



Université d'Oran
Faculté des sciences économiques
des sciences de gestion et des sciences commerciales

THESE DE DOCTORAT EN SCIENCES COMMERCIALES

Thème :

**LE MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
DANS L'HOPITAL PUBLIC
CAS : CHU D'ORAN**

Présentée par :

M. GHRISSI Larbi

Sous la direction du Professeur :

M. LELLOU Abderrahmane

AUF Paris (France)

Jury de soutenance :

<i>Président</i>	<i>: M. TAHARI Khaled</i>	<i>Professeur</i>	<i>Université d'Oran.</i>
<i>Rapporteur</i>	<i>: M. LELLOU Abderrahmane</i>	<i>Professeur</i>	<i>AUF Paris (France).</i>
<i>Examineur</i>	<i>: M. KERZABI Abdellatif</i>	<i>Professeur</i>	<i>Université de Tlemcen.</i>
<i>Examineur</i>	<i>: M. BEKKAR Bachir</i>	<i>Maître de conférences (A)</i>	<i>Université de Mostaganem.</i>
<i>Examineur</i>	<i>: M. CHELLIL Abdellatif</i>	<i>Maître de conférences (A)</i>	<i>Université de Tlemcen.</i>
<i>Examineur</i>	<i>: M. BELKHAROUBI Hocine</i>	<i>Maître de conférences (A)</i>	<i>Université d'Oran.</i>

Année Universitaire 2011/2012

Remerciements

Le cheminement d'une thèse de doctorat ne peut se faire sans l'aide de plusieurs personnes. Je tiens sincèrement à remercier tous ceux qui m'ont aidé. Je tiens tout d'abord à témoigner sincèrement ma profonde reconnaissance à mon directeur de recherche, Monsieur le professeur Lellou Abderahmane pour son dévouement, sa patience et sa disponibilité tout au long de ces années.

Mes remerciements s'adressent également aux membres du jury et à l'ensemble des enseignants de la faculté des sciences économiques et sciences commerciales d'Oran. Ces remerciements vont aussi aux employés du CHU d'Oran.

Finalement, je ne saurais ici oublier l'inestimable soutien de ma famille, à qui je leur dois bien plus que de simples remerciements.

Sommaire	
Remerciements	1
Introduction générale	5
Première partie. Le management des ressources humaines dans l'hôpital public	13
Chapitre 1. La gestion de l'emploi et le développement des ressources	14
Introduction du chapitre 1	15
Section 1. La prise en compte du facteur humain dans l'hôpital	16
1. Les ressources humaines à l'hôpital	16
2. L'histoire de la gestion des ressources humaines dans les différentes théories des organisations	18
3. La gestion des ressources humaines dans le secteur public	25
4. Fondements de la gestion des ressources humaines	29
5. Les supports et la politique de la gestion des ressources humaines	31
6. La fonction ressources humaines	33
7. Généralités sur les tableaux de bord du directeur des ressources humaines	38
Section 2. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	45
1. L'émergence de la notion de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	45
2. La notion de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans l'hôpital public	50
3. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences une démarche claire et des outils adaptables	57
4. L'intégration de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans un plan stratégique	61
Section 3. Le recrutement	63
1. Le processus de recrutement	64
2. La place de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans le processus de recrutement	76
3. La compétence et le processus de recrutement	77
Section 4. La gestion et l'évaluation des compétences	79
1. La gestion des compétences	79
2. L'évaluation des compétences et ses outils	88
3. De la nécessité de distinguer l'évaluation et l'appréciation des compétences	98
4. Les objectifs, les enjeux et les finalités du dispositif d'évaluation des professionnels	99
5. L'évaluation: l'effet notation	101
Section 5. La formation	108
1. Définition	118
2. Le plan et l'évaluation de la formation	118
3. La formation soulève d'importantes aspirations des employés et de l'établissement	118
4. Le rôle des acteurs de la formation	122
Conclusion du chapitre 1	125
Chapitre 2. Evolution de l'organisation et accompagnement du changement	126
Introduction du chapitre 2	127
Section 1. Organisation et management dans l'hôpital	128
1. L'hôpital : l'approche d'une organisation	128
2. Le management à l'hôpital	131
Section 2. Le changement à l'hôpital	142
1. L'hôpital en effervescence	143

2. Le changement : Pourquoi ? Comment ? Les apports de la psychologie sociale et de la sociologie des organisations	150
Section3. La communication et dialogue social dans l'hôpital	162
1. La communication dans les organisations	162
2. La facilitation de la communication	170
3. La communication au service d'une culture d'entreprise	172
4. Le plan de communication interne	176
5. L'organisation du dialogue social	176
6. Le cadre organisationnel de la concertation	179
Section4. La motivation et la satisfaction pour améliorer les conditions du travail	181
1. Définitions et théories de la motivation au travail	181
2. Définition, modèles et déterminants de la satisfaction au travail	191
3. Pourquoi et comment améliorer les conditions de travail à l'hôpital ?	194
Conclusion du chapitre 2	198
Deuxième partie. Pour un management performant des ressources humaines dans le CHU d'Oran	199
Chapitre1. Appréciation de la gestion des ressources humaines du CHU d'Oran	200
Introduction du chapitre1	201
Section 1. Méthodologie de déroulement de l'enquête de terrain	202
1. Domaine et outils d'investigation	202
2. Les thèmes d'investigations	205
Section 2. Approche prospective quantitative	207
1. Déroulement de l'enquête	207
2. Présentation et analyse des résultats	207
Section 3. Approche prospective qualitative	217
1. Consistance du travail	217
2. Présentation des résultats	218
Section 4. Analyse des résultats	224
1. L'organisation et missions du CHU d'Oran	224
2. Etat de la culture du management des ressources humaines et de ses outils dans le CHU	238
3. Le système d'information et de communication au CHU	239
4. La situation des conditions de travail et motivation au CHU	240
5. Etat des lieux du recrutement et plan de gestion des ressources humaines	241
6. Etat d'évaluation des personnels du CHU	243
7. La politique de formation au CHU	244
8. La fonction ressources humaines	245
Conclusion du chapitre 1	246
Chapitre 2 .Mise en place d'un management des ressources humaines performant et adapté au sein du CHU d'Oran	248
Introduction du chapitre 2	249
Section1.La fonction ressources humaines, une fonction managériale à part entière	250
1. Reconfiguration de la fonction ressources humaines	250
2. Mise à disposition des outils nécessaires à un fonctionnement optimal	251
3. Des outils de pilotage au service de l'évolution et du partage de la fonction	252
4. Le suivi des ressources et des besoins : des outils de pilotage au service d'une stratégie claire	253
Section 2 .Optimiser le processus de recrutement	258

1. Les préalables à mettre en place	258
2. Plan d'action institutionnel	260
Section 3. Plaidoyer pour une mise en œuvre d'une politique de gestion prévisionnelle des emplois et compétences	264
1. La nécessité d'une gestion prévisionnelle	264
2. Le suivi de la GPEC	266
Section 4. Rénover l'évaluation des compétences	268
1. La place de l'évaluation des compétences dans la gestion des ressources humaines	268
2. Les outils de l'évaluation des compétences	270
Section 5. Développer les compétences par la formation	273
1. Changer les pratiques	273
2. Nécessité de la mise en place d'une stratégie	277
Section 6. Moderniser l'organisation	283
1. Le statut de l'établissement sanitaire doit être plus spécifique	283
2. L'organisation des structures doit être adaptée aux réalités du terrain	285
3. L'organisation des structures Médico-techniques plus efficaces	290
Section 7. Promouvoir un style de management efficient	295
1. La préconisation d'un management situationnel	295
2. Vers un établissement « apprenant et écoutant »	299
Section 8. Appropriier le changement par le personnel	305
1. Responsabiliser les individus face au changement	305
2. Accompagner humainement et structurellement le changement	310
Section 9. Instaurer un système d'information et de communication qui incite les compétences	314
1. Promouvoir l'information et la communication	314
2. La gestion prévisionnelle des conflits	314
Section 10. Motiver et améliorer les conditions de travail	317
1. Motiver le capital humain de l'hôpital	317
2. Améliorer les conditions de travail	321
Conclusion du chapitre 2	326
Conclusion générale	327
Bibliographie	337
Annexes	342
Le questionnaire	343
Liste des tableaux	352
Liste des figures	353
Liste des graphes	354
Table des matières	355

INTRODUCTION GENERALE

La santé de l'individu indique inévitablement un facteur décisif du développement socio-économique d'un pays. Elle est l'un des stratégies du combat pour la considération de la vie et de la dignité humaine, un des espaces privilégiés d'expression de la solidarité du groupe social, en même temps qu'un lieu où se régénère, se perpétue et se reproduit la force de travail de l'homme.

De ce postulat, il apparaît nécessaire de mettre en place un système national de santé capable de prendre globalement en charge les besoins de la population. Ce système national de santé doit intégrer les activités de soins préventifs et curatifs et être basé sur la rationalité dans la gestion, la sectorisation dans les interventions et la hiérarchisation des soins dans un but d'efficacité et d'économie. Pour mieux appréhender les caractéristiques de ce système il nous paraît nécessaire d'en donner un aperçu historique.

En effet, au lendemain de l'indépendance, l'Algérie s'est retrouvée avec une situation sanitaire héritée de la période coloniale, marquée par une mauvaise répartition géographique des infrastructures qui ne répondaient guère aux besoins des populations autochtones, les structures de santé existantes étaient implantées dans le nord et dans des villes à forte densité des colonisateurs. Il faut également noter l'insuffisance de praticiens et d'encadrement médical, accentuée par le départ massif des praticiens étrangers.

Au plan organisationnel, notre pays s'est retrouvé avec un système disparate, un secteur public hospitalier sous tutelle du ministère de la santé publique, une assistance médicale gratuite sous tutelle communale, une hygiène scolaire gérée par l'éducation nationale et enfin une médecine libérale formée essentiellement de cabinets médicaux et d'officines pharmaceutiques.

Face à ce vide, l'Etat a fait appel à une coopération médicale étrangère pour répandre essentiellement aux soins curatifs et aux urgences médico-chirurgicales. L'organisation sanitaire qui s'en est suivie est restée basée sur l'hôpital dans sa majeure partie et supportée financièrement par l'Etat. Les unités de l'assistance médicale gratuite sont gérées par les

communes et les centres médico-sociaux sont gérés par les caisses de sécurité sociale, et plus tard par les sociétés nationales.

Devant cette situation caractérisée par des insuffisances de toutes sortes, les pouvoirs publics ont été amenés à prendre certaines mesures :

- Nationalisation de la médecine,
- Création de l'Institut National de la Santé Publique (I.N.S.P).
- Redynamisation de l'Institut Pasteur de l'Algérie (I.P.A).
- Création de la pharmacie centrale algérienne et des magasins généraux des hôpitaux.

Quant aux établissements sanitaires, ils étaient financés selon trois modes :

a. l'Etat et les collectivités locales participaient dans une proportion de 60% des dépenses dont :

- Le trésor public avec 85% ;
- Les caisses de solidarité des départements et des communes avec 15%.

b. Les caisses de sécurité sociale prenaient en charge les remboursements des soins des salariés et de leurs ayants droit. Elles participaient au financement du secteur hospitalier sur la base de 80% des prix de journée et les 20% restants étaient à la charge des intéressés ou des mutuelles.

c. Les tiers payants participaient directement aux dépenses de santé. Leur participation ne dépassait guère 10% de la masse globale.

Au cours de la décennie 1970, une mesure importante a été prise et relative à la gratuité des soins dans le secteur public (1974). A partir de cette date, les infrastructures, de formation et de soins se sont multipliées, l'accès aux soins était facilité consécutivement à la suppression de l'obstacle que constituait le paiement préalable.

Il est indéniable que la gratuité des soins a contraint le secteur de la santé à répondre à une demande de plus en plus élevée en matière de soins, ce qui a conduit à la mise en œuvre graduellement de l'organisation, de la hiérarchisation des soins et de la sectorisation.

La création par décret des établissements de santé en est une parfaite illustration :

- Décret 81-242 du 05 Septembre 1981 portant création du secteur sanitaire.

-Décret 81-243 du 05 Septembre 1981 portant création de l'établissement hospitalier spécialisé.

-Décret 86-25 du 11 Février 1986 portant création des Centres Hospitalo-universitaires.

Cependant malgré tout les efforts déployés à l'égard du secteur de la santé, les résultats enregistrés ne sont pas toujours à la mesure des investissements consentis. En fait, les objectifs fixés pour le système national de santé ne sont pas encore atteints engendrant des insatisfactions aussi bien des usagers que des professionnels de santé eux mêmes.

Devant cette situation et des enjeux qu'elle présente, l'hôpital est appelée à jouer amplement le rôle qui lui est dévolue comme acteur principal pour répondre aux aspirations des citoyens en terme de qualité, de transparence, d'exigence et à relever ses défis, le management des hôpitaux a besoin d'un grand effort de modernisation, en témoigne la qualité des services rendus aux citoyens clients.

C'est ainsi que dans le cadre de la modernisation des hôpitaux publics, une grande réflexion sur le management des hôpitaux publics a été amorcée et les ressources humaines constituent l'un des principaux axes de cette réflexion.

En effet, l'importance des ressources humaines en tant que levier de succès des organisations n'est plus à démontrer ; elles sont le moteur de toute organisation et peuvent impulser une véritable dynamique du changement et être vecteur de performances considérables. D'un autre coté, la performance du management des ressources humaines est considérée de plus en plus comme l'un des facteurs clés du succès et de dynamisation du changement en faveur de la création de la valeur pour toute organisation.

Cette prise de conscience grandissante de l'importance d'un management des ressources humaines performant dans le succès de toute organisation privée ou publique a fait que de grands organismes algérien ont ouvert des chantiers de GRH très importants, nous pouvant citer à titre d'exemple Sontrach, Sonalgaz, CNEP, CAAT ...etc.

Pour les hôpitaux, la même prise de conscience est moins constatée, alors que le développement des ressources humaines est considéré, par plusieurs observateurs, comme

l'un des principaux axes stratégiques de la modernisation des hôpitaux et de leur développement.

L'économiste américain Michaël Kremer¹ a proposé une théorie qu'il a baptisée, un peu énigmatiquement, la théorie O-Ring du développement économique. Présentons brièvement ses principaux enseignements : L'O-Ring est le nom du joint torique dont le dysfonctionnement a été à l'origine de l'explosion de la navette spatiale Challenger. La navette a coûté plusieurs milliards à la NASA et elle a nécessité de mettre en commun le travail de plusieurs centaines d'équipes, mais tout ce travail et la vie de ses passagers ont été perdus pour un joint qui n'a pas fonctionné de manière appropriée aux températures requises. La leçon que Kremer tire de cet exemple est la suivante : « *pour une chaîne de production donnée, le moindre dysfonctionnement d'une des parties menace la production du tout.* ».

C'est dans ce contexte que s'intègre notre recherche .En effet, elle s'intéresse au concept de « Le management des ressources humaines » pour le domaine « Hôpital public en Algérie », et il s'agit d'un thème pour lequel il nous semble important d'enrichir et d'affiner nos acquis théoriques avec les apports d'une étude sur le terrain.

Le Centre Hospitalo-Universitaire d'Oran, client de notre recherche, présente plusieurs avantages à notre égard. Ce centre d'Oran, parmi les plus anciens des centres hospitalo-universitaires en Algérie est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est créé sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, il est placé sous la tutelle administrative du ministre administrative du ministre de la santé et à la tutelle pédagogique du ministre de l'enseignement supérieur.

De part sa situation géographique au centre ville, l'établissement offre un accès facile à ses usagers et à l'ensemble de la population qui viennent même d'autre wilaya, désireuse de bénéficier des prestations de ses différents services.

¹ Mickaël KREMER, The O-Ring theory of economic development, Quaterly Journal of Economics, Août 1993.

PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

Devant les grands défis de développement économique et social que pose la gestion d'un hôpital, le CHU est appelée à jouer amplement le rôle qui lui est dévolue comme le principal acteur dans la fourniture et le développement des soins. Toutefois plusieurs observateurs estiment que pour pouvoir relever ses défis, la gestion des hôpitaux a besoin d'un grand effort de modernisation, et que les ressources humaines peuvent jouer un rôle central pour impulser une véritable dynamique de changement vers la modernisation de la gestion des hôpitaux.

Cependant, et malgré ce rôle important des ressources humaines et de la performance de leur management, une faible prise de conscience serait constaté dans la plupart des hôpitaux. En effet, et alors qu'un développement rapide de la taille du personnel hospitalier, a été constaté suite aux recrutements importants effectués par les hôpitaux durant les années passées, les hôpitaux souffrent de la « faible efficacité des ressources humaines et des insuffisances et dysfonctionnements qu'elles présentent ». Plusieurs raisons sont à l'origine de cette situation notamment l'insuffisance et la mauvaise répartition des compétences, le faible taux d'encadrement, mais surtout l'absence d'une politique de gestion des ressources humaines.

Le CHU d'Oran, client de notre recherche, ne fait pas exception à ce constat. En effet, et à l'instar de la majorité des hôpitaux en Algérie, le CHU d'Oran semblerait avoir besoin d'un grand effort de modernisation de sa gestion.

Cette situation semblerait être le résultat systématique notamment de l'absence d'une organisation efficace, de l'absence d'un management participatif, de l'absence d'une communication, l'ensemble des personnels sont démotivés et les conditions de travail sont défavorables. Il semblerait aussi que la politique de recrutement qui serait basée sur une gestion prévisionnelle des ressources humaines n'est pas adéquate, et que l'évaluation des compétences n'est pas basée sur des aspects solides et que la formation est loin d'apporter un changement rapide.

En résumé, il semblerait que le CHU d'Oran souffre d'une insuffisance dans la maîtrise des ressources humaines existantes et d'une inadéquation entre les besoins et les profils existants d'une part, et qu'il ne disposerait pas d'une véritable politique de gestion des ressources humaines qui lui permettrait de tirer le meilleur profit de la ressources humaine disponibles pour relever les défis de la gestion et le développement des prestations fournies aux patients.

Les questions de la recherche auxquelles va tenter de répondre notre travail sont :

- Comment se présente l'organisation et la gestion du CHU d'Oran ?
- Comment introduire le changement par l'appropriation du personnel ?
- Existe-t-il un système de communication efficace ?
- Les ressources humaines sont-elles motivées et satisfait ?
- Quelles sont les conditions dont-elles travail ?
- Quelle est le rôle de la fonction ressources humaines au sein du CHU d'Oran ?
- Est-ce que la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences apparaît comme un outil essentiel d'adaptation des moyens humains du CHU à ses besoins, actuels et futurs ?
- Comment s'opère la procédure de recrutement des nouveaux agents ?
- En quoi le dispositif d'évaluation des personnels contribue-t-il à la gestion des ressources humaines ?
- Comment utiliser la formation comme outil stratégique au service de la santé ?

Face à ce constat, il nous est venu naturellement à l'esprit **la problématique de recherche** suivante : « Quels sont les axes de développements pour la mise en place d'un management des ressources humaines performant et adapté au sein du CHU d'Oran ? ».

Les hypothèses de cette recherche s'appuient sur :

- Le management des ressources humaines dans l'hôpital public qui servira à gérer l'emploi et développer les ressources ;
- Le management de l'hôpital qui servira à accompagner le changement et intégrer les exigences et les attentes.

Les principaux objectifs que nous souhaitons atteindre à travers notre recherche sont :

1. Etablir le bilan social du CHU d'Oran, et analyser les caractéristiques de la structure actuelle des ressources humaines ;
2. Faire une analyse actuelle de la gestion des ressources humaines du CHU d'Oran, et identifier les insuffisances et les dysfonctionnements ;

3. Proposer les axes de développements d'une nouvelle politique de gestion des ressources humaines dans le CHU d'Oran, et annoncer des recommandations opérationnelles pour sa mise en œuvre.

Notre recherche s'est déroulée conformément à la démarche suivante² :

- 1- Identification du thème de recherche ;
- 2-Construction du référentiel ;
- 3-Validation de la problématique ;
- 4-Elaboration du désigne de la recherche ;
- 5-Investigation du terrain ;
- 6-Recueil des données ;
- 7-Analyse des données ;
- 8-Résultats.

Les principales étapes se sont déroulées ainsi comme suit :

1. L'identification du thème s'est faite sur la base d'investigation documentaires, et de contacts directs avec les concernés. Cette étape a permis de définir l'intérêt du sujet, de dégager les hypothèses ayant permis d'annoncer les éléments de la problématique.

2. La construction du référentiel s'est basée sur une recherche documentaire plus ciblée pour mieux cerner les concepts de base et les différents centres d'intérêt du sujet. Cette étape a permis de réaliser un système de repérage dont l'objectif est d'identifier et d'apprécier les écarts par rapport au système à étudier. Cette recherche a concerné notamment les thèmes relatifs à la fois à notre domaine de recherche « le management des ressources humaines » et au concept interpellé «l'organisation de l'hôpital public», en l'occurrence la prise en compte du facteur humain dans l'hôpital ; la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ; le recrutement ; la gestion et l'évaluation des compétences et la formation ; l'hôpital public en général ; l'hôpital, son organisation ; le management de l'hôpital ; la communication et dialogue social ; la motivation et la satisfaction pour améliorer les conditions de travail .

² Jacques IGALENS et Patric ROUSSEL, Méthodes de recherches en gestion des ressources humaines, Editions Economica, Paris, 1998.

3. Investigation terrain : cette étape a débuté par la définition du portefeuille d'investigation, et ensuite le choix des outils adaptés (questionnaire, guide d'entretien, entretien ouvert,...).Elle a permis d'aller vérifier sur terrain les hypothèses émises lors des étapes précédentes, de détecter les éventuels écarts par rapport au référentiel de mesure.

4. Une recherche élargie des différents indicateurs et analyses sur l'état des lieux de la gestion des ressources humaines dans l'hôpital public en vue de mieux cadrer le sujet de la recherche d'identifier la problématique, ce qui a permis de justifier la raison de valider le thème de recherche.

5. Analyse des résultats et formulation des recommandations : le travail d'analyse a permis aussi d'identifier et d'apprécier les écarts du système à étudier par rapport au système de repérage, et enfin de faire des recommandations pour corriger les éventuels dysfonctionnements.

La présente thèse sera donc structurée en deux parties :

- **La première partie**, intitulée « **Le management des ressources humaines dans l'hôpital public** », est basée essentiellement sur la recherche documentaire. Cette partie sera consacrée par notre étude à savoir la prise en compte du facteur humain dans l'hôpital ; la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ; le recrutement ; la gestion et l'évaluation des compétences et la formation, l'organisation et management dans l'hôpital ; le changement de l'hôpital ; la communication et dialogue social ; la motivation et la satisfaction pour améliorer les conditions de travail.

- **La deuxième partie**, intitulée « **Pour un management performant des ressources humaines dans le CHU d'Oran** » est basée essentiellement sur un travail d'investigation de terrain. Dans cette partie, nous présenterons les résultats des investigations de terrain sur la base des quelles nous donnerons notre appréciation de la gestion des ressources humaines dans le CHU d'Oran, avant d'aborder la formulation des recommandations d'amélioration sur la base de l'analyse des résultats des investigations. Ce travail sera clôturé par une conclusion générale.

PREMIERE PARTIE

LE MANAGEMENT DES RESSOURCES

HUMAINES DANS L'HOPITAL PUBLIC

CHAPITRE 1

LA GESTION DE L'EMPLOI ET LE

DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES

INTRODUCTION DU CHAPITRE 1

L'histoire de la fonction personnel est ancienne, complexe et diversifiée. Elle a évolué singulièrement entre deux pôles, du XIX à la XX siècle, passant d'une fonction indifférenciée à une fonction stratégique. Deux grandes étapes ont marqué son développement au cours de la deuxième moitié de notre siècle.

Entre les années 1950 et 1970, apparaissent des signes de la reconnaissance et de la professionnalisation de la fonction, puis la conquête d'autonomie, enfin l'introduction des techniques de relations humaines. En même temps, apparait la recherche d'adéquation entre les attentes des hommes au travail et les contraintes des organisations.

A partir des années 1970, se dessine une phase de transformation des données socio-économiques notamment dans le secteur public. La transformation des valeurs, des aspirations et des revendications modifie le rapport des pouvoirs dans le milieu de travail, notamment en raison des progrès économiques et technologiques et des sciences organisationnelles et socioculturelles.

Dans ce nouveau contexte, la gestion des ressources humaines tend à devenir prépondérante. Elle est progressivement promue au rang de fonction stratégique et participe au pilotage de la conduite de changement.

L'hôpital public s'inscrit dans cette dynamique d'évolution et de contrainte. Le capital humain dont il est investi est facteur de production et de mobilisation collective par le management de l'établissement. La fonction gestion des ressources humaines participe à cette nouvelle mission.

L'architecture de ce chapitre retient la gestion de l'emploi et le développement des ressources. Le découpage de ce chapitre en cinq sections va répondre à la prise en compte du facteur humain dans l'hôpital (section1), la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (section2), le recrutement (section 3), la gestion et l'évaluation des compétences (section4) et la formation (setion5).

SECTION 1. LA PRISE EN COMPTE DU FACTEUR HUMAIN DANS L'HOPITAL

1. Les ressources humaines à l'hôpital

Depuis l'existence de l'organisation, la gestion des hommes est la pièce angulaire pour son fonctionnement. Cependant, l'évolution des activités de l'organisation nous prouvent que l'activité ressources humaines est la dernière née des principales fonctions.

C'est uniquement dans la deuxième moitié du vingtième siècle que la gestion des hommes a su une vraie montée en puissance. Pendant un siècle, les dirigeants d'organisation sont ainsi passés d'une organisation scientifique du travail à une gestion stratégique des ressources humaines, c'est-à-dire d'une vision du personnel comme une dépense à valeur négative, à une vision de richesse productive.

Les ressources humaines sont alors considérées comme un investissement important. L'hôpital a connu cette dynamique d'évolution.

A. Les ressources humaines, un capital à optimiser

Si au commencement du dix-neuvième siècle, les soignants étaient sans qualification, l'évolution de la science et des technologies impliquera une large professionnalisation et une augmentation forte du nombre des soignants. En effet, les compétences indispensables à la prise en charge des patients deviennent de plus en plus complexes et nécessitent une constante réactualisation. Les métiers se multiplient, se diversifient, se spécialisent. De ce fait, le coût des ressources humaines augmentent jusqu'à devenir la dépense la plus importante de l'hôpital. Elles peuvent désormais représenter selon les établissements de 70% à 80% du budget hospitalier. Leur gestion devient alors essentielle, ainsi, depuis les années 1980, *« L'hôpital à l'instar de la fonction publique a promu les hommes et les femmes au niveau des ressources au même titre que les ressources financières ou matérielles. Cette évolution consacre ainsi la prise de conscience collective que les individus, qui agissent dans les organisations constituent l'atout principal de ces dernières qualitativement et quantitativement. »*³

Les ressources humaines deviennent ainsi un capital qu'il est recommandé à optimiser, à employer aussi bien que possible. Trois raisons justifient cet objectif :

- Elles constituent la part des dépenses du budget de l'hôpital ;
- Elles sont facteurs de production ;

³ J. ABBAD, Organisation et management hospitalier, Berger-Levrault, Paris, 2001, p39

-Elles sont en relation direct avec le patient.

Pour gérer les ressources humaines, « *Il est nécessaire de maintenir toujours compétitive la qualité de la force de travail traduite en terme de performance. La plus grande attention doit être portée à la qualité des recrutements, à la gestion courante et à la valorisation des personnes qui constituent le capital immatériel de l'hôpital [...] De tous les leviers mis à disposition des gestionnaires hospitaliers en terme d'administration des ressources, la gestion du personnel est sans doute la plus délicate mais également le levier sur lequel il est possible d'agir le plus efficacement par le biais du management.* ».⁴

L'ensemble des ressources humaines sont impliqués dans la gestion des ressources humaines. La qualité de sont management aura une importante incidence sur l'efficience des ressources humaines.

B. Les ressources humaines, un élément de la qualité

Le souci de la qualité est désormais très présent dans de nombreux domaines et représente une question vitale pour l'hôpital. Les enjeux sont multiples, ils sont d'ordres humains, organisationnels et économiques.

Ainsi pour garantir la qualité, il faut d'une part, que les usagers apprécient la qualité perçue de la prestation. Les caractéristiques prises en compte sont les conditions d'ambiances, de confort, les aspects relationnelles et d'autre part du coté des professionnels qui doivent se conformer à leur implication, leur volonté de progression auront une incidence sur la qualité des soins et leur niveau de compétence car "*la compétence du personnel représente un atout essentiel pour que l'hôpital puisse développer une démarche qualité.*"⁵

C. Les ressources humaines occupent une place importante

En 2010 la fonction publique compte 208.410 personnes au sein des établissements publics de santé en Algérie. « *Les gains acquis en volume doivent venir en complément d'une amélioration significative, visible dans l'efficacité et l'efficience du travail, ainsi que la qualité du service rendu.* ».⁶

⁴ J. ABBAD, op.cit, p40

⁵ O.DERENNE, A.LUCAS & coordonnateurs, le développement des ressources humaines, Rennes, ENSP, 2002.

⁶ J.ABBAD, op.cit ,p41

Cependant, pour garantir son activité, l'hôpital doit préserver un niveau d'effectif suffisant et pour conserver un niveau de qualité, il doit maintenir une sélection à l'embauche « *L'hôpital est une organisation dont l'efficacité repose essentiellement sur les compétences des professionnels qui la compose.* »⁷.

Ainsi, moins on a de personnel disponible, plus il devient significatif d'avoir de professionnels qualifiés, compétents et efficaces. Le manque de professionnels ne doit pas diminuer le niveau de recrutement et oublier les critères de sélection, mais bien au contraire, il doit nous donner l'occasion d'installer une nouvelle dynamique d'évolution et d'amélioration des organisations du travail.

2. L'histoire de la gestion des ressources humaines dans les différentes théories des organisations

Actuellement la vie sociale reste dominée par l'organisation héritée de la période de l'industrialisation du XIX^{ème} siècle. Cette phase a démontré que toute organisation implique totalement une intervention de l'homme et qui c'est évolué a travers le temps.

Sans qu'il soit possible de retracer, dans le détail, les subtilités de l'évolution historique, on mettra en évidence les grands phases significatives de l'accélération de la phase de l'homme dans les organisations .C'est à la fin du XIX^{ème} siècle que les organisations, éléments principaux des sociétés industrielles on commencé à faire l'objet de recherches par les scientifiques.

Cette recherche s'organise autour de deux phases, l'une avant les années 1950 et l'autre après l'année 1950.

A. Les fondateurs des théories des organisations avant les années 1950

Dans cette phase on assiste à l'émergence du capitalisme moderne qui voit naître la grande entreprise industrielle dans un système sociale difficile .Ces données ont permis la naissance de deux écoles en organisation qui se sont succédée sur un plan chronologique.

D'une part, la première école qui grâce aux apports théoriques des auteurs comme Max WEBER, Frederick TAYLOR, Henri FAYOL, fondent l'école du management scientifique.

D'autre part, un autre courant théorique, se développe en mettant une approche différente de la conception de l'homme au travail. Ce courant est rattaché à l'école des relations humaines.

⁷ J.ABBAD, op.cit,p41

a. L'école du management scientifique

Trois auteurs de l'organisation TAYLOR, FAYOL et WEBER ont contribué à développer une approche de l'organisation qui a eu une influence directe sur le travail des hommes.

- Frederick W, TAYLOR

Le nom de Frederick W. TAYLOR (1856-1915) est resté dans l'histoire comme le principal fondateur de l'organisation scientifique du travail (OST). TAYLOR est devenu ingénieur en mécanique en suivant des cours par correspondance (1883). Pour éliminer le gaspillage du temps au travail, il met au point des méthodes pour détecter les mauvaises méthodes de la main d'œuvre.

Selon Jean Luc CHARRON et Sabine SEBARI⁸ « TAYLOR a demandé de rationaliser le travail de fabrication en essayant de décomposer chaque opération de transformation ».

En générale, le management préconisé par TAYLOR s'articule autour de trois principes selon Geneviève LACONNO⁹ :

- « La division des tâches et responsabilités ;
- Le principe hiérarchique ;
- L'unité de commandement et de direction ».

A ce moment l'ouvrier est considéré comme agent rationnel qui garantisse la prospérité de l'organisation. Il est considéré comme facteur de production au même titre que les machines uniquement, un salaire au rendement est censé le motiver.

Les travaux de TAYLOR ont été développés par d'autres auteurs comme FAYOL et WEBER.

- Henri FAYOL

Henry FAYOL (1841-1925) classe les activités générales de toute entreprise en six groupes d'opérations. Ils sont selon Geneviève LACONNO¹⁰ :

- « Technique (production, fabrication, transformation) ;
- Commerciales (achats, ventes, échanges) ;
- Financières (recherche et gérances de capitaux) ;
- De sécurité (protection des biens et des personnes) ;
- De comptabilité (inventaire, bilan, prix de revient, statistique, etc.) ;
- Administratives (prévoyance, organisation, commandement, coordination et contrôle) ».

⁸ J.L.CHARRON, S.SEBARI, Management, Editions Dunod, Paris, 2007, p31.

⁹ G.LACONNO, Gestion des ressources humaines, Edition Casbah, Alger, 2004, p16.

¹⁰ Op.cit., p26

Administrer pour FAYOL, c'est cinq activités : planification, organisation, commandement, coordination et contrôle. Ces opérations constituent actuellement les principes du management. La fonction ressources humaines apparaît, mais réduite au commandement, à la coordination et au contrôle des agents au travail.

-Max WEBER

Max WEBER (1864-1920) analyse les modes d'exercice du pouvoir.

Selon Philippe BURNAUX, cette dernière est directement transportable aux situations rencontrées dans l'entreprise.

Il distingue :

-Le pouvoir charismatique : Basé sur les qualités personnelles des responsables. Quand les conditions qui ont fait apparaître le leader charismatique ne sont plus réunis, celui-ci finit par s'appuyer à la tradition.

