



Rapport final de projet

التقرير العام لمشروع البحث

PNR البرنامج الوطني للبحث في:

ECONOMIE 27

Organisme pilote الهيئة المشرفة

CREAD

Domiciliation du projet :

مؤسسة توطين المشروع:

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERY de TIZI OUZOU

Intitulé du projet :

عنوان المشروع :

LES ENJEUX ACTUELS DU MANAGEMENT DE LA RESSOURCE HUMAINE EN MILIEU HOSPITALIER : CAS DU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE NEDIR MOHAMED DE TIZI OUZOU

| | | |
|---------------------|---|---------|
| Intitulé du domaine | Les institutions : les entités et les règles, régulation et gouvernance | الميدان |
| Intitulé de l'axe | Gouvernance, gestion et management | المحور |
| Intitulé du thème | Management des ressources humaines (savoir, compétences) | الموضوع |

| | | |
|--------------------------------|-------------------------|--|
| Chef de projet رئيس المشروع | | |
| Nom et prénom اللقب و الاسم | Grade الرتبة | Etablissement de rattachement المؤسسة المستخدمة |
| MELBOUCI Leila née BELHOUT | Maître de conférences B | UNIVERSITE MOULOUD MAMMERY de TIZI OUZOU |

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------|--|-------------------------|
| Equipe de recherche أعضاء المشروع | | | |
| Nom et prénom اللقب و الاسم | Grade الرتبة | Etablissement de rattachement المؤسسة المستخدمة | Observation الملاحظة |
| ALLEK Saifa | Maître Assistante A | UNIVERSITE MOULOUD MAMMERY de TIZI OUZOU | |
| BOUGHANEM Farida | Maître Assistante A | UNIVERSITE MOULOUD MAMMERY de TIZI OUZOU | |
| CHEMOUKHA Arezki | Maître Assistant A | UNIVERSITE MOULOUD MAMMERY de TIZI OUZOU | |
| SOUKI Hakima | Maître Assistante A | UNIVERSITE MOULOUD MAMMERY de TIZI OUZOU | |

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE MOULOUD MAMMARI DE TIZI-OUZOU
Laboratoire « mondialisation et droit national (LAMOD) »

PNR ECONOMIE N° 27

Rapport final du projet PNR

Intitulé du projet

« LES ENJEUX ACTUELS DU MANAGEMENT DE LA RESSOURCE
HUMAINE EN MILIEU HOSPITALIER : CAS DU CENTRE
HOSPITALO-UNIVERSITAIRE NEDIR MOHAMED DE TIZI OUZOU »

PORTEUR DU PROJET :

MELBOUCI Leïla née BELHOUT

MEMBRES DE L'EQUIPE :

ALLEK Saifa

BOUGHANEM Farida

CHEMOUKHA Arezki

SOUKI Hakima

Partenaire extérieur:

Pr ZIRI Abbes, Directeur général du CHU de Tizi-Ouzo

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 3 |
| Le CHU de Tizi-Ouzou : la découverte..... | 8 |
| 1) Présentation de l'organisme, outils et méthodologie de recherche..... | 9 |
| 1.1 Présentation de l'organisme..... | 9 |
| a) Constitution et organisation du CHU..... | 9 |
| b) Les moyens financiers : budget de l'année 2012..... | 10 |
| c) Constitution et organisation de la DRH du CHU..... | 11 |
| 1.2 Outils et méthodologie de recherche..... | 11 |
| 2) Analyse de contenu de l'enquête..... | 13 |
| 2.1 Essai de modernisation de la GRH au sein du CHU..... | 13 |
| 2.2 La modernisation de la GRH au CHU : est-elle possible ?..... | 15 |
| a) Variables organisationnelles..... | 16 |
| b) Variables culturelles..... | 18 |
| c) Variables budgétaires..... | 19 |
| d) Variables humaines et matérielle..... | 21 |
| e) Variables managériales..... | 33 |
| f) Autres variables..... | 38 |
| CONCLUSION..... | 43 |
| 1) Limites de la recherche..... | 43 |
| 2) Résultats de la recherche et recommandations..... | 44 |
| 3) Perspectives de la recherche..... | 49 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 52 |
| LISTE DES TABLEAUX..... | 56 |
| LISTE DES ANNEXES..... | 57 |
| INFORMATION FINANCIERE..... | 79 |

INTRODUCTION GENERALE

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 ; Y.ROESCH, 1999 ; CNEAP, 1999 ; 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 notamment dans le secteur des services publics.

Les diagnostics et les analyses des problématiques liées aux ressources humaines en milieu hospitalier cherchent à instaurer une gestion moderne des RH au niveau des hôpitaux.

L'hôpital se caractérise par sa faible capacité d'adaptation et son inertie au changement notamment technologique et économique. En effet, l'évolution des techniques a multiplié des spécialités médicales au risque de créer dans l'hôpital des cloisonnements et des rigidités excessives et un exercice individuel du pouvoir allant en contre sens de l'amélioration des services fournis voire l'atteinte des objectifs fixés.

Dans ce sens le courant sociotechnique ouvre véritablement une nouvelle brèche par rapport aux analyses humanistes précédentes. Il prend en compte les liaisons mutuelles entre technologie, environnement, sentiment des participants et structure organisationnelle (J.P BONCHEZ 1992). A. RIBOUD dans son rapport « modernisation mode d'emploi » a déclaré que la réussite de l'adaptation aux mutations est conditionnée par la réussite avec les hommes. On déduit que la sortie de la crise touchant les milieux hospitaliers passe par la ressource humaine.

A cet effet, beaucoup de pays dans le monde réforment actuellement leur système de santé, l'Algérie en fait partie. L'amélioration de la gestion hospitalière est une composante essentielle et se voit comme pilier de la réforme.

La gestion des ressources humaines « GRH » à l'hôpital peut se définir comme étant l'ensemble des activités qui influent sur le comportement des personnes tandis qu'elles s'efforcent de reconnaître les besoins stratégiques des entreprises et de les satisfaire (Bergeron 1995).

La GRH est une évolution de la gestion du personnel à travers les années. La gestion du personnel avait un caractère administratif et était axée sur l'application des politiques de procédures et de règlements.

A partir des années 1960, l'arrivée des spécialistes a fait que la personne au travail est considérée comme un actif ou une ressource pour l'organisation.

La fonction RH ne peut que s'inscrire dans un contexte stratégique car elle s'efforce en permanence d'adapter les structures internes de l'entreprise à un environnement imprévisible et complexe. Elle a pour mission de fidéliser le personnel de l'entreprise, d'assurer la mise à jour des qualifications des salariés en les améliorant continuellement, de suivre l'innovation technologique et elle requiert l'adaptation permanente du personnel. La fonction RH devra aussi proposer des solutions originales aux problèmes organisationnel et individuel.

L'essor dans ce domaine est attribuable dans une large mesure au savoir-faire des professionnels de la gestion des RH et aux nouvelles pratiques instaurées pour faire face aux crises. On commence à parler de la professionnalisation de la GRH et cela dans les secteurs privés et publics.

L'hôpital appartient à la fonction publique, la gestion du personnel a été considérée (elle l'est toujours dans certains organismes) comme des tâches administratives et routinières. Cette gestion des RH est réduite strictement au problème d'équilibre financier dans un type d'organisation bureaucratique.

Dans cet état des faits, les modèles de la GRH sont-ils transposables dans ce contexte et dans ces organisations ?

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 en milieu hospitalier ?

La problématique de notre recherche ne diffère guère de celles ayant pour objet de moderniser les hôpitaux : la finalité est de modifier les fonctions du service du personnel qui administre et ne gère pas et de 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 réalité.

La revue de la littérature sur le sujet, réalisée jusqu'à maintenant, a montré que plusieurs pays avancés ayant entamé, il y a déjà quelques années, les chantiers de réforme du système de santé pour l'amélioration de la gestion par le renforcement des capacités des RH ont affronté la réalité sous deux aspects.

D'abord, ils ont constaté qu'une large part des instruments de GRH est transposable dans les administrations sans remise en cause des principes posés par le statut.

Ensuite, le passage d'une logique statutaire à une logique de gestion s'avère plus difficile qu'il n'y paraît. Ce passage commande la réunion de certaines conditions, les une liées au mode d'organisation et les autres aux capacités de conduite du changement.

Là, il y a lieu de rappeler qu'en dépit de la prise de conscience depuis plusieurs années de la GRH comme élément d'efficacité des administrations, celle-ci n'occupe pas encore partout la place stratégique qui lui revient. Si les initiatives ont été nombreuses ces dernières années, elles n'ont souvent concerné qu'un nombre limité de services et surtout n'étaient pas intégrées dans une stratégie globale de l'organisation concernée.

A titre d'exemple, la gestion des compétences est née de la nécessité de s'adapter aux multiples évolutions organisationnelle et culturelle et la mise en place de dispositifs des compétences s'intensifie, s'institutionnalise dans les entreprises privées et la direction des RH des personnels non médicaux dans les hôpitaux; l'approche globale a été négligée.

Pour mieux cerner le problème posé plus haut, nous avons été amenés à formuler plusieurs hypothèses.

- En premier lieu, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) est une organisation publique, elle est spécifique. Les modèles de la GRH proposés par les spécialistes peuvent être transposés avec des adaptations au contexte hospitalier.
- En second lieu, la mise en place des nouvelles pratiques de la GRH améliore la performance des organisations quelles que soient leurs natures.
- En troisième lieu, la résistance au changement peut constituer un frein à toute tentative de modernisation.
- En quatrième lieu, le CHU de Tizi-Ouzou est un cas singulier. L'introduction des actions liées à la bonne GRH ne peut se faire que graduellement.

Les hypothèses ne sont pas indépendantes, elles sont naturellement articulées les unes aux autres et nous guide à adopter pour leur vérification l'approche de la contingence.

Cette recherche conduite au sein du CHU de Tizi-Ouzou a pour objectif de comprendre les spécificités et d'identifier les pratiques de gestion des RH capables d'améliorer le service fourni en passant par la satisfaction et la motivation du personnel. Pour ce faire, notre étude touchera les aspects organisationnel et culturel qui nous guideront dans les propositions des issues susceptibles d'être mise en œuvre sans grande résistance.

Pour atteindre cet objectif et mieux étayer la problématique de la GRH en milieu hospitalier, il s'avère indispensable de maîtriser les connaissances théoriques.

Nous avons pris conscience de l'intérêt de lier la recherche théorique et les études ponctuelles sur la question afin de comprendre le modèle hospitalier et son mode de régulation dans son ensemble. Nous mettons en avant une logique explicative de la situation actuelle du CHU de Tizi-Ouzou.

Dans le cadre de ce travail nous avons procédé par étapes :

La première étape qui concerne l'analyse de la situation et la revue de la littérature a été réalisée la première année de notre recherche. On rappelle que cette dernière a été structurée selon quatre aspects :

- un aspect théorique général sur la GRH ;
- un aspect théorique touchant aux caractéristiques de la gestion des RH dans le secteur public pour dégager les enjeux auxquels la GRH doit faire face pour adopter les pratiques du secteur privé ;
- Un aspect juridique ;
- Une présentation brève du CHU de Tizi-Ouzou.

L'équipe composée de cinq chercheurs avec la participation de plusieurs agents représentant l'organisme socioéconomique a été constitué fin de l'année 2010 pour réaliser des observations approfondies lors d'allers et retours entre des activités de terrain et prise de recul théorique.

Nous commencerons par présenter le CHU et ses activités pour se concentrer sur la structuration générale d'une DRH hospitalière.

Nos rencontres avec le directeur du CHU et d'autres agents du service personnel ont déjà eu lieu et ce depuis le mois de Juin 2011, d'autres visites ont été programmées jusqu'à la fin de cette étude.

La deuxième étape, nous avons réalisé l'étude de l'état des lieux comme préalable à l'analyse de l'existant.

Il s'agit d'observations et de collecte d'informations sur le fonctionnement du CHU et du service des RH actuel en nous basant sur les méthodes suivantes :

- L'observation ;
- Les entretiens avec le personnel sans distinction (l'objectif étant la collecte de maximum d'informations sur l'état du CHU) ;
- La compilation des documents en rapport avec le fonctionnement en général et avec la gestion des RH en particulier (voir le guide d'entretien annexe n°1).

Les résultats de la première étape et de la deuxième étape ont été remis à l'évaluation sous forme de cahier de recherche et autres rapports à mi-parcours aux organismes concernés.

La troisième et la quatrième étape constituent l'objet de ce présent rapport.

La troisième étape a été consacrée à l'analyse de l'existant (guide d'entretien, questionnaire et autres techniques de l'enquête). 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 compétence et de rémunération. Ces critères ont connu un bouleversement de taille à travers eux les entreprises s'adaptent aux mutations de leur univers complexe.

Qu'en est-il de l'hôpital ?

Dans la quatrième étape nous avons tenté de présenter et d'argumenter nos résultats.

Notre argumentaire a pris en considération deux constats :

D'un côté, le passage d'une gestion administrative des personnels à une gestion dynamique dans les entreprises privées performantes s'est concrétisé par le recrutement des personnes compétentes, par leur motivation tout au long de leur carrière et leur adaptation à une mobilité accrue. D'un autre, les expériences dans le domaine public montrent qu'il n'y a pas de modèle providentiel et transposable « clef en main » dans tous les pays, chacun a conduit ses réformes en tenant compte de ses particularités.

Dans ce cas, la proposition des solutions (actions) ne peut que prendre en considération la particularité du contexte interne et externe au CHU de Tizi-Ouzou.

Par ailleurs, l'information est la matière première de toute initiative, la réussite de celle-ci dépend de la qualité de l'information. Pour notre projet nous avons exploité un guide d'entretien et un questionnaire et fait recours à d'autres techniques de recherche.

LE CHU DE TIZI OUZOU : LA DECOUVERTE

La découverte du centre hospitalo-universitaire nous l'avons entamé, avant tout autres services, au sein du bureau du personnel dans le but de saisir les pratiques réelles de la direction des ressources humaines. Nous avons d'emblée constaté qu'elle se préoccupe d'une partie des tâches recensées lors de nos lectures. Il faut rappeler que la DRH se charge de l'organisation et des conditions du travail ainsi que de la veille sociale. Elle aménage et gère le temps de travail, recrute et oriente la gestion prévisionnelle de l'emploi pour enfin se pencher sur le suivi des compétences des employés par le biais de structure de formation et d'apprentissage.

La GRH est de ce fait le catalyseur du changement car elle peut devenir un ensemble de pratiques et un moyen efficace pour favoriser la diffusion d'initiatives pertinentes et évolutives.

Il y a lieu de souligner que les bonnes pratiques de la GRH sont regroupées en 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 la culture d'entreprise, car il s'agit de répondre à un besoin très opérationnel nécessitant d'une part, à doter les administrations des ressources nécessaires pour apprendre collectivement à construire une politique de GRH et d'autre part, à faciliter un meilleur partage des compétences et des connaissances afin de réduire la perte de savoirs collectif et individuel.

D'ailleurs, les normes ISO9001:2000 incitent la GRH à identifier toutes les compétences nécessaires aux postes de travail pour que les activités soient faites avec efficacité maximale. Elle doit également identifier les postes à risques dont les compétences seront régulièrement contrôlées et améliorées.

Cette amélioration permanente des RH passe par le moyen de développement des compétences, entretiens d'évaluation et actions efficaces en tenant en considération des indicateurs comme le climat social, la réduction des écarts entre les compétences requises et acquises, taux d'absentéisme et rotation du personnel.

Les normes ISO9001 :2000 mettent également en avant certains principes : le leadership, la participation continue, la prise de décision basée sur des faits et l'implication du personnel dans les affaires de l'organisation. Ces normes ne sont pas figées, elles doivent s'adapter aux changements de l'environnement.

Pour répondre à la problématique de ce travail de recherche, nous avons structuré cette étude en deux axes : le premier est consacré à la présentation de l'organisme ainsi que les outils et la méthodologie de recherche, le deuxième axes est centré sur le traitement et analyse des données collectées.

1) Présentation de l'organisme, outils et méthodologie de recherche

1.1 Présentation de l'organisme

a) Constitution et organisation du CHU

En 1986, l'hôpital NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou est devenu un centre hospitalo-universitaire (CHU). Il est constitué de deux unités : l'unité de NEDIR Mohamed au centre ville de Tizi-Ouzou et l'unité de BELLOUA situé à quatre kilomètres du chef lieu de la wilaya.

Le CHU de Tizi-Ouzou est considéré comme l'un des dix grands hôpitaux de l'Algérie en 2013, il détient 962 lits et totalise 4184 d'effectifs en 2012.

La structure de cet effectif par statut est représentée ci-dessous (l'annexe 2 retrace les différents grades et spécialités) :

a-Personnel non médical :

- Personnel administratif : 175
- Personnel médico-technique : 957
- Personnel technique et service général : 449
- Personnel contractuel : 239
- Autre : 182.

b-Personnel médical :

- Personnel médical hospitalier : 155
- personnel attachés : 135
- Externe, interne et résident : 1524
- Personnel médical hospitalier universitaire : 184

c-Personnel d'encadrement :

- Administration : 8
- Médical : 2
- Paramédical : 98*
- Ouvrier : 05

*Les anciens postes de paramédical contenaient 19 grades et spécialités. Il y a eu regroupement de ces derniers en 5 catégories au lieu de 19.

b) Les moyens financiers : budget de l'année 2012

Lors de nos passages à la direction des finances les responsables n'ont pas cessé de mettre en avant les contraintes financières. Nous n'avons pas pu avoir les informations nécessaires pour réaliser une étude comparative dans le temps pour apprécier l'importance de cette donnée financière dans la GRH. Cependant, et après insistance, nous avons pu avoir le budget de 2012 indiqué ci-dessous :

Tableau n° 1: Le budget du CHU, année 2012

| Recettes | Montant | Dépenses | Montant |
|--------------------------|---------------------|--|---------------------|
| Participation de l'Etat | 4.262.700000 | Dépenses du personnel | 2.874200 000 |
| Participation de la CNAS | 1 000 000000 | Dépenses de formation | 1 085.800.000 |
| | | Alimentation | 140 000 000 |
| Recette CNAS conventions | 10 000 000 | Médicaments et autres produits à usage médical | 1.250 000 000 |
| Autres ressources | 756 000 000 | Dépenses de préventions | 24.850 000 |
| | | Matériel et outillage médicaux | 281000 000 |
| | | Entretien des infrastructures sanitaires | 148 000.000 |
| | | Autres dépenses de fonctionnement | 198 850 000 |
| | | Œuvre Sociales | 2 6000 000 |
| | | Dépenses de recherches médicales. | - |
| Total | 6028.700.000 | Total | 6028.700.000 |

Source : Direction des finances du CHU.

c) Constitution et organisation de la DRH du CHU

- La DRH du CHU, comme le retrace l'annexe n° 3, est composée de deux directions :
 - La sous direction des personnels composée de :
 - Bureau de la gestion du corps administratif ;
 - Bureau de gestion du corps paramédical (paramédical et psychologie) ;
 - Bureau de gestion du corps médical (résidents, interne, externe) ;
 - Bureau de gestion des mouvements des personnels ;
 - Bureau de traitement et soldes.
 - La sous direction de la formation et de la documentation composée de :
 - Bureau de la formation ;
 - Bureau de la documentation.

1.2 Outils et méthodologie de recherche

Nous avons choisi de réaliser dans la phase exploratoire des entretiens semi-directifs auprès du personnel du CHU de Tizi-Ouzou. Nous les avons réalisés à travers une grille de questions ciblant les thèmes cités dans le guide d'entretien (présenté dans le premier rapport de ce travail de recherche) et visant à vérifier les hypothèses de départ.

Les objectifs de nos entretiens auprès du personnel du CHU (grade et spécialités confondus) étaient de :

- Etudier les relations entre la DG et la DRH ;
- Repérer les modes de communication ;
- Etudier la structure organisationnelle ;
- Recenser les méthodes de travail et les outils utilisés ;
- Décrire les relations de travail ;
- Mettre en relief les valeurs culturelles et leur poids dans la gestion quotidienne ;
- Repérer les politiques de GRH et les conditions de leurs élaborations.

En deux ans de recherche, le nombre d'entretiens prévus n'ont pas été tous réalisés (80 % de ces entretiens ont été menés d'une manière informelle et sur les lieux d'exercice des professionnels).

Eu égard aux grèves répétitives et aux inimitiés qu'elles engendrent, nos entretiens se sont déroulés sur des périodes discontinues et étaient variables dans la durée.

Au demeurant, nous sommes conscients que le nombre d'entretiens reste modeste et qu'il faut être prudent quant à l'interprétation des résultats. Il faut souligner qu'il est invariablement difficile d'enquêter au sein d'une institution publique notamment s'il est instable de par des conflits de toute nature comme c'est le cas du CHU objet de l'étude.

Cependant, ces entretiens sont complétés par un questionnaire composé de 53 questions étalées sur 9 pages (voir annexe n°4). La population cible est comme l'indique le tableau ci-dessous, composée de l'ensemble du personnel de l'hôpital à part les ouvriers et ceux de l'entretien.

