

**LA GESTION DE LA RESSOURCE HUMAINE
HOSPITALIERE : ENTRE CONTRAINTES ET
IMPERATIFS DE MODERNISATION
CAS DU CHU DE TIZI OUZOU***

Leila **MELBOUCI***, Arezki **CHEMOUKHA ****
Saifa **ALLEK*****, Hakima **SOUKI******
Farida **BOUGHANEM*******

Résumé :

L'inefficacité structurelle constatée dans les organisations publiques a poussé les chercheurs vers l'emprunt des pratiques managériales des firmes dans le dessein d'ériger un management public. Néanmoins, l'expérience a placé celui-ci entre la logique juridique répondant aux impératifs de garantie, de stabilité et d'équité et la logique managériale, poursuivant des objectifs d'efficacité, de compétitivité et de rentabilité. Nonobstant cette antinomie, plusieurs chercheurs trouvent que la réussite de la modernisation, par des pratiques managériales des entités publiques, est possible via la valorisation du facteur humain. Nous avons opté pour un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) pour mettre en exergue nos résultats par rapport à cette hypothèse. Nous sommes parvenus en utilisant l'analyse contingente, au fait que le CHU est une organisation spécifique.

Mots Clés : GRH, Modernisation, Changement, Hôpital, Organisation, Culture, Management.

Code Jel : M12, L31, H83, H51.

* Cet article est un produit du projet PNR 27 portant sur GRH.

* Maitre de Conférences, université Mouloud MAMMERY de Tizi Ouzou.

** MAA, université Mouloud MAMMERY de Tizi Ouzou.

*** MAA, université Mouloud MAMMERY de Tizi Ouzou.

**** MAA, université Mouloud MAMMERY de Tizi Ouzou.

***** MAA, université Mouloud MAMMERY de Tizi Ouzou.

Introduction.

Les recherches sur les organisations publiques en général et sur les organismes de santé en particulier ont montré que ce type d'organisation vit une crise structurelle et organisationnelle (H. MINTZBERG, 1982, 1990 ; S.TIMAR, 1990 ; M.CREMADEZ, 1991 ; E.FRIEDSON, 1990; BODIGUEL J.L, ROUBAN L., 1991 ; J.,PNIOCHE 1991 ; CNEAP, 1999 ; A. RAHMANI, 2003 ; A. ZAYYOUN, 2004 ; E. PERSONENI, 2010). La synthèse principale de plusieurs travaux sur ce domaine s'accorde à viser les Ressources Humaines (RH) comme remède à l'inertie observée dans les hôpitaux. La gestion du personnel hospitalier a été considérée (elle l'est toujours dans certains organismes) comme des tâches administratives et routinières. Cette gestion des RH est strictement réduite au problème d'équilibre financier dans un type d'organisation bureaucratique. Dans ce contexte, nous nous interrogeons sur la modernisation de la fonction Personnel dans un milieu hospitalier : serait-elle réalisable ? Pourrait-elle mener vers un management des RH spécifique ? Existe-t-il des moyens exploitables pour la mise en place des structures et des formes de gestion plus motivantes, participatives et communicantes ? La problématique de notre recherche ne diffère guère de celles ayant pour objet de moderniser les hôpitaux, en modifiant les fonctions du service du personnel qui administre et ne gère pas et à créer une structure impliquée qui pilote et gère les affaires des RH dans l'avenir. Le CHU de Tizi Ouzou n'échappe pas à cette problématique.

Pour mieux cerner le problème posé plus haut, nous considérons que la mise en place des nouvelles pratiques de la GRH améliore la performance des organisations quelle que soit leur nature, mais le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) est une organisation publique spécifique. Les modèles de la GRH proposés par les spécialistes ne peuvent être transposés qu'avec des adaptations au contexte hospitalier. La résistance au changement peut constituer un frein à toute tentative de modernisation et le CHU de Tizi Ouzou est un cas singulier. Ces hypothèses ne sont pas indépendantes, elles sont naturellement articulées les unes aux autres et nous guident à adopter pour leur vérification l'approche contingente. Notre objectif

n'est pas de proposer des formules pour moderniser la GRH du CHU de Tizi Ouzou mais de présenter une analyse de son existant afin de mettre en relief les pistes viatiques pour le changement. Pour ce faire, notre étude touchera les aspects organisationnel et culturel qui nous guideront dans les propositions des issues susceptibles d'être mises en œuvre sans grande résistance. Nous mettrons en avant une logique explicative de la situation actuelle du CHU de Tizi Ouzou.

Méthodologie :

La revue de la littérature a été la première étape de notre recherche. Nous nous sommes intéressés à l'aspect théorique de la GRH en général et la GRH publique en particulier. Nous avons tenté de confronter les hypothèses citées avec le réel du CHU de Tizi Ouzou, notre démarche est de ce fait déductive.

Pour notre enquête, nous avons réalisé des observations approfondies lors d'allers et retours entre des activités de terrain et prise de recul théorique. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur les techniques de l'enquête qualitative à savoir : l'observation; l'observation participante; les entretiens semi- directifs avec le personnel et une enquête quantitative par questionnaire. Les données recueillies grâce à la réalisation de l'état des lieux, nous ont servis à étudier les conditions de la faisabilité du changement en termes de recrutement, de formation, de mobilité, d'évaluation, de compétences et de rémunération.

1. La GRH dans l'hôpital: les contraintes à la modernisation

Longtemps cantonnée à une activité de support aux autres fonctions de l'entreprise, la fonction ressource humaine permet de se démarquer des concurrents dans un contexte instable et fortement compétitif. Dans le secteur public en l'occurrence le secteur hospitalier, la ressource humaine est la pierre angulaire et la ressource principale des activités du service public. La fonction RH relève de nombreux défis dans la mesure où elle doit rechercher la meilleure adéquation entre les intérêts du service et de l'établissement (efficacité, budget...), les intérêts du personnel (conditions de travail, motivations, carrières...) et certainement les

intérêts des usagers (droit à la santé, éducation, protection, éthique,...). Ainsi, la fonction RH est au centre d'un milieu complexe découlant de la spécificité du secteur public et de son évolution, des contraintes budgétaires, de la transformation de la logique de gestion publique. Cela entraîne un changement nécessaire des emplois, de l'organisation du travail et donc de la gestion des ressources humaines, ce qui ne peut pas se faire sans rencontrer de contraintes.

1.1. La GRH publique face aux contraintes organisationnelles et culturelles

Dans le cadre de notre réflexion sur le CHU *Nedir Mohammed* de Tizi Ouzou en tant qu'objet d'étude, nous présentons les résultats d'une revue de littérature sur l'organisation et la culture organisationnelle. L'articulation entre ces éléments théoriques et ceux de notre enquête a pour finalité d'identification des caractéristiques de fonctionnement du dit CHU. Les pionniers des recherches en management public, tels Max WEBER et Henri MINTZBERG, considèrent les aspects structurel et culturel d'une organisation comme variables primordiales pour toute tentative de changement et d'adaptation.