-Le pouvoir traditionnel : La légitimité de celui qui l'exerce, repose sur le respect du caractère sacré de la tradition. Lorsqu'un chef d'entreprise propose un de ses descendants pour lui succéder, la référence aux coutumes et traditions est implicite.

-Le pouvoir rationnel : L'autorité est légitimée par des règles explicites mises en place pour assurer le fonctionnement des organisations. Ce type de légitimité caractérise l'organisation bureaucratique, considérée par WEBER comme la plus efficace, car elle est basée que sur la raison (la compétence) sans tenir compte des relations personnelles, les individus n'obéissent pas à des personnes mais à des règlements impersonnels, déshumanisés.

L'individu n'est pas propriétaire de sa fonction, les postes sont rigoureusement définis. La définition des postes correspond à la spécialisation des fonctions et des compétences de l'individu qui les remplit.

Le modèle de l'organisation scientifique du travail a connu des critiques dès les années trente, aux Etats-Unis. La critique du taylorisme a trouvé un écho particulièrement fort à travers le courant des relations humaines.

b. L'école des relations humaines

L'école des relations humaines s'est développée en réaction aux excès des pratiques du taylorisme qui a engendré des comportements contraires à son objectif comme le taux élevé d'absentéisme, accidents du travail, relation importante du personnel, etc.

Parmi les auteurs de cette école on cite par exemple George Elton MAYO, Kurt LEWIN, Abraham MASLOW, Douglas MCGREGOR.

- George Elton MAYO

George Elton MAYO (1880-1949) est considéré comme le fondateur de cette école. Au cours de ses recherches et expériences dans l'entreprise de Western Electric company de Hawthorne, MAYO et ses coordinateurs soumettent des ouvriers aux expériences de l'éclairage, en partant de l'hypothèse que mieux on est éclairé, mieux on travaille, puis les pauses (une par jour, plusieurs, de durée variable,...), les horaires et le système de salaire (individuel, par équipe, horaire au rendement....). En fait, pendant les années que dura l'expérimentation, il constate qu'à chaque changement, la productivité s'améliorait ou, au pire, stagnait.

Elton MAYO en conclut que les individus observés sont motivés par le fait qu'ils sont considérés, qu'ils se sentent membres d'un groupe. A ce titre, ces expériences du MAYO peuvent être considérées comme fondatrice d'un point significatif de la gestion des ressources humaines.

- Kurt LEWIN

Kurt LEWIN (1890-1947), a introduit dans l'analyse des organisations un phénomène appelé « dynamique du groupe » .A partir de ces analyses il enrichit les travaux de Elton MAYO. Selon J.L.CHARRON et S.SEARI¹¹, LEWIN s'est intéressé au comportement de l'homme au travail et avec R.LIPPIT et R. WHITE, il va définir trois types de leadership :

- Le leadership autoritaire : Direction du groupe par des ordres ;
- Le leadership par laisser-faire : Direction du groupe sans implication émotionnelle ;
- Le leadership démocratique : Direction du groupe avec prise en compte de ses remarques et de ses suggestions.

Le leadership démocratique est préconisé par K.LEWIN comme étant le plus efficace.

- Abraham MASLOW

Abraham MASLOW (1908-1970) met en forme la pyramide des besoins fondamentaux à satisfaire pour favoriser la motivation personnelle. Cette pyramide (voir figure n°1) comporte cinq niveaux, un besoin de niveau supérieur ne commençant à être perçu que lorsque les

¹¹ Op.cit.p33.

besoins du niveau inférieur sont raisonnablement satisfaits .Cette approche des besoins a été largement diffusé dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

Chacun des cinq niveaux comporte un certain nombre d'éléments qui motivent l'homme au travail :

- Besoins physiologiques : Le premier besoin de l'homme et de nourrir, boire, dormir, etc. ;
- Besoins de sécurité : Sécurité physique, économique, l'individu a besoin d'évoluer dans un environnement structuré et sûr ;
- Besoins d'appartenance : Possibilité d'appartenir à une communauté, d'être intégré à un groupe de s'y exprimer, d'émettre et de recevoir ;
- Besoins de reconnaissance : Besoin d'être estimé par les autres, mais aussi par soi-même (sentiment d'indépendance, de confiance en soi, de détenir une certaine compétence...) ;
- Besoins d'accomplissement : C'est le besoin d'utiliser et développer toutes ses capacités, de réaliser sa vocation.

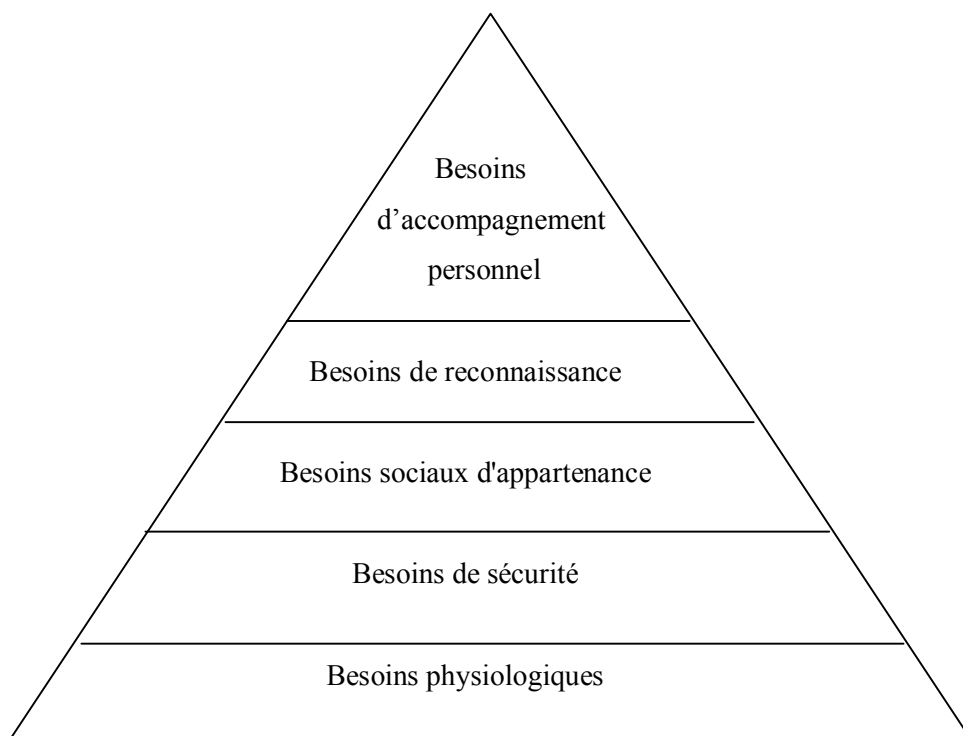


Figure n°1 : Pyramide des besoins selon MASLOW¹²

¹² Op.cit., p34.

Selon Carol KENNEDY¹³ « le travail de Maslow reste une référence dans le domaine des ressources humaines. Il avait quarante ans d'avance lorsqu'il a anticipé sur des besoins caractéristiques de l'économie numérique ou le potentiel humain est reconnu comme étant le premier facteur d'avantage compétitif ».

- Douglas MCGREGOR

Selon Carol KENNEDY¹⁴, Douglas MCGREGOR est spécialiste du comportement à l'intérieur des organisations et célèbre pour sa formation de la théorie X (le management autoritaire) et de la théorie Y (le management participatif), qui paraît pour la première fois dans son ouvrage publié en 1960 : *The Human Side of Enterprise*.

Selon J.L.CHARRON et S.SEBARI¹⁵, MCGREGOR étudie dans cet ouvrage les formes de direction des entreprises en opposant deux attitudes implicites fondant le comportement des dirigeants :

-L'homme n'aime pas le travail et refuse les responsabilités, il doit être contrôlé et dirigé : le style de direction est autoritaire, c'est la théorie X ;

-L'Homme peut être motivé par le travail ; il accepte, voire recherche, les responsabilités et la direction n'a pas besoin d'être autoritaire, c'est la théorie Y, jugée préférable pour MCGREGOR.

La théorie Y est le fondement des méthodes de direction coercitive où le contrôle doit porter sur les hommes eux-mêmes pour s'assurer que le travail est fait. La théorie Y est le fondement de méthodes de direction, comme la direction par objectifs, où le contrôle porte sur les résultats de l'action pour laquelle le subordonné a une large marge de manœuvre.

Dans ce courant de pensée des relations humaines plus l'homme est heureux, plus il est productif. Malgré ses limites, l'école des relations humaines marque une transition entre l'école classique du début de siècle (avant 1950) et les approches contemporaines (après 1950).

B. Les différents courants à partir des années 1950

A partir des années 1950, les recherches se diversifient, alimentées par différents courants : l'école sociotechnique, l'école comportementale, l'analyse stratégique.

¹³ C.KENNEDY, *Toutes les théories du management*, Editions Maximum, Paris, 2003, p232.

¹⁴ Op.cit, p235.

¹⁵ Op.cit. p38.

a. L'école sociotechnique

Selon Omar AKTOUF¹⁶, ce courant est apparu dans les années 1950. Il s'est développé à partir des travaux du Tavistok Institut de Londres qui ont élaborés des formes nouvelles d'organisation du travail fondées sur l'autonomie, sur la capacité des groupes à s'auto-organiser.

Les hypothèses ont été élaborées grâce aux travaux des chercheurs comme F.EMRY et E.TRIST.

Pour eux, l'organisation du groupe de travail est la fois fonction de la technologie et des comportements individuels. L'entreprise est un système ouvert composé d'un système technique et d'un système social. Le contenu du travail n'est pas qu'une prestation physique. L'individu doit perfectionner son apprentissage, avoir une certaine marge de manœuvre percevoir la finalité du travail fait.

b. L'école comportementale

Cette école se situe au carrefour de plusieurs disciplines, la sociologie, l'économie et les sciences de gestion. Parmi ces célèbres auteurs, on trouve H.SIMON, CYERT et MARCH qui ont élaboré une théorie du « comportement de la firme » appelée aussi approche behavioriste. On va citer par exemple pour cette école :

- Herbert SIMON

Selon Jean-Claude SCHEIDE¹⁷, les travaux de SIMON, prix Nobel d'économie en 1978, dépassent largement le cadre des théories des organisations, sa contribution à ces dernières est pourtant majeure, notamment sa théorie de la prise de décision.

Aussi selon G.LACONNO¹⁸ les travaux de H. SIMON ainsi que ceux de MARCH et CYERT sur la rationalité limitée ont joué aussi un rôle décisif. Ces auteurs ont permis de formaliser le modèle de la rationalité limitée et de réfléchir au processus de décision. Contrairement à ce que pensait TAYLOR, il ne peut y avoir de « one best way ». Toute une série de facteurs imprévisibles entrent en jeu pour mortifier la pertinence des structures mises en place.

Des facteurs économiques, technologiques, politiques, sociaux interfèrent inévitablement sur la prise de décision. Par ailleurs le décideur n'est jamais dans une situation qui permette de formaliser l'intégralité du processus de décision. Le décideur ne recherche même pas

¹⁶ O.AKTOUF, Les sciences de la gestion des ressources humaines : une analyse critique, Edition, 1986, p168.

¹⁷ J-C.SCHEID, Les grands auteurs en organisation, Editions Dunod, 1980, p131.

¹⁸ Op.cit, p28.

forcément systématiquement toute l'information disponible. Il ne dresse pas la liste de toutes les solutions possibles, ni ne peut les évaluer toutes. Il procède de façon séquentielle ; il collecte l'information et ne recherche qu'un nombre limité de solutions nouvelles, jusqu'à ce qu'il en ait trouvé une, non pas optimal, mais seulement satisfaisante. C'est ce comportement qui évoque précisément le concept de rationalité limitée. Leurs apports à la gestion des ressources humaines sont également très utiles. Ils concernent principalement le domaine de la prise de décision, de l'évaluation mais aussi de l'analyse stratégique.

c. L'analyse stratégique

L'analyse stratégique décrite par Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG puise son origine dans les conceptions de Max WEBER. Ils analysent l'organisation comme un système politique, résultant du jeu des acteurs¹⁹.

Pour ces auteurs, mobiliser l'intelligence de chacun au service de l'ensemble, c'est mettre en œuvre une organisation stratégique. Cette approche marque la fin du taylorisme.

Dans le management d'équipe, cette approche théorique trouve son fondement dans la prise en compte de tous les actions qui participent suivant leur personnalité, leur histoire, leurs actions, à faire vivre l'organisation.

Depuis les années 1970, l'organisation est vu comme une structure complexe (multinationales, grands industries...). Plusieurs travaux de recherche sont réalisés sur le rôle des acteurs sociaux, leur motivation, leur culture, leur identité, nécessaire à la survie et au développement des entreprises.

On peut observer que l'évolution de la prise en compte du facteur humain n'est pas linéaire et se révèle à différents niveaux dans les organisations tout comme dans l'organisation hospitalière. En avoir connaissance permet sans doute au directeur de l'hôpital de mieux comprendre son fonctionnement ou ses dysfonctionnements pour s'engager dans l'action.

3. La gestion des ressources humaines dans le secteur public

Malgré que les caractéristiques des sciences publiques qui sont trop différentes de celles du secteur privé, telle que le statut de la fonction publique, la culture et les statuts particuliers, il y a une inspiration des pratiques de la gestion des ressources humaines de ce secteur.

Il y a aussi d'autres enjeux comme l'importance des effectifs qui sont considérables et qui incombe sur la situation économique par les dépenses de personnel qui puise la situation

¹⁹ M.CROZIER, E.FRIEDBERG, L'acteur et le Système, Paris, Sociologie politique, 2^e édition du Seuil, 1977, p437.

budgétaire de l'Etat, aussi l'efficacité et la qualité des prestations assurées qui demande de progrès et de modernité continue.

D'autres situations particulières qui nécessitent d'être citées comme l'importance du patrimoine humain du secteur public qui est plus fort que dans le secteur privé et qui induit un certain nombre de conséquences :

- La formation prend, dans ce cas, une importance stratégique ;
- La qualité des dispositifs de recrutement est fondamentale ;
- Il est nécessaire de laisser d'avantage qu'ailleurs une certaine marge de manœuvre aux unités opérationnelles en matière d'organisation du travail ;
- Une mobilité fonctionnelle systématique au bout d'un certain nombre d'années ;

Ainsi une situation organisationnelle particulière avec un niveau central et des services déconcentrés.

A. Les contraintes propres au secteur public

Parmi les contraintes on va citer par exemple :

- Les contraintes statutaires

Dans le secteur public il y a un nombre important de corps qui engendre une certaine rigidité mais malgré cela le statut de la fonction publique protège les fonctionnaires contre les pressions qui seraient sans rapport avec les exigences du service public.

- Le principe de l'annualité budgétaire

L'annualité budgétaire constitue une spécificité du secteur public qui renvoie à la notion de poste ou d'emploi budgétaire et qui appelle à la mise en œuvre de démarches de gestion prévisionnelle de ressources humaines adaptés à cette contrainte particulière.

Si dans le secteur public, il y a des difficultés particulières dans la mise en œuvre de la gestion des ressources humaines, il y a aussi des atouts que le secteur privé ne possède pas.

Parmi ces atouts il y a :

- Si le secteur privé est instable, le secteur public bénéficie d'une stabilité relative ;
- La notion de service public constitue bien une réelle source de motivation des hommes par rapport à leur travail celle de missions de service public.

Selon Paul CROZET et Philippe HERMEL²⁰ « Le passage de l'administration du personnel à la gestion des ressources humaines est supposé symboliser l'adoption de démarches managériales dans les organisations publiques .En réalité, quelque soit le terme utilisé, la

²⁰ P.CROZET, P.HERMEL, La gestion des ressources humaines dans les administrations publiques : une fonction éclatée ? Actes AGRH, Yvelines, 1998, p423.

gestion du personnel semble avoir toujours existé. La nouveauté réside dans le changement de référentiel qui légitime les actes de gestion ».

Selon Serge SALON²¹ il y a quatre principaux facteurs qui ont poussé aux changements des pratiques de la gestion des ressources humaines dans les administrations publiques :

-« La modernisation et les nouvelles technologies qui modifient l'organisation du travail :

Réduction des effectifs, flexibilité, augmentation du temps partiel et de l'horaire variable.

D'autre part, certaines activités sont privatisées avec un effet directeur sur le statut des personnels ;

-Un nouveau type de rapport interne: moins de hiérarchie et une réduction des conflits de travail ;

-Une incitation à la mobilité du personnel, facteur d'acquisition de compétences ;

-Mais aussi la diminution de la sécurité de l'emploi par l'augmentation du chômage et la détérioration des conditions de travail ».

Cette évolution dans le secteur public va toucher de la même manière le secteur hospitalier.

B. La gestion des ressources humaines dans l'hôpital

Avant 1960, dans le secteur hospitalier, la période des trente glorieuses rationalise le développement anarchique des établissements mais le volume des effectifs et des équipements constitue la priorité.

A ce moment là le cœur de la fonction ressources humaine réside dans le plan individuel à appliquer en respectant le statut (rémunération, congés, droits sociaux...) et sur le plan collectif à recruter, à assurer les relations sociales en réunissant les instances.

Selon J.O.ARNAUD et G.BARSACQ²² « Le statut du personnel s'impose à tous mais la réalité du travail ne fait pas partie des préoccupations ».

La fonction ressource humaine est très centralisée et l'agent est perçu d'abord comme un coût et non comme une ressource.

Durant ces années, les établissements hospitaliers deviennent de haute technicité. Le statut de différentes catégories professionnelles est renforcé, on assiste à une spécialisation accrue des

²¹ S.SALON, Administration : évolution de la GRH dans les administrations publiques, Cahiers de la fonction publique, Edition Berger Levrault, n°191, juin 2000, p17.

²²J.-O.ARNAUD, G.BARSACQ, La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital, Paris, Gérer la santé, Edition ESF, 1989, p130.

taches en cloisonnement des activités et une nécessaire adaptation permanente des personnels et de l'organisation des établissements.

A partir des années 1980, compte tenue de la crise économique mondial, de la réévaluation du rôle de l'Etat et de ses mécanismes de financement (déficit budgétaire structurel), il est apparu nécessaire de maîtriser les dépenses hospitaliers en forte progression et de faire des choix .L'analyse de gestion se développe alors. Les personnels limités en nombre doivent devenir plus performant et les problèmes économiques priment les problèmes sociaux.

Selon J.O.ARNAUD et G.BARSACQ²³, la gestion des personnels à l'hôpital est alors vue sous deux approches :

« -L'approche juridico-administrative qui a pour finalité l'application des statuts et l'action administrative .Elle correspond plus à une gestion des grades que des individus ;

-L'approche budgétaire, économique et financière qui correspond à une gestion des effectifs dans le respect des limites budgétaires » sans logique qualitative.

Ainsi selon O.DERENNE et A.LUCAS²⁴, la gestion des ressources humaines peut se présenter sous quatre dimensions correspondant aux représentations du fonctionnaire : le grade, l'indice, le métier, le poste de travail :

« -l'approche administrative : le fonctionnaire hospitalier est dans une situation statutaire et réglementaire régie par les lois et décrets portant dispositions relatives à la fonction publique.

Aujourd'hui la loi sur la fonction publique laisse certaines marges de manœuvre aux décideurs pour le choix des personnes dans la mesure où les recrutements se font sur concours sur titre, choix des cadres, évaluation, notation,...etc.

-l'approche financière :dans cette approche il s'agit des modalités de recrutement des fonctionnaires hospitaliers sur les base des indices, primes et indemnités, mais aussi sous un angle collectif de maîtriser l'évolution de la masse salariale.

En effet les dépenses du personnel représentent environ 70% des dépenses d'exploitation.

-L'approche gestion des compétences à l'heur actuelle le fonctionnaire hospitalier n'apparaît plus comme uniquement un grade mais la notion de « métier » s'impose en matière de gestion des ressources humaines. Les politiques de gestion des ressources humaines s'orientent donc vers :

*l'évolution du personnel avec généralisation des entretiens d'appréciation ;

*le plan de formation en cohérence avec les compétences attendues ;

*le recrutement, notamment, de cadres sur la base de profil de poste ;

²³Op.cit, p132.

²⁴Op.cit, p25.

* l'élaboration du parcours de carrière pour les personnels.

-l'approche organisation du travail : la mission des hôpitaux et d'assurer la prise en charge des patients 24 h/24 et 365 jours/365. La gestion de l'organisation du travail devient alors le fer de lance de la direction des ressources humaines.

Le rôle de l'encadrement est donc d'organiser le travail dans le temps tout en respectant la qualité de vie au travail et les conditions d'hygiène et de sécurité des agents.

Dans sa conclusion Jocelyne ABRAHAM²⁵ cite que « Les hôpitaux tentent d'introduire des méthodes de gestion des ressources humaines dont l'objet est une rationalisation dans l'utilisation de leurs ressources humaines. Ils développent des responsabilités, donnent une plus grande autonomie aux unités de soins, introduisent de nouveaux systèmes d'évaluation, sensibilisent à la nécessité de techniques d'appréciation efficaces, réfléchissent à des systèmes de rémunération et de promotion différenciés. Ces changements ne se font pas sans heurts. Les principales raisons sont triples, d'une part, l'absence d'une culture de la mesure due à l'absence historique de pressions concurrentielles directement perceptibles d'autre part une forte culture de métier orienté vers la qualité des soins, fondée sur le dévouement, la compétence et le travail d'équipe et enfin le stade embryonnaire de la culture managériale des dirigeants ».

4. Fondements de la gestion des ressources humaines

A. Distinction entre la gestion des ressources humaines et l'administration du personnel

Selon Paul CROZET et Philippe HERMEL²⁶ « le passage de l'administration du personnel à la gestion des ressources humaines est supposé symboliser l'adoption des démarches managériales dans les organisations publiques. En réalité, quelque soit le terme utilisé, la gestion du personnel semble avoir toujours existé. La nouveauté réside dans le changement de référentiel qui légitime les actes de gestion ».

a. La gestion des ressources humaines.

La gestion des ressources humaines a de tous temps revêtu une importance majeure dans la carrière des professionnels ; en effet la richesse première des hôpitaux réside dans son capital humain. Le prendre soin s'est considérablement modifié au fil du temps, au fur et à mesure

²⁵J.ABRAHAM, Les obstacles à la modernisation de la gestion des ressources humaines hospitalière, Actes AGRH, Poitiers, 1995, p298.

²⁶Op.cit, p430

des progrès de la médecine, des techniques et de l'informatique, les soignants ont dû alors se former.

La maîtrise médicalisée des dépenses de l'assurance maladie impose des regroupements, des fusions, des restructurations. Dans un système de plus en plus complexe imposé par la nécessaire optimisation des moyens, l'évaluation et la mise en concurrence, nous subissons l'accélération de l'évolution sociale tant du point de vue des exigences des personnes soignées que des professionnels. Donc adapter les techniques, les pratiques, remettre en cause les modes de gestion et de management des hommes.

Cette gestion commence dès le recrutement et se poursuit tout le long de la carrière de l'agent. Elle consiste d'une part à « *placer les hommes qu'il faut, là ou il faut, au moment ou il faut* » et d'autre part, à viser conjointement la satisfaction des salariés et l'optimisation des ressources humaines.

b. La gestion administrative du personnel

Elle consiste à satisfaire l'application formelle du dispositif statutaire relatif au salarié. Elle concerne la gestion administrative individuelle des agents. Elle permettra de gérer la carrière des agents et les événements survenant au cours de celle-ci. Elle peut être considérée comme statique car relève essentiellement d'un arsenal juridique. Elle relève de la direction des ressources humaines et constitue le fondement de toute politique de gestion des ressources humaines.

B. Niveaux de la gestion des ressources humaines

Dans son ouvrage « la gestion des ressources humaines dans le secteur public », Christian BATAL²⁷ a distingué trois niveaux pour la gestion des ressources humaines :

-Niveau politique : la gestion des ressources humaines s'introduit dans le cadre général de la stratégie de l'organisation et permet de définir à quoi doit servir la gestion des ressources humaines pour atteindre les objectifs tracés par l'organisation ; et quels sont les moyens adéquats pour les atteindre ; et comment les faire fonctionner en synergies.

-Niveau technique : il vise à valider la pertinence technique des moyens aperçus par rapport aux objectifs établis, et à définir les objectifs propres à tout moyen comme les plans de formation, de recrutement, de communication...etc.

²⁷ C.BATAL, La gestion des ressources humaines dans le secteur public, tome 1, Edition Organisation, 2000, p42-43.

-Niveau opérationnel : sa concerne la validation de la pertinence des méthodes techniques envisagés et d'en éclairer les objectifs opérationnelles.

C. Les différentes dimensions de la gestion des ressources humaines

Selon Christian BATAL²⁸, la gestion des ressources humaines a un caractère multidimensionnel :

-la dimension collective et la dimension individuelle où la gestion des ressources humaines nous montre que ces deux dimensions sont complémentaires et indispensables l'un et l'autre et qu'elle s'intéresse bien a la collectivité qui la compose et l'individu avec ses particularités personnelles ;

-la dimension quantitative qui correspond essentiellement à la gestion des effectifs. Cette dimension se complète par une autre dimension qualitative et qui correspond à la gestion des compétences ;

-la dimension temporelle est une dimension importante où la gestion des ressources humaines s'incline dans un référentiel de temps qui vise d'octroyer des missions et des objectifs dans l'immédiat et dans le court, moyen et long terme.

-la dimension gestion des stocks et la dimension gestion des flux où la gestion des ressources humaines fait référence dans la gestion des flux à la gestion des « départs » et des entrées » donc à la gestion de recrutement et de la mobilité externe, par contre la gestion des stocks, elle, vise à adapter ou bien à développer les compétences des agents et à bâtir les conditions susceptible de favoriser leurs motivation.

-la dimension sociale et la dimension économique où il s'agit de tenter d'appréhender le rapport cout/efficacité de chaque acte de gestion des ressources humaines et d'allier les objectifs de l'organisation aux aspirations sociales du personnel.

5. Les supports et la politique de la gestion des ressources humaines

A. Les supports de la gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines doit être appréhendée comme un système intégré englobant un ensemble de politiques interdépendantes, chacune avec sa mission, ses objectifs et son plan d'action. Le concours de ses politiques forme la politique globale de la gestion des ressources humaines qui se doit d'être cohérente, intégrée, fiable et performante et œuvre dans le sens de l'atteinte des objectifs de l'organisation.

²⁸ Op.cit, p47.

Ces politiques sont, bien entendu, dynamisées par un ensemble de processus qui peuvent être considérés comme le support à la gestion des ressources humaines. Parmi ces processus nous distinguons, le mode de management au sein de l'organisation, la communication et dialogue social, le niveau d'ouverture sur nouvelles changements, la motivation et conditions de travail.

B. La politique de la gestion des ressources humaines

La politique de la gestion des ressources humaines doit permettre d'atteindre trois objectifs fondamentaux :

- Choisir, conserver et qualifier les hommes dont l'organisation a besoin.

Le premier objectif, c'est trouver les hommes qui conviennent pour remplir les missions et accomplir les activités de l'hôpital. Il est donc nécessaire de prévoir les besoins en effectifs et en compétences à moyen et long terme pour chaque service de soins compte tenu de leur spécialisation et des orientations qu'ils développeront. C'est la détermination des besoins.

Chaque salarié ayant un coût, celui-ci doit être mis en regard des moyens budgétaires. Les tableaux des emplois nous donnent une connaissance précise des moyens dont dispose l'institution. C'est la détermination des moyens.

Il est nécessaire ensuite de s'assurer et de rechercher l'adéquation des hommes aux postes de travail présent et futur et de leur permettre de s'adapter grâce à une politique de formation. C'est l'adéquation entre les besoins et les moyens.

Ainsi les activités qui découlent de cet objectif sont le recrutement, l'intégration, l'évaluation et la formation.

Les hommes sont donc bien considérés comme des ressources capables d'adaptation à leur environnement de travail.

Ces exigences demandent une réflexion approfondie quant à la mise en place d'une procédure de recrutement. En effet, les techniques de recrutement utilisées, ne viseront plus seulement à remplacer un poste vacant, mais à rechercher pour chaque poste la personne la mieux adaptée ou susceptible de s'adapter.

- Mobiliser les hommes.

Les hommes et les femmes qui travaillent à l'hôpital sont considérés comme des acteurs. Leur gestion doit permettre de faire que chaque emploi individuel s'intègre dans une organisation collective. L'institution doit donc sensibiliser les agents afin qu'ils participent et qu'ils se positionnent par rapport aux finalités de l'établissement. Il est nécessaire de les faire adhérer à la politique mise en place au sein de l'établissement et inciter leur engagement dans la vie professionnelle. Ainsi, leur participation sera un atout pour l'hôpital et un facteur de satisfaction professionnelle. L'épanouissement professionnel sera alors recherché en plaçant les hommes dans des conditions positives d'investissement et de développement des compétences.

- Développer les potentialités des professionnels et les aider à s'adapter aux changements.

Selon J. ABBAD²⁹ « *La gestion des ressources humaines doit être orientée vers les hommes et pas seulement vers les résultats organisationnels* » Les salariés doivent pouvoir se développer en même temps qu'ils répondent aux objectifs institutionnels. C'est un facteur de satisfaction et de motivation important. Une gestion individualisée et personnalisée permettra à l'agent de se sentir reconnu et valorisé. Elle favorisera une optimisation de ses savoirs et de ses attitudes permettant un développement de ses compétences en adéquation avec les besoins de l'hôpital. Son implication et la qualité de sa prestation devraient en être augmentées.

Nous pouvons résumer ces objectifs en quatre points essentiels, il est donc nécessaire d'avoir :

"Des ressources humaines disponibles : recruter, fidéliser, anticiper ;

Des ressources humaines mobilisées : informer, animer, motiver ;

Des ressources humaines efficaces : organiser, optimiser, évaluer ;

Des ressources humaines adaptables : former, participer, autonomiser."

6. La fonction ressources humaines

A. Définition de la fonction ressources humaines

Cette fonction a évolué dans le temps d'une fonction personnel en fonction ressources humaines. Selon Luis GOSSELIN³⁰, « La fonction ressources humaines est cette partie de l'administration qui a pour mission de penser, de planifier, de regrouper, de coordonner, d'intégrer, de diriger, de contrôler les activités de chaque supérieure hiérarchique lorsqu'il

²⁹ Op.cit, p36

³⁰ L. GOSSELIN, la fonction ressources humaines : modèle et typologie, Actes AGRH, Bordeaux, 1990, p76.

visé à se doter d'un personnel compétent, à le conserver, à l'utiliser et à le développer en vue d'atteindre les objectifs de son organisation et ceux de ses collaborateurs d'une manière efficace ».

Ainsi, selon Jean-Pierre CITEAU³¹, « la fonction ressources humaines participe à la recherche d'une meilleure efficacité des organisations en s'efforçant :

- de promouvoir et de réaliser une meilleure allocation des ressources humaines ;
- de mobiliser les potentiels de chaque salarié et fédérer les aspirations et les engagements individuels et collectifs autour du fonctionnement et du développement de l'organisation ».

A partir de ces différentes définitions, on peut dégager que la fonction ressources permet l'utilisation efficiente des ressources humaines de l'organisation à travers les activités et structures de la fonction ressources humaines.

B. Champs d'activités et structures de la fonction ressources humaines

Selon Jean-Pierre CITEAU³² « l'activité de la fonction ressources humaines est multiples (recrutement, formation, communication, information conditions de travail, négociation, etc.) et ses tâches ne sont pas toutes de même nature (opérationnelles, administratives ou stratégiques) ».

La fonction ressources humaines comprend trois éléments :

a. L'administration du personnel

La mission principale de l'administration du personnel est de satisfaire l'application des textes réglementaires qui régissent tout salarié de l'organisation.

Parmi les activités de l'administration du personnel selon Jean Pierre CITEAU³³ on trouve :

- « -La gestion des conditions d'emploi et des modalités relatives aux statuts des personnels ;
- L'exercice des droits et des obligations légales, conventionnelles et contractuelles ;

³¹ J-P.CITEAU, Gestion des ressources humaines, principes généraux et cas pratiques, Edition Dalloz, Paris, 2000, p32.

³² Op.cit. p36.

³³ Op.cit. p36.

- Le contrôle de conformité des procédures de gestion des ressources humaines ;
- La définition et la maintenance des différents fichiers alimentant les bases de données « ressources humaines » ;
- La gestion des opérations-paie ;
- Le fonctionnement des instances de représentation du personnel (élections des représentations du personnel, activités du comité d'entreprise, réunions avec les délégués du personnel et les délégués syndicaux) ».

b. La gestion des ressources humaines

Selon Jean-Pierre CITEAU³⁴ « la gestion des ressources humaines recouvre davantage les aspects liés à la dynamique des ressources humains. Cette dynamique est stimulé par la recherche de la permanence de l'adéquation entre les besoins au main-d'œuvre de l'entreprise et les ressources disponibles ».

Les activités de la gestion des ressources humaines revêtent trois formes selon le but recherché et le résultat qu'on désire obtenir : on distingue à ce propos la gestion collective, de la gestion individuelle et la gestion prévisionnelle.

* La gestion collective

La gestion collective consiste à obtenir des informations globales caractéristiques de l'ensemble du personnel ou seulement de certaines catégories. Il s'agit en fait à l'aide de moyens appropriés (fichier général ou fichier annexes), de connaître la physionomie réelle des ressources humaines sur tel ou tel sujet.

Les états et tableaux généralement élaborés et utilisés sont, entre autres :

- les pyramides : d'âge, d'ancienneté ;
- les tableaux d'effectifs : Variation, catégorie, sexe, etc. ;
- les états de rémunération par catégorie, sexe, etc. ;
- les relevés d'absentéisme : par cause (maladie, maternité, accident, etc.), par catégorie.

* La gestion individuelle

A la différence de la gestion collective qui s'appuie principalement sur des informations globales obtenus à partir d'un fichier centralisant toutes les données individuelles, la gestion individuelle est surtout le résultat d'une relation directe entre le personnel concerné et son responsable.

* La gestion prévisionnelle

³⁴ Op.cit., p36.

