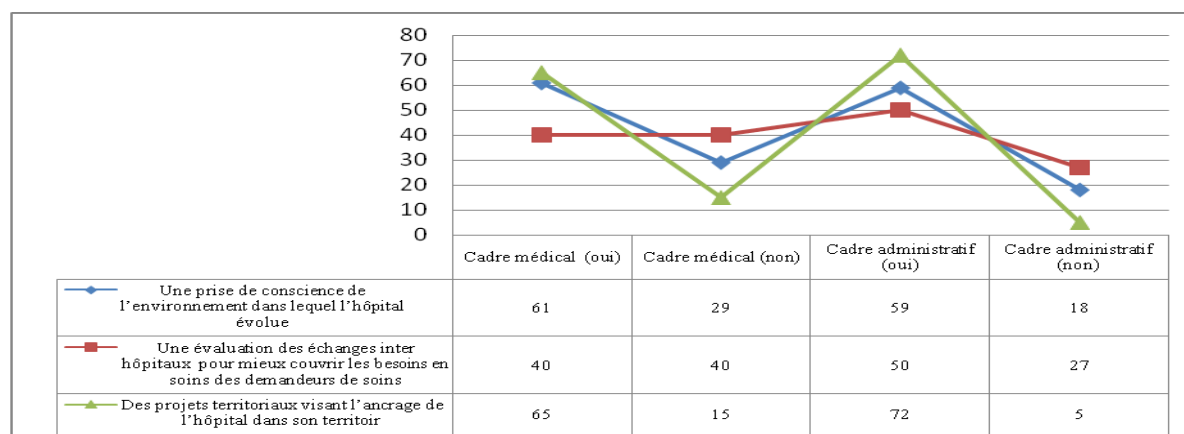
pour résoudre les problèmes quotidiens de l'établissement, par contre l'administrateur considère ces outils comme sont terrain de jeux préféré. La gestion des achats, la gestion des stocks, le contrôle de gestion, les tableaux de bord, etc. sont des techniques qui peuvent améliorer la gestion des achats de l'établissement et, par conséquent améliorer la performance de l'établissement.

Concernant l'existence et l'utilisation des chartes ou protocoles de bonne conduite dans les processus internes, cette fois-ci les avis sont partagés, la majorité des intervenant nient catégoriquement en réalité l'existence et l'utilisation de ce genre de protocoles. Même si les hauts responsables admettent leurs existences dans quelques services, en contre partie leurs utilisations est assez discutables.

Donc, une stratégie axée sur l'organisation et la restructuration de l'activité hospitalière peut augmenter la performance de l'établissement. L'application de telle stratégie nécessite l'implication des professionnels de la santé, qui trouvent les techniques économiques un casse-tête, selon eux, ces techniques ne peuvent pas résoudre les problèmes de santé des demandeurs de soins.

2.2.6 Le volet sociétal

Figure 6 : L'appréciation de l'échange entre l'hôpital et son environnement



Source : élaboré par nos soins.

Selon la figure 6, les avis sont partagés selon les réponses des deux groupes d'intervenants sur les trois questions.

Concernant la responsabilité environnementale envers la sphère sociogéographique, les avis sont partagés par la majorité d'intervenants, cela peut être expliqué par une conscience grandissante de la part de toute la société, pas uniquement les intervenants des établissements de santé.

Concernant les échanges inter hôpitaux afin de mieux couvrir les besoins en soins des demandeurs de soins, il est difficile de donner une réponse tranchée à cette question, cela peut

être expliqué par le décalage entre la volonté et la réalité. Si cet échange est réalisable sur papier selon le cadre administratif, sur terrain les résultats ne suivent pas selon le cadre médical.

Concernant l'ancrage de l'hôpital dans son territoire, cette fois-ci les avis sont partagés, puisque la plus part des intervenants confirment cet ancrage de l'hôpital dans sa sphère socioéconomique, à travers une contribution efficace de l'hôpital dans : la réinsertion des jeunes diplômés, la formation, la prévention, la diffusion de l'information utile pour le grand public, l'organisation des journées d'études, etc.

Donc, un bon ancrage de l'hôpital dans son territoire peut rendre l'intervention de cet établissement plus ciblée et plus efficace.