Tableau n° 2: Tableau représentant la structure de la population cible selon le statut hospitalier

| Statut hospitaliers | Effectif | Pourcentage (%) |
|-------------------------|----------|-----------------|
| Personnel paramédical | 957 | 62.22 |
| Personnel médical | 474 | 30.81 |
| Personnel d'encadrement | 107 | 6.95 |
| | 1538 | 100 |

Source : Etabli par nos soins sur la base de l'annexe n°2

Pour notre enquête on a fait appel à la méthode d'échantillonnage. Un échantillon représentatif correspond à 10 % (200 personnes) de la population cible (voir le tableau n°2 ci-dessus). La répartition de cet échantillon a été réalisée par la méthode des quotas. Ainsi, on a pris le soin de respecter pour l'échantillon les mêmes proportions des différents statuts telles qu'elles figurent dans la population cible. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau n°3 ci-dessous :

Tableau n°3 : 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) on a pu collecter que 92 questionnaires sur 200, ce qui représente 46 %. Après le dépouillement de ces derniers, nous avons procédé au traitement des données grâce au logiciel SPSS et obtenu une base de données (voir annexe n° 7 en version numérique).

2) Analyse des données de l'enquête

2.1 Essai de modernisation de la GRH au CHU

En 2003, le CHU a mis en place un circuit de prise en charge médicale du patient et réorganisation du tri des patients. Ce changement, faute de décentralisation et de communication, n'a été que partiellement réalisé.

Le changement a pour objectif, la création d'un CHU- système par l'installation du bureau de la communication, l'installation de la commission de médiation et de conciliation pour étudier les doléances des patients et des usagers de la santé. En outre pour la mise en place d'un CHU système, il est primordial d'organiser des réunions avec les différents secteurs sanitaires de la wilaya et de la direction de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (DSPRH) de Tizi-Ouzou.

En 2004, le CHU a affiché un ensemble de sous projets pour, entre autre, moderniser la gestion des RH. On a réuni dans le tableau ci-dessous ceux qui ont un lien avec la problématique de notre sujet.

Tableau n° 4 : Changements et objectifs

| | |
|---|--|
| <p>La mise en place du projet d'établissement et projet de service</p> | <p>L'objectif est de réaliser des réunions de Wilaya avec les différents services du CHU</p> <p>La confection du projet d'établissement par le comité de projet d'établissement et son enrichissement</p> |
| <p>La modernisation de l'administration et perfectionnement de tout outil de gestion</p> | <p>Se réalise par l'établissement de l'audit des RH tout corps confondus et études des profils de poste et redéploiement du personnel et l'encadrement en fonction de normes objectives.</p> <p>Informatisation des procédés de gestion pour l'exploitation du logiciel « patient »</p> |
| <p>Installation de la commission d'hygiène et de sécurité du CHU et organisation d'inspection des différents services</p> <p>Installation de commission psychotechniques</p> <p>Installation d'une commission de péréquation</p> <p>Installation de commission d'évaluation</p> | <p>L'objectif est de veiller à la mise en place de bonnes conditions de travail du personnel</p> <p>Pour la sélection et le recrutement du personnel pour étudier les profils de postes et les profils psychologiques des candidats au recrutement.</p> <p>Pour évaluer la performance, la compétence et le potentiel du personnel et uniformiser les supports d'évaluation.</p> |

Source : Etabli par nos soins

En Algérie, la contractualisation (CHOUGRANI S., KADER M, 2010) figure dans l'agenda des pouvoirs publics depuis quinze ans. L'objectif de la contractualisation est la rationalisation des dépenses et l'amélioration de la prise en charge des malades. Elle concerne principalement la contribution de la sécurité sociale au financement du secteur public de soins. Dans ce projet, un comité interministériel de suivi et de mise en œuvre de la contractualisation est créé.

En 1997, pour introduire un nouveau système de gestion dans certains établissements publics (CHU d'Alger, de Tizi-Ouzou et certains établissements hospitaliers spécialisés), un arrêté ministériel a précisé les détails de son application.

En 2003, une commission interministérielle de coordination est chargée du suivi et de l'évaluation du processus de contractualisation. En 2004, la décision de généralisation de la contractualisation à tous les établissements de santé est prise par le ministère de la santé.

En somme, le dossier de la contractualisation traîne depuis près de vingt ans sans résultat tangible et convaincant.

Tous ces projets souffrent des insuffisances de mise en place dus entre autre au financement de la structure et non de l'activité. A cela s'ajoutent la lourdeur de l'organigramme, la centralisation du pouvoir de décision et l'absence de transversalité.

2.2 La modernisation de la GRH au CHU : est-elle possible ?

A partir de l'analyse des résultats de l'enquête nous avons essayé de détecter les facteurs susceptibles de faire obstacles à une modernisation de la gestion des ressources humaines au CHU. Pour cela nous avons divisé l'ensemble des informations collectées que se soit par questionnaire, le guide d'entretien ou des documents internes au CHU en six types de variables qui sont: Les variables organisationnelles, les variables culturelles; les variables humaines et matérielles ; les variables budgétaires, les variables managériales et autres variables. Ces variables sont regroupées sous différentes rubriques (telles qu'elles sont mentionnées dans la base de données et le questionnaire) et selon les besoins de l'analyse nous avons procédé à plusieurs croisements des variables.

Chaque variable a fait objet d'un tableau statistique descriptif et d'une représentation graphique. Ces derniers ont été réalisés par le logiciel SPSS.

Les Tableaux statistiques utilisés sont d'une et de deux dimensions lorsqu'il s'agit de croiser deux variables. Ils contiennent l'identification de la variable ou des variables, les effectifs en nombre de réponses valides (car il y a eu des cas manquants), et les fréquences ou pourcentages correspondant aux effectifs. Les graphes utilisés sont dans la plupart des cas des diagrammes en secteurs ou des diagrammes à barres.

Toutes les variables qui ont servis à l'analyse sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°5 : Tableau récapitulatif des principales variables de la modernisation de la GRH étudiée au CHU :

| Rubriques | Variables |
|---------------------|--|
| Organisation | Organigramme de l'hôpital Le système de prise de décisions La délégation de gestion |
| Culture | Valeurs et les relations de travail |
| Ressources humaines | Les salaires Les conditions de travail physiques Le climat de travail Les relations sociales Les conflits L'information |
| Budget | Le budget général L'annualité du budget La répartition du budget |
| Management | La prise de décision et la nature des rapports de pouvoir La gestion des compétences Le Management Par Objectifs |
| Autres variables | Le système d'information Exercice dans les organismes de santé privés. |

Source : Etabli par nos soins.

Nous procédons ci-après à l'analyse de ces rubriques.

a) Variables organisationnelles et structurelles

L'annexe 4 présente l'organigramme du CHU. Il est constitué de cinq niveaux hiérarchiques et de deux organes représentant le staff.

De ce fait, la structure organisationnelle du CHU est une structure staff and line ou hiérarchico-fonctionnelle.

- Le staff est représenté par les organes suivants :

- Comité consultatif
- Comité scientifique.

- La hiérarchie est constituée d' :
 - Un sommet hiérarchique : le conseil d'administration et le directeur général.
 - Une ligne hiérarchique : les différentes directions créées selon la spécialité ou la fonction. Il y a une Direction des ressources humaines, Direction des finances et contrôle ; Direction des moyens matériels, Direction des activités médicales et paramédicales.
 - Unités paramédicales.

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

Nous pouvons avancer, sur la base de ces données que le CHU est une organisation très grande et complexe composée des sous systèmes avec diverses catégories de personnel (médecins, universitaires, administratifs, soignants). Néanmoins, le CHU a une gestion centralisée. Nos enquêtes renforcées par l'étude théorique nous permettent 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.
- La répartition des fonctions est de type taylorien : Le CHU souffre des cloisonnements hiérarchiques où les flux d'échanges horizontaux sont difficiles à cause d'une absence de la transversalité.
- Une déresponsabilisation en cascade constatée et pas mesurée : la prise d'initiative est absente.

A tout prendre, le CHU 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. Le CHU a subi maintes fois des pertes d'information et de déformation de messages créant ainsi plusieurs conflits et un malaise social interne.

La structure organisationnelle du CHU à travers la grille de Mintzberg :

Nous avons déjà souligné l'importance de l'analyse de Mintzberg (1982) du secteur hospitalier. Vu sous cet angle, le CHU de TIZI OUZOU est composé :

- D'une hiérarchie des professionnels de la santé ;

- D'une hiérarchie des fonctions administratives,
- D'une logistique.

Dans la première hiérarchie la possession du pouvoir est liée à l'expertise et à la connaissance. L'ajustement structurel 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 (en annexe (6) nous avons tenté de schématiser une proposition organisationnelle flexible permettant, à notre sens, d'amortir le choc de changements). Dès 1984, H. Mintzberg montrait qu'au delà d'une certaine complexité, les organisations ne peuvent plus fonctionner par la superposition 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 ci-après.

b) Variables culturelles

« Là où une culture stimulante fait défaut, le système social d'action est comme un corps sans âme » (Timar. S, 1993).

Les relations de travail au CHU entre médecins et administration ; médecins ; médecins et agents paramédicaux sont confuses.

Il faut signaler que les méthodes de travail 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 et un manque de souplesse au niveau administratif. 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.

Les pratiques du travail au CHU baignent dans une culture hospitalière négative. Pour imprégner positivement une culture hospitalière, trois principes sont particulièrement importants :

- harmonisation des valeurs de l'hôpital ;
- délégation ;
- protection des principes dominants.
- L'étude du contexte culturel du CHU était appréhendée à travers deux catégories de personnel.

Dans les services soignants, le personnel fait de gros efforts pour s'adapter aux besoins des malades et élever la qualité des soins et faire face à une restriction budgétaire et un manque de moyens matériels. La culture dans les services soignants est relativement individualiste où règne l'expertise et la spécialisation. De surcroît, l'équipe médicale est hiérarchisée ce qui ne facilite pas le relationnel, la communication et la prise d'initiative.

Mintzberg souligne l'intérêt de raisonner en termes de réseaux d'interrelation car toute organisation est souvent une combinaison de différents systèmes et ce n'est pas le cas du CHU.

Dans les services administratifs, les acteurs sont des détenteurs d'influence et forment ensemble une coalition interne. Ici la hiérarchie s'efface par rapport à la nature et le poids de cette coalition.

En prime, le CHU n'est pas épargné des influences externes (clients, patients, fournisseurs, ministère).

Le diagnostic qu'on a réalisé au sein du CHU de Tizi-Ouzou a permis de mettre en évidence les valeurs culturelles qui se traduisent par un favoritisme dans les relations entre acteurs internes. Ces derniers sont dépourvus de professionnalisme : on répond et on résout les difficultés plus facilement et plus vite aux demandes des personnes importantes (non par rapport à leur place au niveau de la hiérarchie et non plus en relation avec la compétence).

La culture hospitalière du CHU avait, des années durant, invétéré des valeurs, des habitudes, des comportements issus de la culture nationale sans pouvoir réussir leur transformation en culture d'organisation et 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 des services de santé.

c) Variables budgétaires

Le CHU de Tizi-Ouzou n'est pas différent des autres entités de santé en Algérie. Il juge que le budget est insuffisant pour une gestion moderne des ressources humaines.

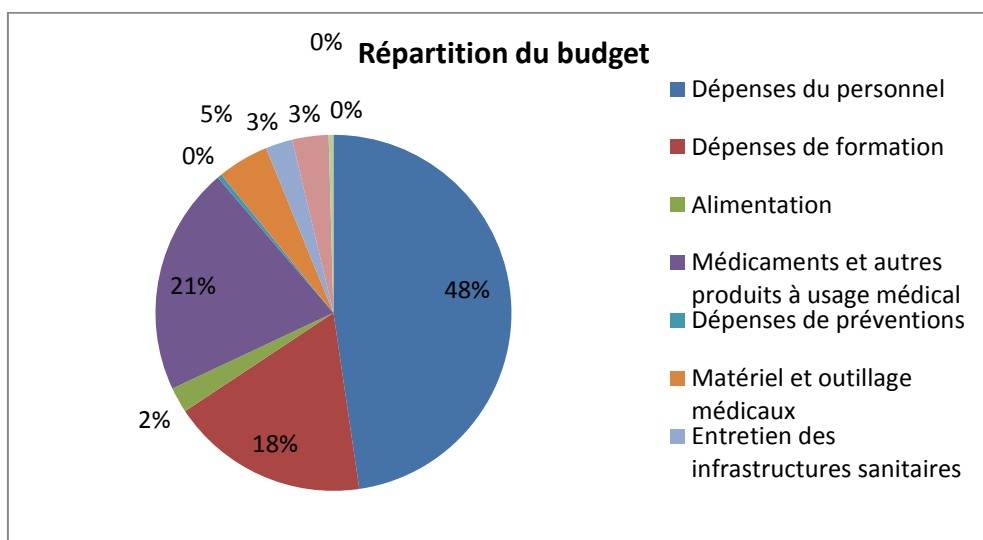
Le responsable financier pour mettre en exergue cette contrainte nous a fourni l'exemple de budget de 2012.

Les contraintes budgétaires bloquent toute initiative de modernisation. Le budget de CHU de 2012 nous donne une idée.

Tableau n° 6 : Répartition du budget de l'hôpital (%)

| Dépenses | Montant | % |
|--|-------------------|------------|
| Dépenses du personnel | 2 874 200 000 | 47,68 |
| Dépenses de formation | 1085800000 | 18,01 |
| Alimentation | 140000000 | 2,32 |
| Médicaments et autres produits à usage médical | 1250000000 | 20,74 |
| Dépenses de préventions | 24850000 | 0,41 |
| Matériel et outillage médicaux | 281000000 | 4,66 |
| Entretien des infrastructures sanitaires | 148000000 | 2,45 |
| Autres dépenses de fonctionnement | 198850000 | 3,3 |
| Œuvre Sociales | 26000000 | 0,43 |
| Dépenses de recherches médicales. | 0 | 0 |
| Total | 6028700000 | 100 |

Source : Etabli par nos soins



Les dépenses de formation concernent les internes, les résidents et les corps administratifs. La cible est large et ainsi, le pourcentage 18% est, à notre connaissance, faible voire très faible.

Nos enquêtes ont révélé que l'insuffisance des ressources financières affectées au poste formation a généré l'inefficience de l'utilisation. Autrement dit, la formation est attribuée sans études préalables : détermination des besoins (64,4 % des sondés disent que la formation se

fait sans détermination préalable des besoins), élaboration du plan de formation pour le corps administratif.

Le 4 % affecté au matériel et outillage médicaux est faible, à cette faiblesse s'ajoute le gaspillage constaté et cela sans pouvoir lutter contre ce phénomène faute de mise en place d'une structure de rationalisation des utilisations.

La recherche est passée en second plan. En 2012, seul le service pédiatrie a proposé un projet de recherche. Le budget alloué est de 3 milliards de centimes à consommer pour l'année 2013. Les restrictions budgétaires est une réalité vécu par le CHU, elles se répercutent négativement sur la qualité des soins et la motivation du personnel administratif et médical.

d) Variables humaines et matérielles

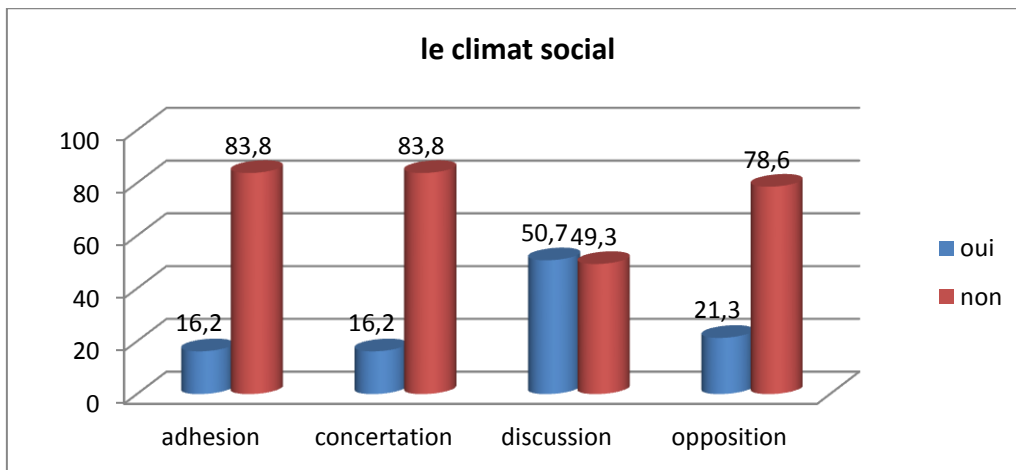
L'implantation de nouvelles méthodes de gestion des ressources humaines afin de la moderniser est tributaire de plusieurs exigences à satisfaire au préalable. Parmi ces exigences, il y a le climat social et les conditions du travail, le salaire, l'évaluation et carrière et la formation. Ces facteurs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

- **Climat social et conditions de travail** : Le personnel hospitalier baigne dans un climat social qu'il caractérise très 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 %). L'avis des salariés est partagé quant au climat fondé sur la discussion (50 % déclarent qu'il y a discussion et 48 % ne le font pas). Néanmoins, les liens entre salariés ne sont pas d'opposition (7,3 % estiment l'inexistence de l'opposition). Ces données sont illustrées dans le tableau qui suit :

Tableau n° 7 : Appréciation du climat social (%)

| | adhésion | concertation | discussion | opposition |
|-----|-----------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| oui | 16,2 | 16,2 | 50,7 | 21,3 |
| non | 83,8 | 83,8 | 49,3 | 78,6 |

Source : Etabli par nos soins



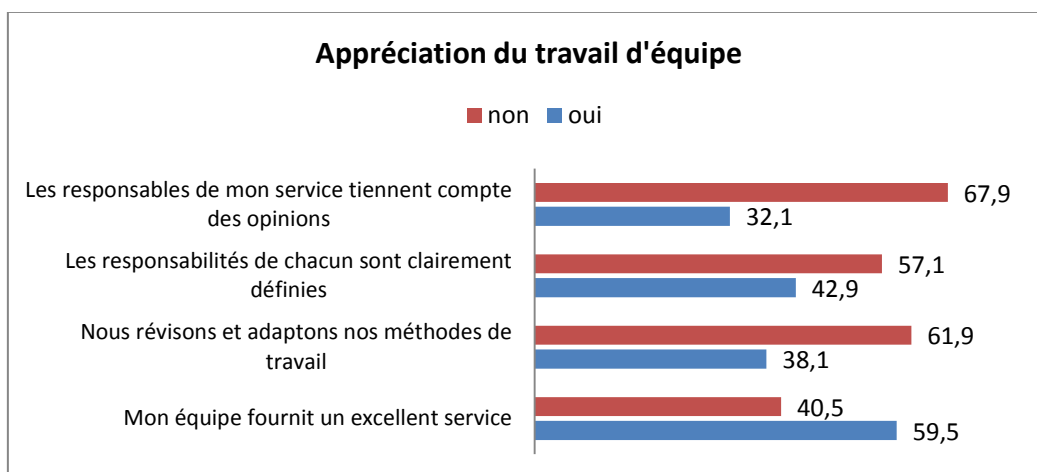
Nous constatons qu'il existe une certaine rigidité dans l'exercice des fonctions au sein des services. En effet, 61 % de l'échantillon considèrent que les méthodes de travail ne sont ni révisées ni adaptées. 58,5 % des sondés sont satisfaits du service fournis par l'équipe. Cette rigidité se manifeste 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 concernant leurs responsabilités qui sont mal définies contrairement au personnel administratif et le corps médical.

Tableau n° 8 : Appréciation du travail de l'équipe

| | Mon équipe fournit un excellent service | Nous révisons et adaptons nos méthodes de travail | Les responsabilités de chacun sont clairement définies | Les responsables de mon service tiennent compte des opinions |
|-----|---|---|--|--|
| oui | 59,5 | 38,1 | 42,9 | 32,1 |
| non | 40,5 | 61,9 | 57,1 | 67,9 |

Source : Etabli par nos soins

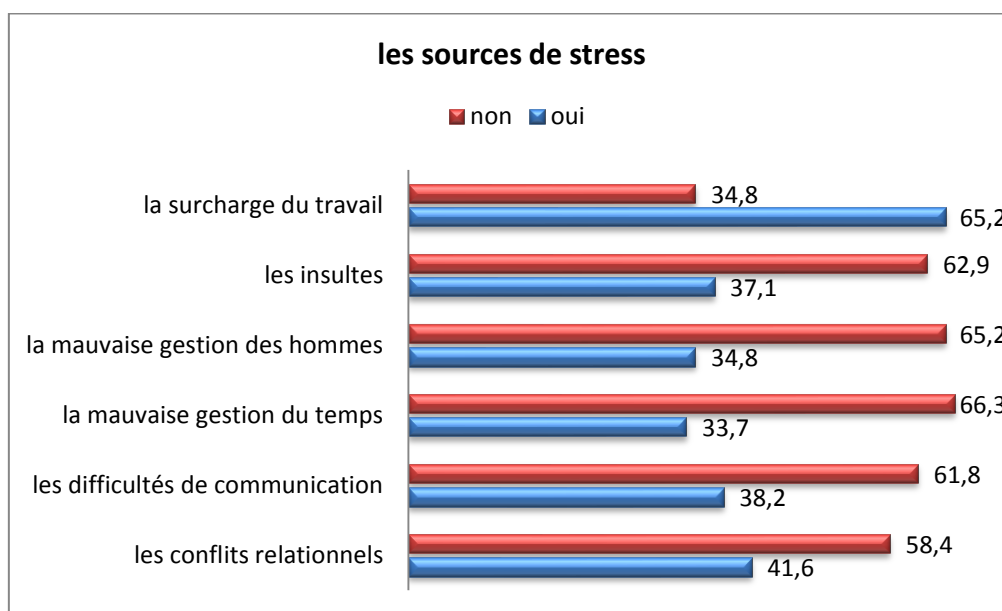


La principale source de stress au sein du CHU provient de la surcharge du travail, avec une proportion de 65%. Les autres facteurs (mauvaise gestion du temps, mauvaise gestion des hommes, insultes, les difficultés de communication et les conflits relationnels) sont à l'origine du stress à hauteur de 34 % chacun.