Elle s'inscrit dans une perspective à plus long terme de la collectivité et procède du souci que doit avoir celle-ci de préparer son avenir, compte tenu de ses orientations en matière de développement et sur la base de données qu'elle ne peut évaluer.

c- Les relations sociales

Cette activité regroupe :

- les communications au sein de l'établissement ;
- les contacts, relations, réunion, négociation syndicale.
- les relations extérieures avec les organisations à vocation sociale.

Les résultats de cette activité essentiellement humaine sont très difficiles à mesurer. Elle ne demeure pas moins indispensable par l'intérêt qu'elle peut représenter conservant la «perception » du climat social.

C. Les missions d'un responsable de la fonction gestion des ressources humaines

Selon D.BROCHER et B.ROMAN³⁵, «La valorisation des ressources humaines et, en définitive, l'impact de la gestion des ressources humaines sur les performances de l'entreprise reposent essentiellement sur les capacités des professionnelles de la fonction à saisir les enjeux de leur mission, à se positionner dans l'organisation et à acquérir le professionnalisme suffisant pour créer les conditions générales qui vont permettre au système de s'adapter ».

Ainsi selon Christian BATAL³⁶ « le responsable de la gestion des ressources humaines est d'abord chargé du pilotage de cette fonction dans sa structure .Par conséquent, son travail va se structurer autour de six missions fondamentales :

- définir une politique ;
- consulter la direction ;
- organiser la fonction gestion des ressources humaines ;
- superviser, voire parfois traiter directement, certaines dimensions ou opérations sensibles ;
- manager directement son équipe ;
- contrôler la mise en œuvre de la politique définie, et en évaluer les résultats et les effets ».

Nous présentons ci-dessous l'organigramme de la DRH de CHRU de Lille³⁷ (figure n°2)

³⁵ D.BROCHER, B.ROMAN, Fonction personnel et changement dans l'entreprise : nouveaux rôles, nouveaux outils, nouveaux savoir, AGRH 1991, Cergy, p467.

³⁶ Op.cit, p70.

³⁷ O.DERENNE, A.LUCAS & coordonnateurs, Op.cit.p97.

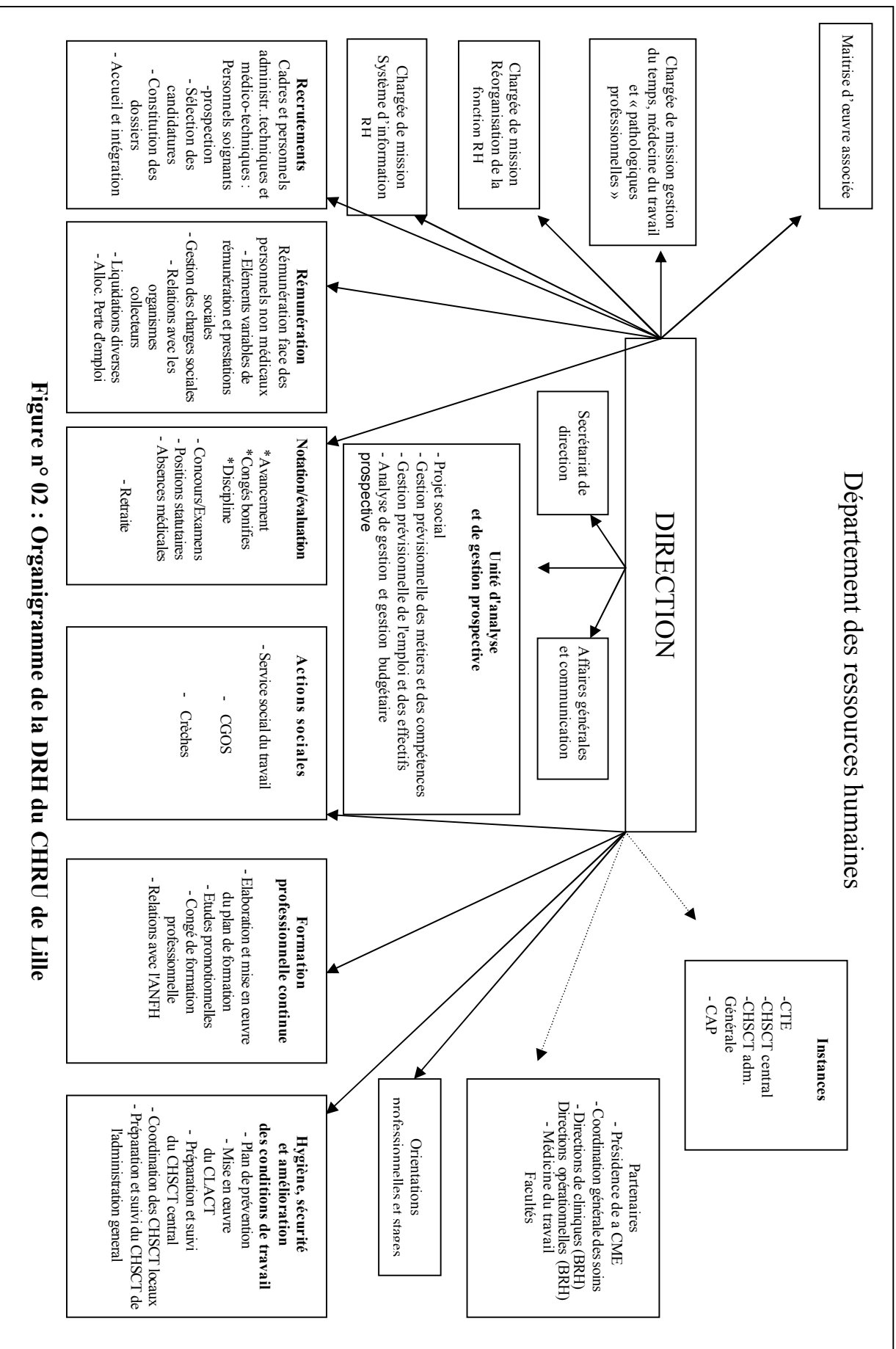


Figure n° 02 : Organigramme de la DRH du CHRU de Lille

7. Généralités sur les tableaux de bord du directeur des ressources humaines

A un moment où les dépenses du personnel représentent, dans les établissements publics de santé, le plus souvent 70 % du budget de fonctionnement, il devient indispensable pour les directeurs des ressources humaines de gérer en s'appuyant sur des informations fiables, sur des indicateurs clairs et explicites leur permettant d'agir rapidement.

Ainsi, en tant que gestionnaire, le directeur des ressources humaines a absolument besoin d'outils objectifs, de connaissance et de mesure.

A cet égard, la notion de tableau de bord constitue aujourd'hui la base d'un management hospitalier efficace.

Le tableau de bord a comme caractéristique essentielle de contenir des informations pertinentes qui vont permettre à la direction des ressources humaines d'examiner dans quelle mesure les objectifs ont été atteints et de suivre leur réalisation³⁸.

L'utilisation des tableaux de bord a plusieurs avantages :

- le premier est de permettre la visualisation claire et rapide d'une situation. Le tableau de bord est facilement déchiffrable ; sa lisibilité permet donc une conduite en temps réel des ressources humaines ;

- sa seconde caractéristique est de reposer sur des critères d'ordre quantitatif. Le tableau de bord oblige donc l'ensemble des agents travaillant au sein de la direction des ressources humaines à une grande rigueur et objectivité dans la mise en place des critères de gestion.

Deux grandes catégories de tableaux de bord peuvent être, à l'heure actuelle, utilisées par une direction des ressources humaines. Il s'agit d'une part des tableaux de bord qui sont en fait extraits du bilan social, et d'autre part de tableaux de bord construits pour les besoins du service.

A. Les tableaux de bord: extrait du bilan social

Le bilan social est un document obligatoire dont doivent se servir les hôpitaux. En fait, faire une lecture simplement juridique du bilan social serait une grave erreur. Ce document permet en effet de synthétiser en un seul et même endroit la plupart des indicateurs des relatifs à la vie sociale de l'établissement. Sa richesse lui permet, en

³⁸ H.LETEURTRE, M.VAYSSE, Les tableaux de bord de gestion hospitalière, Edition Berger-Levrault, Paris, 1994, p10.

sept grands chapitres, de donner un tableau général relativement exhaustif du fonctionnement social d'un hôpital.

Ces chapitres sont les suivants

- emploi;
- rémunération et charges sociales ;
- conditions d'hygiène et de sécurité ;
- conditions de travail ;
- formation ;
- relations professionnelles ;
- autres conditions de vie relevant de l'établissement.

Le bilan social condense une masse considérable d'informations de façon quantifiée et objective. Le directeur des ressources humaines a par conséquent intérêt s'investir dans l'élaboration du bilan social s'il veut pouvoir disposer d'une photographie exacte de l'évolution de la situation sociale de l'hôpital.

a. Répartition de l'effectif par âge et pyramide des âges

La pyramide des âges de tous les agents de l'établissement a le mérite de fournir des indications particulièrement nombreuses au niveau de la gestion du personnel. La pyramide des âges renseigne sur l'histoire récente de la structure et sur ses perspectives d'avenir. En effet, une pyramide des âges peut révéler par exemple un déséquilibre entre classes d'âges. Ainsi, si la classe d'âges des 25-40 ans se trouve surreprésentée, on peut en déduire une source de difficultés futures dans les quinze ou vingt prochaines années, avec alors une majorité de personnel âgé ou très âgé. En percevant aussi bien dans le temps les inconvénients d'une telle situation, le directeur des ressources humaines pourra anticiper en recrutant par exemple du personnel jeune. La pyramide des âges peut également être affinée par catégorie socioprofessionnelle ou par métier. Là encore, elle permettra d'entamer une réflexion sur le long terme, sur l'avenir de chaque catégorie socioprofessionnelle au sein de rétablissement hospitalier, avec ce que cela implique au niveau du recrutement, des possibilités de carrière, etc.

b. Répartition de l'effectif par ancienneté

La pyramide des âges par ancienneté a pour but de présenter l'effectif par classe d'ancienneté. La mesure de révolution de l'ancienneté moyenne éclaire ainsi le directeur des ressources humaines sur différents plans. Au niveau économique, il apparaît en effet qu'un

personnel disposant d'une ancienneté moyenne élevée vu par conséquent créer de façon automatique une masse salariale plus importante.

Au niveau social, l'ancienneté moyenne est aussi un précieux clignotant ; elle témoigne en effet dans quelle mesure les agents demeurent fideles à l'hôpital et dans quelle mesure il y a un turn-over raisonnable.

c. D'autres indicateurs peuvent être élaborés grâce au bilan social

L'originalité du bilan social réside dans le fait qu'il récapitule, dans un document principal, les données chiffrées permettant d'apprécier la situation de l'hôpital dans le domaine social, d'enregistrer les réalisations qui ont été effectuées et surtout de mesurer les changements intervenus.

Le bilan social va permettre par conséquent de suivre l'évolution de tous les indicateurs nécessaires au directeur des ressources humaines. Dès l'instant qu'il est communiqué également aux membres du comité technique d'établissement, il devient l'instrument d'un dialogue entre la direction des ressources humaines et les représentants du personnel ; il permet d'instaurer le dialogue social au sein de l'hôpital.

En conclusion, on peut dire que même si le bilan social demande, pour être établi, une charge de travail assez conséquente pour une direction des ressources humaines, il n'en demeure pas moins un instrument indispensable. Dès lors, il est absolument nécessaire de veiller à ce que les critères permettant l'établissement de chacune des rubriques demeurent exactement identiques au fil des années pour pouvoir effectuer des comparaisons. Si ces exigences sont respectées, le bilan social devient un document tout à fait riche d'enseignement. Mais s'il est intéressant et peut donner lieu à interprétation et commentaire, il n'est cependant pas suffisant. Il est nécessaire en effet de le compléter par différents tableaux englobant tous les aspects de la gestion des ressources humaines à l'hôpital : gestion prévisionnelle des emplois, suivi des effectifs, suivi financier des dépenses de personnel.

Dans l'ensemble de ces domaines, le directeur des ressources humaines devra disposer d'outils à la fois simples et lisibles.

B. Les tableaux de bord construits pour les besoins du service par la direction des ressources humaines

a. Le suivi des emplois et des effectifs

-La gestion prévisionnelle des emplois

La politique de l'emploi des centres hospitaliers doit définir l'évolution des effectifs à moyen et long termes. Il est en effet nécessaire, si l'on veut que l'hôpital dispose de personnel compétent et efficace en nombre suffisant en temps voulu, de prévoir l'évolution démographique et qualitative de l'emploi. Pour cela, il convient donc de déterminer les besoins en personnel, l'évolution des niveaux de recrutement, la politique de formation. Par exemple, si un projet d'établissement a trois objectifs : la création d'une nouvelle unité de soins destinée à lutter contre le sida, le développement, au niveau du service radiologie, d'un pôle IRM, la suppression de la cuisine intrahospitalière, le directeur des ressources humaines aura tout intérêt à suivre ces opérations. Il pourra ainsi bâtir plusieurs tableaux lui permettant de synthétiser les conséquences de ces restructurations sur les emplois.

- Le suivi des effectifs

Plusieurs tableaux de bord peuvent par conséquent être confectionnés de façon à pouvoir assurer un suivi mensuel des effectifs au niveau de chaque service.

b. Le suivi des dépenses de personnel

On sait que les dépenses constituent de très loin le pôle le plus important du budget de fonctionnement. Il devient donc absolument indispensable pour le directeur des ressources humaines de connaître minimum chaque mois l'état de ces crédits, compte par compte. Un tableau de bord synthétique peut être conçu pour suivre ces dépenses.

Par ailleurs, il est également nécessaire de suivre de très près l'utilisation du personnel de remplacement, éventuellement service par service.

Enfin, on peut également avoir recours à des tableaux permettant d'effectuer ce suivi sur l'année.

Donc, il apparaît que les tableaux de bord peuvent être précieux pour une direction des ressources humaines à condition qu'elle évite deux erreurs :

La première serait d'attendre des miracles en matière de gestion. Le tableau de bord n'est

qu'un clignotant, un indicateur ; il ne donne pas toutes les explications du phénomène qu'il constate.

La seconde erreur serait de mettre en place des tableaux de bord trop lourds à gérer et qui tomberaient peu à peu en désuétude.

C. Quelques exemples de tableaux de bord sociaux³⁹

a. Les tableaux de suivi mensuel

- Sans objectif préalable

Tableau n°01 : Nombre de jours d'absence par mois et par fonction

Dates	MOIS 01	MOIS 02	MOIS 03	MOIS 04
Administratifs				
Soignants, dont:				
IDE				
AS				
ASH				
Autres				
Médico-techn. dont:				
Manip.				
Techn.labo.				
Autres				
Services techniques et généraux				
TOTAL				

³⁹ O .DERENNE, A.LUCAS, Op.cit, p305.

- Avec objectif préalable

Tableau n°2: Suivi mensuel du budget des agents permanents (brut + charges)

Mois	Previsions		Réalisation		Disponible		
	Mensuelles	Cumulées	Mensuelles	Cumulées	Mensuelles	Cumulées	
						Valeur	%
Janvier							
Février							
Mars							
.....							

b. Les tableaux de bord sociaux utiles lors d'une prise de fonction

• **Indicateurs de moyens**

Effectifs rémunérés (ER)

Nombre moyen de lits

ER

Nombre moyen de lits occupés

ER

Nombre de points ISA produits

$\frac{\text{Effectif soignant}}{\text{ER total}} \times 100 = \%$

ER total

Nombre de mensualités de remplacement

ER

$\frac{\text{ER catégories C et D}}{\text{ER}} \times 100 = \%$

ER

• **Indicateurs de mouvements**

Nombre de changements d'affectation

ER titulaires et stagiaires ER

ER titulaires et stagiaires ER

ER + entrées – sorties

Nombre de sorties de la position d'activité

ER titulaires et stagiaires

• **Indicateurs de gestion de carrière**

Nombre de promotions de grades

ER titulaires et stagiaires

• **Indicateurs d'absences**

Nombre de jours d'absences maladie

X100 = %

Nombre total de jours travaillés

• **Indicateurs de formation**

Nombre d'agents partis en formation

ER titulaire, stagiaires et contractuels

Nombre d'heure de formation

Nombre d'agents partis en formation

• **Indicateurs de climat social**

Nombre de grévistes, suite à un mot d'ordre local

Er titulaire, stagiaires et contractuels

SECTION 2. LA GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES

Selon Christian BATAL⁴⁰ « la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est un outil au service de la gestion des ressources humaines qui se définit généralement comme un processus itératif permettant à une organisation de disposer en temps voulu des personnes possédant les capacités et la motivation suffisantes pour « pouvoir », « savoir » et « vouloir » occuper les emplois, remplir les missions et exercer les activités qui se révéleront utiles à sa vie et à son évolution » .

Ainsi selon M. DUBOIS et D. RETOUR⁴¹ « la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est l'ensemble de démarches, de processus de gestion et d'outils permettant d'anticiper sur les mutations lourdes que les ressources humaines dans leurs stratégies de développement ».

1. L'émergence de la notion de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Pour comprendre les enjeux qui concernent la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, il faut revenir à son histoire dans la sphère la plus élargie de la gestion des ressources humaines. Ce concept qui n'est pas toujours compris vu sa complexité nous renvoie à une étude approfondie.

Selon Michel ROUSSEAU⁴² « la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est née dans l'interface entre consultants spécialisés, entreprises de pointe et centres de recherches publiques, donc à la frange des administrations ».

A. Dans le secteur privé

L'évolution des recherches menées par les entreprises industrielles furent les premiers à penser à une gestion anticiper de leurs capitaux humains. Les résultats de ces recherches vont faire apparaître la notion de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qui relativement nouvelle puisque généraliser depuis les années 1980.

Dans l'industrie de l'après-guerre, la gestion des ressources humaines tient davantage de la gestion du personnel que la gestion prévisionnelle des emplois et compétences. L'administration du personnel est alors caractérisée par :

⁴⁰ Op.cit, p47.

⁴¹M. DUBOIS, D.RETOUR, La représentation sociale, fondement d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : Le cas des trois caisses d'allocation familiales, Actes AGRH, 1995, Poitiers, p257.

⁴² M.ROUSSEAU, La pratique des entreprises en matière d'anticipation des qualifications, Travail et emploi, n°57 bis.

- Une forte prégnance de la gestion administrative ;
- Une rationalisation des processus de production ; héritée de l'organisation taylorienne du travail ;
- Des situations individuelles traitées d'une façon quasi bureaucratique ;
- L'employé est considéré comme une dépense dont il faut minimiser ;
- La carrière, le plus souvent linéaire, se fonde essentiellement sur l'ancienneté ;
- La motivation est financière.

Jean-Pierre BOUCHEZ⁴³ parle de « Yalta économique » à propos de cette organisation économique qui reposait sur le partage des gains de production issus de la croissance et de la rationalisation du travail.

Les années 1960-1970 marquées par la sociologie des organisations, les grandes entreprises de secteur industriels doivent confronter l'utilisation maximum de leur masse salariale, pour garantir la fiabilité de la place de chacun des travailleurs dans le processus productifs.

Ce processus de caractéristique linéaire, implique dans son fonctionnement une utilisation optimale de ses membres. Il s'agit là d'une approche taylorienne de l'adaptation emploi-ressource ou individu.

La grande utilisation d'une main-d'œuvre délaissée et moyennant spécialisé, le principal objectif qu'elles veut atteindre reste d'éviter le gaspillage de temps et en force de travail, en disposant d'une manière permanente des effectifs suffisants pour garantir le fonctionnement maximum.

Le concept « the right man at the right place at the right time » a conduit à la concrétisation de l'introduction de la planification stratégique qui a pour principal objectif d'assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de travail. Cette planification reste strictement quantitative et collectif de personnel.

Ainsi, François CHEREL⁴⁴ a proposé, en 1969, pour organiser en particulier les services du personnel d'en prendre en considération les points suivants :

- « -études prévisionnelles pour analyser l'impact sur le personnel des mutations économiques et techniques ;
- organisation pour débureaucratiser la gestion du personnel ».

⁴³ Jean-Pierre BOUCHEZ, « La gestion des ressources humaines : son histoire et son devenir », in Les Ressources Humaines, coordination Dimitri WEISS, Editions d'Organisation, 1999, 795 pages, p. 28.

⁴⁴ François CHEREL, « Développement des politiques du personnel », *Personnel*, octobre 1969, n°128, p.28, cité par JP BOUCHEZ, opus cité, p.33

Les années de 1970 ont vu la fin de trente glorieuses avec les crises pétrolières, mais également le commencement de l'internationalisation. La concurrence est devenue un phénomène mondial, les entreprises agissent dans un contexte d'incertitude et du changement permanent.

En fait, les organisations doivent sans interruption s'adapter à un contexte en mutation: changements technologiques, parmi lesquels l'apparition des nouvelles technologies de l'information et de la communication, ouverture des frontières, changement du contexte financier et économique.

Les organisations sont ainsi confrontées avec le besoin d'adapter leurs facteurs de production, et ainsi leur personne et ceci dans un contexte de concept de visibilité réduite. La notion de compétence fait son entrée à travers la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Ainsi, pour Xavier BABOR⁴⁵ « la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'est pas née au hasard au début des années 1980. Les restructurations, les difficultés de recrutement, les mutations des technologies, des marchés et des produits, l'exigence de qualité totale ont conduit les entreprises à rechercher les moyens d'ajustement de leurs besoins et de leurs ressources humaines ».

Pendant cette période, les ressources humaines de fonction change d'aspect, d'objectifs et d'outils, devenant riches avec une vision individualisée de la gestion de personnel. Elle tient compte de l'employé en tant que tel, ses compétences, ses conditions de la formation et ses perspectives d'évolution de carrière, de ce fait fournissant les bases de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences telles qu'elle est actuellement entendue. Un employé n'a pas nécessairement une vocation pour occuper un poste de travail, auquel il pourra réclamer pour de son niveau de qualification.

Mais la gestion prévue et individualisée du personnel n'est pas élaborée, d'une manière systématique, à la totalité des employés de cette époque. Si la masse des salariés qualifiés qui concerne toujours généralement une gestion collective, le suivi éventuel prospectif individualisé est à la prérogative des cadres.

Si le contexte économique des années 1970-1980 a induit à repenser l'organisation des outils productifs, se sont souvent des instruments "GPEC" qu'on a contribué à la mettre en application.

⁴⁵ Xavier BABORE, « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en entreprise », *Cahiers Français*, n°263, juillet - septembre 1993, p.4

Le législateur a néanmoins contribué pour donner à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences une estimation légitime dans le monde de travail, à travers le problème des employés vieux et/ou spécifiquement soumis à des mutations.

Le rapport d'activité de l'entreprise, soumis par l'employeur aux membres du conseil de l'entreprise doit ainsi, avoir des informations concernant la situation économique et financière de l'entreprise, pour indiquer les actions, en particulier de prévention et de promotion, que l'employeur projette de mettre en application, tenant compte des prévisions ou présentent des caractéristiques sociales ou des qualifications qui les exposent davantage aux conséquences économiques et technologiques. Il s'agit là des conditions de bonne utilisation de ses employés plus exposés, d'abord vers une étape de gestion des ressources humaines plus réussie.

B. Dans le secteur public

L'opération du passage de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et de ses outils du secteur privé au secteur public n'était pas aussi simple que l'on croyait, puisque entre les deux secteurs, il y a une déférence très grande. C'est pourquoi les pays développés ont essayé de réformer leurs statuts de la fonction publique en introduisant des éléments qui peuvent contribuer à faciliter l'utilisation de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences privé.

En outre, le contexte économique est contraint pour le secteur public que le secteur privé. Ainsi pendant les trente glorieuses, les revenus des fiscaux ont augmenté en parallèle avec le taux de croissance et ont permis le développement des services publics. Pendant les crises économiques du dernier quart du XXème siècle, les administrations ont connues des difficultés financières liées en grande partie de la baisse des impositions aggravant les activités économiques, se sont retrouvés dans des conditions de gestion rare à laquelle elles étaient peu accoutumées. Le besoin de réduire, ou du moins de bien maîtriser, les dépenses publiques ont conduit à rechercher à la meilleure relation coût/efficacité de la démarche publique.

Appelé à diminuer des dépenses publiques, l'Etat fait le premier à se lancer dans la recherche des méthodes de gestion et de management appropriés, et c'est du rôle du secteur privé que les ministères allèrent rechercher ces outils, qui leur permettraient de repenser la gestion des ressources humaines dans l'administration, et d'affirmer une efficacité évidente.

L'introduction de la gestion prévisionnelle dans le secteur public est reconnue par les textes réglementaires des années 1990 qui montrent nettement le besoin d'en faire un outil contrôle

de réformes de secteur public. Cette importance donner à la gestion prévisionnelle des emplois et compétences est résumé dans une phrase, qui l'exige en⁴⁶ « instrument privilégié d'une politique de valorisation des ressources humaines seul susceptible d'assurer la cohérence entre l'évolution des missions, des métiers et des qualifications et des politiques de gestion du personnel ».

C'est pourquoi les ministères de santé de quelques pays développés comme la France ont essayé d'introduire l'aspect de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Le Centre d'Etude et de Recherche sur les Qualifications (CEREQ)⁴⁷ en France a dresser un état des lieux sur la situation des emplois des services administratifs, techniques et logistique à l'hôpital de 1986 à 1987.

La réflexion commence par un objectif d'assurer un appui aux établissements qui ont connus d'importants problèmes de gestion des ressources humaines. Elle obtiendra un résultat en 1991, dans l'ouvrage référence de Madame Nicole Raoult, intitulé *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier* et devenu comme un guide, destiné aux établissements hospitaliers à le reproduire comme nouvel outil.

Ainsi, la présentation du livre, rédigée par Gérard VINCENT⁴⁸, précise : « La gestion prévisionnelle est une préoccupation nationale. Elle s'inscrit dans une initiative gouvernementale qui a permis des échanges fructueux avec la fonction publique d'Etat. Dans les établissements hospitaliers, elle devient une nécessité impérieuse dans le cadre des projets d'établissement définis par la loi hospitalière ».

Cependant, la première partie des années 1990, n'a pas donnée d'expériences attendues de mise en œuvre de politiques de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans les hôpitaux ; mais plus tard la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est entrée dans les milieux hospitaliers, au point de devenir un vrai souci de la majorité des responsables des ressources humaines.

⁴⁶ Michel SAPIN, Préface du Guide méthodologique « *Gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences* », Ministère de la Fonction Publique et de la réforme de l'Etat, DGAFP, juin 2001, p.1

⁴⁷ CEREQ, *Evolution du travail et des emplois dans les services administratifs et logistiques*, Collection des Etudes, n° 84, mars 199

⁴⁸ Nicole RAOULT, *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*, L'harmattan, 1991, 285 pages

2. La notion de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans l'hôpital public

Il est important de proposer une définition de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, avant d'indiquer dans quelle point cette notion peut s'adapter aux diverses situations de l'univers hospitalier.

A. L'évolution conceptuelle de la définition de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

a. La variété du concept

-La sémantique multipliée de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est apparue au cours des années 1970, selon Xavier BABOR⁴⁹ « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences demeure encore une appellation non contrôlée ». Avant l'expression gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) il y avait des expressions comme : Gestion Prévisionnelles des Emplois (GPE), Gestion Prévisionnelle et Préventive des Emplois et des Compétences(GPPEC)⁵⁰ ou Gestion Anticipée des Emplois et des Compétences(GAEC)⁵¹ et Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et des Compétences (GPEEC)⁵².

-L'utilisation de la définition de Nicole Raoult

Vu l'emploi des gestionnaires des hôpitaux du terme gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, nous retiendrons la définition la plus couramment utilisée et qui exprime clairement ce qu'est la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans l'hôpital donnée par Nicole RAOULT⁵³ : « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de plans d'action cohérents :

- visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources de l'établissement, en termes d'effectifs et de compétences ;
- en fonction de son plan stratégique ou au moins d'effectifs à moyen terme bien identifiés ;
- Et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet professionnel ».

⁴⁹ Xavier BABOR, Op.cit, p.5.

⁵⁰ Dominique THIERRY, *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et compétences*, L'Harmattan, 1990, 186 pages.

⁵¹ Nicole MANDON, *Analyse des emplois et gestion anticipée des compétences*, CEREP, Bref n°55, 1990.

⁵² *Etablissements publics de santé, Guide de gestion prévisionnelle des emplois et compétences*, Ministère de travail et des affaires sociales, Direction des Hôpitaux, mai 1997, 134 pages.

⁵³ Nicole RAOULT, *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*, L'harmattan, 1991, 285 pages.

Il semble commode, dans cette phase, d'observer que cette définition se base sur le caractère à la fois intégral de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, en ce qu'elle s'intéresse à l'ensemble des effectifs, et individuel par la prise en considération de l'employé et de son plan de carrière personnel.

Guy LEBOTERF⁵⁴, pour sa part, propose une déclinaison opérationnelle de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences consiste pour l'essentiel à :

- décrire le contenu actuel des emplois-type d'une entreprise ou d'une organisation ;
- identifier les facteurs-clé d'évolution (technologique, organisationnelle, économique, réglementaire, culturelle...) susceptible d'avoir un impact sur cette cartographie ;
- décrire l'évolution prévisible et souhaitable de la cartographie et des emplois-types au regard de ces facteurs d'évolution ;
- identifier les principales décisions de gestion (formation, mobilité, recrutement, organisation) permettant de faire face à ces évolutions ».

C'est ainsi que la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences doit adopter tous les aspects internes et environnementaux de l'entreprise dans une approche globale.

b. Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences aux multiples figures

Pour réaliser les objectifs ambitieux qu'elle définit, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences doit s'inscrire en même temps dans une perspective quantitative et qualitative, collective et individuelle. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'est pas uniquement une gestion humaine mais aussi une gestion financière de la ressource humaine et une approche certainement ordonnée.

- Une perspective quantitative ou qualitative ?

La politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences se base sur une évaluation quantitative des problèmes qui lui sont posés et prend aussi en compte des aspects qualitatifs. De ce fait la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences prend en considération d'une part, la dimension des ressources disponibles en termes de volumes et la dimension ajustée sur l'analyse des compétences.

L'analyse quantitative des ressources humaines de l'institution hospitalière constitue un préalable obligatoire. En effet, le marché de l'emploi a connu des pressions relatives aux

⁵⁴ Guy LE BOTERF, *L'ingénierie des compétences*, Editions d'Organisation, 2ème tirage 1999, 414 pages, p. 14.

certaines catégories de métiers hospitaliers, les craintes des hôpitaux portent généralement sur le nombre d'agents utiles. C'est pourquoi quelques outils comme les pyramides des âges, les tableaux de bord de suivi des départs et arrivées sont nettement consacrés à cette phase nécessaire.

Ainsi, il ne faut pas oublier la dimension qualitative de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, qui permet d'analyser les métiers et les postes de travail, comme leur contenu actuel, les évolutions prévisibles appropriées. Ainsi l'organisation peut elle reconnaître, avec régularité, des besoins de compétences qu'elle lui nécessitera de satisfaire.

-De l'individuel au collectif

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences était au début collectif dans sa conception et sa mise en œuvre, avançant les questions de ressources humaines dans l'optique de la masse des salariés. Cette approche demeure inévitablement nécessaire dans les établissements hospitaliers, l'objet même de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences étant de garantir l'adéquation entre les besoins et les ressources de l'établissement considéré.

Il est également recommandé de tenir en compte les aspects individuels des agents hospitaliers. La relation avec le patient, le haut degré de qualification et de compétences détenus par les personnes ainsi que la prédominance de facteurs psychologiques dans le processus de production du soin, sont autant de règles de centrer l'approche de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sur l'agent. Cela inclut non uniquement la prise en considération de ces règles dans la réalisation des passerelles professionnelles individuelles, mais aussi une participation active de tous à la démarche de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qui doivent être convenable.

-La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est une gestion financière de la ressource humaine

Comme la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ne peut être conçue sous l'unique optique de la gestion administrative des ressources humaines, elle ne peut pas non plus éviter des considérations budgétaires et donc financière qui constituent un souci indispensable de la gestion des établissements de santé, dans une situation de modification cohérente de leur mode de subvention budgétaire. L'idée qui dirige à l'élaboration d'une politique de gestion anticipée des ressources humaines doit donc tenir en compte les besoins

en termes de compétence, avec les moyens dont dispose l'établissement pour mettre en œuvre ses ambitions.

- Une approche certainement ordonnée

La concordance de l'ensemble vient de l'ajustage des parties. C'est l'adage de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qu'il avère essentiel de ne pas privilégier une dimension au détriment des autres, et que la réussite d'une telle politique réside dans l'art d'unir dimensions quantitatives et qualitatives, individuelle et collective, préventive et curative.

c. Les concepts reliés à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

La première phase d'une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est la perception de l'existence sur le plan quantitatif mais particulièrement sur le plan qualitatif. On peut choisir que ce que l'on maîtrise. Cela s'explique à la fois par une démarche métier/emploi-type qui concerne la détermination des activités réelles de l'entreprise et par une approche compétences pour retracer les aptitudes essentiels à leur mise en œuvre.

Premièrement, le poste de travail, la base de l'organisation taylorienne du travail, est la traduction de la situation de travail individuelle et localisée. Il existe généralement une personne par poste de travail. Ce concept est trop précis pour permettre une approche globale, il était donc nécessaire de la dépasser.

-La notion de compétence

La compétence en gestion des ressources humaines est une notion propre et difficile à cerner. Ainsi, selon Claude FLÜCK⁵⁵ « happée par chacun mais comme un savon qui glisse entre les doigts, la notion de compétence s'élargit et se combine du gré des utilisateurs qui la peignent à leur convenance ». Si la qualification est une donnée parfaitement objective, il est difficile de concevoir la compétence.

⁵⁵ Claude FLÜCK, « Le terrain... bousculeur de génie, évolution des pratiques actuelles de la gestion et du management des compétences », *Personnel*, n° 439, mai 2003, pages 45-50, p.47.