1.1.1. L'hôpital : quelle organisation ?

L'organisation bureaucratique de Weber est une forme d'organisation qui se retrouve dans toutes sortes d'organisation parce qu'elle présente la logique de fonctionnement la plus rationnelle sur le plan formel, par son exigence de conformité réglementaire et par sa prévisibilité et sa précision techniques. Elle est basée sur l'autorité légitime et la dominance des règles et procédures. L'étude de L'hôpital a montré qu'il se caractérise par ces éléments et de ce fait, il est une bureaucratie wébérienne souffrant des limites de ce même modèle. L'échec du modèle bureaucratique apparaît dans le fonctionnement interne des administrations publiques où des entorses surgissent entre les règles formelles et les relations informelles des membres de l'organisation. La finalité de l'organisation publique s'oriente singulièrement, vers le respect des procédures et non pas la réalisation du résultat. Contrairement à Max Weber qui considère le

modèle bureaucratique applicable à toute forme d'organisation, Mintzberg affirme qu'il existe des organisations mieux adaptées que d'autres aux contextes. Dans ce sens, il propose une configuration organisationnelle dont la bureaucratie professionnelle qui est utilisée pour décrire l'hôpital. Elle a longuement été considérée comme un cadre de référence pour l'analyse des hôpitaux. Par rapport à cette configuration, le personnel est scindé en professionnels et non professionnels. Cette division n'est pourtant pas suffisamment détaillée pour décrire l'organisation interne des hôpitaux. Le groupe des professionnels se scinde en deux composantes qui regroupent les médecins, d'une part, et le personnel paramédical, d'autre part, cette césure renvoie à la distinction entre professionnels et semi-professionnels. De son côté, le groupe des non professionnels se subdivise entre personnel administratif et personnel technique. La conjugaison de cette « double dualité » et de la coexistence de deux lignes hiérarchiques rend particulièrement complexe l'observation de l'activité dans les hôpitaux et multiplie les sources d'appartenance, d'autant plus que ces dernières s'adosent à des légitimités différentes.

Pour contrecarrer les insuffisances de ces deux formes organisationnelles, les pays développés ont adopté l'organisation par pôles d'activité. Un pôle peut être considéré comme un regroupement de secteurs, services et unités fonctionnelles ayant des activités de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche communes ou complémentaires. Elle a été adoptée par les pays de l'OCDE pour réaliser le rapprochement entre les deux mondes, médical et administratif, assurer l'autonomie et la souplesse dans la gestion de l'hôpital et moderniser les structures hospitalières. La mise en œuvre des pôles doit reposer sur la subsidiarité, la contractualisation et la responsabilisation.

1.1.2. L'hôpital : quelle culture ?

Les travaux les plus importants réalisés sur les organisations hospitalières (Smith, Mintzberg, Saintsaulieu et Hofsted) font tous référence à la complexité des organisations hospitalières. De ce fait plusieurs cultures sont identifiées dans l'hôpital :

i. La culture bureaucratique administrative

L'hôpital public constitue le principal intermédiaire entre les pouvoirs publics et la population. Ainsi, pour arriver à atteindre les objectifs de la politique de santé publique, il s'est construit dans les hôpitaux une culture bureaucratique administrative. Pour Weber (1995), le type le plus pur de domination légale est la domination par les moyens de la direction administrative bureaucratique car cette dernière est la forme d'organisation qui répond le mieux à la nécessité d'appliquer des normes impersonnelles.

Dans la bureaucratie administrative, toutes les actions sont ordonnées, prévisibles, et donc planifiées. Les relations humaines affectives et les sentiments des personnes qui participent à son fonctionnement s'effacent devant cette rigidité. L'agent public répond aux impératifs de la déontologie administrative dont la principale valeur est « l'intérêt général avant tout ». Cette valeur a créé au sein de l'hôpital des comportements culturels axés sur les règles et les procédures. A cela s'ajoutent des pratiques informelles dominantes naissances à plusieurs sous cultures et faisant de l'hôpital une mosaïque.

ii. La culture de bureaucratie professionnelle

L'organisation hospitalière est dominée par le noyau opérationnel qui est représenté par l'ensemble des services. Ces derniers à leurs tours ont pour noyau le corps médical et les soignants. Cette prédominance du niveau opérationnel fait de l'hôpital une organisation à culture professionnelle. Le corps des professionnels est à son tour divisé entre les professionnels qui représentent les médecins et les semi professionnels représentés par les soignants. Le pouvoir au sein de ce groupe revient aux connaissances et à l'expertise acquise dans des organismes de recherche externes. Cela rend difficile le contrôle et le suivi du travail des médecins car ils s'autocontrôlent. Ceci dit, Mintzberg ne nie pas l'existence d'une hiérarchie respectant le niveau des compétences et l'ancienneté de la profession.

L'adoption du travail en pôles d'activités a apporté un changement de taille au fonctionnement de l'hôpital. Sur le plan des valeurs et de la culture hospitalière trois changements majeurs sont constatés: la transformation de la relation de l'hôpital avec le patient, notamment la relation patient-médecin, les transformations des identités professionnelles et la nouvelle gouvernance hospitalière. Le rôle du médecin dans les nouvelles organisations hospitalières ne se limite pas uniquement à soigner les patients, mais à coordonner son travail avec ceux des autres acteurs de façon à optimiser son action (Grenier, 2007). L'identité du médecin basée sur son expertise est remise en cause dans le contexte du travail en réseau, où les identités sont fondées sur la prestation de services au patient ; le travail collectif et le partage de l'information.

iii. La culture de moyens et la culture de fin

Hofstede déclare que lorsque les moyens justifient une culture, la routine bureaucratique est privilégiée aux résultats. Dans un hôpital, cette culture est propre au groupe du personnel administratif. Dans le cas contraire, où l'accent est mis sur les fins de l'organisation, le personnel obéit aux impératifs liés aux résultats. Cette dynamique entraîne un surcroît d'efficacité, c'est le cas du corps médical et le corps soignant. Entre les deux forces dominantes dans l'hôpital, le personnel des opérations logistiques et les infirmiers ont du mal à se forger une identité pour des raisons évidentes. Ainsi, le personnel logistique souffre d'une dépendance vis-à-vis de la direction. Il exécute des décisions venues d'en haut sans avoir l'impression d'y participer. Les infirmiers sont dépendants du corps médical. Ils arrivent très difficilement à s'acquitter d'une autonomie dans l'exercice de leurs fonctions. Le manque de communication altère les relations entre les groupes professionnels et favorise la constitution des groupes informels.

iv. La culture informelle

Les groupes informels sont des groupes qui existent en parallèle à l'organisation formelle (Scott, 1981), et se développent par des relations interindividuelles non voulues par les responsables officiels de l'organisation (Zaremba, 1988).

Selon les premiers auteurs de la théorie des incitations cités par Loffont J.J.(2008), les agents publics, de par leur nature, quel que soit leur métier, se divisent en deux catégories. La première catégorie est composée d'agents ayant l'esprit de service public et d'intérêt général. Ils exercent leurs devoirs sans avoir besoins de moyens d'incitation et de motivation. La deuxième catégorie est composée de personnes opportunistes, ils font des choix qui vont à l'encontre de l'efficacité du service rendu au public afin d'en tirer une rente informationnelle.

Comme toute organisation publique, l'hôpital est caractérisé par un ensemble de relations de type « principal-agent » dans lesquelles les asymétries d'information jouent un rôle déterminant (Bureau D. Mougeot M., 2007).Ce mode de fonctionnement crée des possibilités de collusion entre les agents dans le but d'accroître et de partager la rente informationnelle.

Les éléments organisationnel et culturel cités ne peuvent que caractériser la fonction ressources humaines. Nous allons ci-dessous nous focaliser sur les pratiques de cette dernière.

1.2. La GRH dans les administrations publiques et hospitalières: essai de rapprochement de la GRH privée

La gestion de la ressource humaine dans les administrations publiques est un enjeu majeur pour améliorer la qualité du service public. En effet, l'Etat est le premier employeur, le nombre de fonctionnaires en Algérie, est d'environ 2 millions de personnes en 2011 dont 86% sont permanents (la Direction Générale de la Fonction Publique (DGFP)). Ces chiffres illustrent parfaitement l'intérêt que nous portons à la ressource humaine publique. La gestion des ressources humaines dans les administrations publiques a pour objectif de satisfaire au mieux et au meilleur coût les besoins en personnel des services publics, de valoriser les compétences de leurs agents et de les gérer en anticipant afin de mettre la bonne personne au bon poste (Chemela-Lafay et al. 2008). Cependant, la GRH publique en l'occurrence la ressource humaine hospitalière fait face à plusieurs contraintes pour répondre à la demande de la population en service public.