Tableau n°9 : Les sources de stress au travail (%)

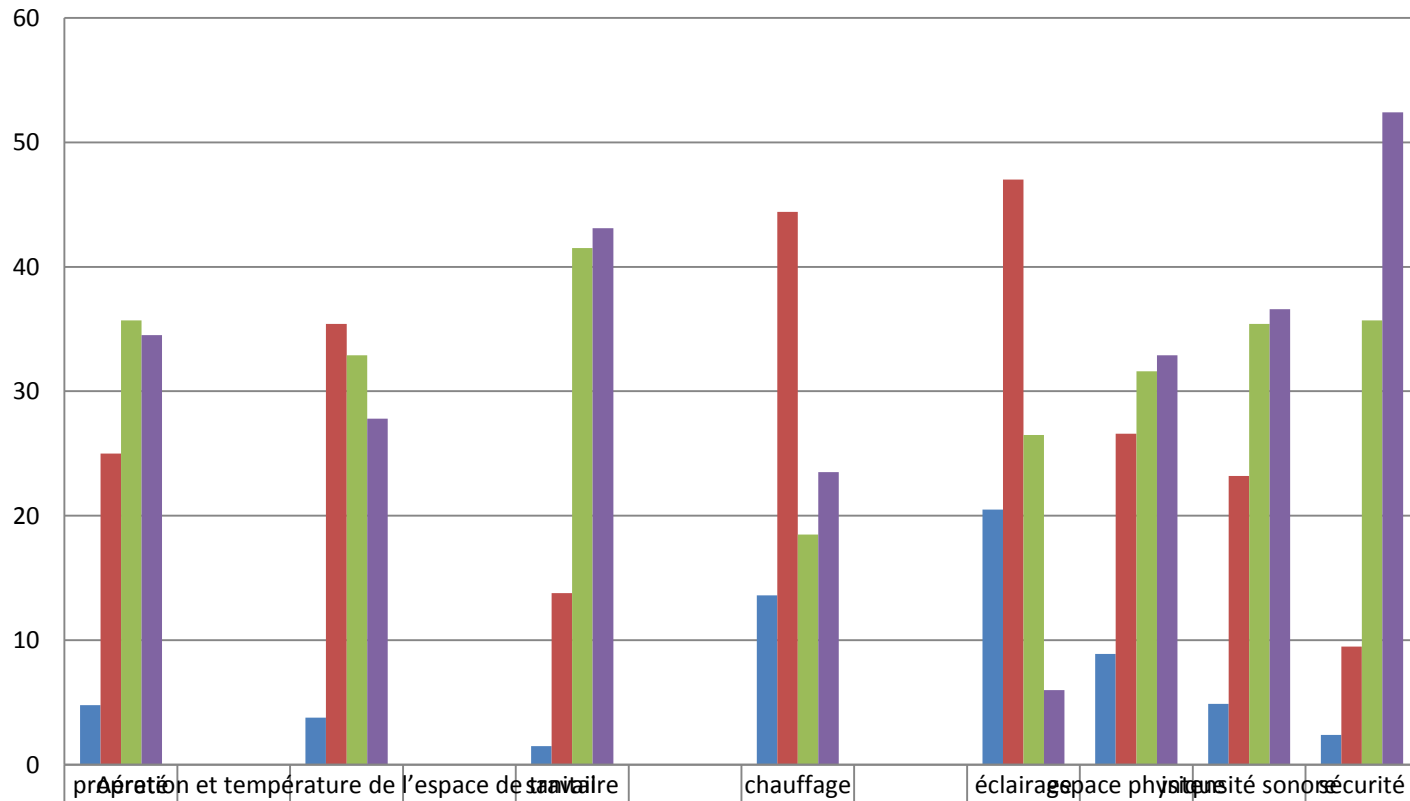
| | les conflits relationnels | les difficultés de communication | la mauvaise gestion du temps | la mauvaise gestion des hommes | les insultes | la surcharge du travail |
|-----|---------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------|
| oui | 41,6 | 38,2 | 33,7 | 34,8 | 37,1 | 65,2 |
| non | 58,4 | 61,8 | 66,3 | 65,2 | 62,9 | 34,8 |

Source : Etabli par nos soins



Les salariés se plaignent des mauvaises conditions physiques de travail liées à un manque de propreté, et l'hygiène des sanitaires, de l'intensité sonore et de la sécurité. La part des non satisfaits représente respectivement pour chacun des facteurs 34.5 %, 43.1%, 36.6%, 52.4%.

les conditions techniques de travail



| | préparation et température de l'espace de travail | chauffage | éclairage | espace physique | sécurité sonore | sécurité |
|-------------------------|---|-----------|-----------|-----------------|-----------------|----------|
| ■ très satisfait | 4,8 | 13,6 | 20,5 | 8,9 | 4,9 | 2,4 |
| ■ satisfait | 25 | 44,4 | 47 | 26,6 | 23,2 | 9,5 |
| ■ peu satisfait | 35,7 | 18,5 | 26,5 | 31,6 | 35,4 | 35,7 |
| ■ pas du tout satisfait | 34,5 | 23,5 | 6 | 32,9 | 36,6 | 52,4 |

Source : Etabli par nos soins

Etant donné le climat de travail régnant au CHU, le taux d'absentéisme ne peut être que élevé, d'autant plus le critère essentiel et efficace pour la gestion du temps n'est de ce fait pas utilisé et cela que se soit pour les absences justifiées ou non justifiées (62.2 %, 65.1% respectivement).

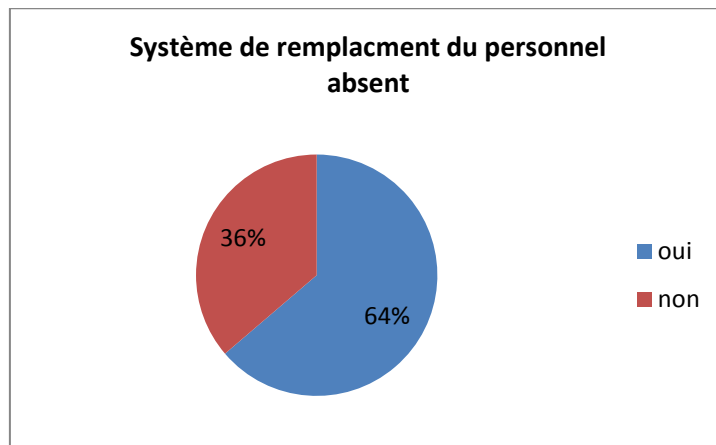
L'absentéisme est important mais toutes les absences ne sont pas comptabilisées. Il nous a été impossible de calculer le taux d'absentéisme, le sujet est « tabou » et mal régulé même pour les absences justifiées. Cet état des faits perturbe l'organisation du travail parce qu'en général les absences ne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

Au CHU de Tizi-Ouzou 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. L'heure annoncée n'est qu'un repère très variable que les concernés, chacun sa position dans les groupes d'alliance, peuvent le modifier à leur convenance. En tant qu'usagers du service de l'hôpital nous avançons que 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 qui ne peuvent pas exercer leur travail pour une raison qui leur échappe) ne se plaignent. 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 accidents : confusion entre les dossiers, affectation des résultats d'analyse erronés et autres accidents que les interviewés ont reconnus et justifiés par la surcharge du travail et son accumulation due aux absences non remplacés malgré l'existence d'un système qui prévoit la gestion du personnel absent (64% du personnel affirment l'existence d'un système de remplacement du personnel absent). Tous ces facteurs détériorent la qualité du service fourni.

Tableau 10 : système de remplacement du personnel absent (%)

| Proposition | Pourcentage (%) |
|-------------|-----------------|
| Oui | 63.8 |
| non | 36.3 |

Source : Etabli par nos soins



- **Les salaires**

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, le sentiment d'insatisfaction salariale persiste (37,6 % des salariés ayant plus de 21 ans d'expérience se disent pas du tout satisfaits de leur salaire). A cette insatisfaction salariale s'ajoute la quasi-inexistence des avantages en nature à savoir les congés supplémentaires, logement gratuit, voiture de fonction et voyage et loisirs.

Tableau n° 11 : croisement expérience professionnelle/salaire (%)

| Expérience professionnelle en % | salaire | | |
|---------------------------------|-----------|---------------|-----------------------|
| | satisfait | peu satisfait | pas du tout satisfait |
| Moins de 5 ans | 14,3% | 42,9% | 42,9% |
| 5 à 7 ans | 25,0% | 25,0% | 50,0% |
| 8 à 10 ans | 0% | 50,0% | 50,0% |
| 11 à 12 ans | 50,0% | 50,0% | 0% |
| 13 à 15 ans | 0% | 0% | 100,0% |
| 16 à 20 ans | 16,7% | 58,3% | 25,0% |
| 21 ans et plus | 4,3% | 26,1% | 69,6% |

Source : Etabli par nos soins

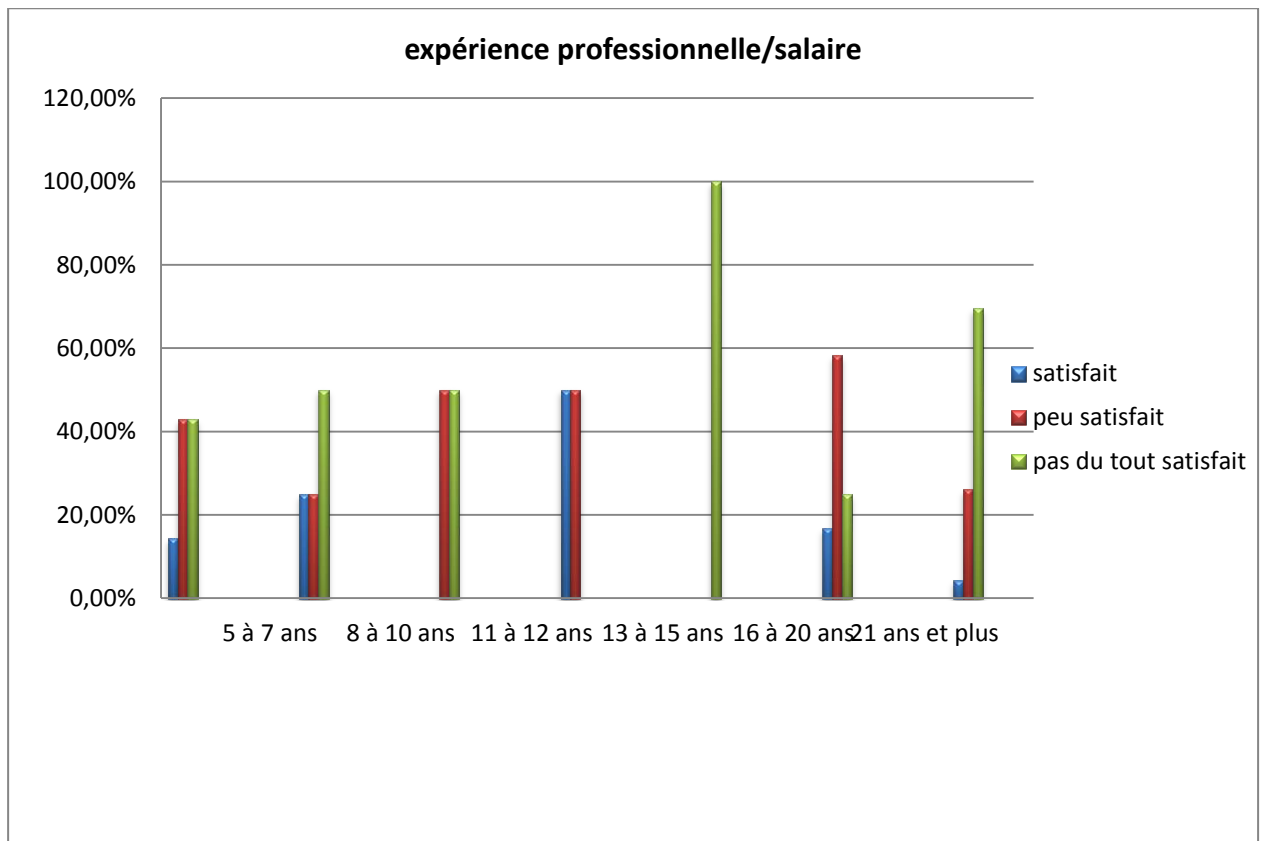
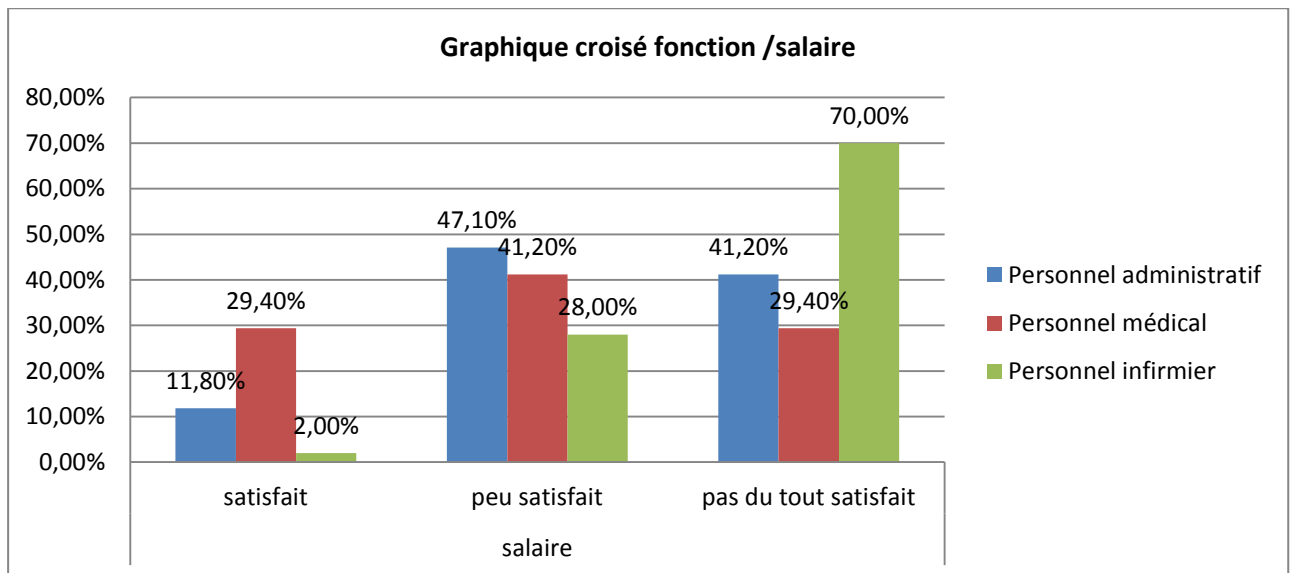


Tableau n°12 : Croisement entre la fonction et le salaire (%)

| | salaire | | |
|-------------------------|-----------|---------------|-----------------------|
| | satisfait | peu satisfait | pas du tout satisfait |
| Personnel administratif | 11,8% | 47,1% | 41,2% |
| Personnel médical | 29,4% | 41,2% | 29,4% |
| Personnel infirmier | 2,0% | 28,0% | 70,0% |

Source : Etabli par nos soins



- **Evaluation et carrière**

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 or que 46,4 % affirment être évalués par écrit ; 42,9 % oralement et 25 % seulement par la réalisation des objectifs fixés.

Tableau n° 13: Le statut de la fonction publique prévoit-il des techniques d'évaluation ?

| Proposition | Pourcentage (%) |
|-------------|-----------------|
| oui | 45,8 |
| non | 54,2 |
| Total | 100 |

Source : Etabli par nos soins

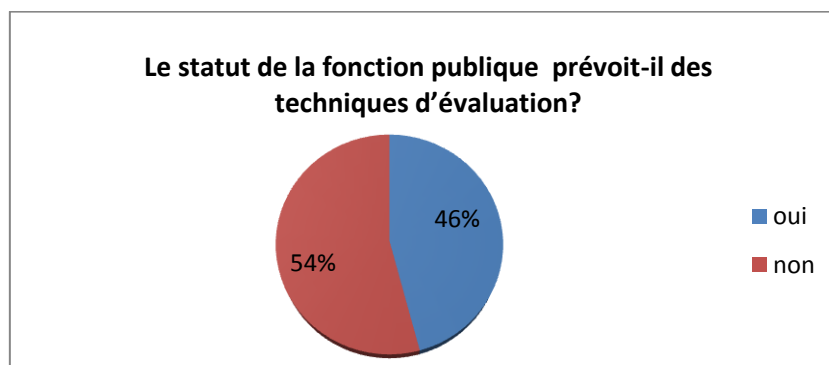
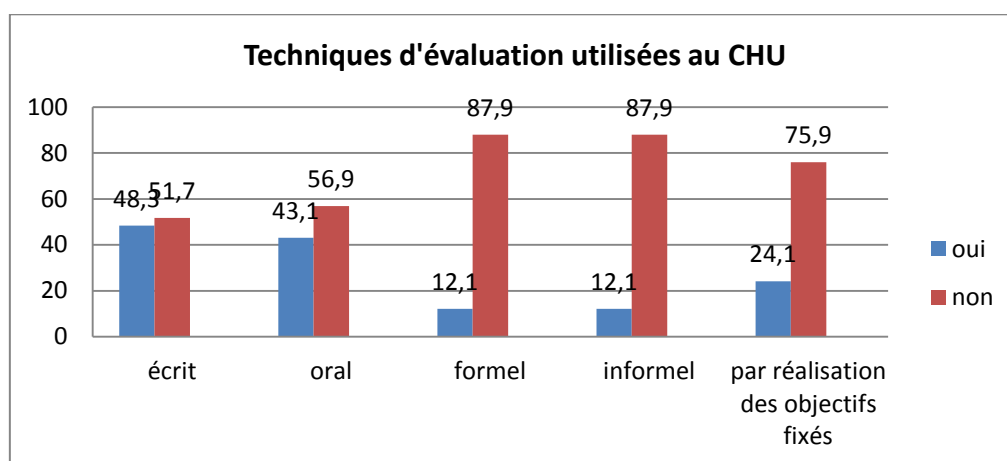


Tableau n°14 : Techniques d'évaluation utilisées au CHU (%)

| | écrit | oral | formel | informel | par réalisation des objectifs fixés |
|-----|-------|------|--------|----------|-------------------------------------|
| Oui | 48,3 | 43,1 | 12,1 | 12,1 | 24,1 |
| Non | 51,7 | 56,9 | 87,9 | 87,9 | 75,9 |

Source : Etabli par nos soins

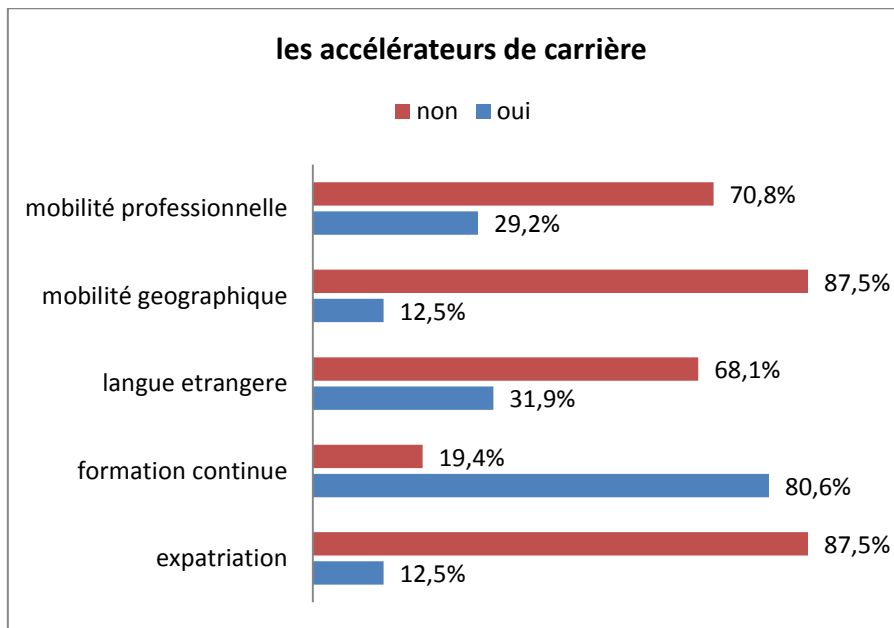


80 % du personnel considèrent la formation continue comme accélérateur de carrière. Le poids des autres facteurs à savoir l'expatriation (12%), langues étrangères (31%), mobilité géographique (12,5%) et la mobilité professionnelle (29,2%) ne leur semble pas être très important pour faire accélérer leur carrière.