Ainsi, pour Guy LEBOTERF⁵⁶, « La compétence s'exerce dans un domaine particulier. Elle est contingente. Il y a toujours « compétence de » ou « compétence pour ». Ce qui revient à dire que toute compétence est finalisée (ou fonctionnelle) et contextualisée ».

Dans un autre ouvrage⁵⁷, il revient sur cette construction pour détacher la compétence d'autres éléments : « La compétence est une construction ; c'est le résultat d'une combinaison pertinente entre plusieurs ressources. Il convient donc de distinguer :

- les ressources nécessaires à la construction des compétences ;
- les compétences qui s'expriment en termes d'activité ou de pratiques professionnelles et correspondantes à des schémas propres à chaque personne ;
- les performances qui constituent les résultats évaluable provenant des actions mises en œuvre (indice de qualité, taux de fidélisation de clients, quantité de production, chiffre d'affaire, taux de valorisation, taux d'erreurs ...etc.) ».

Si la compétence est reconnue comme une construction, il est alors facile de reconnaître les principaux domaines qui la composent. Thomas DURAND⁵⁸ s'y est lié dans son article intitulé : L'alchimie de la compétence « La compétence recourt à trois dimensions génériques : la connaissance, la pratique et les attitudes ». La connaissance répond à l'ensemble des informations adoptées et incorporées dans les cadres de référence qui permet à l'entreprise de conduire ces activités et d'opérer dans une situation spécifique. La pratique traite de la capacité d'agir d'une manière concrète et selon un processus ou des objectifs prédéfinis. Enfin, les attitudes forment un aspect indispensable de la capacité d'un individu ou d'un établissement à réaliser quoique ce soit, en un mot de sa compétence.

Les divers concepts et définitions qui viennent d'être soulignés sont applicables à toute démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. À propos du secteur public, il est nécessaire de prendre compte d'autres éléments : le métier et les métiers sensibles, l'emploi, la fonction, le poste de travail, le corps et le grade.

⁵⁶ Guy LE BOTERF, *De la compétence à la navigation professionnelle*, Les Editions d'Organisation, 1998, 295 pages, p. 54.

⁵⁷ Guy LE BOTERF, *L'ingénierie des compétences*, opus.cité, p.35.

⁵⁸ Thomas DURAND, « L'alchimie de la compétence », dossier « Compétence, de la théorie au terrain », *Revue Française de Gestion*, n°127, janvier - février 2000, p.85.

-Le métier

Le métier identifie un ensemble de situations de travail présentant des contenus d'activités identiques et appelant, donc des compétences semblables, acquises par l'apprentissage et/ou l'expérience est reconnue par l'établissement. Le critère capital du métier est donc l'activité, c'est-à-dire un ensemble de tâches appréciables qui peuvent être caractérisées par des actions. Et qui ne dégage pas de jugement de valeur sur la qualité du travail produit.

Le métier réunit un ensemble de postes de travail, d'emplois proches les uns des autres. Le métier appartient à une « famille de métiers ». Celle-ci regroupe en son sein les métiers proches les uns des autres, par leur technicité, l'objet sur lequel ils se basent et les compétences qu'ils requièrent. Une famille de métiers peut être décomposée en plusieurs sous-familles regroupant des métiers appartenant à un secteur d'activité considéré. Ainsi, le métier d'auxiliaire de puériculture fait partie de la sous-famille « puériculture », elle-même comprise dans la famille « soignant » de la fonction « soins ».

-Les métiers sensibles

Il s'agit de certains des métiers exercés au sein de l'hôpital, qui sont susceptibles de connaître les plus fortes évolutions, voire de subir des contraintes au plan démographique, social ou organisationnel, voire en termes des compétences ou de qualifications.

Il y a bon nombre d'exemples de métiers sensibles comme « fonction d'infirmier ». B. DONIUS⁵⁹ a dégagé cinq critères, permettant de qualifier un métier de sensible :

- L'évolution : lorsque le contenu du métier évolue au point de modifier le profil professionnel requis ;
- La réduction : la tendance envisageable de réduction importante des effectifs, au-delà du mouvement naturel des départs en retraite ;
- Le développement : les métiers qui seront amenés à occuper une place plus importante à l'avenir pour le développement d'activités, et dont les effectifs seront insuffisants ;
- Le blocage : désigne les métiers peu attractifs car pénibles et ne nécessitent pas un niveau de qualification élevé ;
- Le risque : Les métiers comportant des fonctions, des tâches qui feront l'objet d'une nouvelle répartition du fait de l'évolution du contenu d'autres métiers voisins.

⁵⁹ Bruno DONIUS, in *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, tome 2 : Le développement des ressources humaines*. Coordination O.DERENNE, A. LUCAS, Edition ENSP, 2002, 294 pages, p. 27.

Ne pas prendre en compte ces métiers sensibles permet de mettre en avant les cibles avantagées d'une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

-L'emploi

Ce concept concerne une gestion collective des ressources humaines alors que les compétences conduisent à une gestion individuelle. Dans les hôpitaux, ce concept d'emploi est détaché du grade pour réduire le fonctionnement de l'administration dans la mesure où plusieurs grades autorisent l'accès à plusieurs emplois. C'est aussi un concept qui contient un aspect budgétaire dans le sens où un crédit garantit l'existence de l'emploi, et permet donc de rémunérer son occupant. Les emplois figurent aux « états des emplois permanents » de l'établissement, répartis par service et qualification.

-La fonction

La définition de fonction forme un premier degré de description d'un emploi. Elle décrit à quoi sert l'emploi dans l'organisation du travail. Elle forme par conséquent un élément d'analyse de l'emploi, l'exercice d'une fonction désignant la mise en œuvre de compétences.

-Le poste de travail

Il désigne le lieu physique et géographique, constituée d'un ensemble de tâches et formant l'unité de base de l'organisation du travail à un moment indiqué. Le poste de travail est le niveau de précision suprême de la nomenclature des emplois types mentionné. Le calcul des « effectifs cibles » aboutit à la budgétisation de plusieurs emplois pour que soit assuré la permanence du service à un même poste de travail.

-Le corps et le grade

Il concerne des concepts propres à la fonction publique, dont les résultats permettent de reconnaître les diversités qui pèsent sur la gestion des ressources humaines dans le milieu hospitalier.

Les fonctionnaires dépendent des corps qui ont un ou plusieurs grades et sont classés, selon leur niveau de recrutement, en catégories.

Le grade est le titre qui donne à son titulaire vocation à exercer l'un des emplois qui lui conviennent.

3. la GPEC une démarche claire et des outils adaptables

A. Les étapes de la démarche de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Toute démarche est une pensée sur les moyens de diminuer l'écart entre les besoins de l'organisation et les ressources humaines disponibles. Les apports concernant la GPEC permet de classer quatre grandes phases dans la démarche :

- L'étude des besoins actuels et des ressources disponibles ;
- La projection des besoins futurs et des ressources indispensables pour les satisfaire ;
- L'analyse des écarts à remplir pour adapter les ressources actuelles aux besoins futurs ;
- La mise en œuvre d'une politique d'adaptation fondée sur les supports classiques de la gestion des ressources humaines.

Selon Christian BATAL⁶⁰, la démarche de GPEC peut s'inscrire dans une prévision à plus ou moins long terme et distingue trois niveaux de prévision :

- l'anticipation à court terme (six mois à deux ans) permet d'anticiper les besoins à brève échéance, donc avec une assez bonne visibilité, et de mettre rapidement les décisions en œuvre,
- la prévision s'inscrit dans le moyen terme (3 à 5 ans) : la visibilité se réduit et les décisions prises ne peuvent être définitives,
- la prospection (échéance supérieure à 10 ans) permet simplement d'identifier les tendances lourdes.

Les trois niveaux de prévision peuvent cohabiter dans une même démarche : les tendances lourdes distinguées par la gestion prospective seront affinées par la gestion prévisionnelle et les réponses finales seront apportées dans le cadre d'une gestion anticipée.

La figure n°3 démontre les principales démarches de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

⁶⁰Christian BATAL, *La gestion des ressources humaines dans le secteur public*, Tome 2, Editions d'Organisation, 2000, 253 pages, p. 190.

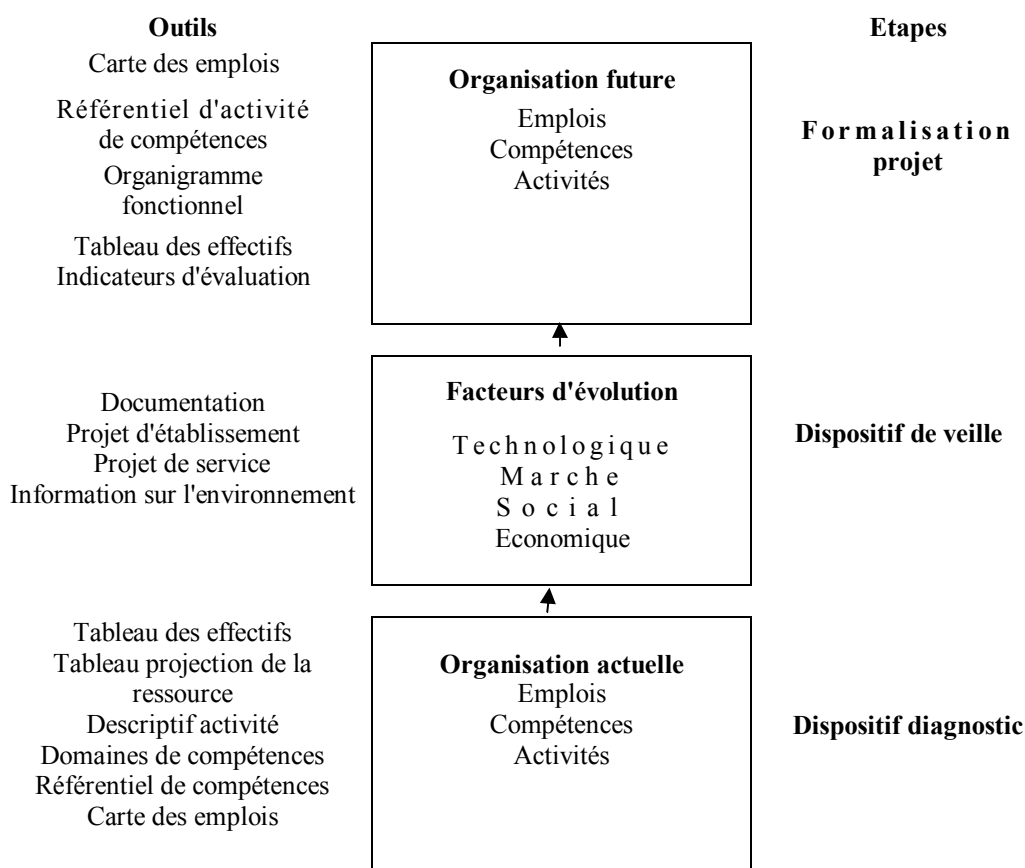


Figure n°3: La démarche GPEC⁶¹

B. L'adaptabilité de la GPEC.

La démarche de GPEC est adaptable à diverse situations que l'hôpital peut être conduit à rencontrer. En plus, il existe deux démarches d'entrée dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Selon Bruno DONIUS⁶², la démarche peut être ascendante ou descendante. La démarche descendante commencera par la définition de la stratégie de l'établissement, ensuite, les écarts entre les besoins constatés et des besoins anticipés seront analysés afin de mettre en œuvre une politique d'effacement de ces écarts. Cette démarche d'entrée peut être considérée comme la démarche d'entrée "classique" de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Cependant, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences peut aussi être abordée dans une logique ascendante : « C'est à

⁶¹ O.DERENNE, A.LUCAS & coordonnateurs, Op.cit p78.

⁶² Bruno DONIUS, in *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, opus cité, P. 22-23.

l'occasion de la recherche de solutions à une problématique quotidienne que pourrait être initiée une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ».

C. La préparation des outils de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'est pas une somme d'outils. Néanmoins pour être indispensable, elle s'appuie sur des instruments simples et opérationnels adaptés à ses objectifs, sinon c'est la dérive vers l'instrumentation structurante. L'organisation est, dans cette hypothèse, contrainte à s'adapter à la mise en œuvre d'outils lourds, centralisateurs, technocratiques. L'objectif est, en réalité, totalement contraire. Il faut que les outils de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences aident le plan et conduisent son évolution sans que leur utilisation devienne un objectif en soi.

Les outils ce sont généralement des instruments ou des procédures nécessitent :

- de savoir (fonction veille) ;
- d'anticiper (fonction prospective) ;
- de corriger (fonction de recrutement) ;
- de suivre (fonction de formation) ;
- évaluer les actions (fonction d'évaluation).

a. La fonction veille

L'hôpital doit être attentif et donc, il doit avoir d'indicateurs de veille. Cette veille comporte une analyse descriptive de l'évolution des effectifs par type d'emploi. Elle utilise donc des indicateurs démographiques (pyramide des âges, ancienneté, turn-over, absentéisme, etc.).

Cette fonction veille est garantie par le service d'analyse de l'administration des ressources humaines. Elle doit être composée de personnel et de moyen matériel lui permettant de remplir cette mission.

b- La fonction prospective.

Cette fonction complète la fonction veille. Elle a pour mission d'avertir les gestionnaires des impacts possibles de certains facteurs d'évolution externes ou internes, afin de localiser les emplois sensibles. Elle identifie des besoins en compétences nouvelles pour que l'institution puisse remplir ses missions.

c - La politique de recrutement.

Auparavant, le recrutement dans les hôpitaux se fait sur des bases particulièrement quantitatives, actuellement cette méthode a changé. Ces établissements recourent à des psychologues spécialisés dans le domaine du travail pour utiliser des outils dans le recrutement.

Donc, la politique de recrutement doit prendre en considération des éléments issus des fonctions de veille et de prospective. Elle renforcera ainsi sa dimension qualitative de recherche de compétences en concordance avec les besoins de l'hôpital.

Le but est donc d'utiliser les principes de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et ses réflexions pour ajuster le recrutement à la réalité des besoins de l'établissement.

d- La politique de formation

Actuellement, l'hôpital doit dépasser une logique administrative de gestion d'une dépense imposée à l'établissement, à une logique d'investissement en formation pour se renforcer de compétences. La formation est donc une réponse aux besoins et aux objectifs stratégiques de l'établissement.

Le but de la formation est d'accorder à l'ensemble du personnel la possibilité de procurer des compétences actualisées et adaptées aux évolutions de l'environnement afin de permettre à l'établissement de remplir ses missions. La formation est donc un support de changement et d'adaptation très fort.

e- L'évaluation individuelle

L'évaluation de chaque employé présume qu'en amont soit nettement définie la prestation qu'il doit accomplir. C'est la description du but de son poste au sein de l'établissement.

Sur cette base, l'évaluation individuelle permet de connaître la situation de l'agent et d'anticiper son évolution.

4. L'intégration de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans un plan stratégique.

A. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences doit s'inscrire dans une démarche stratégique globale

a. L'approche stratégique dans les hôpitaux.

L'analyse stratégique dans l'entreprise a pour objectif de fixer les axes principaux qui lui admettront d'avoir une situation productive et permanente dans un environnement concurrentiel. Brièvement, la démarche stratégique est un processus fréquent, qui débute par la fixation des différents secteurs d'activité de l'entreprise et par la définition de la mission de l'organisation.

Suite à cette base, et après étude, sont fixés des objectifs puis des plans d'actions devant permettre leur accomplissement. La démarche doit être suivie d'une communication efficace, de moyens de contrôle et d'adaptation à partir de sa réalisation. Ce mode de démarche s'est progressivement obligé aux hôpitaux publics. Il doit emmener ces établissements à modifier les fonctionnements rigides et cloisonnés qui favorisent un manque de regard de la finalité globale du système de santé.

L'établissement doit avoir un style prospectif en obligeant l'établissement à planifier, sur le moyen terme, ses objectifs et ses moyens. Dans les réflexions stratégiques des établissements, il faut intégrer la politique sociale, le plan de formation et les moyens en personnel.

b. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences admet l'adaptation entre stratégie et gestion des ressources humaines.

Pour conclure, ces instruments de planification tendent à prouver qu'à partir de la définition de l'évolution de l'établissement, il devient facile d'évaluer les besoins futurs en termes d'effectifs et de compétences. L'établissement ayant tracé l'objectif à atteindre, la description des différences entre les ressources actuelles et les besoins futur est alors possible.

La réponse à ces différences sera abordé par la politique de gestion des ressources humaines qui elle-même pourra se reposer sur la GPEC. Cette démarche est ainsi un outil au service d'une stratégie et non le contraire. Elle permet la mise en cohérence des objectifs et de la réalité des compétences du personnel de l'hôpital.

B. la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est une démarche efficace et pratique.

a. La GPEC est une démarche, pas la somme d'outils.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ne doit pas être une somme d'outils, sinon elle devient une opération automatique pour l'organisation au sens où la mise en œuvre d'actions se fait au service de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et non plus le contraire.

L'outil est alors une fin en soi. Il n'y a certes pas de méthode normalisée, mais les expériences concrètes permettent de restaurer au moins un point de passage inéluctable pour détailler ce travers.

Le plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences suppose une responsabilité des différents acteurs à tous les niveaux. La hiérarchie et les employés eux-mêmes, car cette démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est double :

- Elle a une mission collective : elle impose un processus fréquent avec des phases d'analyse, de synthèse et de décision pour l'action qui mobilisent les cadres.
- Elle replace l'agent au centre des procédés de gestion des ressources humaines, qui doit donc admettre de se placer dans cette nouvelle perspective.

b- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences doit s'énoncer en actions de gestion des ressources humaines.

Elle doit conduire à la mise en œuvre de programmes d'actions qui peuvent se baser sur :

- le plan de recrutement ;
- la gestion des mobilités internes;
- des plans de requalification, pour garantir la modification interne des compétences ;
- des promotions professionnelles.

c. La démarche s'adhère dans une stratégie de communication

Il faut utiliser la transparence pour faire savoir aux employés leur avenir dans l'établissement pour leur permettre d'adhérer leurs plans professionnels dans le milieu des grandes orientations institutionnelles. La discussion avec les représentants du personnel permet cette lisibilité, et le plan d'établissement est su de tous les employés.

SECTION 3. LE RECRUTEMENT

Pour sauvegarder et améliorer son niveau de qualité, l'hôpital doit préserver une démarche de sélection lors du recrutement. Réellement : «*« La compétence du personnel représente un atout essentiel pour que l'hôpital puisse développer une démarche qualité »*⁶³ et selon CREMADEZ⁶⁴ « *L'hôpital est une organisation dont l'efficacité repose essentiellement sur les compétences des professionnels qui la composent.* ».

Il avérerait même qu'il faudrait augmenter son niveau de recrutement pour élever son niveau de qualification donc d'expertise et par conséquent garder son niveau de qualité des soins.

Nous retenons que le recrutement constitue un élément stratégique de la gestion des ressources humaines. Il symbolise une des clés de la réussite de l'ensemble des stratégies de l'établissement. Puis qu'il prend la forme d'une acquisition de compétences sur un marché concurrentiel, il doit être pris comme une opération d'investissement, et confirmer qu'elle est rentable pour l'établissement.

Avant d'analyser l'ensemble de la démarche de recrutement il faut citer quelques définitions.

-Recruter.

C'est conduire quelqu'un à faire partie d'une équipe ; c'est un dispositif actif : « *un processus qui consiste à choisir entre divers candidats en vue d'un poste de travail qu'on a jugé utile de créer, de maintenir ou de transformer.* »⁶⁵.

La définition de Franck BOURNOIS selon le livre "gérer et dynamiser ses collaborateurs", précise "*recruter quelqu'un c'est à moment donné effectuer un diagnostic sur une personne pour pouvoir formuler ensuite un pronostic d'adaptation à une situation de travail, c'est-à-dire au contenu d'un emploi et de son environnement humain, physique, organisationnel.*"⁶⁶

Ces définitions font ressortir la nécessité de faire reposer son choix sur des outils en projetant la personne dans le poste actuel et en envisageant son devenir.

-La politique de recrutement.

Elle doit garantir le présent tout en préparant l'avenir de l'établissement, et « *peut être définie comme un ensemble coordonné d'actions visant à doter l'institution de moyens humains*

⁶³M.BOUTLY-SALOU, *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière .Tome 2 le développement des ressources humaines* coordination O. DERENNE, A.LUCAS ,Rennes, ENSP, 2002, section II, la politique de recrutement pp 157-178, p158

⁶⁴ M.CREMADEZ, F.GRATEAU, *Le management stratégique hospitalier*, Paris, Editions Masson 1997.

⁶⁵ P.LOUART, *Gestion des ressources humaines*, Éditions Eyrolles, 1991.

⁶⁶ F.BOURNOIS, *Gérer et dynamiser ses collaborateurs*. 2e édition, Paris, Editions Eyrolles, 1989

adéquats pour lui permettre de réaliser ses finalités en s'adaptant à l'évolution de son environnement. »⁶⁷

Ainsi, elle doit anticiper tant quantitativement que qualitativement sur ses besoins en personnel. Pour cela la politique de recrutement s'inclue dans la stratégie globale de gestion de l'établissement

-La procédure de recrutement.

La construction d'une succession d'étapes et l'élaboration de critères de choix qui vont permettre d'engager du personnel en vérifiant ses aptitudes présentes et ses possibilités d'évolution pour faire partie de l'institution hospitalière.

Très longtemps réalisé grâce à un savoir-faire empirique, le recrutement tend actuellement à se formaliser dans le cadre d'une politique de gestion des ressources humaines obéissant à des règles précises. Il devient alors un acte technique opposable à tous les candidats et permet plus d'objectivité sans toutefois nier l'influence des relations humaines.

Une bonne procédure de recrutement doit se construire en respectant une suite logique d'étapes, car contrairement aux idées répandues elle ne se limite pas à la procédure de sélection. Elle s'étend de la demande de recrutement jusqu'à l'intégration afin d'adapter les compétences.

1. Le processus de recrutement.

Le recrutement comporte un ensemble d'opérations successives qui se déroulent dans un ordre déterminé afin de ne pas omettre ou de survaloriser une phase.

A. La genèse du besoin.

Cette étape se déroule en plusieurs phases, elle est fondamentale quant à la suite du processus. La capacité des effectifs se base sur certains éléments : une estimation de la charge de travail, la recherche de la qualification nécessaire.

La décision de recrutement, de plus se base sur l'obligation de vacance d'un emploi suite à une création, un départ ou une transformation de poste. La décision demande donc une analyse préalable : le poste doit-il être pourvu ? Le service a-t-il toujours besoin d'un agent ? La même qualification est-elle encore nécessaire ? Quel est l'écart mesuré entre le besoin et

⁶⁷M.GENIN, Les outils pour le recrutement et la sélection du personnel infirmier, ENSP, 1989.

les ressources en métier et en compétences présents dans l'établissement ? Quels sont les moyens d'adaptation, de formation, de promotion avant de décider le recrutement ?

Finalement, l'organisation du concours devra donner lieu à la publication du poste par la globalité des moyens disponibles. L'investigation de la qualification nécessaire vient automatiquement par la définition des profils de fonction puis de poste. Effectivement, la description du métier recherché se révèle obligatoire pour la possibilité de mettre en concordance les besoins de l'établissement et les ressources des candidats. Pour cela, différents outils sont à appeler :

- **Le métier.**

Il rassemble un ensemble d'activités professionnelles, regroupant des postes ou des spécialités, pour lesquelles il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique.

- **Le profil de fonction.**

Il définit le travail à faire pour chaque catégorie professionnelle en indiquant les importantes missions. Il détermine les compétences ou les connaissances à disposer pour effectuer ces missions. Il est commun à l'ensemble d'une catégorie professionnelle ou d'un métier. Il concerne l'ensemble des employés de cette profession pour tout l'établissement. Il constitue une référence professionnelle pour tous les personnels.

- **Le profil de poste.**

Il retrace le travail dans le poste existant, il doit donc être le plus proche possible de la réalité. Il définit en terme de compétences le champ d'action et de responsabilité, les qualités indispensables chez un employé pour un poste déterminé. Il constitue un répertoire des compétences indispensables sur un poste précis.

- **L'appel à candidature.**

Il est organisé selon le domaine professionnel à parcourir et du public ciblé. Pour cela la diffusion se fera en interne comme en externe en fonction du poste, des compétences disponibles et recherchées et de la politique de promotion professionnelle envisagée dans l'établissement.

Ces outils sont les conditions nécessaires à la formalisation de la procédure de recrutement. Ils permettent la définition des critères qui aideront au choix et constitueront un référentiel de compétences.

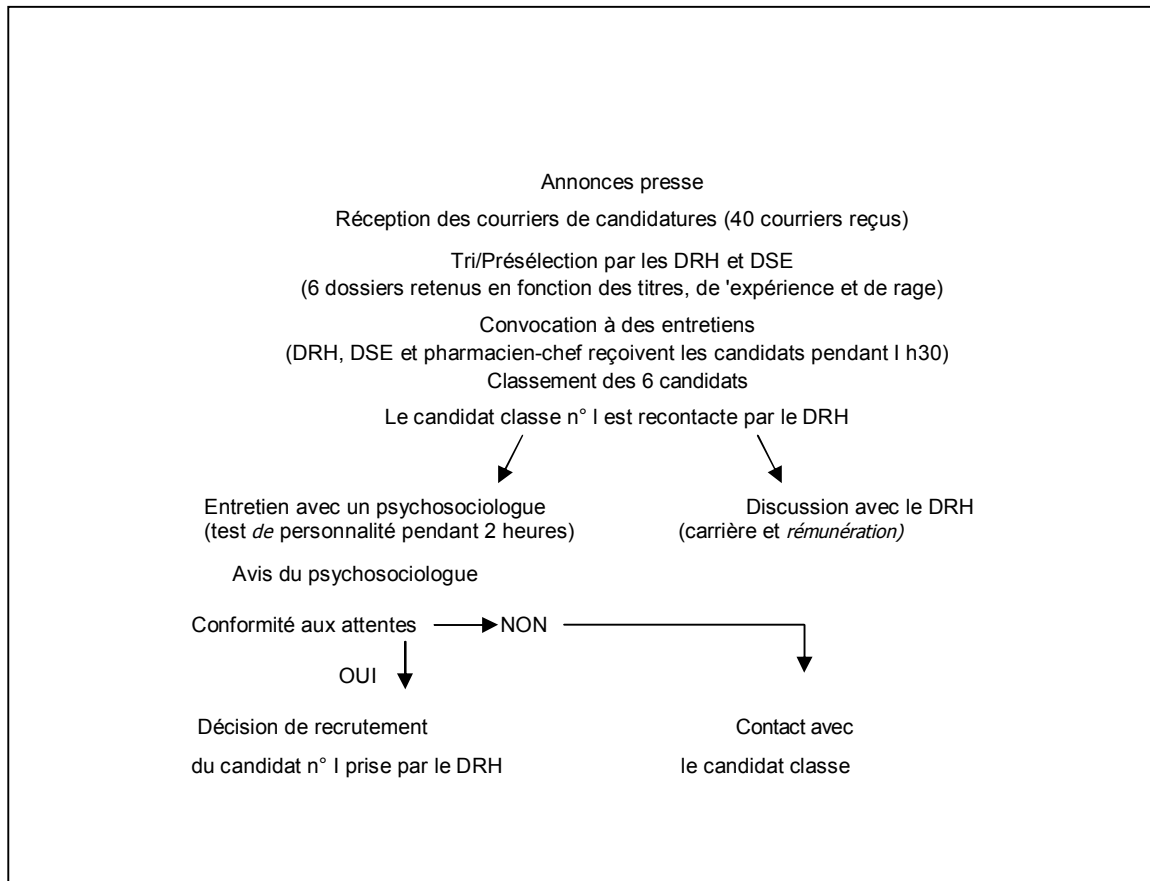


Figure n°04: Les étapes du recrutement d'un ingénieur logisticien⁶⁸

B. La candidature.

Le plus généralement elle se concrétise par trois éléments et parfois un quatrième : le premier contact téléphonique, la lettre de motivation, le curriculum vitae et le projet professionnel.

- **Le premier contact téléphonique.**

Il représente la première relation entre le recruteur et le recruté potentiel. C'est grâce à cette première communication que se fonde la première impression du candidat par rapport à l'établissement qu'il a choisie. De la réception qu'il a reçue, des éclaircissements qui lui ont été données, dépendra en grand partie sa motivation et, son engagement.

⁶⁸ O.DERENNE, A.LUCAS & coordonnateurs, Op.cit p124.

- **La lettre de motivation.**

Elle constitue le fondement des preuves qui ont provoqué la démarche du candidat. Elle divulgue certains éléments de la vie et de la personnalité du postulant. En l'écrivant puis en l'envoyant, il signe sa volonté de s'engager vis-à-vis d'un établissement.

- **Le curriculum vitae.**

C'est un document qui reflète les compétences acquises et proposées par le candidat, de son parcours de formation ou professionnel. Utile pour le recruteur, il permet dans un document concluant et bref de se faire une première pensée des potentialités proposées. Il formera un des éléments importants de l'entretien de recrutement.

- **Le projet professionnel.**

Il symbolise l'objectif professionnel qu'une personne souhaite atteindre à moyen ou à long terme et qu'elle veut confronter aux moyens et aux projets d'une entreprise. A partir des motivations et des compétences de l'intéressé, il vise le type d'emploi qu'il prévoit exercer et les moyens qu'il compte mettre en œuvre pour y parvenir.

Il représente « *l'intention de réalisation d'une œuvre, d'un travail, d'une action, intention suscitée par une motivation, animée par une implication continue, affirmée par une orientation de valeur. Cette intention se réalise par un trajet tenant compte des conditions de l'environnement et des évènements prévus et imprévus de son histoire. Le projet se définit constamment et progressivement, il se rectifie par sa réalisation en cours.* »⁶⁹

C. La sélection

Elle doit permettre d'assurer un recrutement en adéquation avec le besoin avoué, dans les délais attendus. Elle doit respecter la procédure telle qu'elle a été définie au préalable ainsi que le cadre réglementaire.

La sélection faite en interne ou en externe est la même et se déroulera en plusieurs étapes (cf. figure n°4).

- **Le premier tri**

Il comprend en l'analyse des motivations, des curriculums vitae et des projets professionnels. Cette première étape permettra de comparer les profils et les caractéristiques des postulants avec les exigences des postes à pourvoir. Cette sélection permettra de recevoir en entretien uniquement les candidats qui se conforment à ses besoins.

⁶⁹ J-P.BOUTINET, *Anthropologie du projet*, Paris, Edition Presses Universitaires de France, 1990, p47.

- **L'entretien de sélection.**

C'est un exercice compliqué qui ne peut être totalement objectif puisqu'il mobilise des relations humaines et laisse une part à la subjectivité et à l'impression. Il exige de se projeter dans l'avenir pour anticiper les évolutions des techniques de soins à apparaître dans l'établissement et les essentiels changements d'emplois qui marqueront le parcours professionnel.

C'est donc le moment propice de la procédure, réellement, il permet :

- de rechercher et de vérifier l'adéquation entre le profil du poste et celui du candidat ;
- d'évaluer les motivations et le potentiel d'évolution du futur employé ;
- de repérer ses valeurs ;
- de présenter au postulant l'établissement et le poste à pourvoir,
- au candidat de présenter son projet professionnel, son expérience professionnelle et ses aspirations tant professionnelles que personnelles ;
- de répondre aux questions éventuelles.

La présentation des profils de fonction et de poste permettra de prendre en considération des spécificités et des exigences du poste. Le renseignement du dossier type d'entretien de recrutement facilitera la collection des informations nécessaires à la connaissance du candidat (cf. figure n°5 et 6).

1. L'accueil a pour objectif de mettre à l'aise le candidat.
2. La présentation de la (ou des) personne(s) qui participe(nt) à l'entretien pour permettre au candidat de situer ses interlocuteurs.
3. La présentation du candidat : ses études, son parcours professionnel, ce qu'il a retenu de ses expériences passées. Cette phase permet de préciser les éléments de *curriculum vitae* et de voir comment le candidat a vécu ses différentes expériences.
4. L'explicitation de sa candidature : ses motivations, son projet professionnel. Les participants à l'entretien peuvent cerner la logique ou non du parcours, le réalisme des motivations, la connaissance ou non de l'établissement, et si l'entretien a été préparé par exemple, en se renseignant auparavant sur les activités de l'établissement.
5. Les informations complémentaires peuvent être données à ce moment sur le poste, ses contraintes, ses exigences, la cohérence en fonction de ce que recherche le candidat.
6. Les réponses aux questions éventuelles du candidat doivent être données afin qu'il n'y ait pas la moindre ambiguïté en cas de recrutement.
7. La conclusion permet de synthétiser l'entretien et de reformuler certains points importants de l'entretien.

Figure n°05: Le déroulement de l'entretien⁷⁰

⁷⁰ O.DERENNE, A.LUCAS & coordonnateurs, Op.cit p125.

- **La décision.**

A la fin du parcours, la décision du recrutement sera peut être prise selon des modalités définies au préalable et connues. Elle découle des différentes informations qui ont été enregistrées tout au long de la procédure, de la confrontation des opinions et des impressions, des intuitions et des subjectivités.

NOM..... Prénom..... Age..... Emploi recherché Temps plein..... Temps partiel FORMATION (Centre de formation: diplômes, années, formations complémentaires, langues, observations) EXPERIENCE PROFESSIONNELLE (Employeurs précédents, situation actuelle, observations) Disponibilités Préavis..... MOTIVATIONS (Projet professionnel, choix du CHU d'Angers.....) Affectations recherchées: Affectation non désirées: Nuit: Remarques (horaires, contrainte personnelle, moyen de locomotion): EVALUATION PROFESSIONNELLE EVALUATION DE PSYCHOLOGUE AVIS APRES ENTRETIEN							
<input type="checkbox"/>	Très favorables	<input type="checkbox"/>	favorable	<input type="checkbox"/>	réservé	<input type="checkbox"/>	Non favorable
<p>DECISION:</p> <p>Noms Signatures</p>							

Figure n°06: Une fiche d'entretien de sélection⁷¹

⁷¹ O.DERENNE, A.LUCAS & coordonnateurs, Op.cit p126.