IV- CONCLUSION

Bowen a essayé, à travers son ouvrage mythique, de montrer qu'il existe une possibilité d'actions collectives, qui conjuguent les efforts des différentes parties prenantes, dans un objectif principal qui rassemble les intérêts de la firme et la sphère socioéconomique qui l'englobe. La thèse de Bowen était reprise et approfondie par plusieurs chercheurs, et dans plusieurs domaines : « Business and society », « Business case », « Responsiveness », « Social audit », « environnement responsibility », etc.

Si la responsabilité sociale est une démarche qui trouve des adeptes un peu partout, à cause des contraintes socioéconomiques et/ou environnementales, cette démarche n'est pas une utopie surtout dans le cas des multinationales assoiffées de bénéfices, qui peuvent utiliser cette démarche à des fins machiavéliques, loin de la transparence ou des objectifs qui rassemblent les intérêts de toutes les parties prenantes. Ainsi, notre thèse consiste à appliquer cette démarche responsable pour les entreprises à but non lucratifs, afin de booster la performance de ce genre d'établissement, en respectant en même temps les objectifs de toutes les parties prenantes, loin des objectifs restreints axés sur les bénéfices.

Nous avons appliqué un consulting RSE sur l'hôpital Ibn Sina/OEB, et nous avons constaté que les parties prenantes sont différentes par rapports aux entreprises à but lucratif. Ainsi nous avons remarqué que les parties prenantes internes (les professionnels de la santé et les administrateurs), qui ne sont pas toujours du même avis sur des sujets qui doivent rassembler et ne pas diviser. Il faut ajouter à ces parties prenantes internes, d'autres parties prenantes externes (les demandeurs de soins et les mécanismes de financements) qui pratiquent une influence considérable sur les établissements de soins, et qui ont des objectifs qui sont parfois différents de ceux de l'établissement public de santé.

Ainsi l'application de telle démarche sur les établissements publics de santé est assez difficile, qui nécessite avant tout une gestion efficace des conflits entre les deux parties prenantes internes, ensuite tracer des objectifs qui arrangent et rassemblent les intérêts de toutes les parties prenantes qui représentent (l'offre, la demande et le financement des soins).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ACQUIER A., GOND J.P. (2005), « Aux sources de la Responsabilité Sociale de l'Entreprise: relecture et analyse d'un ouvrage séminal : Social

Responsibilities of the Businessman d'Howard Bowen (1953) », XIVème Conférence de l'Association internationale de management stratégique (AIMS), 6-7-8 Juin à Angers.

- AISSAOUI N. (2017), « Financing of the Algerian health system; What future for free care? » EWASH&TI Journal, University of El Hoceima/Morocco, Volume 1 Issue 3, p. 11-20.
- AISSAOUI N. (2018), « Innovation and governance of the Algerian social security system; Reality and challenges facing multiple transitions» EWASH&TI Journal, University of El Hoceima/Morocco, Volume 2 Issue 1, p. 24-32.
- BEN YEDDER M., ZADDEM F. (2009), « La Responsabilité sociale de l'entreprise (RSE), voie de conciliation ou terrain d'affrontement ? », Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (REMES), Vol.4, N°1, p. 84-103.
- BOWEN H.R. (1978), «Social Responsibility of the Businessman- Twenty Years Later, Rationality, Legitimacy, Responsibility: The search for new directions in Business and Society», E. M. Epstein and D. Votaw. Santa Monica, CA, Goodyear Publishing Co, p.116-130.
- BOWEN H.R. (1953), Social Responsibilities of the Businessman, Harper, New York.
- CARROLL A.B. (1979), «A three dimensional model of corporate social performance», Academy of Management Review, Iss. 4, p. 497-505.
- Chiffres de la direction de l'EPH Ibn Sina/OEB Algérie, 2017.
- DOH J.P., GUAY T.R. (2006), «Corporate Social Responsibility, Public Policy, and NGO Activism in Europe and the United States: An Institutional-Stakeholder Perspective», Journal of Management Studies, Vol 43, n°1, p. 47-73.
- HEALD M. (1961), «Business Thought in the Twenties: Social Responsibility», American Quarterly 13(2); p.126-139.
- <https://www.lci.fr> › INTERNATIONAL
- JORADP, Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, Art. 6.