Tableau n°15: Les accélérateurs de carrière (%)

| Propositions | expatriation | formation continue | langue étrangère | mobilité géographique | mobilité professionnelle |
|--------------|--------------|--------------------|------------------|-----------------------|--------------------------|
| oui | 12,5 | 80,6 | 31,9 | 12,5 | 29,2 |
| non | 87,5 | 19,4 | 68,1 | 87,5 | 70,8 |
| total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Source : Etabli par nos soins

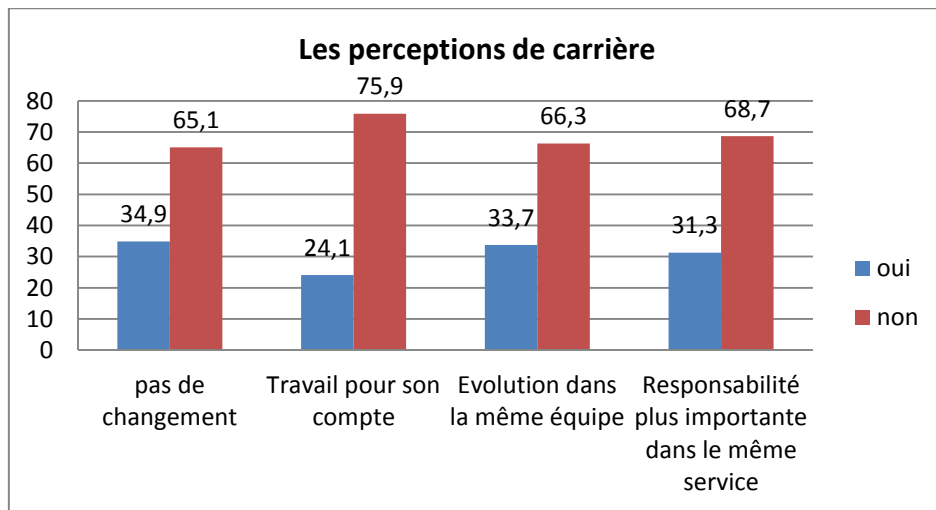


Le personnel de l'hôpital ne semble pas très enclin pour d'éventuels changements, ainsi, 65 % des sondés n'envisage pas de changer de carrière.

Tableau n° 16: Les perceptions de carrière (%)

| proposition | Pas de changement | Travail pour son compte | Evolution dans la même équipe | Responsabilité plus importante dans le même service |
|-------------|-------------------|-------------------------|-------------------------------|---|
| Oui | 34,9 | 24,1 | 33,7 | 31,3 |
| Non | 65,1 | 75,9 | 66,3 | 68,7 |

Source : Etabli par nos soins



- **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 suffisante. Cohen et Levinthal (1990) ont expliqué que les ressources et les compétences fondées sur la connaissance sont plus au moins transférables et la valorisation des compétences repose sur la capacité de l'organisation à absorber des nouvelles connaissances.

La DRH du CHU, dans ce domaine, affronte des contraintes et difficultés pour cette mission. Elle a de la peine à maintenir et surtout à développer les compétences, même si on possédait les statistiques approximatives, il faut souligner que la fuite des cadres de la santé est réellement constatée (médecins, infirmiers, aide-soignant 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.

Le CHU possède une sorte de « cimetière » composé de matériel et équipement frappés par l'obsolescence et qui n'a jamais servi selon nos enquêtes.

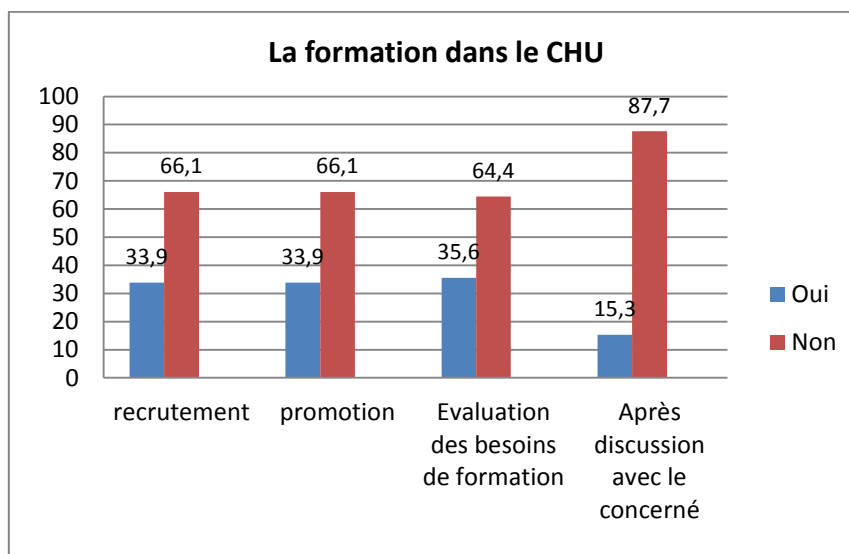
La formation « gestes et posture » sont absentes. Tout ceci met en avant les manques en management notamment des ressources humaines.

Le suivi d'un plan de formation n'est pas de rigueur au CHU, il se fait d'une manière aléatoire dans la mesure où 87 % des sondés considère 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.

Tableau 17: La formation au sein du CHU (%)

| | recrutement | promotion | Evaluation des besoins de formation | Après discussion avec le concerné |
|-----|-------------|-----------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Oui | 33,9 | 33,9 | 35,6 | 15,3 |
| Non | 66,1 | 66,1 | 64,4 | 87,7 |

Source : Etabli par nos soins



- Les moyens matériels de la DRH

Le service de personnel gère un potentiel humain important, l'effectif actuel (2013) est de 4184 ce qui représente 94 % d'effectifs gérés et 6 % d'effectifs gérant selon la direction des RH du CHU.

Le nombre d'effectif gérant est insuffisant pour mener à bien la tâche de gestion du personnel. A cela se greffe le manque de moyens matériels. Quand bien même il existe une infrastructure sous forme d'un bâtiment composé de deux étages et plusieurs bureaux, les moyens matériels en outil informatique et autres sont inadéquats en termes qualitatif et quantitatif. Le système d'information est mal développé et mal maîtrisé. Le CHU possède quelques logiciels et progiciels de gestion mais l'utilisation est ni efficiente ni efficace selon les interviewés, cela est dû à la mauvaise utilisation de ces outils informatiques et aux contraintes budgétaires. Ces facteurs ne permettaient pas de former les utilisateurs au du moins de faire appel à une boîte de conseil spécialisée capable d'installer et d'informatiser le système d'information tout en faisant participer les utilisateurs.

e) **Variables managériales**

• **La prise de décision et la nature des rapports de pouvoir**

La gestion au sein de l'hôpital est centralisée vu que 71.2 % des salariés affirme qu'il n'existe pas de délégation de gestion. Le règlement juridique qui régit la gestion de la ressource humaine dans le CHU 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, ce qui amène à revoir le projet social de l'établissement.

Tableau n° 18 : La délégation de gestion (%)

| Existe-t-il une délégation de gestion, | Pourcentage |
|--|-------------|
| oui | 5,8 |
| non | 71,2 |
| non applicable | 23,1 |

Source : Etabli par nos soins

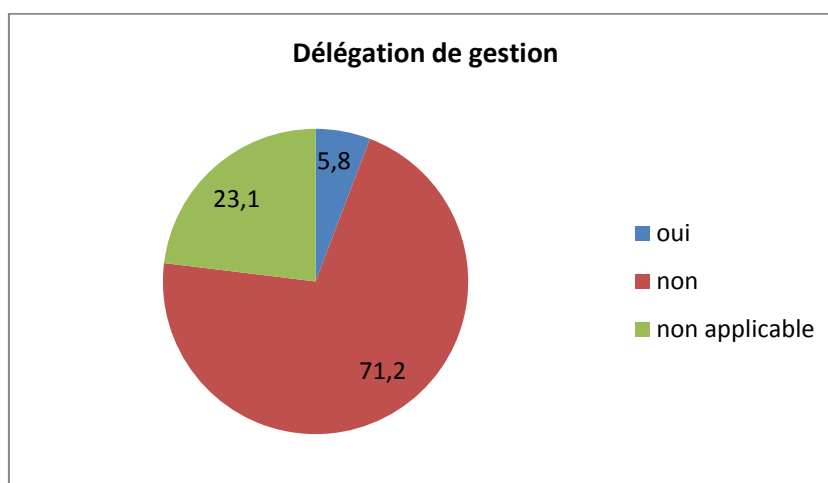
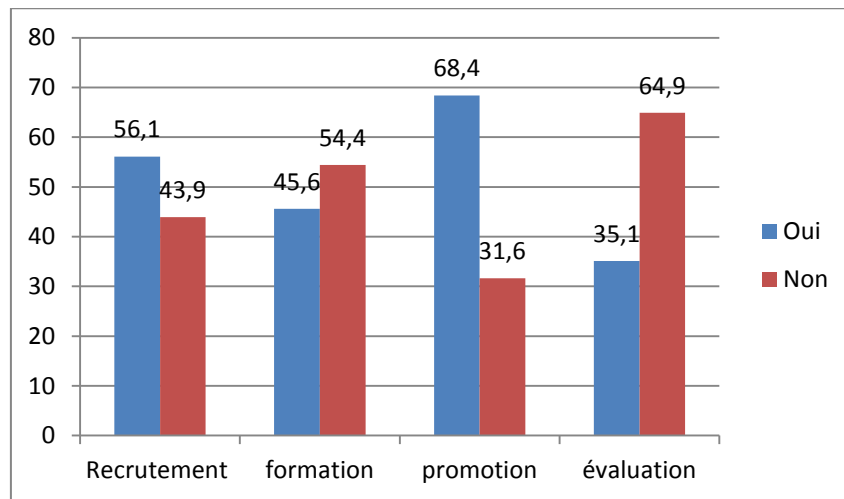


Tableau n°19: Les pratiques de GRH auxquelles le statut de la fonction publique faisait obstacle selon le personnel du CHU (%)

| Propositions | recrutement | formation | promotion | évaluation |
|--------------|-------------|-----------|-----------|------------|
| Oui | 56,1 | 45,6 | 68,4 | 35,1 |
| Non | 43,9 | 54,4 | 31,6 | 64,9 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

Source : Etabli par nos soins



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 institutions publiques en Amérique et dans les pays européens comme nous l'avons décrit dans notre premier rapport trouveraient des contraintes à être installées au CHU de Tizi-Ouzou.

La direction du CHU est centralisée, la tutelle à travers le conseil d'administration est pesante et les décisions stratégiques et même quelquefois les tactiques lui reviennent. Ce qui a généralisé une passivité et un attentisme quand il s'agissait de résoudre des problèmes de gestion.

Le modèle centralisé du CHU amenait à des systèmes de décision lourds. Le comportement de différents responsables restait inadapté en matière de communication, de motivation ou même d'exemplarité. Cette situation se caractérisait par :

- L'absence et la peu manifestation de reconnaissance des efforts accomplis ;
- La difficulté de l'intégration des nouvelles technologies ;
- L'absence d'un vrai processus de décision.

Par ailleurs, l'hôpital accorde une place prépondérante au corps médical dans le système de pouvoir au détriment de la direction administrative. Le cas du CHU 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 pâtissent de la stratégie individuelle et chacun trouve de l'intérêt à laisser perdurer un flou pour pouvoir user de manœuvre permettant d'influer les décisions.

Pourtant, les rapports de pouvoir au CHU constituent un frein à l'émergence de comportements managériaux et une difficulté majeure dans la modernisation des pratiques de gestion.

L'organisation du CHU est une organisation politisée¹ car la force des conflits devient telle que chaque acteur tire de son côté avec tous les risques d'exploitation sociale que cela comporte.

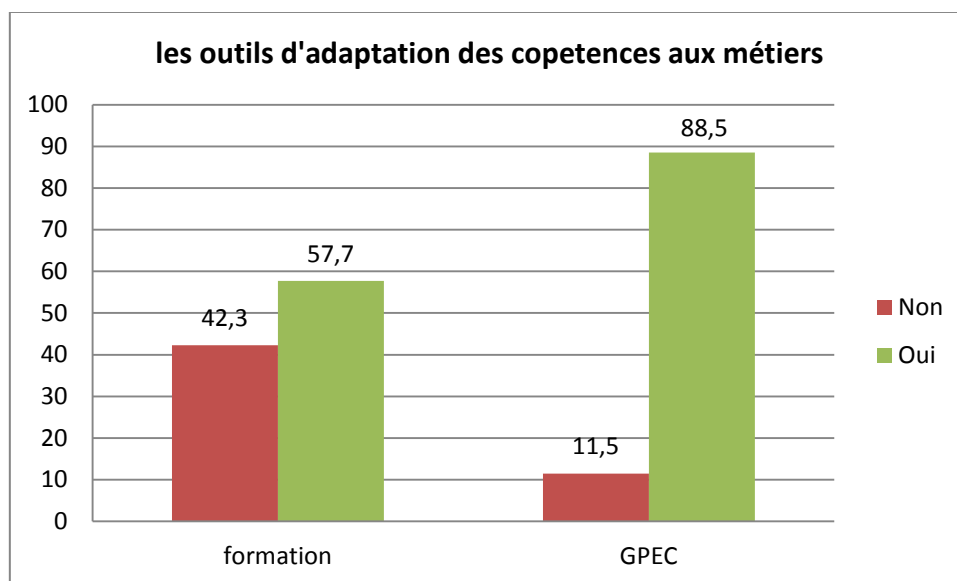
- **La gestion des compétences**

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 (11.5%).

Tableau n° 20: Les outils utilisés pour faire adapter les compétences à l'évolution des métiers (%)

| Proposition | formation | GPEC |
|-------------|-----------|------|
| Oui | 42,3 | 11,5 |
| Non | 57,7 | 88,5 |
| Total | 100 | 100 |

Source : Etabli par nos soins



Il s'avère que le référentiel métier est peu utilisé au sein de l'hôpital, 75 % du personnel interrogé disent ne pas se référer à ce dernier.

L'analyse de métier, rappelons le, est au croisement d'une part d'une qualification professionnelle qui va devenir le critère de recrutement dans un grade donné et d'autres part de l'emploi, c'est-à-dire la fonction qu'occupera l'agent après son recrutement. Le métier est

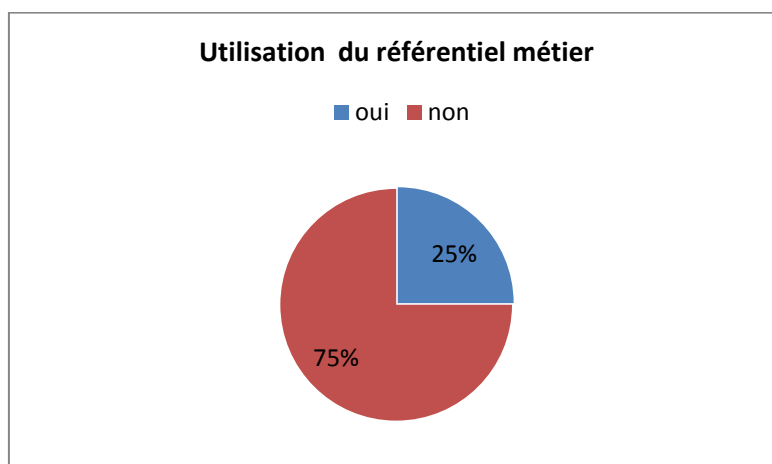
¹ Mintzberg qualifie l'organisation de type politique celle où l'informel l'emporte.

donc au cœur de la politique de la modernisation de la GRH. Cependant, 75 % comme le montre le tableau ci-dessous du personnel du CHU, la déclare absente.

Tableau n°21: Utilisation du référentiel métier (%)

| Propositions | Utilisation du référentiel métier |
|--------------|-----------------------------------|
| Oui | 25 |
| Non | 75 |
| Total | 100 |

Source : Etabli par nos soins

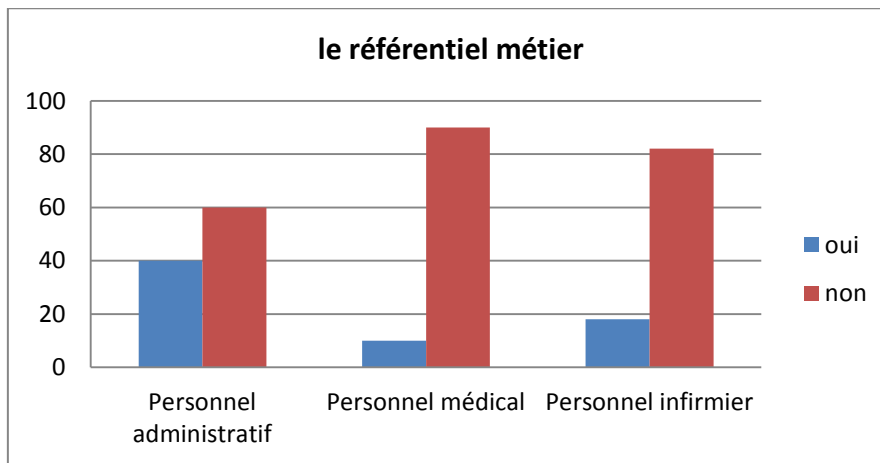


Le référentiel métier établi par le ministère de la santé et de la réforme hospitalière n'est qu'un document administratif parmi d'autres. Il s'avère que le référentiel est peu utilisé au sein de l'hôpital, 75 % du personnel interrogé dit ne pas se référer à ce dernier ; par catégorie on trouve 90 % du personnel médical, 60% du personnel administratif et 81.81 % du personnel infirmier.

Tableau n° 22: Le référentiel métier (%)

| | Personnel administratif | Personnel médical | Personnel infirmier |
|-----|-------------------------|-------------------|---------------------|
| oui | 40 | 10 | 18 |
| non | 60 | 90 | 82 |

Source : Etabli par nos soins

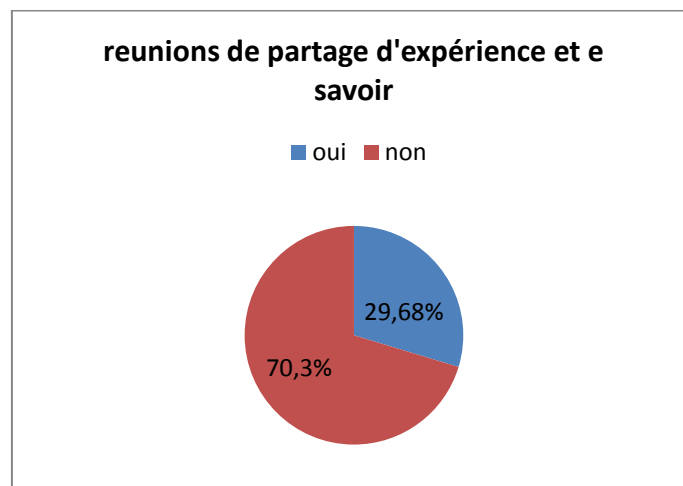


Les réunions de partage d'expérience et de savoir ne sont pas des pratiques courantes au sein de l'hôpital, 70,3 % du personnel ne se réunissent pas pour partager leur expérience et leur savoir. Cette tendance s'affirme encore plus chez les administrateurs et les infirmiers.

Tableau n°23 : Les réunions de partage d'expérience et de savoir (%)

| Existe-t-il des réunions de partage d'expérience et de savoir | |
|---|-------|
| oui | non |
| 29,68% | 70,3% |

Source : Etabli par nos soins



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 CHU de Tizi-Ouzou ne réalise pas le bilan social annuel.

L'état des lieux des services n'est pas qualitativement étudié et analysé pour pouvoir proposer des améliorations et de ce fait, il est difficile de gérer les compétences et de gérer par la compétence.