- **L'affectation.**

Elle comprend le choix et la désignation d'une personne pour un poste. Ce choix est essentiel puisque généralement il sera décisif pour la suite du parcours professionnel du candidat, mais aussi pour l'établissement qui doit rentabiliser au meilleur résultat le recrutement.

Le dossier d'entretien, la conclusion des différents entretiens, les fiches de poste et de fonction, l'inventaire des postes disponibles permettront d'affecter l'agent en fonction des besoins de l'institution, des compétences découvertes, des potentialités localisées et de ses aspirations.

Cette décision est de prime à bord car de ce premier poste dans l'établissement résultera en grande partie la motivation et l'implication future. L'image de l'efficacité de la gestion des ressources humaines, la nouvelle recrue, après une période d'adaptation doit apporter une réelle plus-value à l'établissement, une valeur ajoutée et une augmentation des compétences et des performances dans le groupe.

D. L'accueil.

La phase de l'accueil des nouveaux recrues devient une question d'importance majeure : « *l'accueil n'est plus aujourd'hui limité aux malades et à leur famille. L'institution hôpital, pour préserver son niveau de développement et de compétence, doit également réfléchir à l'accueil de ses personnels, à leur intégration dans les rouages parfois complexes de l'établissement [...] C'est pourquoi, il convient de rappeler que l'accueil constitue une des valeurs fondamentales de la gestion des ressources humaines.* »⁷²

L'accueil, c'est recevoir quelqu'un d'une certaine manière ou recevoir et donner l'hospitalité à quelqu'un. C'est de plus : « *Un acte ou une attitude capital qui permet à celui qui vient, d'entrer en contact avec celui qui est déjà là.* »⁷³

L'accueil est un outil de gestion des ressources humaines il doit parallèlement s'intéresser à la réalisation de plusieurs objectifs. Dans l'ensemble il permet de :

- faciliter la prise de fonction,
- réduire la période d'apprentissage,
- permettre d'obtenir le maximum d'informations sur l'institution, son organisation ; sur les droits et les obligations des employés et sur le fonctionnement du service.

⁷² D.MARTIN, *Accueil, insertion pourquoi faire ?*, Gestions hospitalières, Mai 1995, p87.

⁷³ R.POLETTI., *Valeurs professionnelles et éthique professionnelle*, Les soins infirmiers, Paris, Le Centurion 1983, p112.

Au niveau de l'institution il doit permettre à l'employé de se localiser, de savoir le projet et ses valeurs afin de pouvoir y participer. Il dépend de la responsabilité de la direction de l'établissement.

Au niveau du service, il doit permettre à l'employé d'obtenir rapidement les connaissances et les compétences spécifiques au poste qui lui est accordé. Il guide méthodiquement et progressivement le nouvel arrivant. Il lui permet de se constituer des repères et de développer un sentiment de sécurité plus important par la mise en place d'un tutorat, sous la responsabilité du cadre du service.

Ainsi, c'est au personnel en place de créer l'accueil des nouveaux employés dans le cadre d'une action collective qui se renforcera d'elle-même « *par l'intégration de l'individu à une communauté, une place dans un ensemble social et surtout la participation à des convictions et des valeurs communes.* »⁷⁴

Cette action pourra prendre trois dimensions :

L'une, organisationnelle, définit la prise en charge du nouveau recrue dans la dimension personnelle, professionnelle, et administrative.

La deuxième, matérielle, organise la réception que l'on réserve à la personne tant sur le plan des équipements et de l'environnement au travail.

Enfin, la troisième, comportementale tend à apporter les réponses à chacune des attentes, des demandes de la personne, à installer le climat de la communication.

En effet, la condition première d'une bonne ambiance passe par la satisfaction du besoin chez chacun, de participer à la réalisation d'un objectif collectif. De la qualité de l'accueil dépendra par la suite l'intégration de la nouvelle recrue selon deux dimensions et à deux niveaux.

-Au sein d'un groupe, « *l'intégration s'exprime par l'ensemble des interactions entre les membres, provoquant un sentiment d'identification au groupe et à ses valeurs. La difficulté consiste à concilier ces intégrations, chaque citoyen pouvant appartenir à plusieurs groupes. Ici encore, c'est le degré de cohésion de l'ensemble qu'il s'agit de mesurer.* »⁷⁵

En fonction des attentes des uns et des autres afin que chacun trouve et prenne sa place dans l'organisation, « *Ce sont ces besoins qui vont créer l'épanouissement personnel et pousser vers la recherche de l'efficacité personnelle (responsabilité, autonomie, perfectionnement et progression) [...] C'est peut-être dans ce sens que le développement de la personne est le*

⁷⁴ P.BERNOUX, *Sociologie des organisations*, Paris, Editions Le Seuil, 1983, p84.

⁷⁵ M.GRAWITZ, *Lexique des sciences sociales*, Paris, Edition Dalloz, 1994, p35.

*plus important, il met l'accent sur la relation fondamentale qui existe entre le développement des hommes et l'efficacité des entreprises. »*⁷⁶

- Au sein du service, les attitudes, l'ambiance, le climat qui règne vont teinter la capacité de l'agent à se sentir en confiance et à s'exprimer, en effet : « *Le développement de la personne dépend essentiellement de la capacité d'échange avec le milieu, du volume des échanges, mais aussi de la qualité et de la cohérence de ces échanges entre la personnalité et les différents milieux. »*⁷⁷

Ainsi, il se familiarisera d'autant plus facilement et rapidement, s'intégrant au groupe qui l'a accueilli et intégré. En confiance, il prendra sa place dans la réflexion du collectif et pourra s'inscrire dans une dynamique d'action. Cette familiarisation se base sur quatre impératifs :

- la connaissance des valeurs et des normes et leur intériorisation,
- la coordination entre les acteurs,
- la poursuite de buts communs avec des objectifs définis et mis en œuvre,
- l'adaptation efficace au milieu qui assure l'adéquation des moyens aux buts poursuivis.

Ces préalables répondent à des impératifs dont « *Le besoin d'intégrer des actions individuelles dans une marche collective est un impératif universel de gestion [...] Il faut coordonner, mais sans étouffer pour autant, sans casser l'enthousiasme de chacun, ses désirs d'aller de l'avant, d'innover, de créer, sans le démotiver. »*⁷⁸(cf. figure n°7).

⁷⁶ R.BOSQUET, *Fondement de la performance humaine dans l'entreprise*, Paris, Editions de l'Organisation, 1989, p123.

⁷⁷ H.SEYRIEX, *Zéro mépris*, Paris, Inter Edition, p54.

⁷⁸ P.D'IRIVANE, *La logique de l'honneur : gestion des entreprises et traditions nationales*, Paris, Editions du Seuil, 1989.

Les différentes étapes de la démarche

I. AVANT LA PRISE DE FONCTION

-Entretien avec le «tuteur relais».

Objectifs:

- Faire connaissance avec le nouvel arrivant.
- Présenter le mode général de fonctionnement du service, ses objectifs, la fonction à remplir, rétablissement et ses activités.
- Lui remettre des documents formalisés : description du poste, fascicule d'accueil, les modalités de formation.
- Faire visiter l'établissement.
- Présenter le nouvel arrivant à l'équipe.

1. A LA PRISE DE FONCTION

Nouvel entretien avec le tuteur relais.

Objectifs:

- Rappeler et approfondir un certain nombre de supports déjà remis et lus par la personne recrutée.
- Présenter le tuteur opérationnel (prise en charge par le tuteur opérationnel pour l'apprentissage des savoir-faire listés sur la fiche de fonction).

2. BILANS — EVALUATIONS

Bilan intermédiaire écrit lorsqu'un nouvel arrivant rencontre des difficultés importantes. Evaluation dans tous les cas au bout de quelque temps d'exercice (souvent 3 mois). La fiche d'évaluation est remplie à partir de la description de fonction et avec le tuteur opérationnel.

Figure n°07: Une démarche de tutorat dans un centre hospitalier ⁷⁹

⁷⁹ O.DERENNE, A.LUCAS & coordonnateurs, Op.cit p129.

E. L'encadrement et l'évaluation.

L'encadrement relève de l'art d'accompagner une personne pendant un petit moment, de l'aider à cheminer sur le chemin de l'apprentissage, de la connaissance d'un nouveau milieu, dans le cas du nouveau recrue, le service d'affectation, de l'art de soigner ces personnes là, à cet endroit précis, avec ses collègues en particulier.

Il se décline en deux temps : la mise en place d'un tutorat puis l'organisation de l'évaluation.

Le tutorat, il concourt à l'atteinte de plusieurs finalités :

- accompagner l'agent dans sa découverte progressive,
- lui donner les informations nécessaires à la bonne exécution de son travail,
- répondre à ses interrogations,
- lui montrer les tâches à accomplir,
- lui préciser ce qui est attendu, dans quels délais,
- évaluer la progression en liaison avec le cadre du service.

Il est assuré par un pair, agent possédant une expérience qui lui permet de transférer ses connaissances au novice placé sous sa responsabilité.

L'évaluation, elle repose sur un postulat qui veut que les personnels représentent non seulement des ressources mais aussi, et peut-être avant tout, comme possédant et apportant des ressources à l'institution. Elle représente donc une valeur ajoutée à protéger et à aider dans son développement dans le cadre de la politique de gestion des ressources humaines.

Néanmoins elle doit permettre en plus de confirmer ou d'infirmer les potentialités décelées lors de l'entretien d'embauche. Elle s'organise donc comme « *une démarche qui vise à mesurer les résultats d'une action* »⁸⁰, et vise à porter un jugement de valeur sur les actes réalisés, les capacités d'évolution et d'adaptation, à déterminer la valeur humaine et morale de l'agent.

Elle représente donc un ensemble d'activités qui vont de la relation entre plusieurs individus, à l'observation, à la détermination de normes, à la recherche de critères, à un exercice de comparaison, à une mesure de la valeur de l'action.

⁸⁰ M.GRAWITZ, *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 1994

F. La mise en stage et la titularisation.

Lorsqu'ils sont nommés stagiaires, les agents hospitaliers ne sont cependant pas encore assurés de la stabilité de leur emploi. « *En effet, ils sont nommés dans un emploi et ne sont pas titulaires du grade.* »⁸¹.

La titularisation marque quant à elle réellement l'ouverture du droit à la carrière pour l'agent. Elle constitue donc un acte lourd de conséquence car elle confère « *un titre permanent dans le grade donnant vocation à occuper un emploi correspondant* »⁸²

La décision est prise par l'autorité investie du pouvoir de nomination. Cette décision en forme d'arrêté confère à l'agent le titre de fonctionnaire à part entière et lui octroie un grade dans la hiérarchie qu'il conservera toute sa carrière, sauf avancement, ou sauf à être radié pour un des motifs de cessation de fonction. En général, la carrière prend fin lors du départ à la retraite. Seules des situations graves peuvent rompre la carrière mais demeurent toutefois exceptionnelles.

Devant la gravité et l'importance que revêt la décision de titularisation, celle-ci nécessite de la part de la direction des ressources humaines une réflexion d'ordre éthique. « *En effet, aujourd'hui, l'éthique dépasse le cadre traditionnel de la pratique individuelle ou collective des équipes soignantes : l'évolution hospitalière, en matière de qualité des soins et de droit des patients, intègre une dimension éthique en matière de gestion des ressources humaines* »⁸³

Un tel mode de réflexion dans la décision de titularisation, dépasse donc l'aspect statutaire et réglementaire : tout en plaçant le malade au cœur de l'action, il permet de moduler une gestion affective par une analyse de situation plus fiable et plus objective.

En effet, envers les patients, les directions ont le devoir de sécurité et de garantie d'une qualité optimale de soins, donc d'exigence de qualité envers les professionnels. Au-delà de l'opportunité économique de la titularisation, une réflexion fondamentale, approfondie et consensuelle à propos de la validité de l'argumentation finale est donc indispensable.

⁸¹ J.CLEMENT, *Le fonctionnaire hospitalier*, Paris, Edition Berger-Levrault, 1989.

⁸² J.CLEMENT, *Op.cit*

⁸³ MA.PERREAU-SAUSSINE, *Le Directeur et l'éthique à l'hôpital*, ENSP, 1998.

2. La place de la GPEC dans le processus de recrutement

Michèle GANTIER⁸⁴ constate dans un article de « gestions hospitalières » que l'approche « quantitative » de la GPEC en lien avec la gestion des flux n'était que très rarement effective. Ils existent très peu de plans de remplacements à moyen terme pour anticiper les départs en retraite, en congés maternité.

Quant à l'approche « qualitative » de la GPEC, correspondant à la gestion des compétences, les projets de service, n'abordent pas les conséquences en effectifs, emplois et compétences.

L'importance de l'évaluation prévisionnelle des compétences à venir est particulièrement bien explicitée dans ce texte de Geneviève KREBS⁸⁵ : « Une entreprise a des besoins en ressources humaines en fonction de la charge de travail du moment et des objectifs à atteindre, mais elle doit également devancer les besoins à venir en fonction de la stratégie, les évolutions du marché et des caractéristiques propres au marché. Pour y parvenir, elle doit définir l'évolution de ses ressources humaines au plus juste. (...). Elle établit un état des lieux de ses ressources du moment ainsi que des ressources futures, sur une période allant jusque trois années L'écart mesuré facilite la mise en place d'une stratégie de recrutement et des plans de formation à venir. ».

La GPEC permet d'anticiper les évolutions des effectifs qu'elles soient naturelles ou liées aux besoins de l'établissement. En fonction du nombre de postes concernés, de l'évolution des compétences nécessaires liés aux projets de l'hôpital, différentes stratégies peuvent s'imposer, le recrutement est l'une d'entre elles.

L'absence d'anticipation face notamment aux évolutions technologiques et à l'évolution de la démographie hospitalière est source de difficultés à court, moyen et long terme. Un manque de gestion prévisionnelle dans les hôpitaux publics aboutit par exemple à des recrutements dans l'urgence, toujours pénalisant pour l'établissement et pour la personne recrutée.

Pourtant la situation risque de s'aggraver à moyen terme dans les prochaines années du fait du départ massif en retraite et de la croissance des besoins de la population. « Aujourd'hui on ne peut parler de pénurie, mais plutôt de tension à certains moments et à certains endroits »⁸⁶.

L'un des aspects de la GPEC concerne la gestion des compétences, Cette notion de compétence intervient à différents stades du processus de recrutement d'un nouveau recrue;

⁸⁴ M.GANTIER, Gestion des compétences et démarche qualité dans les hôpitaux, Gestions Hospitalières. Mars 2005.n°444, p195.

⁸⁵ G.KREBS, Ressources humaines /nouvelles pratique selon l'ISO 9001, Saint Denis AFNOR, 2004.164p.

⁸⁶ R.BARTHES, Gestion des ressources humaines, ENSP, Renne, 2005.

que ce soit au niveau de sa sélection, de son accompagnement, que ce soit au moment de son évaluation dont elle doit constituer le socle d'une évaluation objective.

3. La compétence et le processus de recrutement

Le concept de compétence a évidemment toute sa place dans différentes phases du processus de recrutement.

En effet, dès la phase d'analyse du besoin, une étude s'avère utile pour déterminer les « compétences » utiles au fonctionnement d'un service et déterminer les effectifs nécessaires. Dans la phase de sélection, la finalité est de sélectionner les plus « compétents » parmi un nombre important de postulants; bien que la sélection du nouvel agent sans expérience ne puisse s'appuyer sur des compétences acquises, mais plutôt sur des aptitudes difficiles à mettre en évidence. Pendant la phase d'intégration, le nouvel agent, accompagné d'un tuteur développe les compétences spécifiques au service d'affectation. L'instauration d'un suivi du nouvel agent facilite une évaluation structurée d'objectivée par les compétences acquises ou en cours d'acquisition par le nouvel agent.

De multiples définitions de la compétence existent, nous retenons la définition du répertoire des métiers : *« C'est un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels structurés, mobilisés et utilisables en fonction des activités à réaliser dans des situations de travail actuelles et futures. C'est aussi la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances associées à ces savoir-faire et des savoirs être. La compétence est inséparable de l'action et elle ne peut être véritablement appréhendée qu'au travers de l'activité par laquelle elle s'exprime et dont elle permet la réalisation. Une compétence peut être spécifique d'un métier ou commune à plusieurs métiers .La compétence est toujours sujette à apprentissage. Elle est évaluable, progressive à travers des degrés de maîtrise et reconnue à travers soit un diplôme ou un parcours de formation qualifiante, soit par la validation des acquis de l'expérience »*⁸⁷.

Le nouvel recru doit rapidement acquérir les connaissances et les compétences spécifiques à ce poste. Cette étape doit être formalisée. Un accompagnement personnalisé (tuteur ou parrain) et l'existence de documents ressources (référentiels de compétences, profils de postes,...) permettent à la personne concernée de s'intégrer dans une situation de travail et plus largement dans un environnement professionnel. *«Les référentiels ne sont à proprement*

⁸⁷ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière ; Rennes : Editions ENSP, 2004. 435p

parler que des « références », ce sont des points de repères (...). Ce sont des cibles par rapport auxquelles les individus vont entrer dans le processus de construction des compétences, vont apprendre à agir avec compétence »⁸⁸. Les référentiels ne décrivent pas les compétences régulières et singulières élaborées par chacun.

L'acquisition des compétences au cours de la formation ne fait pas du nouveau recrue prêt à faire face à toute situation. Il est nécessaire de donner à tout agent nouveau un temps d'adaptation, de prise de repères, dans le cadre du travail qui sera le sien. Un minimum d'accompagnement est indispensable.

⁸⁸ G.BOTERF, Ingénierie et évaluation des compétences. 4ème édition. PARIS : Editions ORGANISATION, 2004, p90

SECTION 4. LA GESTION ET L'EVALUATION DES COMPETENCES

1. La gestion des compétences

A. La gestion des compétences est une approche stratégique.

Selon L.CADIN et F.GUERIN la gestion des compétences est qualifiée de stratégique si :

- « elle est affichée comme un enjeu dans le projet d'établissement,
- elle est connue et perçue par l'ensemble des acteurs,
- elle détermine un ensemble d'actions cohérentes pour atteindre l'objectif principal d'un établissement public de santé qui est d'offrir à tous et en tout lieu l'accès à des soins de qualité,
- elle participe à élaboration de la politique générale».⁸⁹

Donc, il y a une adaptation entre les actes de recrutement, de formation, de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et l'employé.

Le modèle de gestion s'appelle modèle de management des compétences⁹⁰. Il est incommode, car il suppose au minimum :

- une organisation de travail dans laquelle les salariés ont des occasions de mobiliser leurs compétences afin d'opérationnaliser les orientations de l'hôpital, et partant, de contribuer à sa performance.
- une relation d'emploi modifiée avec, d'une part, une explicitation des attendus de l'hôpital par rapport à ses professionnels et, d'autre part, une employabilité renforcée et une progression professionnelle reconnue.

B. La gestion des compétences comme approche managériale

a. Le management des compétences se caractérise par un savoir être

Michel CROZIER cité par Mr PARLIER⁹¹ affirme que « toute organisation moderne repose sur la bonne volonté de ses membres et la capacité d'adaptation, d'innovation et de l'aptitude à coopérer entre eux ».

Claude LEVY-LEBOYER⁹² va dans ce sens en parlant de la motivation au travail : « la motivation au travail est un processus complexe qui fait intervenir autant les dimensions individuelles (image de soi, ambition) que les caractéristiques de l'organisation (contenu des tâches, ambiance de travail).

⁸⁹ L.CADIN, F.GUERIN, La gestion des ressources humaines, DUNOD, 2003 p. 59.

⁹⁰ C.JOUVENOT, M.PARLIER, Elaborer des référentiels de compétences, Edition ANACT 2005, p. 10.

⁹¹ PARLIER « Reconnaître les compétences », revue personnel, août -septembre 2002, n° 412, pp. 71-75.

⁹² LEVY-LE BOYER « Le cœur à l'ouvrage », revue sciences humaines, mars 1999, n°92, pp. 20-23

Irréductible à quelques recettes, la motivation du personnel se gère et se reconstruit en permanence à partir de multiples stratégies ».

PORTER et LOWER⁹³ cité par ABBAD J. comptent les facteurs de la motivation : le contenu des tâches, l'autonomie, la variété des tâches, l'intérêt de la tâche, le feed-back, l'importance des renforcements positifs et des renforcements négatifs.

Cette approche managériale fondée sur le savoir être nous amène à définir cette compétence selon Annick PENBO-LATOUCHE⁹⁴ :

« Le savoir être est composé :

- des qualités morales qui témoignent de l'acquisition d'un certain nombre de règles sociales et de leur acceptation.
- des aptitudes intellectuelles comme l'esprit de synthèse, l'autonomie, le sens de l'organisation qui dépend de la rencontre entre la personnalité de l'individu et l'environnement dans lequel il se trouve.
- des comportements relationnels comme l'adaptation à l'autre, l'écoute. Le savoir être porte autant sur le résultat obtenu que sur la manière de l'obtenir.
- des comportements témoins d'implication comme la disponibilité dans les groupes de travail hors des horaires habituels, de la participation active, de l'adhésion aux valeurs. Il s'agit là de tout ce qui fait un cadre ou un professionnel, qui va bien au-delà de ce qui est attendu et qui relève d'une démarche réellement proactive. »

E. FRIEDBERG⁹⁵ place cette compétence managériale comme « une vision plus négociatrice qui préconise mieux l'existence de plusieurs rationalités et la nécessité de mobiliser les apports des uns et des autres pour organiser leur convergence et leur coordination ».

b. Le management des compétences et le référentiel de compétences

L'élaboration d'outils de gestion est selon MOISDON⁹⁶ une représentation temporaire autour de laquelle les acteurs commencent par des apprentissages croisés l'exploration des liens qui les unissent, des conditions de leurs activités, du sens des termes qu'ils utilisent et des voies par lesquels ils peuvent évoluer.

⁹³ J.ABBAD, Organisation et management hospitalier, Paris BERGER LEVRAULT, 2001, p.417.

⁹⁴ A. PENBO-LATOUCHE, Pour en finir avec le savoir être », revue soins cadres, n°41, février 2002, pp. 43-45.

⁹⁵ E. FRIEDBERG, Pouvoir et la règle », PARIS Editions du seuil, 1993.

⁹⁶ J.C.MOISDON, Du mode d'existence des outils de gestion, édition Seli Arslam, 1997, p. 92.

Le développement d'un référentiel de compétences⁹⁷ comprend la dénomination et la définition des compétences attendues par l'organisation et généralement par la coproduction avec les acteurs qui tient compte la dimension individuelle et collective du travail.

La structure de référentiel de compétence est au centre d'un système à plusieurs dimensions :

- dans le plan macro, la politique, les objectifs et les stratégies de l'hôpital vont induire les modes de l'organisation et les modèles de management du plan méso;
- dans le plan de méso, l'organisation et le management vont configurer les situations du travail et les interactions entre les divers acteurs;
- dans le plan micro, se trouve les situations d'interactions de travail.

Le référentiel permet à tout employé de :

- s'ajuster par rapport aux besoins actuels et futurs de son métier dans le cadre d'un parcours professionnel ;
- d'objectiver les appréciations portées sur le professionnalisme de chacun ;
- servir à l'entretien hiérarchique ;
- rémunérer au regard des compétences qu'il maîtrise et qu'il exerce.

Le processus de construction d'un référentiel est donc un processus collectif, qui relie les divers catégories d'acteurs et à la condition duquel chacun développe ses représentations et ses enjeux d'utilisation. Ce processus doit mener à un accord au travers duquel, il devient un outil de reconnaissance des compétences, de gestion des carrières, de gestion de la formation et de la rémunération. Le référentiel de compétence semble donc comme la base clé du management des compétences.

c. L'importance de la phase du recrutement et de l'entretien d'évaluation dans le management des compétences

- Le recrutement

C'est la phase favorisé pour reconnaître les compétences acquises par l'employé dans le cadre de son expérience et d'évaluer l'écart entre ses compétences acquises et les compétences attendues par rapport au poste souhaité ou disponible.

L'analyse du curriculum vitæ et les entretiens doivent permettre d'avoir une image sur les compétences acquises en sachant que c'est en situation que les compétences devront être

⁹⁷ C.JOUVENOT, PARLIER M. Elaborer des référentiels de compétences, édition ANACT, 2005, p. 10.

confirmées. L'encadrement a ainsi un rôle capital à jouer pour confirmer ce diagnostic de compétences, effectué grâce au référentiel.

La reconnaissance des compétences acquises va permettre également d'orienter l'employé au cœur de l'hôpital, dans un service et d'évaluer sa capacité d'évolution. Il permet également de mettre en place des procédés d'adhésion à l'emploi particulier.

- L'entretien d'évaluation

C'est l'efficacité managériale qui doit admettre l'identification des compétences dans lesquelles, l'employé triomphe et celles qui lui posent une difficulté dans le cadre de son activité actuelle. Le référentiel de compétences forme un des outils managériaux pour permettre de retenir dans une permutation pragmatique avec l'employé les actions adéquates à mettre en œuvre. Le cadre évalue le degré de maîtrise de la compétence de l'employé en situation et échange avec lui les points de convergences ou de divergences.

Selon B.CHAMINADE nous distinguerons⁹⁸ quatre niveaux :

- le niveau débutant : la compétence n'est pas maîtrisée, ce qui génère des distorsions, même lors des situations normales. L'employé a un comportement aléatoire et inadéquat. Son travail est incomplet et perturbateur pour les autres.
- le niveau généraliste : il maîtrise les situations normales, mais il ne sait pas appréhender les situations complexes. L'employé assure le service « minimum ».
- le niveau confirmé : il maîtrise parfaitement toutes les situations, même improvisées. Il peut enseigner cette compétence.
- le niveau expert : c'est l'excellence qui permet, au-delà de la parfaite maîtrise du niveau précédent, d'innover, de proposer une normalisation et l'établissement de procédures de références et, enfin d'être reconnu à l'extérieur, au plan national et international.

L'entretien d'évaluation doit mener à un contrat de développement des compétences, par la valorisation de la formation et par l'organisation de parcours qualifiants.

Il peut mener aussi sur l'identification des compétences qui peut prendre des figures diverses : classification, rémunération, validation des acquis d'expérience.

⁹⁸ B.CHAMINADE, Enjeux et définitions du management des compétences AFNOR, mars 2004, p. 8.

C. Les liens entre la qualification, la compétence et la performance et la gestion des compétences.

a. La qualification

La qualification professionnelle certifiée, selon Alain DUMONT⁹⁹, des ressources mises à disposition de l'employeur par l'employé. Elle est un support de savoirs, savoir faire et comportements professionnels reconnus utiles et valorisés.

Elle construit aussi l'identité professionnelle. Guy LE BORTEF¹⁰⁰, dans son approche sur le processus de professionnalisation explique que le professionnel nécessite l'acquisition de compétences techniques, mais aussi de capacité d'analyse, de prise de décision, de capacité de distanciation face aux événements qui ne s'acquiert pas simultanément. Il différencie le débutant du professionnel confirmé.

Ces éléments traduisent les stratégies comportementales d'un individu qui désire à se positionner par rapport à une règle prévue dans le but d'aboutir la maîtrise professionnelle et la construction d'une identité professionnelle.

b. La compétence

La compétence a pour origine le mot latin « competo » qui signifie « se rencontrer sur un même point, s'accorder avec, convenir à ». L'étymologie de ce mot met en certitude les deux aspects nécessaires qui déterminent la compétence : d'une part l'expérience conjuguée entre les différents savoirs (se rencontrer sur un même point), d'autre part l'adaptation (s'accorder avec, convenir à).

Selon Richard BARTHES¹⁰¹, « la compétence est le résultat d'un mécanisme complexe et invisible qui va permettre la réalisation d'une activité. Lorsqu'on observe un opérateur sur son poste de travail, on ne voit que l'activité, c'est-à-dire l'ensemble des tâches qu'il accomplit. Les tâches sont produites par un ensemble d'opérations combinées que l'on désigne par le terme de compétences.

La compétence peut s'analyser comme un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels, structurés, mobilisés et utilisables en fonction des activités à réaliser dans les situations de travail actuelles ou futures ».

⁹⁹ A.DUMONT, Un individu devient compétent lorsque l'entreprise lui en donne les moyens, revue personnel, 2000/08-09, n°412, p. 26.

¹⁰⁰ Guy LE BORTEF, L'ingénierie des compétences, Paris : éd. organisation, 1998, p. 415.

¹⁰¹ Ibid., référence 1, p. 36.

Ainsi, selon Guy LE BORTEF¹⁰² la compétence est « *comme une combinaison de plusieurs savoir-faire dans un contexte particulier guidée par une intentionnalité* ». La compétence est la conséquence du savoir agir, du vouloir agir et du pouvoir agir.

Le savoir agir est le produit de la formation, de l'impulsion des représentations adéquates et des situations professionnalisantes.

Le vouloir agir est rattaché à l'organisation du savoir faire du travail, la dotation de tâches, l'existence d'un contexte favorisant et la présence de réseaux de personnes ressources.

Aller plus loin du prescrit, indique le passage du savoir faire au savoir agir, c'est-à-dire faire des choix, prendre des initiatives, prendre des responsabilités¹⁰³.

Ces deux définitions de la compétence sont complémentaires. La première aide à déterminer les compétences critiques et les compétences clés dans chaque unité et, la deuxième clarifie l'utilisation des compétences dans le résultat attendu, qu'elles soient individuelles ou collectives.

- la compétence individuelle

Selon C.JOUVENOT et M.PARLIER¹⁰⁴, il existe deux figures de la compétence individuelle

- « le savoir faire avéré, par sa mise en œuvre ».

Il s'agit de la capacité prouvable d'un individu à réaliser un résultat donné, sous certaines conditions de ressources ; elle résulte de connaissances acquises, d'expériences professionnelles et de signes de personnalité.

- « le mandat à faire »

Il découle de choix sur la stratégie, la technologie mise en œuvre, l'organisation.

R. WITORSKI¹⁰⁵ affirme cette composante culturelle de la compétence (il s'agit de l'influence de la culture de l'organisation sur les compétences produites) et introduit une composante affective qui fait référence à une forte imbrication existant entre compétence et motivation, engagement subjectif.

P.H. FRANCOIS¹⁰⁶ introduit une nouvelle notion qui prolonge cette réflexion. «Le sentiment d'efficacité personnel correspond à un jugement que se fait la personne à propos de ses

¹⁰² L.CADIN, F.GUERIN, La gestion des ressources humaines, DUNOD, 2003, p. 415.

¹⁰³ Ph. ZARIFIAN, Objectif compétence », Editions liaisons, 2001, pp. 65-71.

¹⁰⁴ C.JOUVENOT, M.PARLIER, Elaborer des référentiels de compétences, édition ANACT, 2005, p. 133.

¹⁰⁵ R.WITORSKI, De la fabrication des compétences, éducation permanente, n°135, février 1998, pp. 57-69.

¹⁰⁶ P-H. FRANCOIS, Sentiments d'efficacité et compétences : une approche sociale cognitive, éducation permanente, n°135, février 1998, pp. 45-55.

capacités à organiser et réaliser des actions prescrites et pour lesquelles un niveau de performance est attendu d'elle ».

C. CHARLOTT¹⁰⁷ et S. STECH définissent le transfert : « le transfert n'est pas « transport » mais « pontage » entre deux problèmes, deux situations, deux disciplines, entre le passé et le présent, entre deux ou plusieurs logiques. Transférer, c'est d'abord établir des liens en mettant en œuvre des processus cognitifs, affectifs, culturels et sociaux ».

Pour C. LEVY LEBOYER¹⁰⁸, « il s'agit essentiellement de tirer parti de son expérience en adoptant une attitude critique par rapport à la manière dont on perçoit et résout les problèmes éventuels, et enfin, de savoir profiter activement de ses observations »

Dans le champ de la psychologie expérimentale, il désigne « un ensemble de processus psychologique grâce auquel une activité est facilitée par une autre qui lui est analogue et qui l'a précédée ».

- La compétence collective

Selon R. TEULIER¹⁰⁹, « pour contribuer à ces compétences collectives, chacun doit mettre en œuvre ses compétences, son action mais aussi savoir les introduire comme contribution à l'œuvre collective ».

ZARIFIAN¹¹⁰ parle du passage de la logique de l'opération à celle de l'événement qui suppose d'être capable de réagir à des événements, de communiquer efficacement avec les collègues impliqués également dans le procès et de mobiliser de l'intelligence (individuelle comme collective) pour interpréter ce qui se passe et apporter des correctifs adaptés.

Les démarches qualité permettent également de développer la compétence collective.

Elles ont pour objectif d'assurer la transparence et la fiabilité des processus de soins et constituent une manière de prendre en compte l'utilisateur et les besoins du patient. Il s'agit de formaliser, de conserver des traces, ce qui suppose de revenir sur les processus en question, de les transformer en les écrivant et de capitaliser des savoirs.

S'occuper du patient constitue en soi une prestation. Pour personnaliser le service à moindre coût, on ne fait plus confiance à des « professionnels » pour prendre en charge le patient, mais on mise sur l'organisation et la professionnalisation collective.

¹⁰⁷ B.CHARLLOT, S.STECH, A la recherche du concept, in, Le transfert des connaissances en formation initiale et continue, CRDP, Académie de LYON, 1994, p. 29.

¹⁰⁸ C.LEVY LEBOYER, La gestion des compétences, Editions organisations, 1996.

¹⁰⁹ R.TEULIER, Construire ensemble des connaissances pour nourrir les compétences, Revue soins cadres, n°41, février 2002, pp. 23-26.

¹¹⁰ L.CADIN, F.GUERIN, Op.cit, p 25.

Les liaisons, la coopération et la coordination deviennent les éléments essentiels de la performance, obligatoirement collective. Les individus doivent donner une grande attention à l'activité de leurs collègues, travailler ensemble pour une finalité commune, connaître l'ensemble du processus de production, avoir une pensée sur les compétences des autres. Ce sont les savoir être.