Parmi les contraintes rencontrées pour gérer la ressource humaine dans le secteur public, nous pouvons énumérer les suivantes :

- La fonction publique a longtemps adopté une gestion centralisée et administrative en application de normes et de procédures impersonnelles. Ainsi, les gestionnaires sont confrontés aux multiples normes codifiant leurs orientations, ce qui est source de rigidité.
- La multiplicité des statuts particuliers a un effet sur les comportements et la culture du personnel. De ce fait, la logique des grades et de l'ancienneté l'emporte sur les compétences et les résultats.
- La ressource humaine est mal planifiée et les outils de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sont très peu utilisés. Par conséquent, certaines compétences peuvent être inadaptées aux postes occupés, ce qui est source de déséquilibre et d'inefficacité.
- La complexité de la gestion de la ressource humaine publique est illustrée davantage dans les institutions hospitalières où la multiplicité des statuts est légion. Malgré l'existence d'une hiérarchie qui définit les tâches allouées à chaque corps de métier, dans les faits l'exercice des activités est peu hiérarchisé. En effet, plusieurs tâches sont revendiquées par des agents aux métiers différents. La dilution des tâches de chaque agent au sein de l'hôpital et la recherche permanente de l'information sont à l'origine du phénomène d'includence utilisé par le psychiatre Tellenbach en 1979. Ce dernier désigne le sentiment d'une personne débordée par son travail vu la masse des tâches à accomplir compte tenu de l'insuffisance du temps.
- La difficulté de coordination des différentes organisations du travail (travail du corps médical, paramédical et administratif). Vouloir gérer de la même manière la ressource humaine hospitalière fortement hétérogène s'avère

réducteur de la complexité de l'organisation des établissements de santé.

A ces contraintes humaines s'ajoute la contrainte financière qui pèse sur les organismes d'Etat en les obligeant à rationaliser leurs dépenses notamment celles liées à la ressource humaine qui représente une proportion considérable des dépenses de l'Etat. En Algérie, la masse salariale représente 26,8% des dépenses totales soit 11 % du PIB en 2011 (Ministère des Finances).

Face à ces contraintes, la redéfinition du rôle de l'administration publique s'avère nécessaire. Elle a entraîné, la réorganisation du travail. Le recours des administrations à la sous-traitance, à la gestion par les résultats et au partenariat public-privé (PPP) a redéfini le travail administratif. Les tâches répétitives et prévisibles laissent la place à des tâches associées à des objectifs.

L'étude comparative faite par l'institut de gestion publique et de développement économique à Paris en 2005 : « Performance, l'ère des RH », sur la GRH dans huit pays (Suède, France, Australie, Danemark, Etats-Unis, Canada, Pays-Bas et Royaume-Unis) a conclu que : malgré les différences culturelles, les réformes engagées dans ces pays se partagent plusieurs critères communs ; la gestion se décentralise en procurant aux managers locaux plus d'autonomie dans la gestion de la ressource humaine de leurs agences ; la gestion des collaborateurs répond aux nouvelles méthodes axées sur l'individu (recrutement, rémunération, formation, carrière, gestion des compétences...). En outre, l'étude constate que le droit public des pays étudiés se rapproche de plus en plus du droit privé.

Par ailleurs, les stratégies de modernisation de la GRH vise à flexibiliser l'emploi public et à développer des pratiques managériales qui échappent aux contraintes liées au statut. Cette flexibilité veut rendre le secteur public « attractif » pour ceux qui veulent concilier vie privée et vie professionnelle.

Ces expériences peuvent servir les réformes des administrations algériennes en l'occurrence l'hôpital qui sont encore au stade de

balbutiement. La GRH publique en Algérie est fortement régie par une réglementation qui encadre ses pratiques.

1.3. La GRH hospitalière en Algérie : logique statutaire

L'Algérie a une fonction publique dite de carrière, elle n'a pas encore évolué vers une fonction publique d'emploi. Elle est parmi les pays qui ont édicté une législation abondante concernant les hôpitaux. L'Algérie renferme un système de santé et une administration hospitalière plus ou moins complexes où la gestion des ressources humaines est fondée sur une mécanique statutaire (Holcman, 2011b). Un ensemble de lois et de règles légales définissent le statut et régissent les droits et obligations des fonctionnaires classés par catégories A, B, C et D suivant un niveau de recrutement (du plus qualifié au moins qualifié) et comprennent plusieurs classes. Chaque classe étant divisée en échelons.

Les nouveaux statuts particuliers applicables depuis le 1er Janvier 2008 n'a pas été innovateur en termes de gestion.

- Dans l'hôpital public, les autorités sanitaires exigent souvent des qualifications de spécialistes et font subir des concours aux candidats aux postes hospitaliers. Pour certains corps, les savoirs étant supposés acquis, les autorités sanitaires s'orientent de plus en plus vers la prise en compte de l'expérience professionnelle. Celle-ci peut être validée par un diplôme et remplace par conséquent les connaissances dispensées dans les établissements scolaires et universitaires.
- Quel que soit leur corps d'appartenance, l'évolution de carrière des fonctionnaires est quasi mécaniquement déterminée par l'ancienneté. Cette dernière, est considérée comme un élément régulateur de la carrière dans le sens où elle fixe le temps d'emploi nécessaire pour qu'un agent soit admis pour postuler à un avancement.
- Dans le cadre réglementaire, chaque fonctionnaire doit être soumis à l'évaluation en fonction des missions qui peuvent lui être confiées eu égard à son grade. Le fonctionnaire est soumis tout au long de sa carrière à une évaluation continue et

périodique. Celle-ci est destinée à apprécier, selon des méthodes appropriées, ses aptitudes professionnelles pour estimer ses besoins en termes de formation et d'avancement.

- Les fonctionnaires sont titulaires d'un grade. Ce dernier est divisé en échelons. A chaque échelon est attribué un indice brut auquel correspond un indice majoré qui sert à calculer le traitement de salaire. Le fonctionnaire a droit à une rémunération qui comprend : le traitement, les primes et indemnités.
- La gestion de la carrière des fonctionnaires est assurée dans le cadre d'une politique de gestion prévisionnelle à travers des plans annuels de gestion des ressources humaines et des plans annuels ou pluriannuels de formation et de perfectionnement. La valorisation de l'expérience professionnelle acquise par le fonctionnaire se traduit par un avancement d'échelon. L'avancement consiste dans le passage d'un échelon à l'échelon immédiatement supérieur, de façon continue, dans la limite de 12 échelons selon une durée variant de 30 à 42 ans. Le fonctionnaire bénéficie d'un avancement lorsqu'il réunit, à l'année considérée, l'ancienneté requise dans les durées minimale, moyenne ou maximale.
- La durée légale de travail applicable dans les institutions et administrations publiques y compris les hôpitaux est fixée à quarante (40) heures dans les conditions normales de travail. Elle peut être réduite pour les fonctionnaires exerçant des activités particulièrement pénibles et/ou dangereuses ou impliquant des contraintes sur le plan physique ou moral. De plus, sous réserve de l'amplitude journalière de travail effectif, prévue par la législation, les fonctionnaires peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires. Le recours aux heures supplémentaires doit répondre à une nécessité impérieuse de service et revêtir un caractère exceptionnel.
- Malgré une réglementation dont l'intérêt est de garder le plus longtemps possible les bons agents, des moyens légaux existent afin de se séparer des agents coupables de fautes professionnelles

ou devenus inaptes à leur emploi. Les agents peuvent aussi de leur propre initiative quitter le service public.