Le management par objectifs :

- Les établissements de soins sont des organisations professionnelles où se forment des groupes d'influence avec des objectifs propres à promouvoir et qui vont user de différentes sources pour survivre leurs propres intérêts. Ainsi, les groupes d'alliance d'intérêt se forment, s'engageant de manière différentes et évoluant selon des comportements parfois incompatibles entre eux. Cette situation est responsable du climat conflictuel régnant au niveau du CHU et entrave le bon déroulement de la gestion quotidienne et fausse ainsi la bonne prise de décisions tactiques et même opérationnelles.
- Le CHU 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 et le travail transversal n'ont pas un terrain propice pour se développer. Le cloisonnement entre les deux logiques constitue un frein puissant à leur efficacité et empêche le développement de la relation client-fournisseur interne.
- Le management par objectifs (MPO) vise à faire converger les efforts d'une organisation en vue de l'obtention des résultats. Il se traduit par une plus grande responsabilisation des services et des agents publics. 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 les objectifs précis, de la taille des organisations publiques et de l'insuffisante prise en compte de la dimension humaine.
- La taille du CHU de Tizi-Ouzou constitue un obstacle qui réduit l'implication du fonctionnaire et les démarches de projet, de service, de centre de responsabilité ne sont pas encore créés alors que leur existence aiderait à orienter les efforts vers l'objectif global du CHU.

f) Autres variables

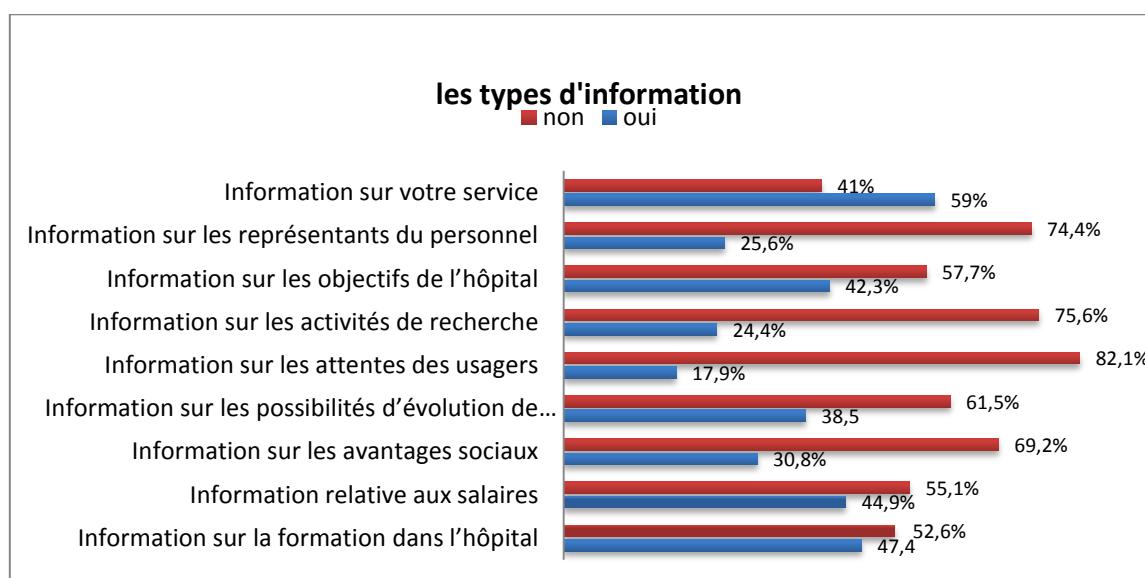
- **L'information :** 59 % du personnel déclarent recevoir des informations concernant leur service, 47 % concernant la formation dans l'hôpital ce qui a contribué à mieux correspondre la formation au travail exercé (50.6% des salariés ont bénéficiés d'une formation suffisante pour exercer leur fonction). 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 comme la gestion des carrières (38.5%), les représentants du personnel (25. 6%) et les avantages sociaux (30.8%) sont mal véhiculées et partant, certains salariés méconnaissent leurs droits et leurs devoirs.

Tableau n 24 : L'information au CHU (%).

| | Information sur la formation dans l'hôpital | Information relative aux salaires | Information sur les avantages sociaux | Information sur les possibilités d'évolution de carrière | Information sur les attentes des usagers | Information sur les activités de recherche | Information sur les objectifs de l'hôpital | Information sur les représentants du personnel | Information sur votre service |
|------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|-------------------------------|
| oui | 47,4 | 44,9 | 30,8 | 38,5 | 17,9 | 24,4 | 42,3 | 25,6 | 59,0 |
| non | 52,6 | 55,1 | 69,2 | 61,5 | 82,1 | 75,6 | 57,7 | 74,4 | 41,0 |

Source : Etabli par nos soins



En outre, la circulation de l'information concernant le travail répond aux besoins du personnel hospitalier (39.3 % en sont satisfaits). En revanche, les réunions d'information générale et d'expression des salariés ne sont pas du tout satisfaisantes (39.7 % et 58.5% respectivement). Quant aux sources d'information, elles sont axées sur les notes de services (47.9%), chef de service (43.1%) et les panneaux d'affichage (41.7%).

Tableau N° 25 : Appréciations des types de réunion (%)

| | Réunions d'information générale | Réunions de travail | Réunions d'expression des salariés |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------|------------------------------------|
| satisfait | 32,8 | 39,3 | 15,4 |
| peu satisfait | 27,4 | 29,1 | 26,2 |
| pas du tout satisfait | 39,7 | 31,6 | 58,5 |

Source : établi par nos soins

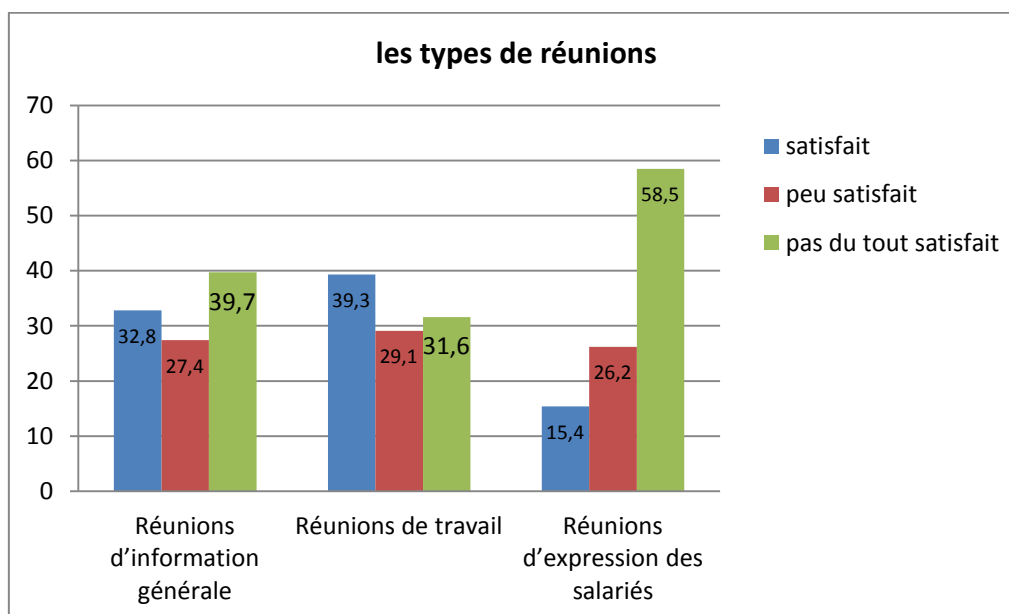
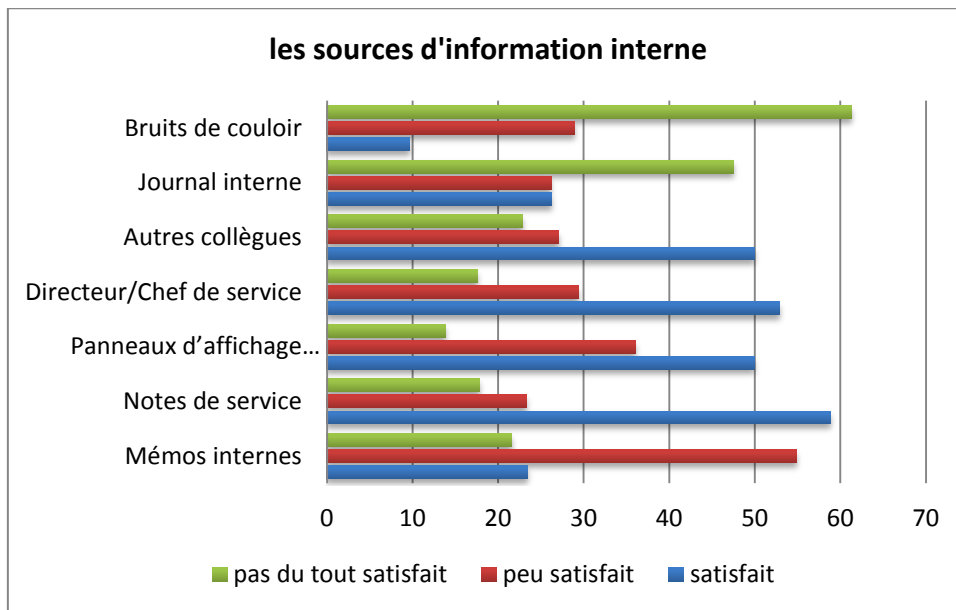


Tableau N° 26 : les sources d'information interne (%)

| | Mémos internes | Notes de service | Panneaux d'affichage (direction/syndicats) | Directeur/Chef de service | Autres collègues | Journal interne | Bruits de couloir |
|-----------------------|----------------|------------------|--|---------------------------|------------------|-----------------|-------------------|
| satisfait | 23,5 | 58,9 | 50,0 | 52,9 | 50,0 | 26,3 | 9,7 |
| peu satisfait | 54,9 | 23,3 | 36,1 | 29,4 | 27,1 | 26,2 | 29,0 |
| pas du tout satisfait | 21,6 | 17,8 | 13,9 | 17,6 | 22,9 | 47,5 | 61,3 |

Source : établi par nos soins.



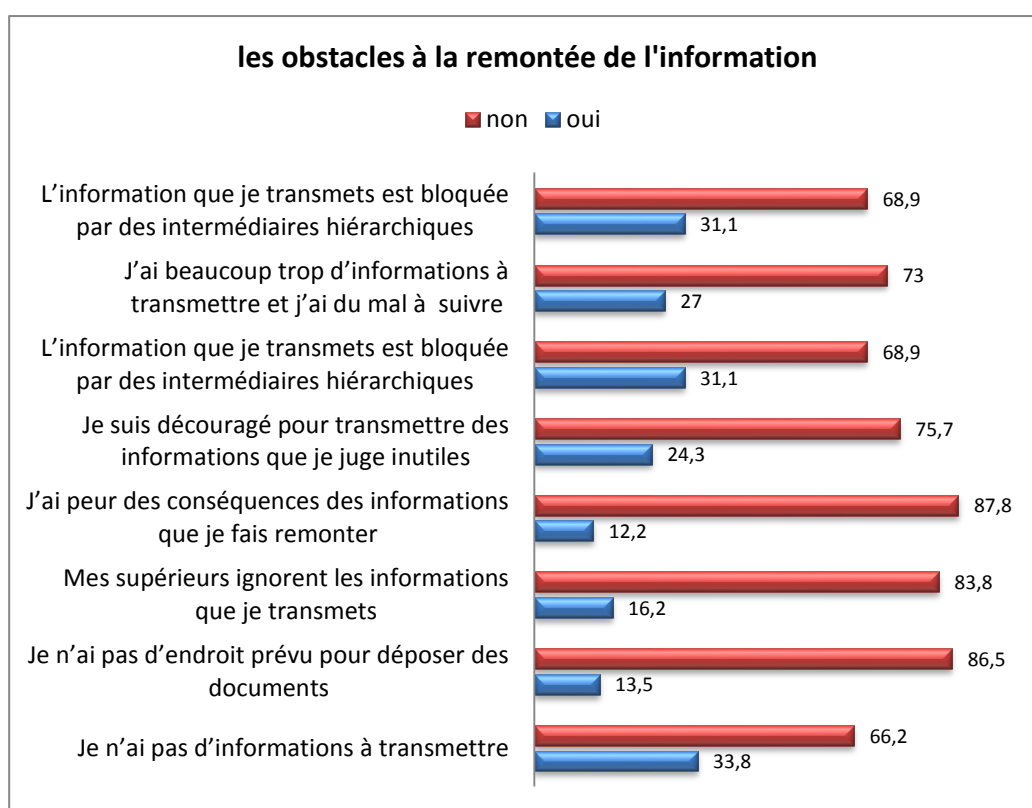
Le système d'information du CHU, comme nous l'avons déjà décrit, est non fiable. Cette défaillance est constatée sur le terrain par des défauts de transmission d'information entre les services et un manque de transparence entre les activités. 33.3% des salariés enquêtés déclarent que l'information qu'ils 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 impossible l'élaboration des bilans de réalisation du service de personnel. On note l'absence du tableau de bord permettant la maîtrise des départs et des arrivées par la pyramide des âges (95.3 % affirment ne pas utiliser cet indicateur comme outil de gestion) 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.

Tableau N° 27 : les obstacles à la remontée d'information (%)

| | oui | non |
|---|------|------|
| Je n'ai pas d'informations à transmettre | 33,8 | 66,2 |
| Je n'ai pas d'endroit prévu pour déposer des documents | 13,5 | 86,5 |
| Mes supérieurs ignorent les informations que je transmets | 16,2 | 83,8 |
| J'ai peur des conséquences des informations que je fais remonter | 12,2 | 87,8 |
| Je suis découragé pour transmettre des informations que je juge inutiles | 24,3 | 75,7 |
| L'information que je transmets est bloquée par des intermédiaires hiérarchiques | 31,1 | 68,9 |
| j'ai beaucoup trop d'informations à transmettre et j'ai du mal à suivre | 27 | 73 |

Source : Etabli par nos soins



L'entretien annuel d'évaluation est inexistant au CHU alors qu'il est le moment le plus adapté pour la fixation d'objectifs. Ceux-ci doivent être mesurables, réalistes et surtout négociés.

- **Concurrence du secteur privé**

La législation algérienne prévoit la possibilité d'exercice des agents de la santé dans le secteur privé à hauteur d'une journée par semaine, tout en perdant le droit à une prime liée au non exercice dans le secteur privé. Néanmoins, nos enquêtes ont révélé que cette dernière est loin d'être respectée (l'exercice dans l'informel) ce qui génère un dysfonctionnement se traduisant sur le terrain par le report de rendez-vous.

CONCLUSION

L'hôpital est une organisation spécifique vu le caractère de son service centré sur l'élément humain. Il s'avère que la mise en place de pratique managériale, notamment la gestion des ressources humaines, propres aux organisations marchandes, soit contraignante pour cette institution. De ce fait, la modernisation de la GRH au sein d'un hôpital public nécessite un réaménagement et une adaptation ce qui confirme notre première hypothèse.

Malgré la difficulté de la tâche les pays du monde notamment les pays développés s'acharnent à transposer les pratiques managériales des organisations privées vers des institutions publiques, l'Algérie n'a pas fait exception. Cet acharnement s'explique intrinsèquement par l'apport positif de ces méthodes sur la performance comme nous l'avons conjecturé plus haut.

L'enquête menée au niveau de l'hôpital a montré, que le personnel hospitalier manifeste une forte résistance au changement. Vu l'enracinement d'une gestion traditionnelle, la modernisation de la GRH ne peut se faire que graduellement afin de les imprégner de ses principes au fur et à mesure.

A travers le cas étudié et théoriquement les outils de la modernisation de la GRH trouveront terrain d'applicabilité si seulement si la singularité du CHU s'efface pour une institution neutre. Nous entendons par singularité (c'est un qualificatif que nous lui avons accordé) ensemble d'attitudes et latitudes non réglementé causant la pesanteur du climat du travail et empêchant la mise en place d'une politique générale pour l'atteinte des objectifs. Ce qui confirme, encore une fois nos hypothèses.

1- Les limites de la recherche

Ce travail de recherche n'est pas exempt de limites qui se sont imposées : Wacheux (1996) a souligné que les enquêtes qualitatives ont leurs limites indissociables.

Les limites d'ordre méthodologiques sont exprimées dans la consistance des questions. Notre questionnaire a été d'emblée jugé, de la part des acteurs concernés, de long et compliqué nécessitant une lecture attentive. Pour y remédier, nous avons réalisé le suivi des réponses au questionnaire cela nous a pris beaucoup de temps. Néanmoins, nous avons mis à profit notre présence pour approfondir notre enquête qualitative en utilisant les techniques comme l'observation, l'entretien semi-directif et de ce fait, nous avons pu réaliser une investigation complémentaire et extensive mais nos résultats sont descriptifs et explicatifs. Nous avons été confrontés à un autre problème de terrain, dans la mesure où la période de déroulement de

l'enquête coïncidait avec un vaste mouvement de grève. Cela a rendu difficile la distribution et la collecte des questionnaires, ce qui justifie la déperdition de quelques uns.

L'autre limite concerne l'objectif de la recherche. Ce dernier n'avait pas pour ambition d'implanter de nouvelles méthodes et outils modernes de la GRH mais plutôt de présenter une étude du contexte pour mettre en lumière les facteurs bloquants toute tentative de changement en termes d'organisation, de culture, de gestion et de management et d'y remédier sous forme de procédures et politiques simples.

Nous avons évoqué déjà (en partie théorique du travail de recherche) que pratiquement la modernisation de la GRH du secteur de la santé au niveau de plusieurs pays développés et en voie de développement ont 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.

A l'issue de cette recherche nous avons essayé de proposer un ensemble de recommandations que nous avons jugé primordiales pour la mise en pratique de la modernisation de la GRH au sein du CHU tout en tenant compte des limites de l'enquête.

2-Résultats de la recherche et recommandations

Il est impérieux de signaler que depuis le projet des réformes hospitalières, le CHU a opté pour une politique de changement, néanmoins la situation décrite plus haut (organisation, culture, finance) constitue un frein pour toute tentative de changement. Nous avons retenu les dysfonctionnements constatés au niveau de l'organisation du travail, les conditions de travail, la gestion du temps, la communication, l'information et la formation.

L'étude de contenu concernant la condition de travail a mis en lumière les dysfonctionnements perturbant la gestion et la qualité de la GRH : la faible productivité du travail, l'absentéisme, la perte de temps ce qui engendre des coûts cachés et constitue une entrave aux pratiques modernes de GRH, car ces dernières nécessitent de professionnaliser les personnels, de les responsabiliser tout en accédant à plus d'autonomie.

Les entretiens réalisés auprès du personnel hospitalier ont permis d'identifier autres causes racines de nombreux dysfonctionnements tels que le régionalisme et l'appartenance politique.

La recommandation qui serait de nature à réduire ce genre de dysfonctionnements se trouve dans la constitution de la DRH. La GRH et l'organisation en général s'appuient plus sur un management informel ceci se traduit à titre d'exemple par le glissement de fonction entre les

infirmiers vers les aides soignants et les aides soignants vers les aides soignants stagiaires et à cela s'ajoute le manque de motivation.

Pour y remédier les personnes dédiées à la gestion du personnel devraient être choisies, en plus du profil, par rapport à leur estime au sein de l'organisation notamment le directeur des RH. Nous avons constaté que le personnel, toutes catégories confondues, n'a cessé lors de nos enquêtes de mettre en exergue avant toute autre exigence l'estime, la confiance et la sincérité : *« les responsables, s'ils étaient forts, raisonnables et habiles, on aurait en aucun cas à chercher à connaître leurs diplômes, leurs régions ou leurs âges. (Réponses de l'ensemble du personnel soignant)»*.

La motivation est le fer de lance. Rappelons que la GRH est chargée de définir le système de communication interne et le mode de relation entre les agents pour remplir les missions imparties. Par la motivation, il est possible de décroiser le CHU et de faire converger les efforts vers un objectif global. La motivation serait une essence pour la modernisation de la GRH. Lors des derniers mouvements sociaux (2012/2013) le personnel soignant et administratifs ont mis en tête la considération d'être informés, de pouvoir dialoguer et aspirent à une valorisation dans leur réalisation avec leur hiérarchie.

La motivation doit être érigée en politique d'entreprise qui sera à son tour en cohérence avec la politique générale et c'est à la DRH d'assurer le relais afin de faire adhérer le personnel aux objectifs du CHU. Ce type de politique se traduit concrètement par l'établissement des projets de services et les contrats objectifs. Réaliser ces contrats dans le cadre d'un projet d'établissement peut permettre simultanément de modifier structurellement l'organisation et d'empêcher les résistances aux changements (voir annexe 6 : proposition d'une nouvelle structure organisationnelle).

Ici la dimension culturelle est primordiale pour réussir tout en intégrant une démarche participative mais cela doit se faire à long terme, le management participatif nécessite de justifier et d'augmenter les priorités dans la réalisation des objectifs.

La GRH en est le fil conducteur par la politique de communication interne et externe.

Le CHU est concerné directement ou indirectement par le bouleversement que connaît le secteur de la santé ; le progrès des techniques médicales, la réorganisation des modes de prise en charge ont une incidence sur les évolutions des métiers des établissements de santé.

La GPEC ou la GPMC est un axe de développement clé des RH pour les hôpitaux dans le sens où elles nécessitent de mettre en adéquation stratégie, contraintes de l'environnement et les besoins en ressources. Dans ce sens, la GPEC vise à développer la performance des ressources humaines. Nous avons constaté que le personnel du CHU était mal loti en outils de gestion d'adéquation (formation, emploi, compétences). Cette insuffisance d'outils

managériaux de pilotage induit une gestion au quotidien et selon les difficultés rencontrées ce qui crée un climat d'incertitude et empêche l'anticipation. Nous avons également souligné qu'il y a une mauvaise circulation de l'information au niveau des différents services pourtant elle constitue un facteur d'influence. Quant à la formation (64,4 % des sondés déclarent que la formation ne se fait pas après l'évaluation), elle est considérée comme une fin en soi alors qu'elle devrait être un outil d'amélioration de la compétence individuelle et collective. La prise en charge de ces contraintes n'est pas ardente, à notre gré une équipe choisie par le personnel et ayant le profil pourrait atténuer ces effets néfastes à la bonne gestion, voire les effacer à long terme. Cette recommandation a été soulignée par l'ensemble des interviewés toutes catégories confondues. Celles-ci sont conscientes que pour moderniser la GRH il appartient aux cadres de s'inscrire dans une dynamique systémique de l'hôpital et dans une logique de développement des compétences.