La compétence¹¹¹ est donc toujours une construction conjointe de l'individu, du collectif de travail et de l'organisation.

Selon C. BATAL¹¹², « les activités professionnelles correspondent à ce que fait concrètement une personne dans le cadre de sa fonction tandis que sa performance réside dans le résultat qu'elle a pu obtenir dans le cadre de ses activités. La performance est une coproduction entre l'individu et la structure par rapport au développement des compétences, ses conditions d'exercices et sa politique managériale. ».

c. La notion de performance

Selon Y.LICHTENBERGER¹¹³ « Les compétences peuvent se relier à la performance par un simple modèle causal qui indique que la motivation, le trait de caractère, la conception personnelle et le savoir, lorsqu'ils sont activés par une situation, président des comportements qui à leur tour président la performance. Les compétences incluent une intention, une action et un résultat.

Ces compétences doivent être en lien avec les démarches qualités en place au sein de l'établissement ».

Pour Christine COMBES¹¹⁴, « les investissements compétence constituent des tentatives de réponse à un problème de performance... La concurrence est devenue telle que tous les professionnels sont sollicités pour faire la différence et leur activité devient déterminante. »

La compétence admet de comprendre ce qu'il faut savoir pour agir, et qu'on l'observe dans l'activité, il est bien difficile de la différencier de la performance. La performance se situe cependant en aval de la compétence et représente pour la majorité des chercheurs ce qu'on appelle « *les résultats en terme d'efficacité* ».

¹¹¹ LICHTENBERGER, De la qualification à la compétence et vice et versa, revue personnel, 2000/08-09, n°412, p. 82.

¹¹² C.BATAL, Evaluation des compétences et ses enjeux, revue soins cadres, n°41, février 2002

¹¹³ A.MITRANI et collaborateurs, des compétences et des hommes, le management des ressources humaines en Europe, les éditions d'organisation, 1992, p. 25.

¹¹⁴ C.JOUVENOT, M.PARLIER, Elaborer des référentiels de compétences, réseau édition Anact, 2005, p. 6.

« Les activités professionnelles correspondent à ce que fait concrètement une personne dans le cadre de sa fonction tandis que sa performance réside dans le résultat qu'elle a pu obtenir dans le cadre de ses activités »¹¹⁵.

La compétence contient la performance et, pour certains, c'est la compétence qui fait la performance. Ce qui est admissible à première vue, faute d'étude fondée. Mais à l'idée on constate bien où peut conduire une telle conception : l'employeur serait-il le seul responsable de la performance ? Si des modalités d'exercice de l'activité professionnelle qui ne relèvent pas du titulaire de l'emploi ? L'ensemble de chercheurs avouent qu'on ne peut pas blanchir le management et l'organisation de toute responsabilité dans la performance d'un individu ou d'un groupe.

La plupart des entreprises considèrent qu'elles ont une responsabilité dans le développement des compétences de leurs employés et, qu'avant tout, de mauvais résultats découlent souvent de problèmes de compétences de leurs salariés et par suite, retombent sur la responsabilité de l'encadrement hiérarchique.

Dans les deux situations, il importe que les managers définissent les performances attendues à travers la fixation d'objectifs.

Ceux-ci doivent être connus, compris et entraîner l'adhérence. Bien des encadrants ne sont pas ou peu formés à cette phase sensible de leur rôle.

On peut être «compétent », motivé, connaître et adhérer aux objectifs fixés par l'entreprise et, pour autant, ne pas être « performant ». Effectivement, il faut avoir des ressources matérielles, financières et humaines...suffisantes.

Enfin il paraît judicieux de distinguer «*compétence* » et «*performance* ». De même l'évaluation de «la performance » se distinguera de l'évaluation de «la compétence » en ce sens que la première nécessitera une approche multifactorielle et dépendra de la qualité des objectifs fixés, alors que la seconde sera plus centrée sur l'individu.

D. L'adaptation de l'organisation à la gestion des compétences

Effectivement, la gestion des compétences forme absolument la question de l'organisation du travail dans la mesure où c'est l'organisation qui doit s'adapter aux compétences des professionnels, si elle cherche à les utiliser au mieux et à les développer. L'organisation du travail se veut être aussi une réponse en termes de productivité et de satisfaction des besoins

¹¹⁵ C.BATAL, Evaluation des compétences et ses enjeux, Revue soins cadres N° 41, février 2002

des patients dans un processus rationnel. La mise en place de procédures est une illustration de cette démarche organisationnelle.

Une organisation apprenante se caractérise par :

- la mise en place d'un dispositif d'actualisation des connaissances,
- une démarche élaborée sur le tutorat du nouvel arrivé,
- une démarche construite sur le tutorat des stagiaires en lien avec les instituts de formation,
- la remise en question de ces pratiques comme l'audit par exemple,
- par la reconnaissance des compétences acquises,
- un planning qui garantit la présence les compétences critiques et clés au niveau du service,
- un dispositif de formation en lien avec le développement des compétences attendues.

2. L'évaluation des compétences et ses outils

A. l'usage de l'évaluation

Face à la polysémie du terme évaluation, les définitions ne manquent pas. L'évaluation renvoie à l'acte d'évaluer.

Selon le Larousse : « Evaluer, c'est apprécier le prix, l'importance de... »

Pour le Petit Robert : « Evaluer, c'est juger, estimer, apprécier, porter un jugement sur la valeur de... »

Basé sur la racine « valuer », le verbe évaluer comporte deux logiques. La première se réfère à l'estimable c'est à dire par quoi une personne est digne d'estime. La seconde se réfère à l'estimation, c'est à dire ce en quoi une chose est digne d'intérêt.

Que ce soit dans le monde scolaire, dans les entreprises ou pour mesurer l'efficacité des politiques sociales, la question de l'évaluation s'empare de tous les esprits, neutralise les pratiques, paralyse l'imagination. Le monde hospitalier n'échappe pas à la frénésie de la procédure. Pourtant, des équipes cherchent et commencent à faire de cet outil dont s'empare souvent les technocrates, une occasion de briser la logique technocratique en nous renvoyant à la question des fins.

Si l'évaluation est bien un jugement, ce jugement se situe dans un champ décisionnel.

Il prépare et éclaire des décisions. Jusqu'ici, l'évaluation s'inscrivait dans un espace de grandes intentions comme le décrivent les termes : estimer, mesurer, comprendre, étudier, juger... Dans un souci de justice, d'équité mais surtout d'innovation et de pertinence, un deuxième espace voit le jour, celui de l'usage social de l'activité évaluative. Les termes associés à cet esprit sont : aider, dialoguer, résoudre les crises, rationaliser les choix.

Charles HADJI ¹¹⁶ s'est penché sur les règles du jeu de l'évaluation. Pour lui :

« L'évaluation, est une gestion du probable. Evaluer, c'est procéder à une analyse de la situation et à une estimation des conséquences probables de son acte dans une telle situation. L'évaluation se déploie dans l'espace ouvert entre doute et certitude par la volonté d'exercer une influence sur le cours des choses, de gérer des systèmes en évolution, l'homme, étant le premier de ces systèmes. Elle est l'outil qui permet de peser le présent pour peser sur l'avenir. »

Pourquoi « *probable* ? » Parce qu'il y a émanant de l'évaluation et de l'évaluateur, un choix de ce qui devrait être évité et un pari sur l'évolution probable des choses en fonction d'une action s'inspirant de ce choix.

Contrairement à la notation, le concept d'évaluation ne concerne que le processus d'appréciation sans présumer de sa traduction symbolique. Comme le souligne Charles HADJI¹¹⁷:

« La note n'exprime qu'un jugement porté sur une valeur, l'évaluation ce sont les moyens mis à ma disposition pour appréhender cette valeur... Pour pouvoir donner un avis concernant la valeur d'un travail, il faut d'abord que je me donne les moyens d'appréhender cette valeur. C'est en cela que consiste au sens strict l'évaluation. ».

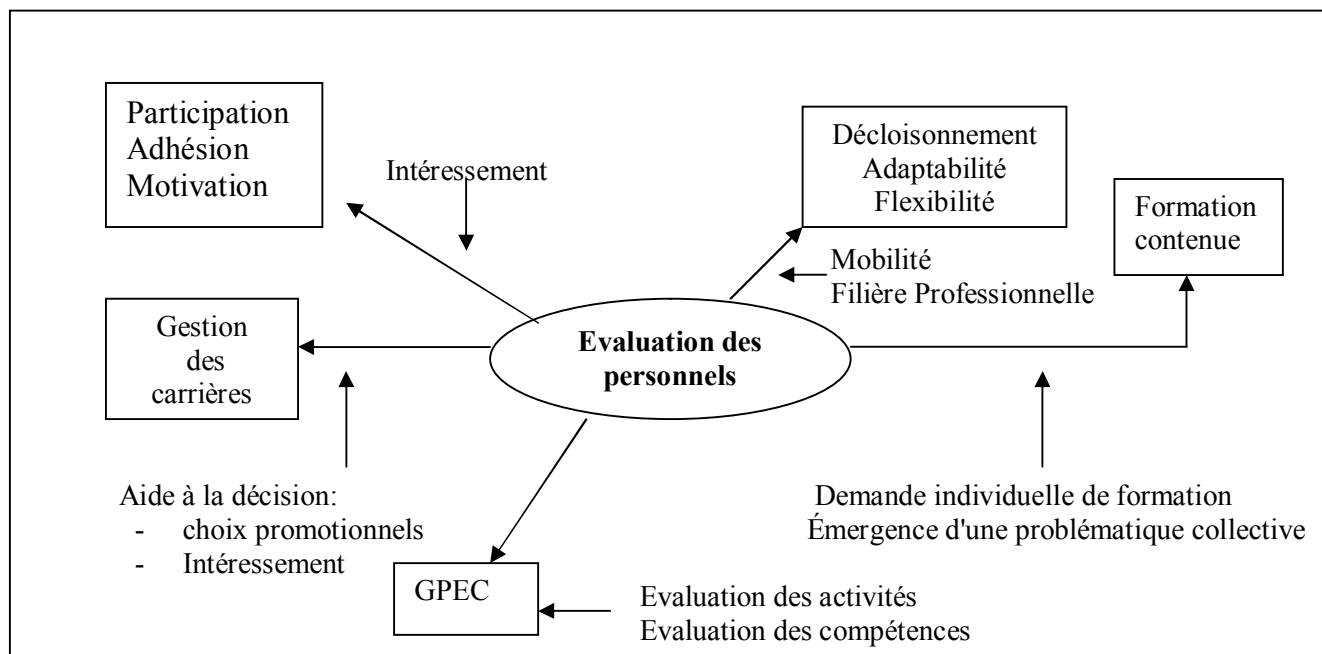


Figure n°08: L'évaluation au cœur des pratiques de GRH¹¹⁸

¹¹⁶ C.HADJI, L'évaluation, règles du jeu, ESF, Paris, 2005, p13.

¹¹⁷ C.HADJI, Op.cit,p15

¹¹⁸ O.DERENNE, A.LUCAS & coordonnateurs, Op.cit p152.

Force est de constater qu'évaluation et notation sont deux concepts distincts. Le seul point sur lequel la notation et l'évaluation peuvent s'harmoniser tient au fait que l'une comme l'autre s'intéressent à l'activité professionnelle des agents. (cf. figure n°8)

B. L'évaluation à l'hôpital

Le concept d'évaluation gagne de plus en plus d'importance dans les organisations modernes qui se veulent être efficaces et performantes. Mais au-delà du simple effet de mode, l'évaluation fait partie intégrante de notre quotidien : « *Evaluer, c'est poser la question de sens*¹¹⁹. »

Il faut entendre : le bon sens. En effet, selon PIVETEAU¹²⁰ : « C'est indiquer le sens. Le sens n'est jamais donné, il est toujours à construire et à reconstruire. Dans un univers, instable, imprévisible et incertain, l'homme de l'organisation ne peut vivre que de sens. »

L'évaluation s'inscrit, selon Hervé LETEUTRE¹²¹, dans une démarche itérative et rétroactive. Cette évaluation repose sur : « l'appréciation portée sur le travail d'un agent dont les tâches ont été définies en relation avec les objectifs de l'hôpital, ont été remplies dans un cadre environnemental procédurier et humain qui s'impose à lui, dont on a mesuré les effets en fonction d'indicateurs préalablement définis par avance et connus de lui. ».

Pour l'auteur, l'évaluation est perçue comme un processus :

- qui repose sur des critères servant de base à l'appréciation, critères de comportement, d'autonomie...
- qui est élaboré en commun : il y a, pour lui, interrelations entre décideurs et exécutants, comme évaluateurs et évalués.
- qui mesure des comportements : tout acte professionnel traduit des comportements sociaux qui signent un résultat.

En comparant et en analysant les résultats de l'agent d'une année sur l'autre, cette évaluation contribue à une amélioration de ses pratiques.

Selon Jacques PIVETEAU¹²², l'évaluation ne doit pas se limiter à la notion de résultat.

« Elle doit être comprise comme un mécanisme de régulation entre deux personnes, un processus d'ajustement réciproque, une évaluation dont la principale valeur est liée à ce qu'elle reste qualitative. »

¹¹⁹ P.PEYRE, *Sans formation pédagogique*, Encadrement n° 5, 1e trimestre. , “ L'évaluation : l'outil et le système ”, 1993, p.4.

¹²⁰ J.PIVETEAU, *L'entretien d'appréciation du personnel*, INSEP, Paris, 1996, p. 206.

¹²¹ LETEUTRE H. *L'évaluation des performances du personnel à l'hôpital*, ESF, Paris, 1991, p17

¹²² J.PIVETEAU, Op.cit, p 190.

Avec la procédure de l'entretien annuel d'évaluation, Hadji s'interroge sur le sens à donner à l'évaluation : « Evaluer non plus un professionnel mais une personne, c'est rechercher et construire, sans que cette construction puisse jamais être réputée terminée, le référent propre à permettre de saisir cette personne dans son irréductible singularité. Il n'y aura d'évaluation qu'au moment où émergera le qualitatif dans le quantitatif. »¹²³

C. Les niveaux de l'évaluation

L'évaluation est basée sur l'approche des compétences d'un assistant au cours de l'entretien annuel d'évaluation avec le manager. Son objectif, à l'aide de l'utilisation de quelques outils, est d'arriver à une conclusion consistante sur l'ensemble des résultats obtenus par cet assistant, en relation avec les critères définis et attendus par l'entreprise. La compétence se définissant selon trois niveaux, l'évaluation suivra cet ordonnancement et comportera trois domaines d'exploration :

- L'évaluation au niveau des ressources, c'est à dire des savoirs et des connaissances (théoriques ou pratiques)
- L'évaluation au niveau des résultats c'est à dire de la performance.
- L'évaluation au niveau des potentiels, des capacités à agir : « des compétences proprement dites ».

a. L'évaluation au niveau des ressources

C'est sans doute la plus simple ; elle consiste à faire avec le collaborateur le listing des connaissances théoriques ou pratiques acquises ou nécessaires. Certaines seront liées à la formation initiale ou continue, à sa qualification, d'autres auront été acquises sur le terrain au cours de ses actions. Enfin les savoirs et connaissances qu'il lui faut acquérir dans l'avenir dans le cas de situations nouvellement identifiées ou de développement technique ou d'adaptation à l'emploi, feront l'objet d'une médiation entre le collaborateur et le manager.

L'outil de référence : L'ensemble des ressources nécessaires est bien peu souvent identifié clairement ; on les retrouve en partie dans « la fiche de poste » qui indique ce que doit faire l'employé (activités spécifiques liées au poste occupé) mais «les ressources » sont confondues avec le descriptif des activités liées au poste et ne sont que partielles. Les ressources de la personne évaluée doivent faire l'objet d'une liste distincte des activités, incluse dans son dossier d'évaluation. Cette liste peut être enrichie chaque année ou réajustée, et la personne

¹²³ C .HADJI, Op.cit. p11

peut l'approprier pour se développer. Ceci nous renvoie à la configuration du dossier constituant l'entretien annuel d'évaluation. Dans certaines entreprises, où la pratique du « bilan de compétences » est rôdée, les ressources de la personne se trouvent clairement identifiées dans une première partie qui précède celle de l'évaluation des capacités.

b. L'évaluation au niveau des résultats

Quoi de plus simple que de concevoir l'évaluation des résultats d'un assistant ? Comment peut-on parler de résultats si préalablement entre l'assistant et le manager, des objectifs n'ont pas été fixés ainsi que des indicateurs fiables de l'analyse de ces résultats ? L'évaluation des résultats est la plus ancienne pratique de l'évaluation dans les entreprises depuis 1961 et se substituait jusqu'à présent à toute autre approche.

L'outil de référence utilisé pour permettre l'évaluation des résultats est représenté par ce qu'on appelle communément la démarche par objectifs, utilisée lors de l'entretien annuel d'activité au cours duquel le collaborateur doit justifier les écarts entre les objectifs posés et les résultats attendus. L'utilisation de cette méthode a permis des gains de productivité énormes, mais dans des périodes de croissance économique et de plein emploi. Actuellement, elle est considérée comme un échec et montre plus d'inconvénients que d'avantages. Les raisons de cet échec nous sont expliquées par Laurent FALQUE¹²⁴ et nous permettront ensuite de mieux comprendre l'intérêt de l'évaluation portée sur les compétences.

-□ La démarche par objectifs : le « insignifiant encadrement » offert par les managers dans une démarche imposée par l'employeur est un des échecs principal de la démarche par objectifs. De plus le manque d'implication des directions générales rend le lien quasi inexistant entre les « objectifs stratégiques » et les « performances » individuelles.

-□ Un manque de qualité dans la méthodologie utilisée : les objectifs sont mal fixés, peu d'indicateurs sont fiables dans les critères d'appréciation des objectifs eux mêmes et des résultats. Perte de contrôle sur certains objectifs. Par ailleurs, les méthodes de travail font rarement l'objet d'appréciation, alors que le degré de performance dépend pour beaucoup du choix de la méthode et du temps investi.

-□ Les collaborateurs ne se sont pas appropriés la méthode et ses outils et la jugent inadaptée aux réalités de l'entreprise. La coopération entre collègues et la possibilité de réaliser des objectifs en commun est dissimulée.

¹²⁴ L.FALQUE, Juger la performance ou l'individu : le dilemme de l'évaluation, Revue Personnel N°437, Février 2003 pages 6 à 11

-□ On constate une certaine ambiguïté relative dans la notion de performance.

-□ Des relations managériales trop affectives sont instaurées dans les rapports hiérarchiques et interfèrent sur la qualité de l'interprétation. Il ressort aussi que les managers manipulent les évaluations à des fins personnelles et, au final, celle-ci n'a rien de précis ni de bénéfique, pour l'un comme pour l'autre, et surtout pour l'entreprise.

-□ La méconnaissance précise des potentiels et des souhaits de carrière. Dans ce mode d'appréciation, rien n'est précisé sur les acquis issus de l'expérience et donc sur le potentiel. De telles informations déterminent pourtant l'évolution de carrière et le désir de rester ou de partir pour certains assistants. Ceci rejoint aujourd'hui la volonté des directions des ressources humaines de réduire des taux de turn-over trop élevés ou de mieux les ajuster.

-□ Évaluer les résultats ne conduit pas les managers à se prononcer sur les conduites professionnelles, un même objectif pouvant être atteint avec des pratiques bien différentes, parfois démotivantes pour les collaborateurs. » La fin justifierait-elle les moyens ? Cette méthode est donc insuffisante et montre ses limites. La question d'évaluer des comportements attendus des collaborateurs est alors posée et l'on voit apparaître petit à petit dans les entreprises une évolution vers des outils complémentaires comme :

- les définitions de fonctions (ou profils de poste),
- la méthode des incidents critiques (recensement de tous les incidents susceptibles de se produire et l'on procède à leur analyse),
- les grilles d'appréciation des comportements attendus.

Ces méthodes tendent à rechercher la conformité des comportements par rapport à des normes et d'une certaine façon, à uniformiser les conduites professionnelles.

D'autres méthodes centrées sur la performance et l'évaluation des résultats, et différentes de la démarche par objectifs, apparaissent depuis quelques années avec les programmes de développement de la qualité.

Des outils transversaux : « les démarches qualité » sont mises en place dans beaucoup d'entreprises et également dans les hôpitaux. Ces démarches très normatives ont l'avantage de permettre de s'interroger sur les résultats collectifs obtenus, les méthodes de travail et les procédures utilisées à partir de thèmes ciblés. Elles ne visent pas précisément le domaine des compétences mais tendent à l'englober et impactent fortement sur elles. Par exemple, un défaut de qualité dans l'approche de résultats (ex : l'accueil ou la prise en charge d'un patient

dans une situation donnée) peut remettre en cause un ou plusieurs critères constituant de la démarche qualité et ainsi les compétences d'un ou plusieurs professionnels, les processus utilisés ou encore les modes de management.

Enfin il nous semble primordial dans l'approche de l'évaluation des résultats de ne pas nous situer seulement au niveau de l'approche individuelle par le biais de l'entretien annuel d'évaluation, mais de citer aussi les outils d'évaluation transversaux comme les démarches qualité qui présentent la particularité de s'adresser à un groupe de professionnels concernés par les mêmes procédures dans une même structure. Ce sont des démarches transversales centrées sur le collectif et des outils tout à fait complémentaires de ceux que nous venons d'évoquer dans le cadre de l'évaluation des résultats au niveau individuel, c'est à dire de la démarche par objectifs. Ainsi dans le cadre d'un entretien annuel d'évaluation, dans la partie concernant « l'évaluation des résultats », il nous semble très intéressant de pouvoir se référer aux résultats d'une démarche qualité, et de pouvoir croiser les résultats collectifs avec les résultats obtenus en individuel et d'en tirer des conclusions.

c. L'évaluation au niveau les potentiels

La méthode par démarche par objectifs malgré ses nombreux inconvénients, reste malgré tout le modèle dominant et elle coexiste facilement avec les démarches qualité. L'approche de l'évaluation des compétences se situe dans notre schéma au niveau médian, c'est à dire au carrefour entre les « ressources » et « les résultats ». C'est une méthode complexe mais qui présente l'avantage de se centrer sur les potentiels de la personne en situation de travail. C'est une approche qui mise sur les « savoir et pouvoir agir », les capacités et les comportements de l'homme au travail, l'homme placé au sein d'une équipe et dans un environnement précis. Outil de référence : Au cours de l'entretien individuel, la régulation du travail va s'évaluer par le biais d'un référentiel de compétences. Celui-ci répertorie les compétences liées au métier et à la qualification et les classe par niveau d'exigence requis pour le poste. Il faut préciser que la compétence se déduit de *l'activité*, car seule l'activité est visible (d'où le nom de référentiels d'activités qui précèdent souvent les premiers). « L'activité est la pierre angulaire de la compétence »¹²⁵. Ainsi on évalue les capacités à « vouloir et pouvoir agir » à partir des activités réalisées, par le chiffrage du niveau d'exigence dans chaque activité. Ce travail s'inscrit dans une logique descriptive mais aussi dynamique. Le sens du travail réalisé devient plus explicite, étant donné la précision des compétences à acquérir. Une réflexion peut

¹²⁵ R.BARTHES, La GPEC, ENSP, 2003

être engagée sur le sens du travail, l'enchaînement de plusieurs séquences, sur l'association des compétences et de leur combinaison, amenant ainsi à l'émergence d'une valeur ajoutée. Si les compétences décrites dans un référentiel restent néanmoins une approche abstraite, celle-ci vise à démontrer au salarié que plus il maîtrise la conceptualisation de son travail, plus le nombre d'activités qu'il est capable de traiter s'élargit, accédant plus rapidement à la mobilité et à la polyvalence. Ainsi il développe un degré de vigilance plus élevé, une capacité de réaction plus rapide, une plus grande implication et une plus grande responsabilité. Reliant étroitement les compétences *requises* pour l'emploi avec celles *acquises* par le collaborateur, l'entretien d'évaluation conduirait aux décisions nécessaires en matière d'organisation du travail et de polyvalence, de formation, de rémunération, d'évolution de carrière. L'évaluation des compétences aurait ainsi plus de chance de réussir que l'évaluation de la performance.

Les intérêts de cette méthode :

- □ intérêt méthodologique : l'évaluation des compétences renvoie davantage le collaborateur à lui-même et à sa responsabilité : il a une obligation de savoir faire en termes de compétences et de devoirs fixés par l'employeur. En outre, en face de chaque compétence, le « savoir agir » du collaborateur peut être évalué avec précision en différents niveaux

- □ Intérêt de l'engagement des acteurs : On constate que managers et collaborateurs pouvaient s'approprier plus facilement les supports et les outils de gestion des compétences et que leur participation sur les référentiels de compétences devenait une étape essentielle de la viabilité du système.

- □ Intérêt de constituer un « portefeuille de compétences » : qu'il soit individuel ou collectif, il sert à définir le niveau de qualification de la personne ou d'une équipe.

Il permet de découvrir de nouveaux espaces professionnels, des parcours plus ouverts, de la polyvalence à la multivalence. Le portefeuille des compétences est très intéressant à constituer pour évaluer les compétences collectives.

Le concept de l'évaluation des compétences est *fédérateur* et c'est son principal mérite, mais il s'agit d'un changement radical qu'il convient de faire passer dans les mentalités et les managers parlent d'un « processus à risques » en évoquant le désir de l'intéressé à vouloir découvrir des capacités jusque-là insoupçonnées, et l'impossibilité de l'entreprise à pouvoir y répondre, générant ainsi le contraire de ce qu'elle se fixait au départ.

Si l'organisation est au service des potentiels, la compétence devient objet de médiation vers la performance des situations de travail. Et il est donc particulièrement important d'évaluer ces situations, avant d'apprécier les acquis de compétences. Évaluer puis apprécier les

compétences donne alors au collaborateur la possibilité de progresser au rythme convenu, en ouvrant la porte de la négociation des conditions de travail sur la base des référentiels de compétences. Si cette approche de l'évaluation des compétences peut séduire, il nous semble honnête néanmoins d'en faire la critique.

Le bilan reste malgré tout mitigé dans l'ensemble des études.

-□ La façon de définir les référentiels de compétences, d'agencer les compétences les unes aux autres et de les relier à la performance relève d'un travail de génie.

-□ La manière de pratiquer l'entretien d'évaluation annuel sur la base du référentiel de compétences devient lourd à gérer et épuisant pour les managers ; il nécessite alors plusieurs rencontres avec le collaborateur car les autres niveaux d'évaluation ne doivent pas être écartés comme l'évaluation des ressources, des résultats, en couplant avec la méthode DPO. Ceci prend non seulement un temps énorme au manager mais requiert de lui d'être formé et au clair avec les différentes méthodes pour pouvoir prendre au final les décisions pertinentes.

-□ Après quelques années de pratique dans la gestion de l'évaluation des compétences par les managers, on assiste à une baisse de leur intérêt pour la méthode, compte tenu de la difficulté pour eux de poursuivre et d'assurer une progression continue de développement de leurs collaborateurs. Cette progression les amène à gérer la mobilité de manière plus lourde que la stabilité de l'emploi, et ce pour des bénéfices entre les deux qui ne sont pas toujours significatifs dans l'immédiat. Le développement des compétences a un coût et pèse sur les dépenses salariales, il s'inscrit dans le temps alors que les gains de productivité doivent se mesurer le plus souvent dans le court terme. En outre, ces dépenses deviennent un fardeau insupportable si les salariés sont autorisés à atteindre le niveau maximum des référentiels de compétences. Enfin le niveau de rémunération qui en découle, doit être en lien en principe, avec celui du développement des compétences.

En conclusion l'engagement d'une entreprise dans l'évaluation des compétences doit donc être marqué par la volonté d'allouer des moyens humains et financiers.

d. L'évaluation des compétences relationnelles

Encore récemment la compétence se définissait par la trilogie : savoir/ savoir-faire/ savoir être.

Le concept, comme nous l'avons vu, s'est aujourd'hui élargi en introduisant une dynamique par les « savoir agir et les capacités ». La trilogie des savoirs est désormais reléguée dans le domaine des « Ressources ». Si les deux premières notions (savoir et savoir faire) sont à peu

près définies et faciles à cerner, la dernière est plus obscure et pose question à tous les managers. Le savoir-être, c'est-à-dire l'ensemble des comportements que la personne abordera lors de la « mobilisation de ses capacités » et la « combinatoire de ses compétences », est un élément majeur et déterminant dans la performance.

Annick PENSO-LATOUCHE¹²⁶ nous propose une étude qui nous éclaire sur la question. Le savoir-être est composé :

- □ Des qualités morales qui témoignent de l'acquisition d'un certain nombre de règles sociales et de leur acceptation,
- □ Des aptitudes intellectuelles comme l'esprit de synthèse, l'autonomie, le sens de l'organisation qui dépendent de la rencontre entre la personnalité de l'individu et l'environnement dans lequel il se trouve,
- □ Des comportements relationnels comme l'adaptation à l'autre, l'écoute. Ce qui est pris en compte ici, c'est autant la qualité de la relation avec l'autre que le désir d'entretenir avec lui une relation de qualité. Le savoir-être porte autant sur le résultat obtenu que sur la manière de l'obtenir.
- □ Des comportements témoins d'implication comme la disponibilité dans des groupes de travail hors des horaires habituels, de la participation active, de l'adhésion aux valeurs. Il s'agit là de tout ce que fait le salarié, qui va bien au-delà de ce qui est attendu et qui relève d'une démarche réellement proactive.

Le savoir-être ainsi décrit permet de mettre en évidence des comportements observables, visibles, pouvant être traduits en activités. Comment, dans ce contexte, outiller l'évaluation ? Le savoir-être est souvent utilisé pour faire la différence entre deux personnes ayant les mêmes compétences. Il est censé nous dire quelque chose de la manière dont l'activité est mise en œuvre : avec sourire, efficacité, autonomie. Le plus simple est donc de préciser plus finement les critères de réussite de l'activité, détailler les résultats attendus et fixer des objectifs clairs, permettant une appréciation fiable de l'activité. Ainsi nous en arrivons à préconiser la « *Compétence relationnelle* » au lieu du « savoir-être », laquelle alors se trouve évaluable, au même titre que toutes les autres compétences. Cette évaluation se fait à travers un référentiel de compétences relationnelles définissant les « rôles » attendus ; Le rôle est l'ensemble des attitudes et des comportements qui dépendent aussi bien de l'individu que des attentes extérieures. Cette notion de *rôle* est précieuse car elle permet de préciser le

¹²⁶ A.PENSO-LATOUCHE, Pour en finir avec le savoir être, Revue Soins Cadres, N°41, février 2002 pages 43 à 45

comportement attendu, et donc à l'individu de s'y conformer même si ce n'est pas spontanément celui qu'il aurait adopté. Ce rôle est, du reste, un objet de négociation entre le collaborateur et le manager. Le rôle a une dimension temporaire et se définit dans l'action : c'est donc bien une compétence qui s'inclut dans « *les compétences relationnelles* ».

3. De la nécessité de distinguer l'évaluation et l'appréciation des compétences.

A. L'évaluation des compétences

Elle représente la première phase d'un processus et l'appréciation des compétences représente la troisième et dernière phase de ce processus. Au milieu se situe la « *prise de décision* ». Pour plus de clarification, l'évaluation précède l'appréciation. L'évaluation s'effectue au cours d'un entretien annuel d'évaluation centré sur le collaborateur. Comme nous l'avons cité, l'entretien consiste à interpréter les événements, à chercher en soi et avec son interlocuteur le sens des événements de l'année écoulée, ce qu'ils signifient en terme de ressources (évaluation des savoirs théoriques et pratiques), de compétences (évaluation sur la base de référentiel) et de performances (évaluation dans le cadre d'une DPO) et de satisfaction au travail. Cette évaluation permet une approche quantitative et qualitative de l'ensemble des compétences développées par le collaborateur et un jugement sur ses résultats.

B. L'appréciation des compétences

Elle permet de déterminer la valeur des choses dans l'ensemble institutionnel, c'est-à-dire le degré de perfection attendu par rapport à une norme déterminée dans l'entreprise.

Certes, le référentiel de compétences a établi une norme complémentaire pour conduire l'entretien d'évaluation mais il n'en est pas le support principal, au risque d'évacuer trop rapidement d'autres facteurs de performance ou de satisfaction au travail. L'appréciation ne consiste pas à décrire, répertorier ni même à interpréter. L'appréciation des compétences est une démarche beaucoup plus large englobant l'évaluation des collaborateurs à d'autres critères et éléments institutionnels afin d'élaborer un état des lieux précis dans le domaine des compétences et ce dans l'ensemble de la structure. C'est un raisonnement, un processus d'analyse et de synthèse, issus d'une large réflexion et qui visent davantage à annoncer une décision à travers une démarche stratégique construite.¹²⁷ Ainsi, l'appréciation fait la synthèse d'une part sur les résultats de l'entretien d'évaluation, d'autre part sur les actions à mettre en place et leur suivi, et prend en considération un certain nombre d'autres facteurs tels : le niveau des compétences collectives, la connaissance du terrain et de ses besoins, des éléments

¹²⁷ L.FALQUE, Op.cit, p.25

relationnels entre les acteurs et les logiques d'organisations. Si l'évaluation s'adresse à tous les managers et principalement aux cadres de proximité, l'appréciation dans sa globalité et dans tous les aspects qu'elle revêt s'adresse aux cadres supérieurs et particulièrement aux directeurs des ressources humaines.

4. Les objectifs, les enjeux et les finalités du dispositif d'évaluation des professionnels

A. Les objectifs de l'évaluation par le biais des entretiens individuels

a. Renforcer le processus de professionnalisation des individus:

L'évalué acteur et auteur de son évaluation ; cela fait appel à plusieurs logiques :

- une logique de questionnement ou d'auto évaluation favorisant la distanciation face aux évènements, l'analyse de son propre vécu professionnel,
- une logique de contrôle permettant la mesure de l'écart entre les compétences requises pour une activité donnée et les compétences réelles de l'agent,
- une logique de régulation conduisant à la mise en œuvre d'actions correctives pour atteindre le niveau de compétence requis.