Découle de ce qui précède que la gestion de la ressource humaine hospitalière s'inscrit dans un schéma régulateur purement administratif, gérant les statuts. Nonobstant, la GRH représente, aujourd'hui un levier réel tant du point de vue de la performance organisationnelle (la gestion du temps du travail, délégation.....) que la performance sociale (satisfaction des médecins, présentéisme...), ou encore de la performance économique (intérêt collectif ou part variable complémentaire.....).

En s'appuyant sur ces éclaircissements, nous présenterons l'analyse du contenu de notre enquête.

2. Résultats et discussion

Pour notre enquête, nous avons fait appel à la méthode d'échantillonnage. Un échantillon représentatif correspond à 10 % (200 personnes) de la population cible. La répartition de cet échantillon a été réalisée par la méthode des quotas. Ainsi, nous avons pris le soin de respecter les mêmes proportions des différents statuts telles qu'elles figurent dans la population cible. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau n°1.

Tableau N°01 : Tableau représentant la structure de l'échantillon par statut hospitalier.

Statut hospitaliers	Effectif	Pourcentage (%)
Personnel paramédical	124	62,22
Personnel médical	60	30,81
Personnel d'encadrement	16	6,95
	200	100

Source : Etabli par nos soins

Vu les conditions particulières dans lesquelles s'est déroulé l'enquête (contexte interne conflictuel et instable) nous n'avons pu collecter que 92 questionnaires sur 200. Cette insuffisance nous a poussés à consolider nos entretiens semi-directifs (35 entretiens auprès du Directeur du CHU, le DRH, le Directeur financier, les médecins et les infirmiers), par la consistance des questions et la durée des entretiens. Pour le traitement des entretiens nous avons procédé par une analyse de contenu.

Après le dépouillement des questionnaires, nous avons procédé au traitement des données grâce au logiciel SPSS et constitué une base de données.

Nous commencerons notre analyse par les facteurs organisationnels et culturels.

2.1. Que montre l'analyse organisationnelle et culturelle du CHU ?

2.1.1. Présentation et analyse organisationnelle du CHU

Rappelons-le encore une fois que la structure organisationnelle d'une entité est une variable à mettre en exergue pour assimiler le sujet étudié. La théorie de la contingence l'a proposé comme un facteur déterminant de changement et d'adaptation.

La structure organisationnelle du CHU est constituée de cinq niveaux hiérarchiques (Conseil d'Administration, Direction Générale, Secrétariat Général, Directions et des Sous Directions), de deux organes représentant le staff (Conseil Scientifique et Comité Consultatif). De ce fait, cette structure organisationnelle est de types staff and line ou hiérarchico-fonctionnelle.

Au préalable, nous notons que selon la théorie de la contingence, cette structure ne serait efficace que si seulement si l'organisation était très grande et complètement décentralisée.

Fort de ces données, nous déduisons que le CHU de Tizi Ouzou est une organisation très grande et complexe composée de sous-systèmes avec diverses catégories de personnel (médecins,

universitaires, administratifs, soignants). Néanmoins, l'hôpital a une gestion centralisée.

Notre enquête renforcée par l'étude théorique nous permet d'avancer les points suivants :

- Le CHU représente une configuration mécaniste : les dirigeants de la ligne hiérarchique ont tendance à concentrer leur pouvoir dans des unités distinctes là où les différentes directions sont elles-mêmes structurées sous la forme de configuration mécaniste.

- En se référant à l'analyse de Mintzberg, la structure organisationnelle du CHU Nedir Mohammed est en fait un cas singulier ; il y a présence de deux configurations à poids égale : une configuration mécaniste pesante représentée par l'administration et la tutelle (fournisseur de règles et procédures) et une bureaucratie professionnelle constituée des médecins et infirmiers. Celle-ci s'impose par le métier et opte souvent pour une autonomie complète.

- La répartition des fonctions est de type taylorien : l'hôpital souffre de cloisonnements hiérarchiques où les flux d'échanges horizontaux sont difficiles à cause d'une absence de la transversalité.

- Une désresponsabilisation en cascade constatée et non mesurée : la prise d'initiative est insuffisante.

Nous avons déjà souligné l'importance de l'analyse de Mintzberg (1982) du secteur hospitalier. Vu sous cet angle, le CHU est composé : d'une hiérarchie de professionnels de la santé, d'une hiérarchie des fonctions administratives et d'une logistique.

Dans la première hiérarchie la possession du pouvoir est liée à l'expertise et à la connaissance. L'ajustement mutuel et la standardisation des qualifications sont les mécanismes de coordination les plus utilisés.

Quant à la deuxième hiérarchie, la coordination est axée sur la supervision directe et la standardisation des procédés. Ces deux mécanismes de coordination sont mal utilisés et inefficaces vu la taille de l'organisation. Dès 1984, Mintzberg montrait qu'au-delà

d'une certaine complexité, les organisations ne peuvent plus fonctionner par la supervision directe et la standardisation classique du travail et qu'à ce stade, seuls les dispositifs d'ajustement mutuel étaient opérants. Cependant, au niveau du CHU, même ce mécanisme se trouve inefficace à cause du contexte culturel que nous développerons plus loin.

A tout prendre, le centre hospitalier de Tizi Ouzou est une institution très centralisée et hiérarchique, les flux d'information se limitent souvent aux flux d'ordre ou d'injonction sans tenir compte des remontés d'information et des échanges entre les acteurs à la base de la hiérarchie. L'hôpital a subi maintes fois des pertes d'information et de déformation de messages créant ainsi plusieurs conflits et un malaise social interne.

2.1.2. Autres éléments organisationnels

Nous avançons d'après l'enquête que la gestion au sein de l'hôpital est centralisée vu que 71,2 % des salariés affirment qu'il n'existe pas de délégation de gestion.

Le règlement juridique qui régit la gestion de la ressource humaine dans l'hôpital constitue un obstacle notamment pour la promotion (68,4%) et le recrutement (56,1%), or la nouvelle gouvernance par la mobilisation de la GRH requiert une décentralisation des pouvoirs et une réorganisation de la structure de la DRH.

L'utilisation, à notre gré, des techniques participatives, groupes d'expression, cercle de qualité pratiqués dans le domaine de la gestion des ressources humaines dans les pays développés trouveraient des contraintes à être installées au sein du CHU. La direction de l'hôpital est centralisée, la tutelle à travers le conseil d'administration est pesante. Les décisions stratégiques et parfois les décisions tactiques lui reviennent ; ce qui a généralisé une passivité et un attentisme quand il s'agissait de résoudre des problèmes de gestion.

Le CHU étudié accorde une place prépondérante au corps médical dans le système de pouvoir au détriment de la direction

administrative. Toutefois, il les présente comme deux poids lourds qui s'affrontent. Cette répartition conflictuelle du pouvoir ne favorise pas l'émergence de règles claires. Les objectifs de l'institution pâttissent de la stratégie individuelle et chacun trouve de l'intérêt à laisser perdurer un flou pour pouvoir user de manœuvres permettant d'influer sur les décisions. Ce qui fait du CHU une organisation singulière.

Par ailleurs, la diversité des métiers et des logiques d'acteurs ne favorise pas l'émergence de comportement gestionnaires et frêne l'efficacité des démarches de projets.