La réforme hospitalière apporte des éléments stratégiques à l'hôpital tel que le projet d'établissement, projet de service et les contrats objectifs. Ces méthodes permettent la mise en place d'une gestion moderne des ressources humaines. Déjà, le projet d'établissement qui se généralise progressivement en Europe constitue un acquis de gestion et un point d'encrage de changement. En Algérie, le ministère de la santé a lancé un chantier de réformes reprenant les mêmes formules pour moderniser la GRH du secteur. Néanmoins, la réussite de ces réformes est selon l'analyse des données de l'enquête pour le cas du CHU de Tizi-Ouzou dépend d'un « nettoyage » culturel en abolissant les valeurs négatives et en renforçant les valeurs positives en les érigeant en simples procédures de gestion. Il faut rappeler que la culture enracinée dans les groupes impose en quelque sorte l'embauche et l'emploi des parents mêmes si leurs compétences ne sont pas adaptées. De prime, quelques recrutements et gestion de carrière se font par népotisme (donne à force imposée est devenue banale et acceptée de tous).

Sur le plan organisationnel, le CHU est composé de plusieurs services cloisonnés. Ce cloisonnement, à notre sens, n'est pas irréversible. Nous avons constaté malgré le climat conflictuel en général, une atmosphère quasi-familiale qui l'emporte sur le règlement et la règle. Ceci favorise les jeux de pouvoir entre membre d'une même équipe : la logique de service prévaut souvent sur la logique hôpital institution, les synergies n'ont pas lieu d'exister et ce qui explique en partie les difficultés de la mise en œuvre des réformes hospitalières initiées par le ministère de la santé.

En outre, l'organisation informelle n'a pas toujours constitué un frein selon les théoriciens et praticiens, elle est même une source de flexibilité et génère des synergies quand elle est utilisée à bon escient. Il est alors évident de commencer, au sein du CHU, par la valorisation des pratiques informelles pour pouvoir les ériger en procédures de gestion souples et simples.

Le souci majeur et actuel est dans la nature organisationnelle et culturelle qui bloquerait toutes tentatives de développement des pratiques transversales.

Il est tout à fait possible de transposer les modèles appliqués en occident mais une adaptation s'impose. Les spécificités culturelles locales par exemple ne peuvent être omises ce qui justifie encore une fois pour notre recherche le choix de l'approche de la contingence.

Nizet et Pichault (2007) ont montré dans leur étude que l'introduction d'outils de management des organisations occidentales peuvent être transposées dans des organisations africaines sous réserve d'adapter une démarche qui traite et introduit les spécificités des institutions concernées. Ainsi, la négociation et la discussion avec les acteurs concernés s'imposent. Le ministre de la santé ne peut à travers des lois et ordonnances décréter des réformes hospitalières pour parler de modernisation.

Par ailleurs, le CHU, d'après l'étude de l'existant, n'est pas une organisation propice pour l'instauration du MPO. Ce dernier ne sera généralisé que lorsque chaque agent public se verra assigné des objectifs personnels annualisés. Cette exigence implique que chaque responsable hiérarchique prenne le temps de rencontrer l'ensemble des agents pour leur fixer des objectifs individuels. Nous avons mentionné que la rigidité hiérarchique et les contraintes budgétaires ont mené vers la gestion aléatoire de proximité.

Il nous semble à la suite de l'enquête réalisée au CHU, qu'élaborer un diagnostic des compétences individuelles et collectives, étudier les procédés d'application et gérer les situations d'incompétence sont loin d'être mis en place. D'un côté la compétence doit être organisée en système voir comme un processus et elle doit être pensée en termes de connexion : les acteurs compétents devraient mobiliser leur ressources en les liant à leur environnement interne et externe. Pour ce faire, une organisation en réseaux s'impose afin de créer des synergies. Ce n'est pas le cas du CHU. D'un autre côté, l'implantation des méthodes de la gestion par les compétences est un projet à long terme et génère des coûts élevés (expériences européennes). Pour faire face à ces contraintes, nous recommandons comme un préalable à cette implantation, la maîtrise de la taille de l'organisation et par voie de conséquence une bonne prise en compte de la dimension humaine. Cette maîtrise se concrétise par la création des espaces réduits à travers la mise en place des centres de responsabilité dotés d'une politique d'animation bien adaptée aux objectifs de l'organisation.

L'élément qui semble être un obstacle majeur à la modernisation est la centralisation de gestion, vu que 71,2 % des sondés ont déclaré qu'il n'y a pas de délégation de gestion. Développer les règles de délégation de la gestion pour l'organisation et le fonctionnement

dans le domaine des ressources humaines serait une garantie pour le changement et encourager la concertation interne pour favoriser l'implication et l'adhésion des membres des équipes (83,8 % du personnel qui déclarent qu'ils ne se sentent pas impliqués ni adhérents au travail de leurs équipes).

Il est communément reconnu que certaines personnes exercent une profession par intérêt ce qui contribue à leur épanouissement personnel et d'autres le font pour des considérations financières. Ceux qui considèrent le travail comme utile socialement sont plus productifs et s'investissent davantage dans leur tâche que ceux qui sont motivés par des considérations matérielles dans l'exercice de leur fonction, ils adoptent dans ce cas un comportement de « déviance organisationnelle ». Le personnel enquêté du CHU de Tizi-Ouzou fait partie de la deuxième catégorie. Cette situation est illustrée par le sentiment de surcharge de travail effectué (65 % des personnes interrogées signalent la surcharge de travail) ainsi que l'épuisement émotionnel lié aux efforts fournis. Ceci dit, les efforts d'intéressement et de motivation des salariés passent par une satisfaction salariale tout en s'assurant que le système de rémunération soit équitable et juste. Cependant, la rémunération est une condition nécessaire, mais non suffisante pour une motivation de qualité. Il faudrait donc développer d'autres formes de motivation d'ordre psychologique en l'occurrence l'autonomie et l'affiliation sociale.

L'autre recommandation se trouve dans la gestion du budget, elle est un élément très important dans la gestion d'un hôpital public, d'autant plus que la plus grande part de ce dernier est consacrée au personnel (rémunération, formation, promotion, gestion des carrières...). De ce fait, penser à la modernisation de la gestion des ressources humaines est dépendant du mode de gestion du budget. Il s'avère qu'au niveau du CHU le mode de gestion du budget est rigide et centralisé. En effet, la formule du budget global pratiquée par les administrations en Algérie a conduit les gestionnaires à une désresponsabilisation prononcée dans la mesure où il leur est demandé de « dépenser » simplement un budget déjà réparti dans le détail et de façon centralisée entre titres, chapitres et articles. Les directeurs d'hôpitaux sont passés d'un état de « gestionnaires » à une situation de « dépensiers ». Cette façon de faire se caractérise par une forte centralisation et une rigidité de gestion. Le passage à une gestion budgétaire par objectifs répond aux défis de la politique budgétaire dans les hôpitaux actuellement. Le principe de la gestion du budget par objectifs, est que les objectifs généraux de l'hôpital, doivent être déclinés en objectifs spécifiques à chaque composante et doivent couvrir l'essentiel des actions prévues et à réaliser ; et les objectifs pluriannuels seront exprimés en objectifs partiels et à moyen et court termes. Ainsi, le système budgétaire par objectif répond à un souci universel de moderniser la gestion budgétaire en mettant l'accent

en priorité sur les résultats de l'activité, et non plus exclusivement sur ce qui était consommé par le budget. Au niveau du CHU, cette suggestion répond en plus à l'émergence de tensions dans la gestion budgétaire, liées entre autres au poids de la masse salariale, et qui oblige à être plus sélectifs dans le choix des programmes de dépenses et leurs affectations.

En somme, l'optimisation du système d'information du CHU par le développement de l'outil informatique au sein de la direction des ressources humaines, la mise en place des systèmes d'informations internes pour mutualiser les connaissances, partager les informations et assurer un mouvement ascendant et descendant entre les différents niveaux hiérarchiques sont des préalables à toute modernisation notamment celle liée à la démarche contractuelle entre différents niveaux de l'hôpital.

3- Les perspectives de la recherche

BARNEY et WERNEFLT renforcent l'idée que la GRH est un facteur de compétitivité et d'amélioration de la performance. Par les pratiques mobilisatrices et leur complémentarité, les ressources humaines deviennent une source d'avantages compétitifs en motivant le personnel et retenant les meilleurs talents.

A notre sens cela serait facilement exploitable dans toute organisation si la dynamique de groupe était orientée vers les intérêts de celle-ci. De surcroît, il faut rappeler que les auteurs de l'école des relations humaines ont mis en exergue l'importance du groupe dans l'amélioration de la performance des entreprises. 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 plus haut en analysant les données de l'enquête que le CHU est en fait un ensemble de groupes qui se constituent selon des « variables d'intérêts » tels que entente, liens de parenté, échanges 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. Cette étude aurait pour objectif de renforcer la chaîne managériale et se ferait en trois phases. D'abord, étudier les groupes existants. Ensuite, établir des propositions pour éliminer les aspects négatifs et ne garder que les apports positifs pour l'organisation. Enfin, créer une dynamique inter et intragroupes pour orienter les efforts et exploiter le relationnel pour l'atteinte de l'objectif global du CHU.

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. Plusieurs études

ont montré que l'organisation polaire peut servir d'outil moderne de la gestion des ressources humaines, elle offre des moyens de contractualisation de manière à ce que chaque établissement définisse sa politique de recrutement, de gestion du travail et la rémunération en fonction du contrat d'objectifs et de moyens. Ces politiques sont des éléments à partir desquelles les affaires médicales peuvent développer une réelle politique de gestion des ressources humaines du secteur de la santé.

Ainsi, le recrutement médical n'est plus centralisé ni imposé, il revient au chef de pôle recrutement de le faire et devient un levier d'action. Le chef dispose d'une délégation de gestion en ce sens et de ce fait doit être choisi pour ses qualités d'écoute, de charisme, d'honnêteté et d'exemplarité pour créer et valoriser les énergies des équipes.

L'étude que nous avons menée est centrée sur la possibilité d'introduire 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,... Tous ces éléments ont pour objectifs d'améliorer la qualité du service rendu à moindre coût, c'est ce que on appelle l'efficacité organisationnelle. Les exigences-qualité afférentes aux prestations hospitalières nous amènent à proposer une piste de recherche future : La mise en place d'une démarche d'assurance-qualité qui devrait s'inscrire dans les axes stratégiques majeurs de l'hôpital. Cette démarche contribue à réduire les dysfonctionnements susceptibles de créer un dommage aux usagers.

L'observation lors des passages dans différents services du CHU montre que celui-ci est loin d'appliquer les normes ISO 9000 :2000 et de devenir une institution citoyenne.

L'hôpital est une organisation complexe. Il a une mission de service public qui s'insère dans le cadre de la politique de santé élaborée par les autorités. L'opposition entre organisation médicales et organisation administrative est une constante dans la gestion hospitalière de tous les pays. L'objectif de l'administration de l'hôpital a toujours été d'obtenir des systèmes standardisés, destinés à la mesure de l'activité, au suivi budgétaire et au calcul des coûts, afin de permettre un suivi du budget et de l'activité des hôpitaux dans le temps et dans l'espace. C'est pourquoi, sans doute, le contrôle de gestion qui manipule tous ces concepts apparaît comme une technique incontournable pour la gestion des hôpitaux. En France, dès la fin des années 70, on a mis en place dans les hôpitaux des cellules d'analyse de gestion afin de faciliter les décisions de planification et de répartition des ressources budgétaires.

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. Ce dernier ressort de réduire le risque principal chargé de la sauvegarde de l'intérêt général.

L'autre piste de recherche consiste à proposer les recommandations citées précédemment aux CHU de Tizi-Ouzou afin de les mettre en œuvre au moins à titre expérimental. Ensuite procéder à l'évaluation de cette nouvelle expérience en calculant les écarts entre les objectifs prévus et les réalisations, apporter des ajustements si nécessaire.

L'inscription de l'hôpital dans un système en interconnexion mène à proposer une piste qui introduirait la gestion des ressources humaines de l'hôpital sous une dimension-réseau.

L'application de toutes méthodes importées au niveau du CHU, à notre sens, passe d'abord par la création d'un observatoire des expériences Européennes notamment celle de Grande Bretagne, de la Suède et de la France avec la mise en place de la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) pour ensuite adapter selon le contexte algérien ces méthodes 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.

Bibliographie :

1. ALLOUCHE J, « Encyclopédie des ressources humaines », Paris, Vuibert, 2006 (2ème éd.).
2. ALECIAN S., FOUCHER D., « Le management dans le service public », Ed. d'Organisation, 2002.
3. AMADIEU J-F., CADIN L. « Compétence et organisation qualifiante », Ed. Economica, 1996.
4. ARMSTRONG M., BARON A., « Human Capital Management: Achieving Added Value Through People », Kogan Page Ltd, 2007.
5. ARMSTRONG M., « A handbook of human resource management », Kogan Page, London (9e edition), 2003.
6. AUBRET J., GILBERT, P. et PIGEYRE, F., « Savoir et pouvoir : les compétences en question », PUF, Paris, 1993.
7. AUBRET J. et GILBERT, P., « Valorisation et validation de l'expérience professionnelle », Dunod, coll. « Topos », Paris, 2003.
8. AUBRET J., GILBERT, P. et PIGEYRE, F., « Management des compétences. Réalisations, concepts, analyses », Paris, Dunod, coll. « Gestion Sup », 2005 (2ème éd.).
9. BARREAU J., « Gérer le travail », PUF, Rennes, 1999.
10. AYMOTTE L., « Les méthodes quantitatives, Applications à la recherche en sciences humaines », ERPI, 2011.
11. BARRAUD J., KITTEL F. et MOULE M., « La fonction Ressources Humaines : métiers, compétences et formation », Paris, Dunod, coll. « Fonctions de l'entreprise », 2004 (2ème éd.)
12. BARRAUD J., « La Fonction Ressources Humaines ; Métiers, Compétences Et Formation », (3e Edition) Métiers, compétences et formation ; troisième édition Dunod, 2008.
13. BATAL C., « La gestion des ressources humaines dans le secteur public », Tome 1 et Tome 2, Ed. d'Organisation, 1998
14. BELLIER S. et TRAPET H., « Panorama de la GRH : définitions, questions et convictions », Liaisons, coll. « Entreprise et Carrières », Paris, 2001.
15. BEJEAN S. , « Economie du système de santé : du marché à l'organisation », Ed. Economica, 2013.

16. BOUFFARTIGUE P. et GADEA C., « Sociologie des cadres », Ed. La Découverte, Collection « Repère », 2000.
17. BOURET P., « Les cadres de santé à l'hôpital - La réalité du management », Ed Seli Arslan, 2006.
18. CAMPION MD. , « Le management des ressources humaines dans les établissements de soin: Quelles pistes d'amélioration pour le service public ? », Ed. Lavoisier MSP, 2006.
19. COHEN V.M and LEVINTHAL D.A., « Absorption capacity: a new perspective on learning & innovation », Administration science quarterly, vol. 35, 1990.
20. CREMANDEZ M., et GRATEAU F., « Le management stratégique hospitalier », Interéditions, Paris, 1997.
21. CROZIER M., « Le phénomène bureaucratique », Ed. LE SEUIL, Paris, 1997.
22. EMERY Y., « Dynamiser les ressources humaines. Une approche intégrée pour les services publics et entreprises privées, compatible avec les normes de qualité », Presses polytechniques universitaires romandes, 2006.
23. GUIDERE M., « Méthodologie de la recherche : guide du jeune chercheur en lettre, langue, sciences humaines et sociales, maîtrise, DEA, Master, doctorat », Ellipses, 2004.
24. HART Josette, LUCAS Sylvie, « Le management hospitalier - Stratégies nouvelles des cadres, concepts, méthodes, études de cas », Ed. Lamarre, 2002.
25. LAMBERT DC., « Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les pays industriels », Seuil, 2000.
26. LEBOYER L., « La gestion des compétences », Ed. d'Organisation, 1999.
27. LEVY E. et BURGNER M. et DUMENIL G. et LAFARGE H., « introduction à la gestion hospitalière », Bordas, paris 1977.
28. LE BOTERF G., « De la compétence : essai sur un attracteur étrange », Ed. d'Organisation, Paris, 1994.
29. MARTORY B., CROZET.... « la gestion des ressources humaines » 3 ed, Nathan, Paris, 1988.
30. MINTZBERG H., « Structure et dynamique des organisations », Ed. d'Organisation, 1982.
31. MINTZBERG H., « Le management au centre des organisations », Ed. d'Organisation, 1990.
32. NIZET J. ET PICHAULET F. « les performances des organisations africaines. Pratiques de gestion en contexte incertain » éd. l'Harmattan, Paris, 2007.

33. Roussel P ; Wacheux F, « Management des ressources humaines : Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales », Ed. De Boeck, 2005
34. ROSINTAL C. et MURPHI C., « Introduction aux méthodes quantitatives en sciences humain et sociales », Ed. Dunod, 2001.
35. RUES JP., « Les cadres en France », Ed. PUF, Collection « que sais-je ? », 1999.
36. SAVALL H., ZARDET V., « Recherche en sciences de gestion : approche qualimétrique : Observer un objet complexe », Ed Economica, 2004.
37. SINGLY F., « Le questionnaire: L'enquête et ses méthodes », Armand Colin, 2012.
38. TIMMAR S., « Imbroglia dans les équipes soignantes hospitalières », TSA Edition, 1993.
39. WACHEUX F. « Méthodes qualitatives et recherche en gestion », Ed Economica, Paris, 1996.
40. ZARIFIAN P., « objectif compétence », Ed. Liaison, 2001.

Articles de revues

1. ALVENTOSA J-R., « Serviteurs de l'État, moyens et contraintes », Pouvoirs n°117, p.77-92,2006.
2. BARTOLI A., « Les nouvelles perspectives de la GRH dans la fonction publique », Cahiers Français, n°333, 2006.
3. BRAHMIA B. « le système de santé algérien, l'heure des réformes » journal algérien de médecine Vol.XIII N° 3 Mai et Juin 2004, pp 149-157.
4. BEN SALAH T., « La carrière dans la fonction publique », Le cadre général de la Fonction Publique, in Droit de la fonction publique, Compact Armand Colin, pages 81-96.
5. CHEVALIER Y., « La réforme et la gestion des ressources humaines : quelles conséquences pour la fonction publique ? », Actualité juridique et droit administratif, n° 10, 2006.
6. CHEVALIER Y., « LOLF et fonction publique : GRH, performance et management », Revue française des finances publiques, n° 97, pp. 99-111, mars 2007.
7. CHOUGRANI S., KADDAR M. « Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie », in Journal de Gestion et de l'Economie Médicale », 2010/5, V 28, pp 179 à 193.
8. FLAQUE L., « Juger la performance ou l'individu : Le dilemme de l'évaluation », Revue Personnel, N° 437, Février 2003, pp 6-11.

9. GERVAIS JB. Et MORIN C., « Les médecins crise d'identité », Revue Santé N° 259, Ed. Décision.
10. GILLET P., « Pour une écologie du concept compétence », Education permanente N° 135, Février 1998.
11. KREPS G., « Ressources humaines, nouvelles pratiques selon l'ISO 9001 : 2000 » AFNOR, 2004.
12. LAQUEL F., « Evaluer n'est pas apprécié », Revue Personnel, Juin 2000, pp 11-10.
13. NIOCHE JP., « Le management public : à la recherche de nouvelles régulations », Revue Française de Gestion, N° 85, 1991.
14. NOGUERA F., CHALUS-SAUVANNET M. C. « la GRH dans le milieu de la santé : l'impact des pratiques sur la qualité des soins et sur les performances- cas d'une clinique privée au Bénin » CERAG, cahier de recherche : 2008-01 E1, Grenoble 2.
15. OUCHTATI M. et al. « la réforme des hôpitaux : proposition d'une démarche » journal algérien de médecine Vol.XIII N° 3 Mai et Juin 2004, pp 124-139.
16. PENSO-LATOUCHE A., « Pour en finir avec le savoir être », Revue Soins Cadres N° 41, Février 2002, pp 34-45.
17. THEVENET M., « Gestion des ressources humaines : La fin ou le début ? » (introduction), Revue Française de Gestion, N°98 Mars, Avril, Mai 1994, pp 62-63.

Thèses et mémoires

1. BEAUCHAMPS B., « Du malaise identitaire à la reconnaissance », Mémoire ENSP, 2002.
2. PERSONENI E., « 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, 2010.
3. VINCENT-GUILLIER N., « La gestion des compétences des cadres de santé : une politique à renforcer par le directeur des soins au sein de la GRH », Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes (ENSP), 2004.

Les journaux officiels

www.santémaghreb.com/algérie/recueil_txt_regl.pdf.