Un système d'évaluation responsabilisant doit être basé sur l'activité réelle, centré sur les missions de chacun et les compétences requises pour les exercer.

b. Apporter la lisibilité sur les compétences présentes au sein de la structure :

Connaître le portefeuille de compétences de l'institution permet d'orienter et de programmer les formations nécessaires au maintien et au développement des compétences par rapport aux évolutions de la structure et aux besoins des personnels présents.

La connaissance des compétences existantes facilite l'anticipation des mouvements de personnels en fonction des attentes des agents et des activités institutionnelles. Il s'agit de tendre vers une adéquation simultanée compétences et activités ; la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences recouvre tant le champ individuel que collectif.

Tirer le meilleur parti de la force de travail disponible et optimiser le potentiel humain existant sont un réel enjeu de gestion des professionnels au service de projets collectifs aux niveaux :

- Economiques

Le développement de la compétence permet l'amélioration du service rendu et de la productivité. La motivation au travail contribue à la diminution de l'absentéisme et à la fidélisation des hommes. Les résultats globaux pourraient être encore appelés performances.

- Organisationnels

L'évaluation sur la base des profils de poste spécifiques permet d'identifier les glissements de tâches et par conséquent de vérifier la répartition des tâches dans les équipes. *A contrario*, les informations issues des entretiens font évoluer les profils de poste en fonction des réalités de terrain. Ce feed-back prépare les professionnels aux évolutions de la structure.

- Managériaux

La définition de la compétence requise et acquise, l'adéquation homme – poste de travail favorisent le partage et la redistribution des tâches entre les métiers, diversifient les perspectives d'évolution de carrière. Ce phénomène a un effet de régulation de la démographie professionnelle dans le domaine de la santé.

- Psychologiques

La motivation repose sur la perception de ses propres compétences, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'image de soi. Ce paramètre contribue à la construction de l'identité professionnelle.

- Pédagogiques

S'interroger sur ses propres pratiques, les réponses à y apporter concourent à l'intégration d'une culture de l'évaluation positive axée sur les actions d'amélioration et non pas sur la crainte de la sanction et la récompense. Le système bureaucratique évolue vers l'entreprise apprenante, ayant pour ligne directrice la cohérence des actions face à l'évolution de l'hôpital, cela permet de passer d'une logique de conformité au principe d'opportunité.

5. L'évaluation: l'effet notation

Ce concept recouvre des réalités distinctes, l'appréciation d'une valeur professionnelle, sa traduction littérale et chiffrée ainsi que les effets sur les revenus et la carrière du fonctionnaire.

La notation est un acte administratif unilatéral par lequel la hiérarchie sanctionne individuellement, annuellement et par écrit un agent. Cet acte est défini par des normes législatives, réglementaires et jurisprudentielles.

Toutefois, face aux caractéristiques réglementaires de la notation, on sent perdre une volonté de la voir évoluer.

A. Les principales caractéristiques de la note

a. Le pouvoir de notation

C'est l'autorité investie du pouvoir de nomination, le Directeur qui établit la notation de l'agent. Elle requiert pour ce faire l'avis du ou des supérieurs hiérarchiques directs de l'agent. La note chiffrée définitive est fixée par le Directeur après une éventuelle péréquation selon avis d'une commission réunissant tous les notateurs.

b. Les effets de la notation

Le système de notation influe sur les revenus de l'agent et son déroulement de carrière. La notation intervient dans le calcul de la prime de service. Elle permet de réduire ou de prolonger la durée des échelons (avancement dit « *au choix* ». Elle est prise également en compte pour l'inscription de l'agent au tableau d'avancement.

c. La communication de la note

L'agent a droit à la communication de sa note et à l'appréciation qui l'accompagne.

Cette information peut être transmise aux Commissions Administratives Paritaires en formation restreinte.

d. Révision de la note

L'initiative et la demande de révision appartient à l'agent et peut porter soit sur la note et/ou les appréciations littérales. Dans le cas d'une demande, la Commission Administrative Paritaire peut proposer cette révision. Pour se faire, elle doit recevoir communication de tous les renseignements utiles.

e. Contentieux

Les agents peuvent utiliser la voie de recours pour la note et pour leur appréciation devant la juridiction administrative compétente : le tribunal administratif.

B. Dans un souci d'évolution

A son origine, la notation administrative devait être le reflet du travail fourni par l'agent. Aujourd'hui, dénaturée, dans son esprit originel parce qu'elle repose essentiellement sur l'ancienneté, elle se révèle incapable d'apprécier et de reconnaître sa véritable valeur.

a. Les limites de la notation

L'introduction de procédés quantitatifs dans l'appréciation ne garantit nullement son caractère objectif. Certes, il est possible par un système de péréquation d'harmoniser les notes des agents de manière à éviter que certains soient privilégiés car notés par un responsable trop sensible ou au contraire pénalisés par un encadrement trop sévère. Un tel système laisse à penser que la valeur des agents est identique dans chaque service, ce qui n'est pas toujours le cas.

En outre, la notation obéit à des règles strictes. L'encadrement dispose d'une plage restreinte d'échelle de valeur proposée par la direction. Les écarts de note entre agents se limitent au quart de point. Des règles tacites s'imposent à ceux qui notent. L'encadrement ne peut sans motif grave proposer une diminution de note ou, au contraire proposer une augmentation conséquente de celle-ci pour des agents très méritants. Les discriminations, liées à la note, entre agents sont très rares.

Pour pallier et combler les insuffisances de la notation, certains établissements hospitaliers se sont engagés dans un renouveau de leur système d'évaluation de leurs personnels, passant d'une gestion classique du personnel à une gestion des ressources humaines plus dynamique.

C. L'entretien annuel d'évaluation

L'entretien annuel d'évaluation n'a pas toujours existé, son utilité s'est affirmée suite aux nombreux changements des organisations de travail et des modifications qu'elles ont induites dans les relations humaines.

Pour Gérard LAYOLE¹²⁸ : « l'entretien est un échange, le plus souvent annuel, généralement entre deux personnes en relation hiérarchique. Cet échange est plus ou moins permissif ou « guide »

Claude Levy-Leboyer¹²⁹ voit en l'entretien : « une situation sociale où les deux protagonistes apportent leurs préjugés personnels et leurs représentations des qualités nécessaires pour réussir. ».

L'entretien est un acte de management basé sur la communication qui s'affirme comme une nécessité pour faire évoluer l'évaluation des personnels, mais comme toute procédure, comme tout outil d'évaluation, il a ses propres limites.

a. La légitimité de l'entretien

Sa légitimité est fondée sur le postulat qu'il n'y a pas de management sans évaluation, et qu'un tel management doit s'opérer dans la transparence et la clarté. Cette méthode d'évaluation, empruntée aux américains, tire une part de ses justifications théoriques du mouvement des relations humaines souvent en réaction à l'héritage Taylorien. Dès lors, cette idéologie basée sur une communication interpersonnelle est considérée comme catalyseur du climat et du moral des personnes. Progressivement, les entretiens se sont imposés au sein des entreprises et par la suite dans le secteur public.

Selon Jacques PIVETEAU¹³⁰ la légitimité repose sur le fait : « qu'il n'y a rien de plus humain que de s'entretenir avec ceux avec lesquels on travaille dans un contexte professionnel, il n'y a pas de meilleur et plus simple dispositif de régulation que celui permis par des échanges directs entre personnes. L'entretien constitue un moyen simple et efficace pour s'occuper et régler tout un ensemble de problèmes. Il est de fait, il reste et gagne à rester un des plus solides outils de management, et un des plus ordinaires. »

¹²⁸ G.LAYOLE, *Les infortunes de l'appréciation d'entreprise ou la difficulté de faire vivre l'entretien annuel*, Paris, L'Harmattan, 1996.

¹²⁹ C.LEVY-LEBOYER, *Evaluation du personnel, quels objectifs ? Quelles méthodes?* , Paris, Edition des Organisations, 1996.

¹³⁰ J.PIVETEAU, Op.cit, p.12.

b. Les différentes fonctions liées à l'entretien d'évaluation

Jacques PIVETEAU¹³¹ organise l'entretien autour de trois fonctions :

La première est la fonction d'expression et d'écoute : Elle demande à l'évaluateur d'adapter des attitudes bien spécifiques que certains maîtrisent mal mais qu'il est facile d'acquérir par la formation.

Selon PORTER, l'évaluateur peut adopter des attitudes bloquantes (jugement, solution, paternalisme) ou des attitudes conciliantes (questions, conseils, reformulations) qui peuvent faciliter plus ou moins l'expression de l'évalué.

La deuxième est la fonction d'évaluation proprement dite : L'évaluateur cherche à intégrer les besoins des agents à ceux de l'hôpital. C'est la fonction principale de l'entretien. Sa finalité est d'améliorer l'efficacité organisationnelle et de servir de source d'information pour la gestion des ressources humaines.

La troisième est la fonction d'orientation : Elle porte à la fois sur la formation et sur la gestion des carrières des agents.

Pour Claude LEVY-LEBOYER¹³², l'entretien a presque toujours deux fonctions : « d'une part, il recueille des informations spécifiques sur le candidat, d'autre part, il permet de se faire sur ce dernier une opinion globale. »

Quant à Gérard LAYOLE¹³³, il considère l'entretien comme un dispositif bien conçu auquel on accorde quelques vertus, car il : « apporte une meilleure visibilité en gestion des ressources humaines, facilite la prévision, permet la prévention de difficultés, implique les responsables opérationnels dans le management à moyen et à long terme de leurs ressources humaines et stimule la motivation des salariés. »

L'entretien annuel d'évaluation est une procédure d'évaluation simple qui ne s'improvise pas. Sa conception et sa mise en œuvre nécessitent quelques préalables.

c. Quelques préalables à observer

Avant toute chose, il convient de tenir compte de la culture de l'établissement, pour déterminer sur quelle base conceptuelle l'évaluation du personnel va se fonder, de concevoir et d'intégrer la pratique des entretiens annuels d'évaluation dans une démarche systémique et collective.

¹³¹ J.PEVETEAU, Op.cit, p.13.

¹³² Op.cit, p. 125

¹³³ Op.cit. p. 13

Ces entretiens sont un temps fort de l'évaluation du personnel, ils doivent s'intégrer à la politique d'évaluation de l'établissement.

Les entretiens annuels d'évaluation ne peuvent se dérouler au hasard, mais selon des règles déterminées : les évaluateurs, les finalités de cette évaluation, et les supports utilisés doivent être communs à l'ensemble des agents. La réussite de ce type d'entretien entre évaluateur et évalué est conditionnée par sa prévision, sa préparation, et son déroulement. Au cours de cet entretien, le comportement des responsables, les techniques de communication utilisées sont déterminantes.

Ce type d'entretien est délicat à mener, parce qu'à son issue, un jugement est donné par l'évaluateur et que ce jugement peut avoir des conséquences sur le travail et la progression de carrière de l'agent. Pour éviter tout écueil, une formation et un accompagnement des évaluateurs doivent être envisagés. La mise en place de ces entretiens repose sur une forte sensibilisation et information du personnel. C'est pourquoi, il est impératif de préparer l'ensemble des agents à cette nouvelle forme d'évaluation.

Les entretiens d'évaluation génèrent des attentes spécifiques pour les évalués, les évaluateurs et l'hôpital qu'il faut considérer.

d. Les différentes attentes liées à l'entretien annuel d'évaluation

- Pour les évalués

L'entretien doit être le reflet de sa pratique professionnelle, ce qui suppose la prise en compte d'une part, de données objectives en lien avec les définitions de fonctions élaborées par l'établissement et, d'autre part, de données subjectives en lien avec la personne évaluée.

Au cours de l'entretien l'évalué doit :

- savoir ce que l'évaluateur pense de lui
- mieux connaître son univers de travail, ses supérieurs hiérarchiques et les objectifs qui lui sont fixés ; donc de mieux préciser son avenir.
- avoir la possibilité de s'exprimer et d'être entendu, une occasion de devenir autonome.

- Pour les évaluateurs

L'entretien est avant tout un processus d'écoute des agents. Il recueille les informations et les aspirations de chacun d'entre eux.

Il doit permettre à l'évaluateur :

- de mieux connaître son personnel et de mieux se faire connaître de lui.
- d'améliorer l'organisation de travail.

- de faire un auto- bilan de sa pratique managériale.

- Pour l'hôpital

Cette procédure d'évaluation, basée sur les entretiens, contribue à la reconnaissance du personnel. Ce type d'évaluation permet à l'hôpital d'ajuster son fonctionnement et de rendre explicite ses choix à tous les niveaux de l'organisation.

La reconnaissance semble l'effet moteur de ce nouveau système d'évaluation. Dès lors, des effets tangibles produits par les entretiens apparaissent. L'encadrement devient plus coopératif et plus engagé. Cette forme de motivation gagne également les agents qui ont plus de plaisir à effectuer leur travail car ils se sentent plus reconnus. L'élimination des malentendus, une meilleure communication et une perception personnelle des attentes des agents participent à l'amélioration de la qualité.

Ainsi, l'évolution de l'évaluation ne peut se concevoir sans entretien parce qu'il est la situation qui traduit le mieux la dimension relationnelle du management. Toutefois, l'entretien n'est pas un remède magique. Il a ses propres limites.

e. Les limites de l'entretien d'évaluation

Si l'évaluation est une nécessité dès lors qu'il y a action, si les institutions qu'elles soient scolaires ou hospitalières en cultivent les vertus indéniables, l'évaluation quelle que soit la forme qu'elle revêt ne peut pas être tout. L'entretien d'évaluation n'échappe pas à la règle.

Christian BATAL¹³⁴ souligne ses limites : « L'entretien n'est qu'un moment de synthèse et de formalisation de données recueillies tout au long de l'année. »

Jacques PIVETEAU¹³⁵ de son côté rappelle que : « Si évaluer, c'est mesurer, alors l'entretien n'est pas un bon instrument de mesure. ». En effet, pour lui : « L'évaluation permise par l'entretien relève de la subjectivité de chacun. L'entretien permet d'afficher cette subjectivité, de dire « je », d'en faire une force et non une tare. La meilleure façon de progresser vers plus d'objectivité, c'est d'abord de reconnaître sa subjectivité. »

L'évaluation du personnel, selon les finalités qu'elle se donne, ne peut pas se résumer au seul entretien annuel d'évaluation. La seule évaluation compatible avec ce type d'entretien selon ce même auteur¹³⁶, est celle où : « *Dans une situation de face à face, où l'on cherche à*

¹³⁴Op.cit, p. 141.

¹³⁵ Op.cit. p. 12

¹³⁶Ibid. p.198

construire en commun, par approximation successive, une appréciation partagée sur l'activité professionnelle de chaque collaborateur. »

La méthode d'évaluation propre à l'entretien d'évaluation est celle qui se fonde sur des valeurs qualitatives.

On ne peut que se rappeler la formule de Charles HADJI citée précédemment : « Il n'y a d'évaluation qu'au moment où émerge le qualitatif dans le quantitatif. »

SECTION 5. LA FORMATION

1. Définition

La formation nous raccompagne tout au long de notre vie pour comprendre des connaissances. Former, du latin « formare », explique éduquer ou bien façonner, devenir de fait plus raisonnable, plus cultivé. Le terme pris « dans son sens dynamique signifie mise en forme »¹³⁷.

Il fallu donc apprendre pour être mieux qualifié. La qualification dans le secteur professionnel reporte ainsi à la qualification d'un poste et aux compétences indispensables à l'exercice d'une fonction, qu'à celles d'un individu qui développe des compétences rassemblées en situation professionnelle.

Certainement ses compétences exigent à leurs reconnaissances par l'établissement. Dans les institutions publiques hospitalières, les emplois sont classés par catégorie et grade. Les établissements ont par conséquent à gérer une intense variété de métiers et ainsi de compétences dans le cadre de la gestion des ressources humaines.

2. Le plan et l'évaluation de la formation

A. Le plan de formation

L'indispensable document qui prouve la politique de formation d'un ministère ou d'un établissement est le plan de formation.

Le besoin de gestion d'une manière pertinente, au jour le jour, la formation au cœur d'une organisation, ainsi que le besoin de posséder d'un document de référence capable de guider l'action à conduire dans le sens favorisé par la politique de formation optée par la direction, ont été à la source des moyens de prévision et de suivi utilisés par les responsables de formation.

Le plan de formation est en même temps un instrument aidant à conduire la mise en œuvre de la politique de formation, un outil de gestion et un moyen d'amélioration du dialogue, de la solidarité dans l'organisation. Il tient compte les moyens financiers disponibles et peut participer rapidement à un développement rationnel du potentiel de compétences existant.

Quatre étapes principales marquent l'organisation et la gestion de la formation dans un établissement.

Ces étapes, qui s'accompagnent dans un cycle spécifiques, reproduit chaque année, sont :

-la détection des besoins ;

¹³⁷ Hugues DESTREM, « Approche systémique de la formation et motivation du personnel », in Gestions hospitalières, mai 1999

- l'élaboration du plan de formation ;
- la mise en œuvre de ce plan et le suivi des actions entamées ;
- enfin, l'évaluation, d'une part, des résultats obtenus et, d'autres part des dispositifs et méthodologies adoptés.

Selon S.FAISANDIER et J.SOYER¹³⁸ «le contenu du plan de formation sera établi en cohérence avec l'ensemble de ses règles sociales :

- les politiques de personnel ;
- le style de management ;
- les modes d'organisation du travail ;
- la culture de l'entreprise... ».

(cf. figure n°9)

¹³⁸ Sylvie FAISANDIER, Jacques SOYER, Fonction formation, EYROLLES, 2007, Paris, p278

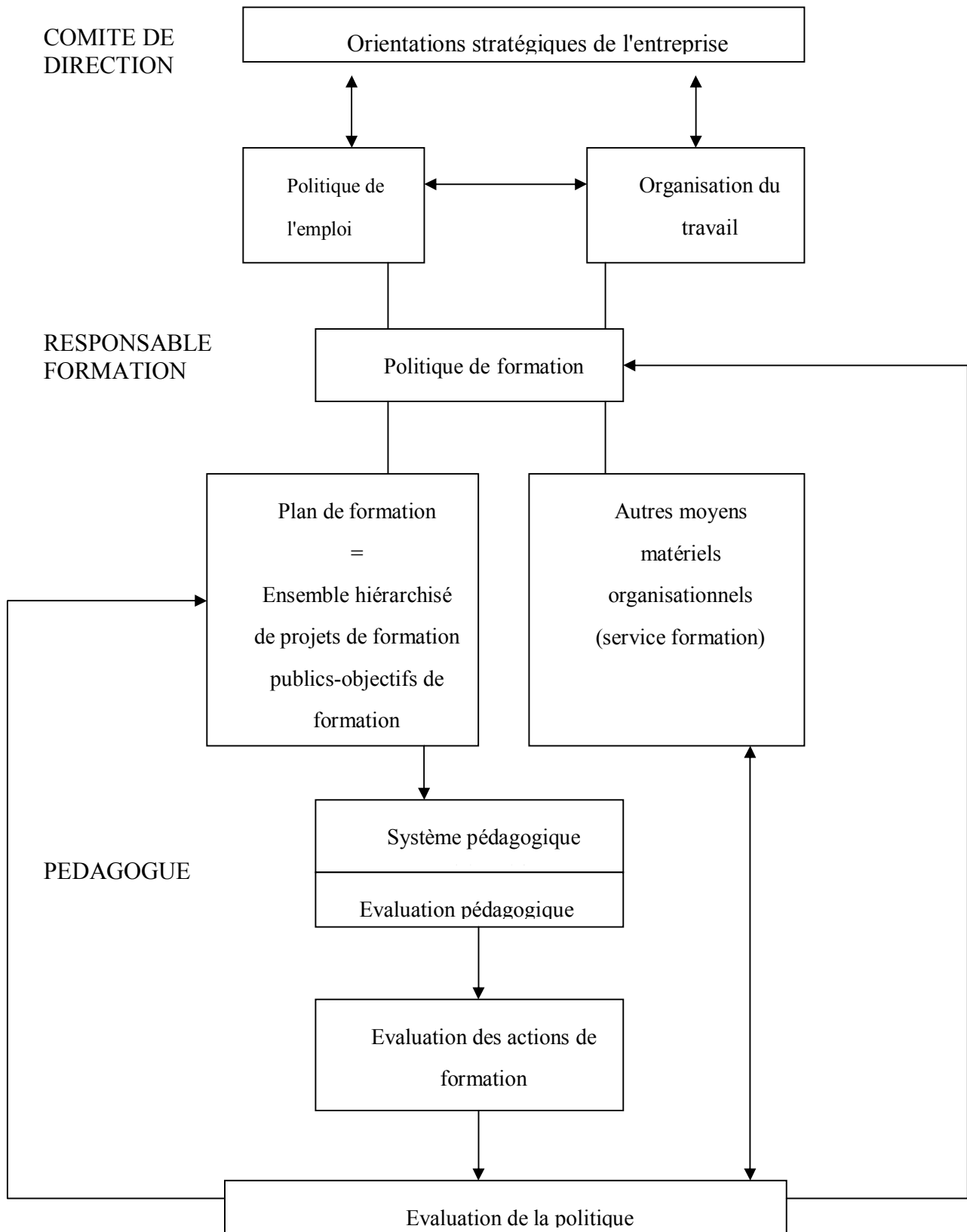


Figure n°09: De la politique au plan de formation¹³⁹

¹³⁹ J.ABBAD, Op.cit, p301.

a. La détection et l'analyse des besoins

La préparation et l'élaboration du plan annuel de formation d'un établissement, d'une entreprise prévoient, a priori, une démarche minutieuse d'identification et d'analyse des besoins de formation correspondants à la période assurée par ce plan.

Dans le but de réussir cette démarche, il faut savoir acquérir les informations pertinentes aux bonnes sources, en faisant appel à des méthodologies certaines. (cf. figure n°10)

b. Les sources d'information

La vérification des besoins doit se fonder sur un mécanisme de perception léger et souple, faisant participer une harmonie capable d'investigation et de brasage. Dans chaque organisation où la planification et la gestion de la formation doivent être couramment discutés et entendus avec précaution :

- la direction des ressources humaines autonome ;
- les chefs de service et les responsables hiérarchiques directs des employés ;
- des employés.

Il est préconisé, certainement, de tenir aussi en compte toute autre information essentielle, et spécifiquement les explications possibles en provenance :

- du chef de service personnel ;
- des représentants du personnel ;
- de toute autre source de renseignements qui semble être adéquate.

c. Les procédures de consultation

Quelques démarches claires sont employées généralement pour recueillir les informations qui viennent de la direction des supérieurs hiérarchiques et des employés.

Un entretien annuel ou semestriel avec un collaborateur qualifié et autorisé, exposant légalement l'idée de la direction, est obligatoire. Cet entretien permettra de rassembler des informations prospectives utiles, actualisées en due forme, sur l'évolution de l'organisation, les grands axes stratégiques arrêtés ou prévus pour conduire son développement, et les priorités conclues, dans cette situation en matière de politique de formation.

Ces priorités peuvent favoriser, en pratique, des actes ou des programmes consacrés à :

- corriger des déficiences constatés au niveau de la performance des employés ou des dysfonctionnements courants ;

-élaborer ou suivre des décisions d'investissement ou de réorganisations qui nécessitent des réajustements de la structure de compétences ;

-rénover l'organisation et les règles de fonctionnement intérieur, favoriser la prise de nouveaux modes de comportements, l'introduction de normes récentes, de nouveaux standards et de nouvelles valeurs.

Il est aussi indispensable d'interroger constamment les chefs de service et les responsables hiérarchiques qui contrôlent, en premier lieu, la qualité du travail des employés.

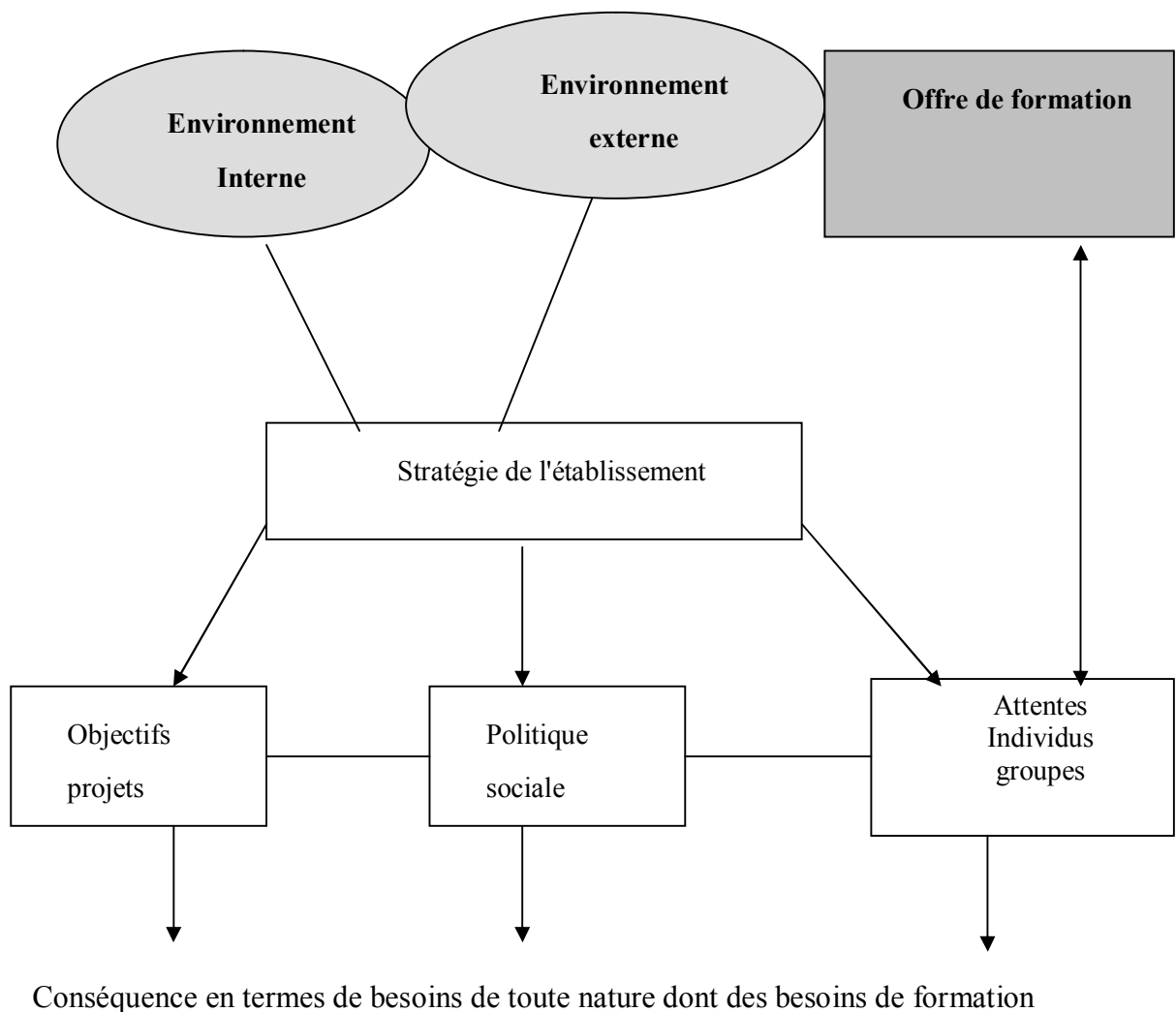


Figure n°10: Les facteurs inducteurs des besoins de formation¹⁴⁰

¹⁴⁰ J.ABBAD, Op.cit, p301.

d. L'élaboration et la validation du plan

Un plan de formation sera construit, après avoir pu élaborer une description conforme aux besoins. Celui-ci semble comme une interprétation réalisable de la politique de formation de l'organisation pour l'année visée.

La préparation du plan implique une appréciation fondée et qui exprime l'ensemble des besoins à satisfaire, des moyens rassembler et des contraintes à respecter, et des opportunités, pressions et difficultés particulières qui se manifeste dans l'environnement.

A l'encontre de l'obligation légale, il est désirable que la planification concerne une durée plus longue, mais réduite (deux à trois ans) de façon à pouvoir inscrire le plan dans une vision plus vaste, tout en gardant aux prévisions un caractère pragmatique. Se contenter à une période d'un an renvoie à une conduite à très courte vue et constitue un frein à une action à long terme. Prévoir des durées plus longues est, d'un autre côté, le plus souvent imaginaire.

e. La mise en œuvre

On met à part dans ce cas, pour plus de transparence, la mise en œuvre de chaque action individuelle et celle des sous-programmes qui forment le plan. Elles font, en vérité, intervenir des perspectives périodiques et managerielles différentes.

f. Les actions individuelles

Il y a, en pratique, plusieurs façons de mettre en œuvre des actions de formations prévues. On distingue généralement, à ce sujet, trois procédés principaux :

-la formation interne ;

-la formation intra, garanti par une équipe de formation externe, décidée par le service de formation concerné sur appel d'offres ;

-enfin, la formation inter (interentreprises, inter administrations), dans laquelle plusieurs employés, en provenance d'autres organisations, suivent une même formation assurée par un organisme extérieur.

g. Les sous-programmes

En plus des attentions qu'il convient d'apporter, au quotidien à la mise en œuvre des actions individuelles, il est nécessaire d'effectuer fréquemment tous les trimestres par exemple, à un

niveau d'observation et de jugement plus élevé et qui exprime un contrôle rigoureux de la mise en œuvre des divers sous-programmes du plan de formation.

h. La concertation et le souci de la communication

Pendant la mise en œuvre il faut penser à respecter les obligations en matière de consultation des instances de concertation, qui doivent être profondément impliquées au déroulement du plan, et à garantir une bonne diffusion de l'information à l'ensemble des personnes.

B. Evaluation de la formation

Selon Jean ABBAD¹⁴¹, n'importe qu'un système, ne puisse pas s'améliorer sans appel à l'évaluation. Il en est ainsi de la fonction formation.

En qualité de démarche stratégique et outil de management le plan est un acte de garantie qui demande, de la part de la direction et de tous les acteurs visés, un engagement de résultat, ce qui nécessite un suivi et une aide permanente des actions mises en place sur le terrain.

Le plan de formation, de même que tout projet de développement, doit être réajusté, si nécessaire, en cours d'exécution. Il faut toujours admettre de prendre soin d'évaluer l'écart vis-à-vis aux objectifs et le cas échéant, d'entamer des actions correctrices.

a. Les indicateurs fondamentaux de l'évaluation de la formation

L'évaluation doit admettre d'examiner et de estimer le degré d'impact que la formation a eu sur les comportements professionnels ou sur la performance des employés. (cf. tableau n°3)

¹⁴¹ Op.cit, p328

Tableau n°03: Processus d'évaluation: la multiplicité des enjeux¹⁴²

Acteurs	Exemples d'objectifs privilégiés	Strategie
Formateur	<ul style="list-style-type: none"> -Atteinte des objectifs formatifs - Satisfacation du client - Réputation de l'organisme - Développement du marche - Développement du produit 	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte d'une perception négative - Mise en cause de la compétence
Stagiaire	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacation du projet personnel -Valorisation dans le travail - Reconnaissance par l'Institution 	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte d'être jugé - Réticence pour apprécier la qualité de la formation et du formateur
Charge de formation	<ul style="list-style-type: none"> - Bon déroulement de la formation - Légitimation de ('action (adéquation par rapport à la demande) -Valorisation du service formation - Reconnaissance par l'Institution 	<ul style="list-style-type: none"> - Peur de la mise en cause du choix du formateur, du contenu de ('action, de son déroulement)
Hiérarchie	<ul style="list-style-type: none"> -Amélioration concrète dans le fonctionnement du service - Réinvestissement de la formation dans l'activité professionnelle -Appréciation positive ou négative des Subordonnés 	<ul style="list-style-type: none"> - Remise en cause du fonctionnement du service Contestation des capacités de la hiérarchie
Institution	<ul style="list-style-type: none"> - Paix sociale: satisfacation du personnel - Concrétisation des projets institutionnels - Evolution des profils, des comportements, des compétences par rapport à l'adéquation postes/profils 	<ul style="list-style-type: none"> - Demande d'une prise en compte des liaisons formation/promotion/rémunération

¹⁴² O.DERENNE, A.LUCAS & coordonnateurs, Op.cit p193.

-Le responsable de l'évaluation

Il arrive bien d'indiquer avant tout, qui fait quoi dans cette recherche d'estimation et qui y contribue. Le responsable hiérarchique, les personnes avec lesquels l'employé a des relations professionnelles et l'employé lui-même sont instantanément concernés toutes les occasions où il y a un objectif de formation dont il faut évaluer le résultat par rapport aux coûts et aux performances acquises.

-La période de l'évaluation

L'évaluation se fait, souvent, après une durée d'observation de six mois approximativement au cours de laquelle la formation acquise est fortifiée sur le terrain et où l'employé perfectionne ainsi sa formation sur le lieu de travail.

Une grande attention doit être examinée sur la qualité des prestations administratives, logistiques et techniques qui ont soutenu l'organisation de l'action comme l'accueil, les problèmes pratiques aperçus, l'hébergement, la restauration, les outils pédagogiques utilisés.

-La définition des critères et indicateurs d'évaluation

Ce sont généralement ceux qui ont essayé de reconnaître les insuffisances ou les besoins d'élargissement pendant le diagnostic. Il s'agit d'examiner si les nouvelles acquisitions correspondent à ce qu'on cherche à réparer ou à prévenir. Habituellement, les critères déterminés sont ceux qui permettent de contrôler l'acquisition des savoirs, savoir-faire et savoir-être.

Tout structure d'organisation de la formation concevra, selon des objectifs spéciales de l'action, une série d'indicateurs qui répondent de préférence à l'estimation des performances, à la qualité du travail de l'employé et de ses relations et à son accommodation à l'organisation d'une part. Les points faibles de la formation suivie devront être fiables et pertinents. L'employé devra, d'autre part, révéler son avis sur d'autres critères avec l'appui d'une dimension qu'il faudra ultérieurement analyser.