Le management par objectifs ne trouve pas terrain d'applicabilité au sein du CHU pour les raisons suivantes :

- Le management par objectifs (MPO) vise à faire converger les efforts d'une organisation en vue de l'obtention des résultats. Cependant, le CHU est loin d'appliquer cette démarche. Ce constat relève d'une part de limites de la régulation par les règles et d'autre part de la difficulté à définir des objectifs précis, de la taille des organisations publiques et de l'insuffisante prise en compte de la dimension humaine.
- Les établissements de soins sont des organisations professionnelles où se forment des groupes d'influence avec des objectifs propres à promouvoir. Ainsi, les groupes d'alliance d'intérêt se forment, s'engagent de manière différente et évoluent selon des comportements parfois incompatibles entre eux. Cette situation fausse ainsi la bonne prise de décisions tactiques et même opérationnelles.
- L'hôpital souffre d'un cloisonnement entre deux logiques, la logique d'acteurs et celle de métiers. Cela explique le non aboutissement des réformes inscrites dès 2002. Les démarches de projet d'établissement déjà mises en place en France et le travail transversal n'ont pas un terrain propice pour se développer.

- La taille de l'hôpital constitue un obstacle qui réduit l'implication du fonctionnaire.

Eu égard à cette situation, la polarisation du CHU ne peut se proposer pour moderniser la gestion. Actuellement, les principes de la polarisation n'ont pas terrain d'existence.

L'organisation du centre hospitalier universitaire de Tizi-Ouzou, somme toute est une organisation politisée (Mintzberg qualifie l'organisation de type politique celle où l'informel l'emporte) car la force des conflits devient telle que chaque acteur tire de son côté avec tous les risques d'exploitation sociale que cela comporte. Ce point sera explicité via l'aspect culturel.

2.1.3. La culture organisationnelle au CHU

Nous avons abordé la culture du CHU sous l'aspect formel et il s'agit de décrire la culture des différents groupes de travail, à l'instar des médecins, des infirmiers et du personnel administratif et l'aspect informel dans lequel nous allons décrire les caractéristiques des groupes informels propres à l'organisation hospitalière. Les groupes de travail formels du CHU, nous les avons scindés sur la base de l'analyse organisationnelle de Mintzberg comme suit :

- Les professionnels, représentés par les médecins, constituent 30,81% de l'effectif total.
- Les semi professionnels correspondent à l'ensemble du personnel infirmier; ils représentent 62,22 %.
- Les non professionnels (le corps administratif) représentent 6,95 % de l'effectif total.

I. La culture des groupes formels

Pour étudier la culture des groupes formels au sein de l'hôpital, nous allons d'abord présenter la culture des différents corps qui le constitue.

i. La culture des médecins

La hiérarchie au sein du corps des médecins est basée sur les compétences et le savoir-faire. Le pouvoir leur revient. La légitimité de ce dernier est de source externe. Ils développent leurs compétences par la réalisation de travaux de recherche, la participation à des manifestations scientifiques (des colloques, des séminaires, etc.). Notre enquête a montré que le contrôle n'est pas assuré par l'administration, mais entre les membres du groupe: c'est l'autocontrôle et l'autoévaluation. Cela a fait promouvoir de bonnes relations de travail au sein des équipes (82 % des médecins sont satisfaits, 66,66 % des infirmiers le sont). Les relations avec la direction ne sont pas satisfaisantes ; seulement 33,33 % des médecins enquêtés disent être satisfaits.

Au sein des équipes médicales règne une culture de communication. 80 % des médecins interrogés affirment la présence d'un climat de discussion. Cependant, nous constatons que cette culture de communication n'est pas suivie ni de concertation ni d'adhésion. Seulement 13,33 % des médecins déclarent être concertant, voire adhérents.

ii. La culture du corps administratif

Le rôle du personnel administratif est de veiller à l'application des règles et des normes de l'organisation. Dans les services administratifs, les acteurs sont des détenteurs d'influence et forment ensemble une coalition interne. La hiérarchie s'efface par rapport à la nature et le poids de cette coalition. En prime, l'hôpital n'est pas épargné des influences externes (clients, patients, fournisseurs, ministère).

iii. La culture du corps infirmier

Les infirmiers souffrent d'une forme de domination par les médecins et les administratifs.

La domination de la part des médecins nous l'avons constaté par les réponses des infirmiers au questionnaire et l'observation du climat de travail à l'intérieur des services lors de notre enquête.

Ainsi, nous avons remarqué, à titre d'exemple, une certaine distance entre les deux corps.

La domination des administrateurs sur les infirmiers nous a été visible lors de la répartition du questionnaire. Nous avons constaté que la plupart des infirmiers, en l'absence d'un supérieur ont refusé de répondre à notre questionnaire. Par la suite, pendant l'une des réunions de travail avec la direction, l'ensemble des infirmiers présents à la réunion étaient plus collaboratifs.

La domination exercée sur les infirmiers se manifeste par une sorte de malaise et un sentiment d'insatisfaction d'un côté, et de la méfiance de l'autre. Cela fait que ces derniers se trouvent souvent en situation de défensive. Tous ces facteurs ont renforcé les relations de travail et la solidarité entre eux. Ce type de comportement des infirmiers se traduit par le taux élevé (80 %) de suivi du mouvement de grève qui a eu lieu la fin de 2012 et début 2013.

Le tableau N° 2 met en relief la nature des relations entre les différents corps au sein du CHU.

Tableau N°02 : Groupes formels et relations de travail au CHU

Groupe	Administrateurs	Médecins	Infirmiers
Administrateurs	Bureaucratie administrative	cloisonnement	Dominants/ Dominés
Médecins	Cloisonnement	Bureaucratie professionnelle	Dominants/ Dominés
Infirmiers	Dominants/ Dominés	Dominants/ Dominés	Crise d'identité

Source : établi par nos soins

Le CHU est une organisation où se rencontrent deux cultures :

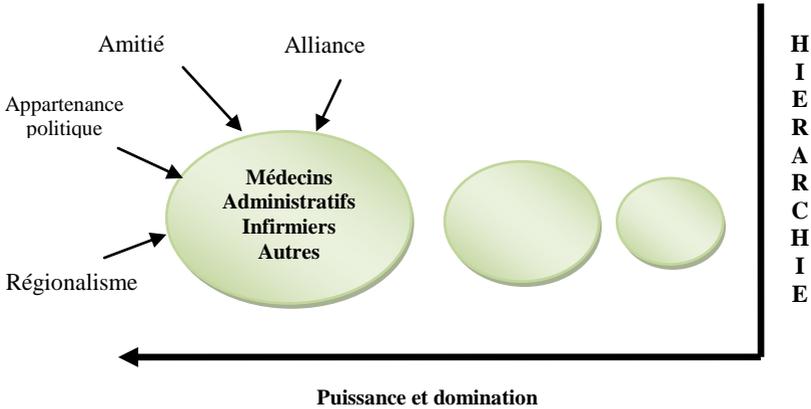
- une culture basée sur l'éthique médicale dont l'objectif principal est la santé des patients.
- La culture basée sur les moyens (la rationalité) vient se conjuguer avec la mission humanitaire et sociale de l'organisation hospitalière. Elle impose le respect des normes et des procédures administratives pour une meilleure gestion du budget.
- La rencontre de ces deux logiques dans un hôpital public peut donner lieu à deux scénarios :
- Le premier est celui où les deux groupes d'agents, soignants et administratifs, vont coordonner leurs efforts pour atteindre les objectifs fixés pour l'organisation. L'hôpital, dans ce cas, devrait développer une culture de communication, d'échange d'information et de transparence. Ce scénario correspond à une polarisation de l'organisation.
- Le deuxième est celui où les deux principaux groupes qui font partie du système hôpital travaillent pour la même organisation, mais tout en gardant chacun ses frontières vis-à-vis de l'autre.

Dans le CHU, nous avons constaté que le deuxième scénario est fonctionnel. Les différentes structures qui composent cette organisation travaillent en cloisonnement.

II. La culture des groupes informels

Nous avons constaté l'existence de groupes informels au sein du CHU. Ces groupes sont constitués par des agents qui fournissent moins d'efforts, tout en étant couvert par les membres du groupe d'appartenance. Ces derniers peuvent être des infirmiers, des administrateurs et des médecins (voir figure N°1).