Liste des tableaux :

| | |
|---|----|
| Tableau n°1: Le budget du CHU, année 2012..... | 10 |
| Tableau n° 2: Tableau représentant la structure de la population cible selon le statut hospitalier..... | 12 |
| Tableau n°3 : Tableau représentant la structure de l'échantillon par statut hospitalier..... | 12 |
| Tableau n° 4 : Changements et objectifs..... | 14 |
| Tableau n°5 : Tableau récapitulatif des principales variables de la modernisation de la GRH étudiée au CHU..... | 16 |
| Tableau n° 6 : Répartition du budget de l'hôpital..... | 20 |
| Tableau n° 7 : Appréciation du climat social..... | 21 |
| Tableau n° 8 : Appréciation du travail de l'équipe..... | 22 |
| Tableau n°9 : Les sources de stress au travail..... | 23 |
| Tableau 10 : système de remplacement du personnel absent..... | 25 |
| Tableau n° 11 : croisement expérience professionnelle/salaire..... | 26 |
| Tableau n°12 : croisement fonction/ salaire..... | 27 |
| Tableau n° 13: Le statut de la fonction publique prévoit-il des techniques d'évaluation..... | 27 |
| Tableau n°14 : Techniques d'évaluation utilisées au CHU..... | 29 |
| Tableau n°15: Les accélérateurs de carrière..... | 29 |
| Tableau n° 16: Les perceptions de carrière..... | 30 |
| Tableau 17: La formation au sein du CHU..... | 31 |
| Tableau n° 18 : La délégation de gestion..... | 33 |
| Tableau n°19: Les pratiques de GRH auxquelles le statut de la fonction publique faisait obstacle selon le personnel du CHU..... | 33 |
| Tableau n° 20:Les outils utilisés pour faire adapter les compétences à l'évolution des métiers..... | 35 |
| Tableau n°21: Utilisation du référentiel métier..... | 36 |
| Tableau n° 22: Le référentiel métier..... | 36 |
| Tableau n°23 : Les réunions de partage d'expérience et de savoir..... | 37 |
| Tableau n 24 : L'information au CHU..... | 39 |
| Tableau N° 25 : Appréciations des types de réunion..... | 40 |
| Tableau N° 26 : les sources d'information interne..... | 40 |
| Tableau N° 27 : les obstacles à la remontée d'information..... | 42 |

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Présentation de différents Statuts Hospitaliers

Annexes 3 : Présentation du service RH

Annexe 4 : Questionnaire d'enquête

Annexe 5 : Organigramme du centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou

Annexe 6 : Proposition d'une nouvelle structure organisationnelle du CHU à même de faciliter l'adaptation aux changements

Annexe 7 : Base de données en version numérique.

Annexe 1 : Guide d'entretien

Pour notre projet nous avons préparé un guide d'entretien pour cette première année de recherche.

Ce guide a été le résultat d'un croisement de données théoriques et pratiques lors de nos premières visites au CHU en mois de Juin et Septembre et octobre.

Néanmoins, ce guide d'entretien n'est pas finalisé, il est susceptible d'être enrichi par d'autres variables en fonction de l'avancement théorique et pratique. Nous le présentons ci –dessous et sous forme de rubriques thématiques.

I. Rubrique : Organisation

L'administration accorde peu d'intérêt à l'organisation du travail qui pourtant conditionne l'efficacité des structures. Les méthodes de travail fortement imprégnées par la règle témoignent des insuffisances qui la caractérisent.

La recherche de la souplesse du fonctionnement au niveau du CHU et l'implantation d'un management efficace constituent une condition essentielle de la performance des administrations.

C'est pour ces raisons que l'organisation est considérée comme variable principale pour notre recherche et il s'agit de chercher dans les directions suivantes :

- Comment est structurée l'activité du CHU de Tizi-ouzou ?
- Comment circule l'information ?
- Comment juger la communication ?
- Qu'elle est la structure organisationnelle actuelle ?
- L'organisation du CHU est elle adéquate ?
- Quels sont les nombres de lits selon le séjour (court, moyen, et long) ?
- Dans le service personnel (ressources humaines), la gestion utilise-t-elle des techniques particulières comme :
 - Les groupes d'expression
 - Cercles de qualité
 - Ou autres.
- Comment est structuré le service du personnel ?
- Comment sont gérés :
 - Les horaires de travail ;
 - Les congés et l'absentéisme.
- Qu'elles sont les caractéristiques du système de gestion et l'outil informatique ?

- Existe-t-il un dialogue social permanent qui permettrait l'implantation d'un management moderne tel :
 - Commission paritaire administrative ;
 - Commission technique paritaire ;
 - Comités d'hygiène, sécurité, et condition de travail.
- Comment qualifier la relation entre les médecins et l'administration ?
- Comment est la qualité de la gestion du temps des médecins ?

II. Rubrique : culture

La culture est le ciment social des entreprises. De cette variable est né le management culturel basé sur la création et l'exploitation des avantages concurrentiels liés aux valeurs, tradition, habitude, rites, religion et autres.

Nous avons conjecturé que le CHU est une organisation singulière et notre intention est de le vérifier à partir du contexte culturel interne en privilégiant la technique de recherche de l'observation directe.

III. Rubrique : budget et gestion financière

Le budget peut être considéré comme étant qu'un outil de gestion. Nous le considérons de ce fait comme une variable déterminante pour la dynamisation de gestion des ressources humaines, nous collecterons des informations à propos de questions suivantes :

- Y a-t-il eu une réforme du budget global ?
- Qu'elle est la structure des dépenses hospitalières en pourcentage ?
 - Les dépenses totales courantes de santé ;
 - Les dépenses pour la recherche ;
 - Les dépenses pour la formation ;
 - Les dépenses de personnel ;
 - Les dépenses d'investissement (rénovation, acquisition, rénovation de l'ancien matériel...) ;
 - Les dépenses d'exploitation ;
 - Les dépenses de fonctionnement.
 -

IV. **Rubrique : la structure des effectifs**

Elle permet de connaître le nombre et la nature des effectifs au niveau du CHU de Tizi-Ouzou et cela à travers la collecte d'informations suivantes

- ❖ Evolution des effectifs :
 - Médecins généralistes ;
 - Médecins spécialistes ;
 - Personnel infirmier ;
 - Techniciens ;
 - Personnel administratif
- ❖ Répartition des ressources humaines*
Par centre d'activité en 2010 et 2011

| Centre d'activité | Capacités en lits | effectif |
|-------------------|-------------------|----------|
| Cardiologie | | |
| Hémodialyse | | |
| Traumatologie | | |
| ... | | |
| ... | | |

- ❖ Classification par métier et compétences
(Pour présenter les différents statuts hospitaliers)
 - Agents publics ;
 - Catégorie des personnels enseignants ;
 - Hospitaliers ;
 - Statut bi appartenant
 - Et autres...

Le questionnaire touchant aux aspects de la dynamique de la GRH au sein du CHU ne sera confectionné qu'après l'exploitation ce guide d'entretien.

Annexe 2 : Présentation de différents Statuts Hospitaliers

Personnel non médical

Personnel administratif

| N° d'ordre | Grades et Spécialités | Effectif réel |
|--------------|--|---------------|
| 01 | Administrateur principal des services sanitaires | 08 |
| 02 | Administrateur des services sanitaires | 02 |
| 03 | Administrateur principal | 02 |
| 04 | Administrateur | 09 |
| 05 | Attaché principal d'administration | 11 |
| 06 | Attaché d'administration | 14 |
| 07 | Agent principal d'administration | 14 |
| 08 | Agent d'administration | 18 |
| 09 | Agent de bureau | 11 |
| 10 | Technicien supérieur en informatique | 12 |
| 11 | Agent technique en informatique | 05 |
| 12 | Agent de saisie | 18 |
| 13 | Secrétaire | 26 |
| 14 | Secrétaire principale de direction | 06 |
| 15 | Secrétaire de direction | 09 |
| 16 | Comptable administratif principal | 04 |
| 17 | Comptable administratif | 01 |
| 18 | Aide comptable administratif | 03 |
| 19 | Assistant documentaliste archiviste | 02 |
| Total | | 175 |

Personnel médico-technique

| N ° d'ordre | Grades et spécialités | Effectif réel |
|-------------|--|---------------|
| 01 | Infirmier spécialisé de santé publique | 48 |
| 02 | Infirmier de santé publique | 422 |
| 03 | Diététicien spécialisé de santé publique | 01 |

| | | |
|-----------|--|----|
| 04 | Ergothérapeute de santé publique | 02 |
| 05 | Prothésiste dentaire de santé publique | 03 |
| 06 | Appareilleur orthopédiste de santé publique | 03 |
| 07 | Kinésithérapeute spécialisé de santé publique | 02 |
| 08 | Kinésithérapeute de santé publique | 18 |
| 09 | Orthoptiste spécialisé de santé publique | 01 |
| 10 | Orthoptiste de santé publique | 02 |
| 11 | Manipulateur imagerie médical spécialisé de santé publique | 09 |
| 12 | Manipulateur imagerie médicale de santé publique | 36 |
| 13 | Laborantin spécialisé de santé publique | 11 |
| 14 | Laborantin de santé publique | 63 |
| 15 | Préparateur en pharmacie spécialisé de santé publique | 05 |
| 16 | Préparateur en pharmacie de santé publique | 11 |
| 17 | Hygiéniste spécialisé de santé publique | 02 |
| 18 | Hygiéniste de santé publique | 01 |
| 19 | Assistante médicale principale de santé publique | 01 |
| 20 | Assistante médicale de santé publique | 21 |
| 21 | Assistante sociale principale de santé publique | 01 |
| 22 | Assistante sociale de santé publique | 01 |
| 23 | Aide soignant principal de santé publique | 04 |
| 24 | Aide soignant de santé publique | 87 |
| 25 | Sage femme | 14 |
| 26 | Auxiliaire médical en anesthésie réanimation principale | 25 |
| 27 | Auxiliaire médical en anesthésie réanimation | 34 |
| 28 | Infirmier diplômé d'état | - |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 29 | Infirmier breveté | 108 |
| 30 | Masseur Kinésithérapeute diplômé d'état | - |
| 31 | Manipulateur radiologie diplômé d'état | - |
| 32 | Laborantin diplômé d'état | - |
| 33 | Professeur d'enseignement paramédical | 05 |
| 34 | Psychologue clinicien majeur | - |
| 35 | Psychologue clinicien principal | 02 |
| 36 | Psychologue clinicien | 10 |
| 37 | Psychologue Orthophoniste principal | 01 |
| 38 | Psychologue Orthophoniste | 03 |
| Total | | 957 |

Personnel technique et service général

| N ° d'ordre | Grades et spécialité | Effectif réel |
|--------------------|--|----------------------|
| 01 | Technicien supérieur en laboratoire et maintenance | 01 |
| 02 | Technicien en laboratoire et maintenance | 02 |
| 03 | Biologiste de santé publique deuxième degré | 05 |
| 04 | Biologiste de santé publique premier degré | 07 |
| 05 | Attaché de laboratoire de santé publique | 01 |
| 06 | Ingénieur principal en informatique | 01 |
| 07 | Ingénieur d'état en informatique- | 02 |
| 08 | Architecte | - |
| 09 | Technicien supérieur | 01 |
| 10 | Technicien | 02 |
| 11 | Ouvrier professionnel hors catégorie | 50 |
| 12 | Ouvrier professionnel première catégorie | 35 |
| 13 | Ouvrier professionnel deuxième catégorie | 284 |
| 14 | Ouvrier professionnel troisième catégorie | 31 |
| 15 | Conducteur automobile première catégorie | 25 |
| 16 | Conducteur automobile deuxième catégorie | 02 |
| Total | | 449 |

Personnel contractuel

| N ° d'ordre | Grade et spécialité | Effectif réel |
|--------------|---|---------------|
| 01 | Agent de prévention niveau 2 | - |
| 02 | Agent de prévention niveau 1 | 43 |
| 03 | Ouvrier professionnel niveau 3 | 04 |
| 04 | Ouvrier professionnel niveau 2 | 13 |
| 05 | Ouvrier professionnel niveau 1 | 39 |
| 06 | Conducteur automobile niveau 2 | 04 |
| 07 | Conducteur automobile niveau 1 | 06 |
| 08 | Agent de service niveau 1 à temps plein | 265 |
| 09 | Agent de service niveau 1 à temps partiel | 303 |
| Total | | 239 |

Autre

| N ° d'ordre | Grade et spécialité | Effectif réel |
|--------------|---------------------|---------------|
| | Pré-emploi | 182 |
| Total | | 182 |

Personnel médical

Personnel médical hospitalier

| N ° d'ordre | Grade et spécialité | Effectif réel |
|--------------|---|---------------|
| 01 | Chirurgien dentiste spécialiste principal | - |
| 02 | Chirurgien dentiste spécialiste assistant | 05 |
| 03 | Médecin généraliste principal | 45 |
| 04 | Médecin généraliste | 61 |
| 05 | Pharmacien généraliste principal | 02 |
| 06 | Pharmacien généraliste | 12 |
| 07 | Chirurgien dentiste généraliste principal | 26 |
| 08 | Chirurgien dentiste généraliste | 04 |
| Total | | 155 |

Praticiens attachés

| N ° d'ordre | Grade et spécialité | Effectif réel |
|--------------|---------------------------------|---------------|
| 01 | Praticien spécialiste chef | 04 |
| 02 | Praticien spécialiste principal | 09 |
| 03 | Praticien spécialiste assistant | 122 |
| Total | | 135 |

Externes, internes et résidents

| N ° d'ordre | Grade et spécialité | Effectif réel |
|--------------|---------------------|---------------|
| 01 | Externe | 652 |
| 02 | Interne | 449 |
| 03 | Résident | 423 |
| Total | | 1524 |

Personnel médical hospitalier universitaire

| N ° d'ordre | Grade et spécialité | Effectif réel |
|--------------|---------------------|---------------|
| 01 | Professeur | 09 |
| 02 | Docent | 13 |
| 03 | Maitre assistant | 162 |
| Total | | 184 |

Effectifs réel des postes organiques

Personnel d'encadrement : ancienne nomenclature

1) Administratif :

| N ° d'ordre | Grade et spécialité | Effectif réel |
|--------------|---------------------|---------------|
| 01 | Directeur général | - |
| 02 | Secrétaire général | 01 |
| 03 | Directeur | 03 |
| 04 | Sous-directeur | 03 |
| 05 | Chef de bureau | 01 |
| Total | | 08 |

2) Médical

| N° d'Ordre | Grades et Spécialité | Effectifs Réels |
|--------------|-------------------------|-----------------|
| 01 | Pharmacien Coordinateur | 01 |
| Total | | 01 |

3) Para Médical

| N° d'Ordre | Grades et Spécialité | Effectifs Réels |
|--------------|---|-----------------|
| 01 | Coordinateur des Activités Paramédicales | 03 |
| 02 | Surveillant Chef des Services Médicaux | 19 |
| 03 | Laborantin Surveillant Chef des Services Médicaux | 03 |
| 04 | Manipulateur Radio. Surveillant Chef des Services Médicaux | 01 |
| 05 | Prépa. Pharmacie Surveillant Chef des Services Médicaux | 01 |
| 06 | Masseurs Kinésith. Surveillant Chef des services Médicaux | - |
| 07 | Surveillant des ervices médicaux | 42 |
| 08 | Laborantin surveillant des services médicaux | 05 |
| 09 | Manipulateur radio surveillant des services médicaux | 03 |
| 10 | Prépa. Pharmacie surveillant des services médicaux | 03 |
| 11 | Masseurs Kinésithérapeute surveillant des services médicaux | - |
| 12 | Agent d'assainis surveillant des services médicaux | 02 |
| 13 | Paramédical Chef d'équipe | 12 |
| 14 | Auxiliaire Médical surveillant chef des Svc. Médicaux | 01 |
| 15 | Auxiliaire médical surveillant des services médicaux | 01 |
| 16 | Auxiliaire médical chef d'équipe | - |
| 17 | Maîtresse sage-femme | - |
| 18 | Sage-femme chef d'unité | 01 |
| 19 | Psychologue coordinateur de santé publique | - |
| Total | | 98 |

4) Ouvrier

| N ° d'Ordre | Grades et Spécialités | Effectifs Réels |
|--------------|----------------------------------|-----------------|
| 01 | Chef de Parc | 01 |
| 02 | Chef d'Atelier | 01 |
| 03 | Chef Magasinier | - |
| 04 | Chef Cuisine | 02 |
| 05 | Responsable de service intérieur | 01 |
| Total | | 05 |

Personnel d'encadrement : nouvelle nomenclature.**1) Administratif**

| N ° d'Ordre | Grades et Spécialités | Effectifs Réels |
|--------------|-----------------------|-----------------|
| 01 | Directeur général | - |
| 02 | Secrétaire général | 01 |
| 03 | Directeur | 03 |
| 04 | Sous-Directeur | 03 |
| 05 | Chef de bureau | 01 |
| Total | | 08 |

2) Médical

| N ° d'Ordre | Grades et Spécialités | Effectifs Réels |
|--------------|-------------------------|-----------------|
| 01 | Pharmacien Coordinateur | 01 |
| Total | | 01 |

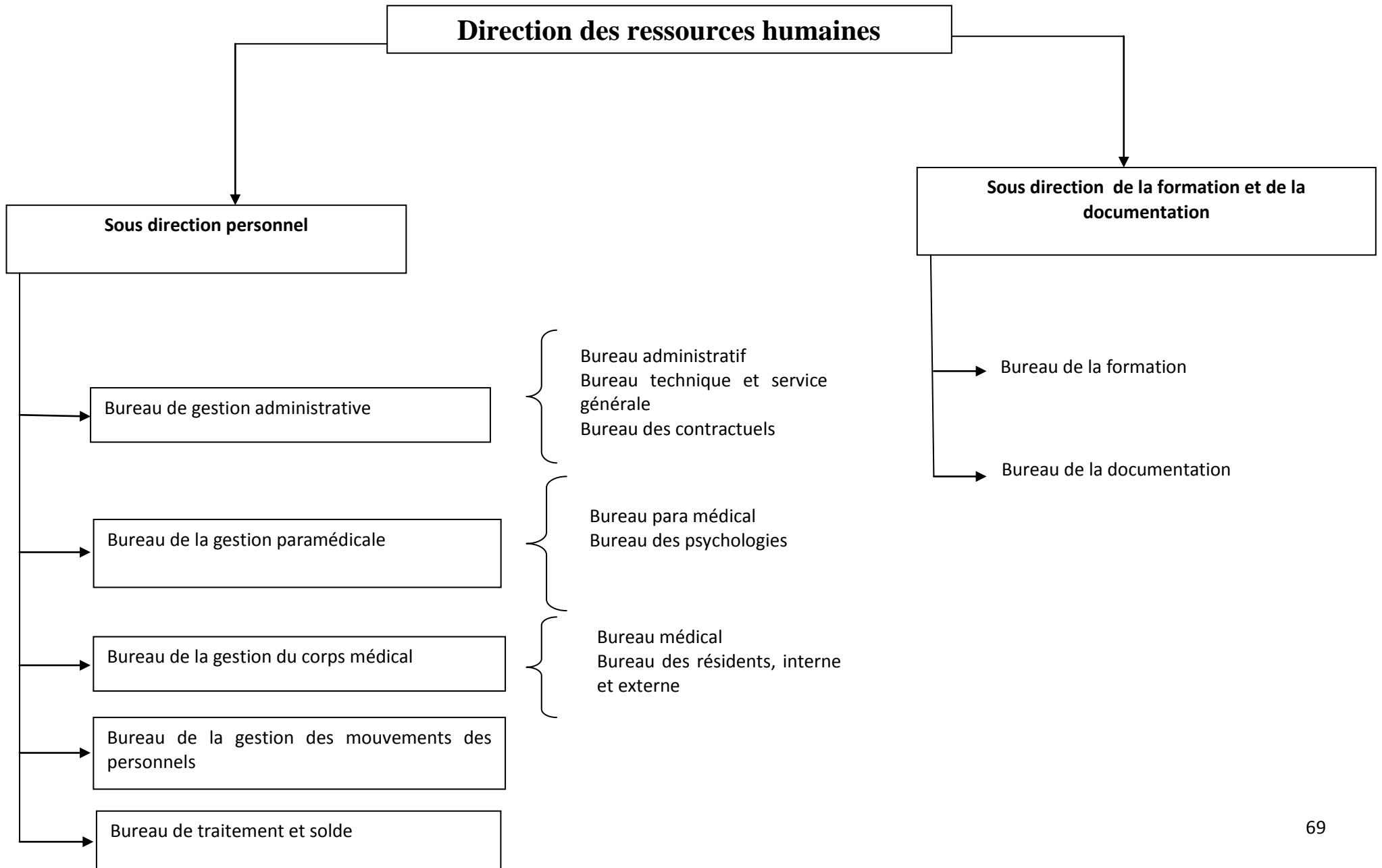
3) Para Médical

| N ° d'Ordre | Grades et Spécialités | Effectifs Réels |
|--------------|--|-----------------|
| 01 | Cadre paramédical | - |
| 02 | Auxi.Méd. en anesth. Réanimation de santé publique cadre | - |
| 03 | Coordinateur des activités paramédicales | - |
| 04 | Sage femme Coordinatrice | - |
| 05 | Psychologue Coordinateur de santé publique | |
| Total | | 00 |