Figure N°01 : culture des groupes informels en sein du CHU[†]



Source : Etabli par nos soins

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

Le diagnostic que nous avons réalisé a permis de mettre en évidence les traits culturels qui se traduisent par un favoritisme dans les relations entre acteurs internes. Ces derniers manquent de professionnalisme : on répond et on résout les difficultés plus facilement et plus vite aux demandes des personnes importantes (non

[†]L'observation et l'analyse des traits informels du CHU n'ont pas débuté avec le PNR mais elle est le résultat d'une décennie d'étude du fait de notre appartenance à une association nationale considérée comme partenaire principal de l'hôpital.

par rapport à leur place au niveau de la hiérarchie et non plus en relation avec la compétence).

La culture hospitalière avait, des années durant, invétéré des valeurs, des habitudes, des comportements issus de la culture nationale sans pouvoir construire une culture organisationnelle ciment social et catalyseur des nouveautés. De ce fait, le CHU est une diversité de cultures négatives : affrontement de valeurs brutes non harmonisées et ni même reconstruites au sein d'une profession aussi noble que la prestation du service santé.

Nous continuons notre analyse en abordant le vif de la GRH.

2.2. Les pratiques de GRH dans le CHU de Tizi-Ouzou

L'implantation de nouvelles méthodes de gestion des ressources humaines afin de la moderniser est tributaire de plusieurs exigences à satisfaire au préalable. Parmi ces exigences, il y a le climat social, les conditions du travail, la rémunération, l'évaluation, la carrière et la formation.

A partir de l'analyse des résultats de l'enquête nous allons essayer de détecter les facteurs susceptibles de favoriser ou de faire obstacle à une modernisation de la gestion des ressources humaines à l'hôpital.

Nous comptons étudier que les pratiques issues de la réglementation algérienne. Certains éléments relevant de pratiques privées telles que la flexibilité, la polyvalence ne seront pas abordés.

2.2.1. Climat social

Le dialogue social à l'hôpital est une préoccupation constante, étant donné la complexité inhérente à toute structure hospitalière dont la diversité des agents qui la compose. Il est nécessaire donc de la part des intervenants de lui accorder la plus grande attention pour instaurer un climat de confiance impératif pour l'évolution des organisations hospitalières. La réglementation prévoit des réunions organisées à l'initiative des syndicats, des services ou de la direction.

Par ailleurs, il existe peu de conseil et de réunion de service. Ceci ne permet pas l'échange autour du patient et autour de la vie du service. Le personnel hospitalier baigne dans un climat social qu'il caractérise de peu concertant. Le climat manque également d'adhésion des salariés (83,8 % déclarent ne pas être concertés et ne pas adhérer au travail, contre seulement 16,2 %). Néanmoins, les liens entre salariés ne sont pas d'opposition, 92,7 % affirment ne pas l'être. Ces résultats montrent qu'il faudrait d'abord améliorer ce climat social pour, ensuite, lancer les fondations de la modernisation. A notre gré c'est une condition sine qua non.

2.2.2. Organisation et conditions de travail

Nous constatons qu'il existe une certaine rigidité dans l'exercice des fonctions au sein des services. En effet, 61 % de l'échantillon considèrent que les méthodes de travail ne sont ni révisées ni adaptées. Cette rigidité se manifeste également par la faible participation des salariés à la prise de décision car 68 % affirment que leurs opinions ne sont pas considérées par les supérieurs.

60,4% du personnel infirmier se plaignent de l'ambiguïté de leurs responsabilités qui sont mal définies contrairement au personnel administratif et le corps médical.

La principale source de stress au sein de l'hôpital étudié provient de la surcharge du travail, à concurrence de 65%. Les autres facteurs (mauvaise gestion du temps, mauvaise gestion des hommes, insultes, les difficultés de communication et les conflits relationnels) sont à l'origine du stress à taux moyen de 37 %.

Les salariés se plaignent de mauvaises conditions physiques de travail liées à un manque de propreté, d'hygiène des sanitaires, d'intensité sonore et de manque de sécurité. La part des non satisfaits représente respectivement pour chacun des facteurs 34,5 %, 43,1%, 36,6% et 52,4%.

Etant donné le climat de travail régnant à l'hôpital, le taux d'absentéisme ne peut être que élevé, d'autant plus que les outils essentiels et efficaces pour la gestion du temps ne sont pas de ce fait utilisés (fiche de congé, fiche de congé pour formation, fiche de

congé maladie, fiche de contrôle de présence et d'absence...) quelles que soient les absences justifiées ou non justifiées (62,2 %, 65,1% respectivement).

L'absentéisme est important mais toutes les absences ne sont pas comptabilisées. Il nous a été impossible d'estimer le taux d'absentéisme, le sujet est « tabou » et mal régulé même pour les absences justifiées. Cet état des faits perturbe l'organisation du travail parce qu'en général les absences ne sont pas signalées au préalable, ce qui affecte l'encadrement. De prime, le motif des absences n'est pas toujours connu. Le motif social (fête, enterrement...) prend considérablement le pas sur l'éthique et l'économique.

Au sein du CHU le rapport au temps est spécifique. Celui-ci est invétéré dans les valeurs de cette institution. La gestion et le respect du temps sont fonction de l'importance du capital relationnel au sein du service. En tant qu'usagers du service de l'hôpital nous avançons, très concrètement qu'un rendez-vous initialement prévu à 8h 30 peut finalement se tenir après 4 heures de retard ou carrément être reporté sans qu'aucune des deux parties (usagers et médecins) ne se plaignent. Cela s'explique par le non-respect d'une législation qui prévoit la possibilité d'exercice des agents de la santé dans le secteur privé à hauteur d'une journée par semaine. On constate également la lenteur dans la constitution des dossiers des malades. Cette non maîtrise du temps perturbe la gestion des activités et conduit à des incidents : confusion entre les dossiers, affectation des résultats d'analyse erronés et autres accidents. Les interviewés ont reconnu et justifié cela par la surcharge du travail et son accumulation dues aux absences non remplacées malgré l'existence d'un système qui prévoit la gestion des absents. 64% du personnel affirme l'existence d'un système de remplacement du personnel absent dont 72% assurent que le remplacement se fait par le personnel interne. Tous ces facteurs détériorent la qualité du service fourni.

2.2.3. Recrutement et rémunération

Il est important de recruter des personnes qui auront une capacité à évoluer dans leurs parcours professionnels à l'hôpital.

Néanmoins, le statut de la fonction publique constitue un frein au recrutement. 56% du personnel interrogé le confirme. En effet, il existe des difficultés de recrutement du personnel hospitalier car la fonction publique juge les compétences des candidats au poste sur la base d'une formation spécialisée et purement théorique. A cela s'ajoute la multiplicité des statuts particuliers qui régissent le recrutement des différentes catégories du personnel de santé, ce qui rend la gestion administrative contraignante et entachée d'erreurs.

En 2008, le statut du personnel de santé a été révisé avec une modification de la grille indiciaire des rémunérations. Les rémunérations du personnel de santé étant basées sur une grille indiciaire a amené à l'obtention d'une échelle des rémunérations hiérarchisée qui peut conduire à la non-implication et à une démotivation. Les différences de rémunération portent uniquement sur les indemnités.

L'intensité du travail d'un médecin ou d'un paramédical n'est pas prise en compte dans ce mode de rémunération statutaire purement administratif. En effet, dans les organisations publiques hospitalières, le lien entre activité et rémunération est quasi inexistant, ce qui fait du secteur privé une opportunité de complément là où les résultats et les performances sont valorisés par la rémunération.