4) Ouvrier

| N ° d'Ordre | Grades et Spécialités | Effectifs réels |
|--------------|----------------------------------|-----------------|
| 01 | Chef de Parc | 01 |
| 02 | Chef d'Atelier | 01 |
| 03 | Chef Magasinier | - |
| 04 | Chef cuisine | 02 |
| 05 | Responsable de service intérieur | 01 |
| Total | | 05 |

Annexe 3 : Présentation du service RH



Annexe 4 : Questionnaire d'enquête

I) Questionnaire

Ce questionnaire est anonyme, il répond à un objectif scientifique. Il s'agit de la problématique de la modernisation des ressources humaines dans le secteur de la santé. Nous vous saurions gré de bien vouloir répondre aux différentes questions en mettant une croix à une ou plusieurs réponses proposées qui vous paraissent appropriées.

| | Eléments à évaluer | Réponses proposées |
|--|--|--|
| IDENTIFICATION | <p>Sexe</p> <p>Expérience professionnelle</p> <p>Fonction actuelle</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Masculin - Féminin - Moins de 5 ans - 5 à 7 ans - 8 à 10 ans - 11 à 12 ans - 13 à 15 ans - 16 à 20 ans - 21 ans et plus - Personnel administratif - Personnel médical - Personnel infirmier - Personnel d'entretien |
| INFORMATION | | |
| Quels sont les types d'information que vous recevez dans l'hôpital ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Information sur la formation dans l'hôpital. - Information relative aux salaires. - Information sur les avantages sociaux. - Information sur les possibilités d'évolution de carrière. - Information sur les activités de recherche. - Information sur les attentes des usagers. - Information sur les objectifs de l'hôpital. - Information sur les représentants du personnel. - Information sur votre service. |
| Comment jugez-vous la qualité de l'information ? | | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">Appropriée aux besoins</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">Claire</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">Fiable</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">Déformée</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">Diffuse</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">manquant de concision</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">Incohérent</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">Incompréhensible</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">Retenue à la source</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">Tardive</div> </div> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Concernant les sources d'information internes dans l'hôpital, quelle est votre appréciation sur chacun des critères suivants ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Mémos internes - Notes de service - Panneaux d'affichage (direction/syndicats) - Directeur/Chef de service - Autres collègues - Journal interne - Bruits de couloir | <p><input type="checkbox"/> Très satisfait - <input type="checkbox"/> Satisfait - <input type="checkbox"/> Peu satisfait - <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait</p> <p><input type="checkbox"/> Très satisfait - <input type="checkbox"/> Satisfait - <input type="checkbox"/> Peu satisfait - <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait</p> <p><input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait</p> <p><input type="checkbox"/> Très satisfait- <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait</p> <p><input type="checkbox"/> Très satisfait- <input type="checkbox"/> Satisfait - <input type="checkbox"/> Peu satisfait- <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait</p> <p><input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait - <input type="checkbox"/> Peu satisfait - <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait</p> <p><input type="checkbox"/> Très satisfait- <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait</p> |
| <p>Quelle est votre appréciation sur chacun des critères suivants concernant les types de réunions ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Réunions d'information générale - Réunions de travail -Réunions d'expression des salariés | <p><input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait</p> <p><input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait</p> <p><input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait</p> |
| <p>Quels sont les moyens utilisés pour faire remonter l'information au sein de l'hôpital ?</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Délégué du comité de l'hôpital - Délégué syndical - Supérieur hiérarchique - Réunion de service - Entretien/lettre de l'information |
| <p>Quels sont les obstacles à la remontée de l'information ?</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Je n'ai pas d'informations à transmettre - Je n'ai pas d'endroit prévu pour déposer des documents - Mes supérieurs ignorent les informations que je transmets - J'ai peur des conséquences des informations que je fais remonter - Je suis découragé pour transmettre des informations que je juge inutiles - L'information que je transmets est bloquée par des intermédiaires hiérarchiques - L'information que je transmets est étouffée par des pesanteurs administratives - J'ai beaucoup trop d'informations à transmettre et j'ai du mal à suivre |
| <p>CONDITIONS</p> | | |

| DE TRAVAIL | | |
|---|---|--|
| Concernant les conditions techniques du travail, quelle est votre appréciation sur chacun des critères suivants ? | - Propreté | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| | -Aération et température de l'espace de travail | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| | - Sanitaires | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| | - Chauffage | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| | - Eclairage | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| | -Espace physique | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| | - Intensité sonore | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| | - Sécurité | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| Concernant les conditions sociales du travail, quelle est votre appréciation sur chacun des critères suivants ? | - Salaire | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| | - Durée du travail | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| | - Relations au sein de l'équipe | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| | -Relations avec la direction | <input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait |
| Qu'est ce qui caractérise le climat social de votre cadre de travail ? | | <input type="checkbox"/> Adhésion <input type="checkbox"/> Concertation <input type="checkbox"/> Discussion <input type="checkbox"/> Opposition |
| Choisissez la réponse qui définit le mieux votre travail dans le service ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Mon rôle est clairement défini - Je reçois suffisamment d'explications/d'informations - Ma charge de travail est raisonnable - Les délais qui me sont accordés sont corrects - La quantité de travail administratif liée à mon activité est acceptable - Les procédures liées à mon travail sont respectées - J'ai beaucoup de responsabilités - Je me charge parfois de tâches qui ne font pas partie de mon travail - J'ai la possibilité d'améliorer les tâches dans mon service - D'autres équipes dans mon service m'apportent d'excellentes prestations |

| | | |
|--|--|--|
| Comment décrivez-vous votre équipe ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Mon équipe fournit un excellent service - Nous révisons et adaptons nos méthodes de travail - Les responsabilités de chacun sont clairement définies - Les responsables de mon service tiennent compte des opinions |
| Quels sont vos activités non professionnelles pendant le temps de travail ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Avoir une discussion non professionnelle - Donner un coup de téléphone administratif - Faire des courses à l'extérieur - Faire des mots croisés - Téléphoner |
| Quelles sont vos sources de perte de temps ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Réunion de travail - Discussions - Interruptions des collaborateurs - Manque d'organisation - Manque de coordination - Mauvaise circulation de l'information - Pauses café |
| MOTIVATION | | |
| Quels sont les avantages en nature au sein de l'hôpital ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Congés supplémentaires - Logement gratuit - Voiture de fonction - Voyages et loisirs |
| Quels sont les types de rapports que vous avez avec les autres ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Ambigus - Conflictuels - D'amitié - D'estime - De confiance mutuelle - De coopération - De respect |
| Qu'est-ce que vous reprochez chez votre supérieur hiérarchique ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Agressif - Antipathique - Arrogant - Confus dans ses explications - Distant - Exigeant - Incompétent - Injuste - Renfermé |
| Qu'est-ce qui définit le mieux les rapports entre la direction et le personnel ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Les décisions de la Direction sont entièrement expliquées au personnel - La Direction tient compte des opinions du personnel - L'objectif et les effets des mesures prises sont bien compris par le personnel |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Qu'est ce que vous appréciez le moins dans votre travail ?</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie - Cadre de vie - Contenu - Perspective de carrière - Qualité des outils techniques - Qualité des rapports humains - Salaire |
| <p>Qu'est ce qui peut vous motivez dans votre travail ?</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - L'autonomie - L'intérêt du travail - La fierté d'appartenance -La possibilité de s'exprimer - La responsabilité - La sécurité de l'emploi - Le respect des autres - Le salaire - Le statut social - Les avantages sociaux - Les conditions de travail - Les liens d'amitié avec d'autres personnes - Les possibilités de carrière - La reconnaissance des efforts - Les promotions |
| <p>Quelles sont vos sources du stress au travail ?</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Les conflits relationnels - Les difficultés de communication - la mauvaise gestion du temps - la mauvaise gestion des hommes - Les insultes - la surcharge du travail. |
| <p>Qu'est-ce qui ne favorise pas la compétence dans l'hôpital?</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Rôle mal défini dans l'hôpital - Manque d'expérience - Manque de savoir-faire - Manque de confiance en soi |
| <p>Qu'est-ce qui vous donne un sentiment de reconnaissance?</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Mes idées sont prises en compte - Mes performances sont pleinement reconnues - Ma rémunération correspond à ma contribution - Je perçois des primes en rapport avec mes performances - Mes supérieurs savent reconnaître mon travail lorsqu'il est |

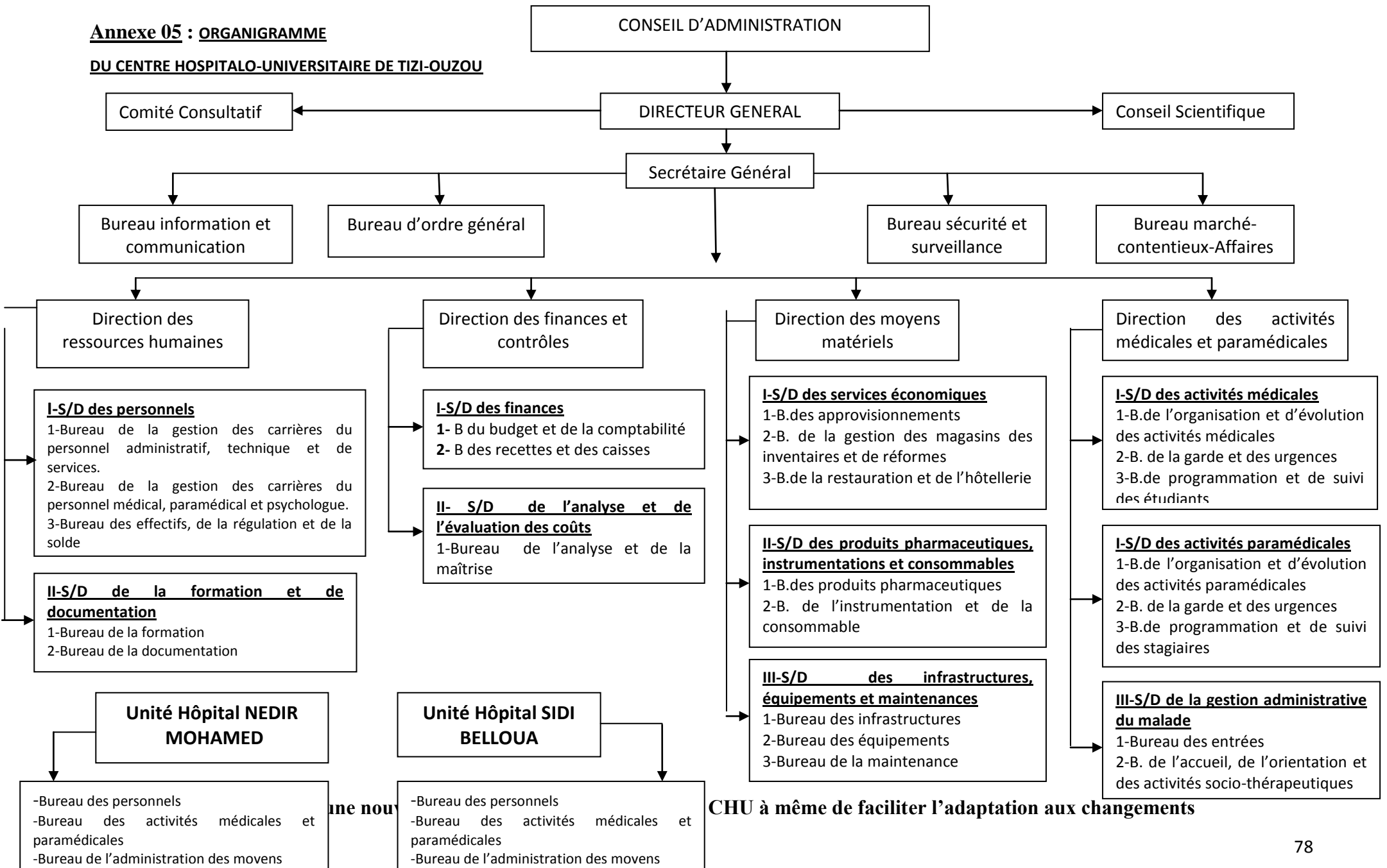
| | | |
|---|--|---|
| | | bon et me le disent |
| Qu'est-ce qui vous donne un sentiment de réalisation de soi/épanouissement personnel? | | <ul style="list-style-type: none"> - J'ai la possibilité de développer pleinement mon potentiel - Les contacts dans l'hôpital sont enrichissants - Je suis de plus en plus enthousiaste - Je m'investis à fond dans tout ce que j'entreprends |
| Qu'en est-t-il de vos opportunités? | | <ul style="list-style-type: none"> - J'ai des opportunités d'évolution de carrière - J'ai des opportunités d'augmentation de mes responsabilités |
| Quelles sont les techniques de gestion participative employées ? | | <p>Groupes d'expression</p> <p>Cercles de qualité</p> |
| GESTION DES CARRIERES | | |
| Quels peuvent être vos accélérateurs de carrière ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Expatriation - Formation continue - Langues étrangères - Mobilité géographique - Mobilité professionnelle |
| Quels peuvent être vos freins de carrière ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Langues étrangères faibles - Pas de formation continue - Refus de déménager - Refus de s'expatrier - Situation familiale |
| Quelle est la perception que vous avez pour votre carrière dans les années à venir ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Evolution dans la même équipe - Responsabilité plus importante dans le même service - Pas de changement - Travail pour son compte |
| EVALUATION | | |
| Quels sont les procédés d'évaluation utilisés par votre établissement? | | <p>Ecrit</p> <p>Oral</p> <p>Formel (informer le concerné)</p> <p>Informel (ne pas informer le concerné)</p> <p>Par réalisation des objectifs fixés</p> |

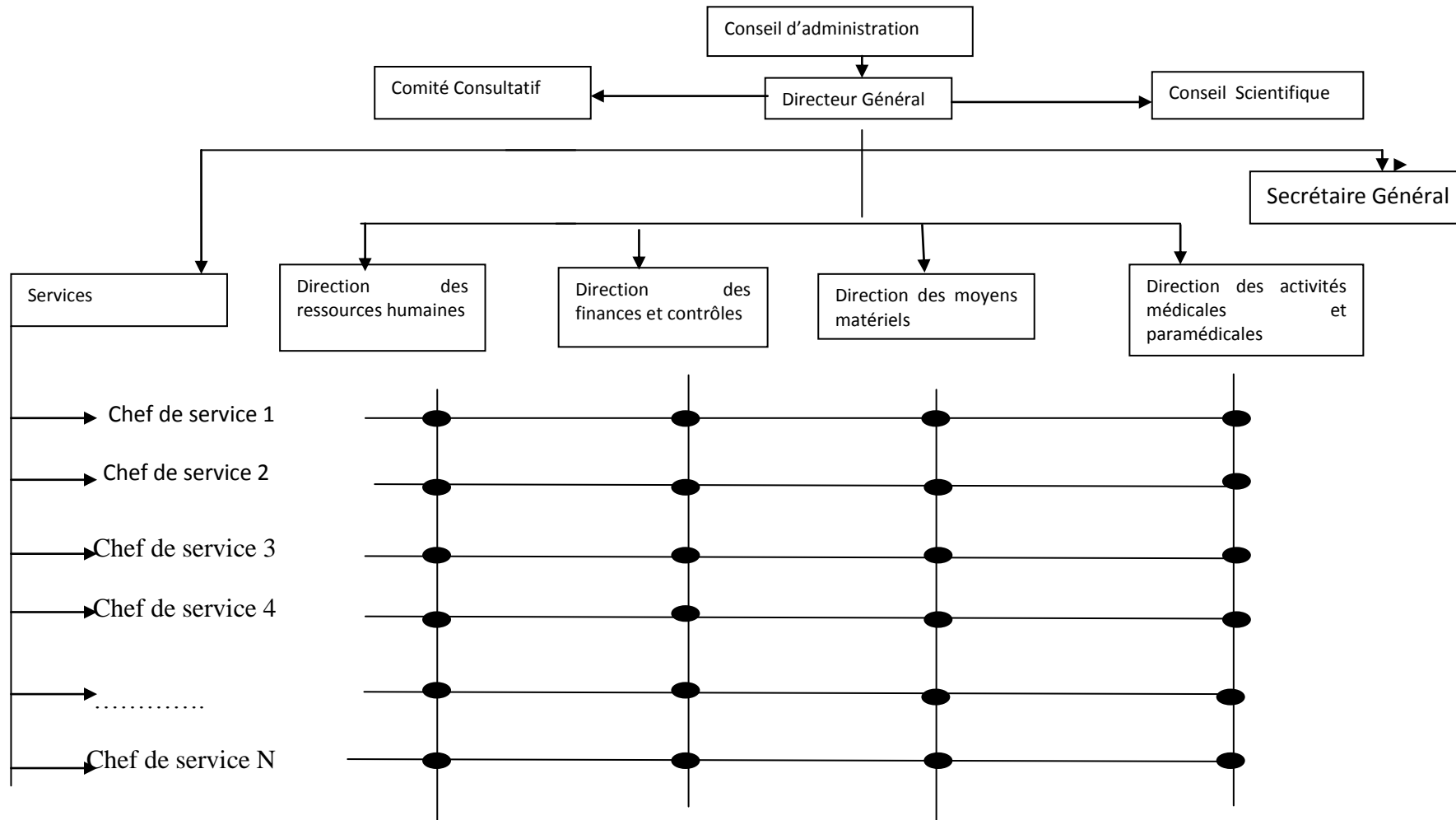
| | | |
|---|--|---|
| Le statut de la fonction publique prévoit-il des techniques d'évaluation ? | | Oui Non |
| Si oui, lesquelles ? | | - Entretien - Notation - Autre... |
| LA GESTION DU TEMPS | | |
| Votre repos hebdomadaire est-il ? | | - choisi - imposé |
| Quelle est la durée de votre pause ? | | - Moins de 30 minutes - 30 à 45 minutes - 45 minutes et plus |
| Existe-il un système de remplacement des absents du personnel ? | | - Oui - Non |
| Lequel ? | | Interne Externe |
| Quels sont les documents utilisés pour la gestion du temps (congés, absentéisme) ? | | Fiche de relevé de formation/perfectionnement Fiche de relevé des affaires disciplinaires Fiche de congés de maladie Fiche d'estimation des besoins de formation Registre de contrôle de présences et d'absences |
| Choisissez les indicateurs utilisés pour la gestion du temps du personnel. | | Pyramide des âges Taux d'absentéisme (non justifié) Taux d'absentéisme (justifié) Suivi des gardes Registre de doléances |
| FORMATION | | |
| Choisissez la réponse qui définit le mieux l'adéquation entre votre formation et le travail exercé. | | - J'ai bénéficié d'une formation suffisante pour exercer mes fonctions - J'éprouve le besoin d'une formation pour être pleinement efficace - Ma formation est beaucoup trop théorique - Ma formation ne me sert pas du tout dans mes fonctions |
| La formation se fait après | | Evaluation des besoins de formation Recrutement Promotion Après discussion avec le concerné |

| | | |
|---|--|---|
| LES NOUVELLES MODALITES DE LA GRH | | |
| Est-ce que les compétences suivent l'évolution des métiers ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non |
| Si oui, quels sont les outils utilisés pour ce faire ? | | <ul style="list-style-type: none"> -Gestion prévisionnelle des emplois et compétences -Formation -Plan de compétences (référentiel) -Analyse de métiers |
| Utilisez-vous le référentiel métier (confectionné par le ministère de la santé) | | <ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non |
| Existe-il des réunions de partage d'expérience et de savoir ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non |
| Si oui, qui sont les concernés ? | | <p>Médecins Infirmiers Aide soignant Malade</p> |
| BUDGET | | |
| L'annualité du budget constitue à votre avis : | | <ul style="list-style-type: none"> - outil favorable à la gestion - une lacune pour les projets dont la réalisation s'étale sur plusieurs années |
| Le dernier bilan budgétaire fait-il l'objet d'une présentation au service ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non |
| Existe-t-il une délégation de gestion, (enveloppe dont le service dispose et qu'il peut affecter où il veut). | | <ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non - Non applicable |
| Si oui sur quels postes budgétaires a été affecté cette enveloppe ? | | <ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaine (heures de remplacement...) - Formation, abonnement - Autre |
| Le statut général de la fonction publique constitue-t-il un obstacle pour : | | <ul style="list-style-type: none"> - Recrutement - Formation - Promotion - Evaluation |

Annexe 05 : ORGANIGRAMME

DU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TIZI-OUZOU





● Il s'agit d'une organisation matricielle où le point représente une rencontre entre deux superviseurs : autorité hiérarchique, représentée par les chefs des différentes directions, et une autorité fonctionnelle, représentée par les différents chefs de service, chacun dans sa spécialité. Cette structure organisationnelle a l'avantage de la délégation et le contrôle se fait par l'atteinte des objectifs, c'est une structure plus souple. Le mécanisme de coordination le plus utilisé est l'ajustement mutuel.