Ainsi, le système de rémunération actuel des personnels de santé n'apparaît pas optimal pour faire émerger une gestion dynamique des ressources humaines médicales en adéquation avec les exigences économiques développées à l'hôpital. Selon l'enquête, seulement 9 % des salariés interrogés déclarent être satisfaits de leurs salaires. Le personnel paramédical est celui qui a exprimé le plus l'insatisfaction concernant le salaire (70 % qualifient leurs salaires de « minable »). L'expérience professionnelle ne joue pas en faveur des salariés ce qui accentue le sentiment d'insatisfaction salariale (37,6 % des salariés ayant plus de 21 ans d'expérience se disent pas du tout satisfaits de leur salaire).

2.2.4. Evaluation et carrière

L'évaluation a longtemps été taboue dans les hôpitaux. Les appréciations générales qui doivent obligatoirement accompagner la notation pouvaient se réduire à un exercice de style vu que le management est administratif voire directif. Il convient de rappeler que l'entretien d'évaluation n'a pas de caractère obligatoire dans la fonction publique. Mais les établissements ont opté pour des mécanismes de notation et de réalisation des objectifs de service. La réglementation de la fonction publique concernant le personnel de santé prévoit toutes les modalités d'évaluation et d'évolution nécessaires à la gestion des carrières. Cependant 53% du personnel sondés disent qu'il y a absence de techniques d'évaluation. En revanche, 47% affirment que les techniques d'évaluation existent dont 46,4 % évalués par écrit ; 42,9 % oralement et 25 % seulement par la réalisation des objectifs fixés.

La carrière est régie par la réglementation. 80 % du personnel considèrent la formation continue comme accélérateur de carrière. Le poids des autres facteurs à savoir l'expatriation (12%), langues étrangères (31%), mobilité géographique (12,5%) et la mobilité professionnelle (29,2%) ne leur semble pas être très important pour faire accélérer leur carrière. Le personnel de l'hôpital ne semble pas très enclin aux éventuels changements, ainsi, 65 % des sondés n'envisagent pas de changer de carrière.

2.2.5. Formation

Maintenir la compétence et développer les différentes capacités est le rôle de la DRH, pour ce faire, elle doit disposer des ressources humaines en qualité et en quantité suffisantes. La DRH de l'hôpital, dans ce domaine, affronte des contraintes et des difficultés. Elle a de la peine à maintenir et surtout à développer les compétences. Malgré l'absence de statistiques, il faut souligner que la fuite des cadres de la santé est réellement constatée (médecins, infirmiers, aides-soignants et techniciens de la santé) vers les pays étrangers (Canada et France) et vers le secteur privé en Algérie.

Certaines formations suivies se sont avérées inutiles : la formation pour l'exploitation de quelques équipements de santé est soit absente soit détournée, autrement dit les bénéficiaires n'ont pas le profil requis. Quant à la formation « gestes et posture », elle est absente.

Par ailleurs, le suivi d'un plan de formation n'est pas de rigueur à l'hôpital, il se fait d'une manière aléatoire dans la mesure où 87 % des sondés considèrent que la formation se fait sans discussion avec le concerné et 64 % sans évaluer les besoins de formation. 66 % des salariés ne bénéficient pas de formation ni après promotion ni après recrutement.

2.2.6. La gestion des compétences

Il y a lieu de souligner que les bonnes pratiques de la GRH sont liées à l'appropriation des démarches métiers : la gestion des compétences et des emplois et la gestion prévisionnelle des RH basées sur les métiers. Ces bonnes pratiques sont conditionnées par l'organisation et sa culture.

Le métier est au cœur de la politique de la modernisation de la GRH.

Malgré les évolutions récentes des métiers de santé et des soins, 36 % seulement du personnel questionné affirment que leurs compétences suivent le métier qu'ils exercent. Les paramètres qui permettent de coïncider les compétences aux métiers sont la formation en premier lieu (42,3 %) et la GPEC en deuxième lieu (11,5%).

Les réunions de partage d'expérience et de savoir pour renforcer les compétences ne sont pas des pratiques courantes au sein de l'hôpital, 70,3 % du personnel ne se réunissent pas pour partager leur expérience et leur savoir. Cette tendance s'affirme encore plus chez les administrateurs et les infirmiers.

3. Le système d'information

La modernisation de la GRH ne peut se concrétiser sans un système d'information fiable, il faut savoir que le service de personnel gère un potentiel humain important, l'effectif en 2013 est

de 4184 ce qui représente 94 % d'effectif géré et 6 % d'effectif gérant selon la Direction des RH de l'hôpital.

Le nombre d'effectif gérant est insuffisant pour mener à bien la tâche de gestion du personnel et une meilleure circulation de l'information.

D'après l'enquête, 59 % du personnel déclarent recevoir des informations concernant leur service, 47 % concernant la formation dans l'hôpital. L'information liée aux attentes des usagers est reléguée au second plan (17 %) ce qui altère la qualité des prestations. En outre, les informations qui touchent de près les intérêts des salariés sont mal véhiculées : 38,5 % déclarent recevoir de l'information sur la gestion des carrières, 25,5% sur les représentants du personnel et 30,8% sur les avantages sociaux. Partant, certains salariés méconnaissent leurs droits et leurs devoirs.

En outre, la circulation de l'information concernant le travail ne répond pas aux besoins du personnel hospitalier, seulement 39,3 % en sont satisfaits. Les réunions d'information générale et d'expression des salariés ne sont pas satisfaisantes (39,7 % et 58,5% respectivement). 58,9 % des sondés apprécient la qualité des notes de services comme moyen de circulation de l'information interne. 52,9 % le sont pour celle véhiculées par les chefs de service. Le personnel de l'hôpital n'est pas du tout satisfait des informations transmises par les journaux internes.

Le système d'information est mal développé et mal maîtrisé. L'hôpital possède quelques logiciels et progiciels de gestion mais leur utilisation n'est ni efficiente ni efficace selon les interviewés, cela est dû à la mauvaise utilisation de ces outils informatiques et aux contraintes budgétaires. Cette défaillance est constatée sur le terrain par des défauts de transmission d'information entre les services et un manque de transparence entre les activités. 33,3% des salariés enquêtés déclarent que l'information qu'ils transmettent est étouffée par des pesanteurs administratives ; 29 % affirment que l'information est bloquée par des intermédiaires hiérarchiques ; 26,4 % estiment qu'ils transmettent trop d'information et ont du mal à suivre, ce qui confirme les conclusions relatives à la surcharge du travail. Ceci dit,

l'hôpital est loin d'être un lieu propice à la bonne circulation et l'exploitation de l'information. Cette défaillance du système d'information a rendu difficile l'élaboration des bilans de réalisation du service de personnel. Nous notons l'absence du tableau de bord permettant la maîtrise des départs et des arrivées par la pyramide des âges et autres indicateurs de gestion des ressources humaines à savoir : indicateurs de mobilité, indicateurs d'intégration, indicateurs liés à l'emploi, indicateurs de formation professionnelle.... Compte tenu du volume des activités accomplies au niveau du service du personnel, l'existence d'un système d'information pertinent s'avère indispensable pour le fonctionnement de l'hôpital.

Les résultats du diagnostic social effectué ci-dessus nous renseignent sur l'ampleur des insuffisances et des lacunes relatives à la fonction ressource humaine au sein du CHU. Ces manques vont à l'encontre de la modernisation de cette fonction et de ses pratiques. Le climat social ainsi que les conditions de travail ne sont guère satisfaisants pour introduire les nouvelles pratiques de la GRH (gestion des compétences, la GPEC, approche par métiers,) capables de contrecarrer les contraintes auxquelles est confrontées la fonction personnel (budgétaire et humaine).

Par ailleurs, le recrutement, la rémunération, l'évaluation, la formation et la carrière sont fortement encadrés par la législation qui parfois n'est pas respectée voire même ignorée par les concernés.

Conclusion

Dans le souci d'être objectif quant à l'analyse du CHU, il est impérieux de signaler que notre enquête n'est pas exempte de limites qui se sont imposées. Les limites d'ordre méthodologiques sont exprimées dans la consistance des questions due à la nature du sujet traité. L'autre limite concerne l'objectif de l'enquête. Ce dernier n'avait pas pour ambition d'implanter de nouvelles méthodes et outils modernes de la GRH mais plutôt de présenter une étude de l'existant pour mettre en lumière les facteurs qui bloqueraient toute tentative de changement en termes d'organisation, de culture et de management et d'y remédier sous forme de procédures et politiques simples. Pratiquement la modernisation de la GRH du secteur de la

santé au niveau de plusieurs pays développés et en voie de développement a eu des résultats mitigés. Cependant, nous nous pouvons prétendre avoir tout exploré. Il convient donc de rester modeste quant à l'apport et à la généralisation de nos résultats. En tenant compte de ces éléments, nous pensons que le CHU de Tizi-Ouzou constituerait un lieu propice pour valoriser la présence des groupes. Nous avons montré que le CHU est en fait un ensemble de groupes qui se constituent selon des «variables d'intérêts» tels que l'entente, les liens de parenté, l'échange de services... formant ainsi une organisation informelle. La perspective dans ce sens serait de mener une étude approfondie sur ces groupes de manière à les ériger en catalyseur des pratiques modernes et formelles. Les ressources humaines deviendraient une source d'avantages compétitifs si la dynamique de groupe était orientée vers les intérêts de l'organisation comme l'a déjà démontré le courant des relations humaines.

La polarisation de l'organisation pour la modernisation de GRH est une autre perspective à étudier pour une éventuelle mise en place au sein du CHU de Tizi-Ouzou. Elle offre des moyens de contractualisation et par voie de conséquence une flexibilité.

L'organisation du CHU est complexe et inadéquate aux caractéristiques contingentes actuelles, néanmoins et avec des décentralisations horizontales et verticales, la polarisation serait possible.

Par ailleurs, l'introduction de nouvelles méthodes de gestion de la ressource humaine dans le CHU de Tizi-Ouzou à savoir la gestion des compétences, le management par objectifs... etc., pour atteindre l'efficacité organisationnelle, le contrôle de gestion apparaît comme une technique incontournable pour la gestion des hôpitaux. Pour cela, il serait intéressant de faire une étude longitudinale pour une éventuelle application de contrôle de gestion au niveau du CHU en vue de rationaliser l'utilisation de moyens médicaux et la mise en œuvre d'une politique d'évaluation des activités et des coûts des soins. En outre l'inscription de l'hôpital dans un système en interconnexion mène à proposer une piste qui introduirait la gestion des ressources humaines sous une dimension-réseau.

L'application de toutes méthodes importées, à notre sens, passe d'abord par la création d'un observatoire des expériences européennes pour ensuite les adapter selon le contexte algérien et les mettre en œuvre au sein des CHU.

Le CHU de Tizi-Ouzou est certes loin de réunir les conditions nécessaires pour une GRH moderne, néanmoins il constitue d'après cette étude un lieu propice pour des nouveautés en termes de gestion à condition d'épuiser dans les valeurs existantes internes et externes.

Références Bibliographiques

Bureau D., Mougeot M., (2007).«*Performance, incitations et gestion publique*». Ed. La documentation Française, Paris.

Bodiguel J. L., Rouban L., (1991). «Vers une redéfinition du rôle des fonctionnaires». *Revue française de gestion* n° 85.

Cadin L. & Guérin F. (2010). «*La gestion de la ressource humaine*». Ed Dunod, Paris.

Chougrani S., Kaddar. M., (2010). «Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie ». *Journal de Gestion et de l'Economie Médicale*, 2010/5, V 28, pp 179 à 193, Alger.

Chemla-Lafay A., Deleplace M.T. (2007). «*Performance de la fonction «ressources humaines»*»"Etude comparative réalisée par l'Institut de la Gestion Publique et du développement Economique (IGPDE).

Cremandez M., Grateau F. (1997). «*Le management stratégique hospitalier*», Interéditions, Paris.

CNEAP, (1999). «Analyse et perspective, les effets du programme d'ajustement structurelle sur les services publics en Algérie». *In la revue du CENEAP* N° 16, Alger.

Copin J.Y., (2011). « *Les réformes passent, le management émerge, le statut demeure* », Gestions hospitalières, N°504, 190-192.

Crémadez M., (1991). «La gestion de l'hôpital : le prix de la responsabilité». *Revue française de gestion*, n° 85.

De Brouwere V. & al., (2000-2001) « *développement de la ressource humaine pour la santé* », CIPS.

Friedson E., (1991). «*La profession médicale*», Payot, Paris.

Grenier. C, (2007). «*Le difficile apprentissage de la coordination dans les réseaux de santé*», In A,-F, Saint Laurent-Kogan et J,-L, Metzger (dir.), *Où va le travail à l'ère du numérique?*, 147-166, Paris: Presses de l'École de Mines.

Hofstede G., (2001). «*Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations 2nd*» Ed, London : Sage publications, London.

Holcman R., (2011)b.«*Management public et ressource humaine* », Pouvoirs locaux, N°89.

Holcman R., (2011a). «*Hôpital public : La régulation des professionnels de santé*». *Gestion hospitalière*, n°503, 79-83.

Kada M.O., (2010), «Recueil des textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements de santé».

Laffont J.J. , (2006).«*A propos de l'émergence de la théorie des incitations*». *Revue Française de gestion* N° 160.

Mintzberg H., (1990). «*Le management- voyage au centre des organisations*», Ed, Organisations, Paris.

Mintzberg H., (1982) «*Structures et Dynamiques des Organisations*», Éditions d'Organisation, Paris.

Nioche J.P., (1991).«*Le management public : à la recherche de nouvelle régulation*». Dossier management public, Le chantier de la modernisation, *Revue française de gestion* n° 85.

Oufriha F. Z., (1992).«*Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*», OPU, Alger.

Peretti L.P.,(2013). «*Gestion des ressources humaines*», Ed Vuibert, 19^e édition, Paris.

Personeni E., (2010).«*Pour l'émergence d'une nouvelle politique des ressources médicales : des parcours professionnels individualisés au service d'une offre de soins territorialisée*», Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Paris.

Rahmani A.,(2003).«*Le changement dans l'administration*». N°21 Idara.

Riboud A., (1989) «*Modernisation: mode d'emploi*». Europe technologique, industrielle et commerciale, collection: rapport du 10^eme Plan, Documentation française.

Sainsaulieu I., (1985). «*L'identité au travail*». Presses de Sciences-Po, Paris.

Scott W.R., (1981). «*Organizations: Rational, Natural and Open Systems*», Englewood Cliffs (NJ), Prentice Hall.

Timar S., (1993). «*Imbroglia dans les équipes soignantes hospitalières*», TSA Edition, Paris.

Thevenet M., (1994). «*Gestion des ressources humaines: la fin ou le début?*». Revue Française de Gestion, No 98.

Wacheux F.,(1996). «*Méthodes qualitatives et recherche en gestion*», Ed Economica, Paris,

Weber M., (1995). «*Economie et société*».Volume 2, Pocket, Paris.

Zaremba A., (1988). «*Working with the Organizational Grapevine, Personnel Journal*», n°67, 38-42.

Zayyoun A. (2004-2006). «*La planification sanitaire appliquée au district*», INAS Rabat.

-Documents internes du CHU de Tizi-Ouzou.

-Ministère des finances : www.mf.gov.dz