Les indicateurs employés pour des évaluations pédagogiques formulent souvent moins de complications. Il se trouve, sûrement, des méthodologies bien dominées; employant des indicateurs permettent d'enrichir le renforcement d'une performance, l'amélioration d'une structure de travail ou également des indicateurs permettant de répondre à des sujets, de quoi les participants doivent être apte, à la fin de la formation ?

D'une façon générale , les indices d'évaluation fréquemment admis se rattachent à l'adéquation , la qualité, l'efficacité, loyauté des actions , à l'efficience , l'économie , la concordance de gestion , aux ratios et autres indicateurs de base utilisés pour estimer les moyens concernant les montants engagées et le temps destiné à la formation .L'acuité de l'activité pourra s'estimer , par exemple , par le nombre moyen d'actions entamées par trimestre et les résultats , par le nombre de bénéficiaires , le degré de satisfaction obtenu , la qualité de l'impact et le retour sur l'investissement.

Affirmant définitivement qu'à propos d'une démarche d'évaluation, il est obligatoire d'examiner que la qualité, l'objectivité et la pertinence des indicateurs et divers critères significatifs d'analyse ont conduit au bilan final.

b. La mise en œuvre de l'évaluation

-L'évaluation individuelle

Le corps social est en aspiration d'une amélioration de l'état individuelle professionnelle de ses membres. Les projets de formation, sous-tendus et ordonnés par le plan de formation, ont pour objet de soulever l'accroissement des savoirs et des compétences, mais aussi d'examiner et de construire l'état des acquis par des modes d'évaluation

-Les bilans trimestriels

Le plan de formation doit faire l'objet d'une vigilance et d'un suivi permanent. De pus, les prudences qu'il exige, au quotidien, au cours de son exécution, il convient d'élaborer, à durée fixe (tous les trimestres par exemple), des bilans de phase. Ceux-ci permettent, d'une part, de corriger des déviations et de modifier des écarts par rapport aux prévisions et, d'autre part, de valider l'évolution de l'action entreprise, au moyen des séries d'indicateurs adéquats.

-L'évaluation annuelle

L'année est la phase d'observation, toujours retenue, pour l'instauration du bilan quelles que soient les activités de l'organisation. L'évaluation générale de la formation est un acte de gestion spécialement important en termes de sources d'information. C'est à partir des leçons qui en seront contractées que le service du personnel pourra se livrer à la préparation du rapport annuel sur la formation, à l'établissement du bilan social et à la production d'informations statistiques nécessaires au travail de prospective et de communication.

Cette œuvre de bilan et d'analyse des actions effectuées est origine d'enseignement et de réinformations indispensables pour les programmes de développement à venir. La qualité de récentes propositions d'actions appartiendra amplement, à cet événement, de la participation de tous les concernés à l'exploitation des résultats et de leur participation aux résultats de l'évaluation.

Le but est de tenter d'aller encore plus loin dans la recherche d'une politique de formation la plus convenable aux besoins des missions hospitalières.

3. La formation soulève d'importantes aspirations des employés et de l'établissement

A. Notion de base

La formation recouvre plusieurs d'objectifs. Si l'on énonce la question de principe suivante, la formation pourquoi faire ? La réponse diverge que l'on soit au niveau individuel, de service ou de l'établissement.

Excepté son rôle de recherche individuelle ou de l'analyse du travail du groupe, la formation forme un enjeu important pour la globalité de l'organisation hospitalière.

Au niveau stratégique, elle prouve qu'elle est un outil managérial décisif dans la prise en considération des transformations structurelles et de la démarche qualité.

Effectivement, la formation dans une phase d'importants changements est l'objet d'une aspiration importante. Jean ABBAD¹⁴³ nous cite que Michel CROZIZR a mis en évidence le rôle de la formation dans les ressources humaines « les outils d'une bonne gestion des ressources humaines sont le management des compétences et emplois de la formation, l'évaluation et intérêt au travail. ».

De fait, l'auteur¹⁴⁴ nous assure le rôle stratégique de la formation dans le management « l'organisation de la formation est un acte fondamental du management. Elle tient une place essentielle en raison de son impact sur les adaptations nécessaires. ».

La formation est donc un outil qui tente de répondre aux besoins individuels ou aux besoins collectifs. Ainsi la formation est une notion essentielle qui contribue à accompagner les changements dans l'organisation et participe de créer une dynamique interne et externe.

Du côté interne, elle admet à l'établissement de fonctionner là où les terrains de connaissances s'ouvrent et se partagent.

A l'aide de, la formation est le moyen de créer une dynamique des savoirs entre les professionnels de l'autre côté de leur domaine d'intervention respectifs.

¹⁴³ Op.cit,p299

¹⁴⁴ Jean ABBAD, Op.cit, p300

Du côté externe, la formation peut être considérée comme une interface entre les professionnels libéraux et les acteurs interne.

Egalement, une formation commune peut admettre, à titre d'exemple d'améliorer une pratique de pré-accueil et un accompagnement des résidents au moment de leur admission ; celle-ci intéressant de nombreux intervenants.

D'autre part, les formations peuvent être projetées à différents institutions. En plus de produire des avantages économiques sûrs. Cette partition conduit en outre à un échange toujours favorable dans les pratiques ; aussi les petites institutions peuvent être bénéficiaires des savoirs de la même façon que les grands ont à prendre dans les démarches de fonctionnement des petites structures.

B. La formation et sa place dans la carrière

L'axe formation est un outil de conduite efficace si on projette un mode de gestion globale de carrière pour les employés. Elle est, de cette idée, un outil efficace d'orientation de carrière au moment des entretiens d'évaluation.

Effectivement, la formation doit être projetée et introduit dans le processus de carrière ; ainsi la formation s'intègre dans l'entretien de recrutement ainsi que dans des rencontres annuels de notation. Ce choix constitue certainement un atout important de fidélisation des personnels. De cette vision de management, on peut aussi envisager de l'axe formation un moyen à la synergie des personnels.

La formation devenue un outil de la gestion des ressources humaines, permet au dirigeant de se procurer d'un outil de pilotage efficace qui emmène principalement au contrôle de la mobilité des personnels.

La formation comprend aussi une fonction d'harmonie intéressante en autorisant de discuter. Elle offre aux employés la chance d'être entendu et au responsable d'établissement la chance de discuter.

C. Un indispensable retour sur investissement

Exigence légale, la formation est actuellement au centre d'une récente évolution relativement de l'importance financière qu'elle recouvre ; véritablement celle-ci est rattachée à une approche en terme de rentabilité due aux sommes financières alloués. Ainsi après avoir abordé les enjeux rattachés à la formation, il admet dans ce cas de citer la formation en termes de résultats.

Effectivement, toute préoccupation du responsable d'établissement s'accorde avec l'acquisition de moyens mais aussi avec l'optimisation de ces moyens.

Encore, la formation depuis les années 1990 a subi de grands changements tant de par la nature de stages que par les résultats attendus comme Marc DENNERY¹⁴⁵ nous rappelle : « On peut en distinguer trois fondamentales : la réduction de la durée des stages, l'exigence de retour sur investissement à court terme et le passage de l'individu apprenant à l'équipe apprenante. ».

Tant que la formation professionnelle est un des notions clé de la rénovation de la fonction publique, le responsable d'établissement se préserve donc de contrôler l'investissement réalisé. Investissement de premier ordre, la formation doit être suivi et mesurée.

Donc, la formation évoque un enjeu et un investissement trop intéressant pour que l'on puisse s'admettre d'oublier d'examiner les résultats obtenus. Si former c'est investir, on ne sait toutefois pas évaluer parfaitement l'investissement formation alors qu'il n'apparaît plus inexacte dans le domaine public de parler de rentabilité au sujet d'investissement humain et particulièrement de s'interroger sur le retour sur investissement que l'on peut attendre aussi dans le domaine de la formation.

Performance et rentabilité sont les valeurs modernes du milieu du travail. Il est évident de les repérer dans le cadre de la formation à l'hôpital. Retenues, il y a plusieurs périodes aussi, au mode conceptuel dans le domaine hospitalier, ces deux notions semblent de plus en plus présentes.

a-Devenir performant grâce à l'évaluation

L'évaluation est un monde énorme qui concerne simultanément la gestion de la formation et les acquisitions de la formation. Du point de vue de la gestion des formations reçues, l'évaluation est un monde qui intéresse l'estimation de la satisfaction par rapport à la qualité et de la quantité de la formation effectuée. Elle se charge de l'impression des bénéficiaires quant aux objectifs désirée et les conditions de réalisation.

Phase indispensable qui permet de mieux ajuster les demandes ultérieures sur une thématique précisée, elle se complète par une autre phase qui la devance et qui délimite la mise en application des connaissances acquises pendant le stage.

Après, le suivi de formation vise la mise en pratique de la formation reçue.

¹⁴⁵ Marc DENNERY, Organiser le suivi de la formation, in méthodes et outils, Ed.ESF, Paris, 1997

Il se situe dans une méthode de gestion de la formation. Par ailleurs, l'apprentissage n'est pas un but en soi, on se forme pour réaliser quelque chose, ce qui signifie selon Martine CELTON¹⁴⁶ que cet « apprentissage doit être conçu en fonction de l'utilisation que l'on en fera. ».

Le suivi de formation et l'évaluation sont donc un fort moyen pour développer le rendement global de la formation donc l'optimisation des compétences.

Ainsi, comme le suggérait le législateur, toute entreprise et, a plus forte raison, les structures de la fonction publique, doit organiser l'évaluation et le suivi de la formation.

En principe, la formation représente un investissement de part les montants accordés et par la volonté organisationnel fondamental qu'elle induit.

Ainsi les institutions sont en devoir d'attendre des conséquences de la formation que ce soit en terme monétaire ou en termes de rénovation du fonctionnement des services.

b- La valorisation quantitative et qualitative

L'investissement – formation énonce de critères économiques définis par GUY LE BOTERF¹⁴⁷ comme conséquence : « d'un choix pour le décideur, d'un pari sur l'avenir, d'un détour de production, d'une contribution à l'avenir à long terme. ». Effectivement, l'approche quantitative de la formation aboutit à des appréciations d'ordre qualitatif.

Réellement, il s'agit actuellement de prouver que l'investissement de l'établissement, en matière de formation, apporte une plus-value. Auparavant, la plus value concernait particulièrement les acquis des stagiaires. A l'heure actuelle l'évaluation attendue s'intéresse aux effets produits dans le service et, par voie de conséquence, pour l'établissement.

Aussi, le suivi s'intéresse à la mise en application sur le terrain. Ce secteur intéresse les savoirs et leur rentabilité et désire valoriser les employés. Ses objectifs visent à acquérir la possibilité pour le stagiaire à continuer à apprendre après le stage, à faciliter la mise en œuvre des connaissances, à permettre le partage des savoirs. Ce suivi s'inscrit dans une démarche comprenant trois étapes :

- Accomplir le diagnostic en matière de formation ;
- Définir des objectifs ;
- Elaborer le plan de suivi.

Elle porte de nouveaux comportements des acteurs, depuis le stagiaire en passant par le cadre de service, le responsable de formation et la direction. Comme le titre de l'article de l'auteur

¹⁴⁶ Martine CELTON, « Effort sur les effets » in Objectifs soins, janvier 2001

¹⁴⁷ G .LE BOTERF, « De la compétence : essai sur un attracteur étrange », Editions Organisation, 1994.

auparavant cité « efforts sur les effets », il faut pouvoir, dans une volonté de rentabilisation de l'investissement formation, mettre en place une stratégie essayant à mesurer les effets et à suivre dans le temps la formation.

4. Le rôle des acteurs de la formation

Selon Odile DIRENNE, André LUCAS¹⁴⁸, la définition et la mise en œuvre d'une politique de formation reposent sur plusieurs acteurs:

- la direction des ressources humaines et, en fonction de la taille de l'établissement, son responsable de la formation continue;
- les cadres ;
- les partenaires sociaux.

A. Le rôle de la direction des ressources humaines et du responsable formation

Suivant la taille de l'établissement, la formation sollicitera l'existence d'un service ou d'un responsable formation. Le directeur ou le directeur des ressources humaines manège-t-il en direct l'établissement, la mise en œuvre, l'évaluation du plan de formation, la gestion administrative du plan étant effectuée par un agent administratif, ou bien, auprès des effectifs de l'établissement, de la somme financière et des enjeux du plan de formation, des moyens dont possède l'établissement, identifie-t-on sur un métier à part entière les fonctions de responsable formation ?

La formation est une fonction transversale, considérablement attachée à la politique des ressources humaines ; ainsi, il semblerait cohérent que cette activité soit rattachée à la direction des ressources humaines.

-Les attributions du responsable de la formation

Sa concerne d'un acteur principal dans le mécanisme de formation. Il doit savoir et maîtriser les programmes de l'établissement et notamment, les programmes dans le secteur de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences basant sur l'analyse des métiers, les analyses des entrants et des sortants de l'institution, et les besoins découlant en termes de recrutement. Le responsable de formation doit être susceptible :

¹⁴⁸ Op.cit, p 175

- de communiquer et guider les employés sur les divers structures en termes de formation comme les démarches d'avoir un congé, bilan de compétences et le droit de l'employé bénéficiaire ;
- de suggérer, de mettre en œuvre l'évaluation des actions de formation ;
- aider les cadres ou les agents dans l'analyse des besoins ;
- de traduire le besoin de formation en objectifs de formation ou l'employé doit savoir, être capable de...etc.

- Le rôle du directeur des ressources humaines au sujet de la formation

- Préciser la politique générale de formation en désignant les orientations stratégiques de rétablissement en répondant aux besoins institutionnels, individuel ou de service ;
- Informer sur les droits en termes de formation, la procédure et tes outils de recensement des besoins, les orientations en ternies de formation, les moyens financiers identifiés sur les enveloppes institutionnelles ou individuelles
- désigner et former les délégués de formation qui procèdent au recensement, l'analyse des actions projetées sur leur domaine ;
- Examiner et proposer un plan de formation aux instances de l'établissement.
- Diffuser et communiquer le plan de formation auprès des autorités, des cadres de l'établissement ;
- Communiquer aux employés les orientations générales retenues en passant par les cadres, le journal interne...
- Mettre en œuvre le plan de formation en :
 - indiquant les objectifs pédagogiques, le processus d'évaluation des actions de formation projetées dans un cahier des charges ;
 - achetant les prestations de formation ;
 - organisant au plan logistique et administratif l'action de formation ;
 - facilitant le départ en formation en envisageant les éventuels besoins en remplacement qui en résulte.
- Évaluer le programme de formation et les actions de formation mis en place et opérer des réajustements suite à cette évaluation.

B. Le rôle et la place de l'encadrement

Selon Odile DIRENNE et André LUCAS¹⁴⁹, les cadres constituent aux côtés du responsable du service de formation et de la commission de formation, un acteur essentiel, notamment dans l'analyse et la priorisation des besoins de formation ainsi que dans l'évaluation des résultats de la formation.

Le rôle du cadre est multiple et s'incarne dans toutes les étapes du plan de formation. Son rôle est essentiel dans différents domaines:

- L'identification et la formalisation des besoins: En premier lieu, il doit être capable de formaliser les besoins de formation. Son écoute de l'équipe, sa connaissance des projets du service, sa perception des manques, des insuffisances, des dysfonctionnements, son observation des situations de travail sont autant d'opportunités qui lui permettront de proposer des orientations pour la formation. Son rôle consiste à retraduire en besoins de formation divers problèmes individuels ou collectifs en sachant discerner ce qui relève de la formation.
- L'entretien d'évaluation : celui-ci constitue le moment privilégié au cours duquel une analyse des besoins en formation de l'agent pourra être menée, pour développer ses compétences qui permettent de s'adapter aux évolutions techniques, organisationnelles... À travers cet entretien, plusieurs finalités sont recherchées par le cadre :
 - Quelles sont les compétences actuelles de l'agent et les écarts constatés avec la fiche métier et la fiche de poste ? Quelles actions de formation permettront de réduire les écarts?
 - Quels sont les résultats obtenus par l'agent au regard des objectifs professionnels fixés l'année précédente ? Quels objectifs de progrès et actions de formation accompagnant la réalisation de ces objectifs pourrait être fixée ?
 - Quels sont les attentes et souhaits d'évolution professionnelle des agents? Comment motiver les agents non demandeurs de formation ?
- Le développement de la motivation des personnels : le cadre a aussi un rôle consistant à motiver les personnels en tenant un discours positif à l'égard de la formation et en sachant formuler des objectifs mobilisateurs. ;
- La réalisation des actions: il s'agit de l'organisation et la compensation des absences, la mise sur pied des formules de suppléance permettant un bon fonctionnement du service ;
- L'animation des formations : le cadre joue un rôle en tant que formateur, dans la transmission de ses connaissances et de son expérience.

¹⁴⁹ Op.cit, p177.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Nous avons pu apprécier tout au long de ce chapitre l'étendu et la complexité du concept du management des ressources humaines.

En effet il s'agit d'un domaine très vaste ou les frontières sont quasiment celles de l'organisation, ses processus aussi spécifique que transversaux se repartissent et se diffusent dans toute l'entreprise.

Nous avons vu aussi que la dynamisation de la gestion des ressources humaines repose essentiellement sur la fonction ressources humaines qui doit prendre attache à dynamiser les politiques de prévisions à moyen terme des emplois e des compétences qui sont devenu impératives et dont il faut les conduire à la fois sous l'angle collectifs, mas aussi de l'individu confrontés au changement .Ainsi il est impératif de se donner des procédures et des critères objectifs pour recruter, mais aussi pour intégrer les nouveaux agents. Aussi, il faut prendre le temps régulier d'évaluation selon des objectifs et des outils construits avec les cadres contribuent au développement des ressources et à l'implication de tous les acteurs. En dernier lieu dans ce chapitre nous avons abordé la politique de formation intégrée aux objectifs d'évolution de l'établissement qui est un facteur déterminant de réussite des plans de l'institution.

CHAPITRE 2

EVOLUTION DE L'ORGANISATION ET

ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT

INTRODUCTION DU CHAPITRE 2

Selon J.ABBAD¹⁵⁰, la conduite de changement est une nécessité naturelle qui ne relève pas d'un acte thérapeutique. Elle répond à une condition normale d'évolution.

Les hommes cherchent toujours les différentes manières pour s'adapter aux turbulences de leur environnement. L'hôpital, lieu de lutte au quotidien pour la vie et le bien-être des malades, doit, pour garantir sa mission, réussir son développement en conciliant son caractère humanitaire et les exigences du progrès technique.

L'architecture de ce chapitre en quatre sections va répondre à l'organisation et le management dans l'hôpital (section1), le changement à l'hôpital (section 2), la communication et dialogue social dans l'hôpital (section3) et la motivation et la satisfaction pour améliorer les conditions du travail (section4).

¹⁵⁰ Op.cit, p35.

SECTION 1. 1. ORGANISATION ET MANAGEMENT DANS L'HOPITAL

1. L'hôpital : l'approche d'une organisation

A. Les spécificités

L'ouvrage d'Henri MINTZBERG, structures et dynamique des organisations, retrace de manière fiable les spécificités de l'organisation des hôpitaux dans le chapitre consacré à la « bureaucratie professionnelle ». La description rigoureuse qu'il fait de l'organisation sous forme de « configuration structurelle » admet de concevoir les aspects spécifiques de l'organisation hospitalière. Elle se définit ainsi :

- un top stratégique représenté à l'hôpital par le groupe de direction ;
- un centre opérationnel qui réunit les responsables de l'exécution des missions indispensables de l'organisation (les unités de soins, les médecins et les soignants) ;
- un niveau hiérarchique, médiateur entre le sommet et la base. Représenté par l'encadrement ;
- directions fonctionnelles, se vouant particulièrement à la dimension économique de l'organisation ;
- une logistique à savoir la cuisine, la buanderie, le transport. Ces services allègent le centre opérationnel des tâches considérées comme secondaires au regard de la mission fondamentale de l'établissement, lui accordant de mieux se focaliser sur celle-ci.

B. Les particularités

Le domaine de l'organisation hospitalière met en valeur les particularités suivantes :

- une place fondamentale du centre opérationnel, d'une façon différente des unités de soins qui restent relativement indépendantes les unes des autres. De même que l'évolution des technologies de diagnostic et de soins complexes aient eu comme résultat de créer des liaisons entre services de soins et services d'aide aux diagnostics par exemple, l'hôpital reste une organisation où le niveau de spécialisation est très fort.
- la position du responsable qui gère toutes les confusions de l'organisation. Effectivement, celui-ci nommé par le ministre de la santé, est responsable de sa gestion devant un conseil d'administration. Il trouve, en outre, sa légitimité et son pouvoir dans son aptitude constante à conserver le centre opérationnel des bouleversements capables d'être produits par les changements de politique et les contradictions des pouvoirs de tutelle.
- un niveau hiérarchique arrêté entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Le directeur n'a ni les aptitudes, ni les compétences pour diriger les chefs de services médicaux. Par contre, il se trouve un niveau direction-logistique ainsi qu'un niveau direction-soignants.

De même, qu'il se trouve une hiérarchie fonctionnelle entre les médecins chefs de service et les personnels.

- une logistique très développée sous le contrôle des membres de la direction fonctionnelle. Dans ce secteur, l'appartenance du médical et du logistique à deux mondes différents incite de grandes insuffisances de coordination qui se répercute fortement sur la qualité du service rendu.

- les mécanismes formels de coordination sont faibles. Selon M CREMADEZ¹⁵¹, l'avantage est donné à deux autres mécanismes de coordination qui sont l'adaptation mutuelle entre individus et la rationalisation des qualifications. Ces notions, avec leurs limites, tolèrent d'admettre la dynamique de l'organisation de l'hôpital.

- l'adaptation mutuel, fondé sur la qualité des relations entre dirigeants, permet une liaison par une simple information informelle, et reste donc strictement rattaché à la personnalité des interlocuteurs.

- la rationalisation des qualifications accorde une coordination immédiate à l'aide d'une homogénéisation des comportements individuels. Elle est acquise par la formation et permet aux personnels d'un même groupe de savoir ce qu'ils peuvent attendre les uns des autres.

C. La dynamique de fonctionnement

L'idée un peu statique du fonctionnement de l'hôpital, mérite d'être améliorée par une conception plus dynamique.

-La différenciation

Les organisations sont des systèmes ouverts qui doivent demeurer en équilibre dynamique avec leur milieu. La structure de l'hôpital, en quelque nombre d'unités, divise le milieu en autant de sous milieux différents. Chaque service de l'hôpital entretient des relations favorables avec une partie du milieu. P-R.LAWRENCE et J-W.LORSCH¹⁵² déterminent ce phénomène de différenciation. Ce concept aide, pour le service, à déterminer les méthodes d'organisation du travail, les comportements individuels et les types de relations interpersonnelles qui le différencient des autres services. Ce phénomène, qui intervient à plusieurs lignes de l'organisation, s'inscrit dans une dynamique. Il permet l'adaptation des spécificités organisationnelles aux caractéristiques du sous-milieu propre.

¹⁵¹ M. CREMADEZ. Le management hospitalier. Inter Éditions Masson. Paris, 1997.

¹⁵² Ibid.

D'autre part, la différenciation est origine d'efficience et toute organisation doit respecter un degré de différenciation de ces configurations. Effectivement, il ne faut pas permettre, par le désir de cohérence, vouloir réduire les différences mais plutôt chercher à les valoriser. La différenciation dans la plupart des hôpitaux se retrouve sous plusieurs formes dont les principales sont les suivantes :

- **la différenciation administration/médical :**

Deux mondes adversaires, elle oppose l'univers professionnel, celui des services qui cherchent des objectifs particulièrement qualitatifs, constitué de personnels et de patients, à un monde administratif, aux objectifs de nature quantitative et économique avec des soucis basés sur les relations avec l'administration au sens large, comme la tutelle.

- **la différenciation logistique/centre opérationnel**

Les activités logistiques dépendent du monde administratif et poursuivent des objectifs de rentabilité ou de moindre coût. Le centre opérationnel, constitué de médecins, poursuit quant à lui des objectifs qualitatifs et la maîtrise des coûts n'est pas leur souci principal.

- **la différenciation au sein du centre opérationnel**

La différenciation entre le corps médical et non médical n'est pas secondaire. Si celle-ci est moins explicite au sein de chaque service en rapport des nécessités d'interaction, entre médecins et paramédicaux, liés aux besoins des patients, aux pathologies et aux traitements, elle est plus explicite dans le cadre de l'établissement de la politique générale de l'hôpital. En cas de complications ou d'incertitudes, des luttes de pouvoir et des luttes idéologiques peuvent apparaître. Au contraire du corps médical, le corps paramédical est géré de manière centralisée et hiérarchisée.

La différenciation soutient les obstacles naturels à la communication. Plus une organisation sera différenciée, plus il sera difficile de faire coopérer les services entre eux. Effectivement, tout service aura orientation à ne voir le problème posé qu'en fonction de sa connaissance des exigences du milieu de l'hôpital. Donc, le besoin semble de mettre en place des dispositifs de découverte et de résolution de conflits.

- L'intégration

Selon P-R.LAWRENCE et J-W.LORSCH, l'intégration repose sur la connaissance des différences et à se reposer sur elles pour garantir l'harmonie des actions avec les objectifs communs. La cause de l'intégration exigée dépend de l'acuité de la différenciation.

Le fonctionnement indispensable est la hiérarchie. Lorsque la différenciation est faible, la hiérarchie, alliée à des systèmes formels tels que les procédures, les systèmes de planification et de contrôle, suffit à avoir le degré d'intégration essentiel sollicité pour être performant. Elle peut s'annoncer insuffisante quand la différenciation s'amplifie. Il faut élaborer des méthodes d'intégration supplémentaires afin de rendre la coordination facile et plus adaptable par une multiplication des modes de collaboration entre individus.

2. Le management à l'hôpital

A. La délimitation du domaine du management

Cette définition s'est construite à travers différentes conceptions que l'on peut avoir de la notion, en vue d'aboutir une classification des divers modes de management.

a. Une définition constructiviste du management

Afin de préciser les aspects de ce concept, il est important de se baser sur des définitions techniques du management, et de se reporter à l'origine et à l'évolution. L'histoire de ce concept de management nous a laissé de comprendre qu'en réalité, rien de récent n'est apparu lorsque le management est découvert dans les années 1950.

- Première définition du terme de management

En anglais, *to manage* explique de réussir à faire quelque chose, ce qui reprend à dire : arriver à un résultat malgré tout, à se démêler. Jacques PIVETEAU¹⁵³ proposait cette expression : « managers, ménagères : même combat ». Cette comparaison pourrait exprimer que faire du management ce serait faire du ménage. Si l'on cite par exemple le fait de nettoyer pour rendre propre et claire, alors l'expression n'est pas mauvaise. Il faut ainsi évoquer qu'au XVI^e siècle, « ménagement » signifiait disposer avec soin, régler avec soin et adresse¹⁵⁴.

De cette première définition, nous conserverons que manager, c'est arriver à s'en sortir quelle que soit la situation. Bien sûr, cette expression simple nous suscite d'aller un peu plus loin.

¹⁵³ J. PIVETEAU. *Mais comment peut-on être manager ?*, p.50

¹⁵⁴ cf. le dictionnaire *Le Petit Robert*

-Le management, une manière de faire fonctionner l'organisation

Il est question, dans cette démarche de la notion de management, de faire fonctionner correctement les règles, les procédures, la vie collective, etc. Réellement, pour le dirigeant, cela veut dire porter son regard sur tous les aspects de la vie organisationnelle, pouvoir intervenir partout chaque fois que cela est indispensable.

Le management cherche à inverser le sens des ambiguïtés, en créant des occasions à partir des barrières. La définition du management peut être discutée dans ce sens. Selon lui, la fonction du management serait de viser à « transformer du travail en performance ». L'expression est à retenir, dans le sens où manager veut bien dire orienter et coordonner le travail pour qu'il aille dans un sens voulu, aux fins de répondre au mieux à des objectifs qualitatifs et quantitatifs.

Néanmoins, toute l'ambiguïté et tout l'enjeu d'une telle définition demeurent dans la nature de l'objectif que l'on définit. La performance est un concept qui reste relatif. L'art du management réside bien dans l'harmonie entre l'essor qu'il donne et maintient et les volontés présentes dans l'organisation, qui d'une façon ou d'une autre s'engendreront pour faire progresser les choses.

Selon Peter DRUCKER¹⁵⁵, Le management, qui est « l'organe spécifique et distinctif de toute organisation », contient un certain poids en soi. Elle suppose une obligation d'assumer et d'aller jusqu'au bout de ses responsabilités.

-Le management ne répond à aucune science exacte

Dans le management il y a place pour l'intuition, l'expérience, la détermination et l'imagination ; c'est ce qui fait de cette science à la fois un risque et l'objet d'un intérêt durable. Tout leader exerce une sorte de management, quelquefois de manière inconsciente, sans compréhension, sans stratégie calculé, mais en référence à une culture propre. J.R. LOUBAT¹⁵⁶ définit le management comme « l'art de mobiliser les hommes pour atteindre un objectif commun ».

Conséquemment, le manager suggère des choix, décide au sein des incertitudes, arbitre entre des intérêts, cherche à obtenir la satisfaction des usagers, et pour cela, il arrête des objectifs. Ces objectifs doivent être connus et à l'atteinte de tous ; ou bien, pour aborder une terminologie bien connue dans l'univers industriel, ils doivent être spécifiques, mesurables, ambitieux, réalistes, et inscrits dans le temps. C'est un exercice sérieux pour les managers du

¹⁵⁵ P.DRUCKER, *La pratique du management*, 1954.

¹⁵⁶ JR. LOUBAT, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*.

domaine sanitaire de se demander en permanence quels sont les objectifs suivis, et s'ils sont pour tous les intéressés, à la fois :

- particulières (c'est-à-dire spécifiques à l'institution et à sa nature, et pas uniquement théoriques et généraux) ;
- évaluables (c'est-à-dire combinés de critères objectifs qui admettront de connaître s'ils sont ou non obtenus, et dans quelle mesure) ;
- ambitieux (c'est-à-dire dépassant l'habitude pour ouvrir des démarches de progrès qui puissent susciter l'optimisme et l'engagement) ;
- pragmatiques (c'est-à-dire qui puissent sagement être atteints en considération des ressources en présence) ;
- mentionné dans le temps (c'est-à-dire approprié de limites ou de paramètres dans le temps, de façon à pouvoir mesurer les résultats et, le cas échéant, à réorienter l'activité).

-L'existence évidente d'une relation entre la pratique du management et le style personnel du manager

La pratique du management repose sur l'organisation des volontés et des énergies, pour qu'elles aillent de la meilleure façon possible dans le sens des objectifs. C'est pour ça, le manager intervient directement et individuellement sur les hommes et sur les situations.

Dans la pratique, s'exprimeront donc visiblement le caractère du manager, ses valeurs et son idéologie. On soulignera cependant deux remarques qui viennent modifier ou compléter cette évidence.

En premier lieu, le mode du manager affrontera une force opposée au moins aussi grandes que sa propre capacité : celle de la culture de l'institution. Effectivement, un directeur récemment venu ne doit guère abandonner cet élément. Pour assimiler sa nouvelle fonction, il devra analyser les conditions du poste qu'il va tenir et le directeur sortant en fait partie car il a laissé ses empreintes et son mode et il a été décrié ou apprécié.

Par conséquent, le remplaçant sera attendu pour garantir la continuité ou faire du changement et c'est en fonction de cette spécificité qu'il devra aligner son style de management, tout au moins dans les premiers mois.

Ainsi, arrivant dans une nouvelle institution, un dirigeant dont le comportement assuré l'incite à choisir rapidement des situations de fermeté peut se retrouver opposé sans conflit direct à la non-application de ses directives, ou bien à des obstructions qui lui apparaissent incorrects. La preuve en est que l'établissement, familiarisée bien avant à des styles de management plus

indulgent, offre peu de prise à un fondamental changement de mode de direction. Sous peur de blocage, il faudra que les deux approches s'harmonisent pour que les objectifs avancent en destination de leur finalisation. C'est le dévoilement de cette interaction essentiel entre la personnalité du manager et le système organisationnel qui exprime le surclassèrent des tentations de classification psychologique et autres représentations savantes mais obscurs de la psychologie du manager.

Dans l'occupation d'une fonction de direction peuvent être clarifié, comme la capacité de faire appel à son pouvoir naturelle, le goût du leadership, ou la disposition à rechercher les accords les plus dynamiques, l'expérience et l'observation ont pu démontrer souvent que, selon les cas, les personnes mettent plus ou moins en avant certaines des spécificités de leur personnalité. De temps en temps, de façon incroyable, une personne à la particularité souvent réservé peut se montrer un excellent chef dans des circonstances ultimes, cependant un individu vraisemblablement fort de caractère peut échouer à manager des groupes distant à l'autorité et en attente de dialogue. De même, des contextes extérieurs au dirigeant et à l'équipe, ou bien une nouvelle réglementation inattendue, peuvent venir complètement modifier le climat général et bouleverser les interactions au point d'entraver complètement le management engagé. Un ensemble de facteurs en interactions doivent donc être pris en considération, parmi lesquels la personnalité du manager n'est qu'un élément particulière parmi d'autres.

D'une autre manière, on peut aussi dévoiler dans les expériences managériales des grands modes de choix, des groupes de décisions basées sur des valeurs supports parfois aventuriers, et qui permettent de définir des grandes espèces de direction. Le dirigeant de l'univers sanitaire qui réfléchit sur sa pratique doit pouvoir qualifier son exercice en se rattachant à certaines de ces différenciations, ne serait-ce que pour penser aux impacts de son comportement sur son environnement.

B. Le classement des styles de management

a. Plusieurs approches contenant quatre principaux modes de management

Il se trouve beaucoup de manières de reconnaître, de qualifier, de classer les différentes méthodes d'envisager et de pratiquer le management des hommes au travail. La plupart des modèles théoriques tiennent en considération des formes personnelles du manager et de ses assistants et de la situation professionnelle particulièrement conditionné par la nature de l'activité, la structure organisationnelle et les influences de l'environnement.

Par conséquent, les travaux du psychologue Kurt Lewin au début du XXe siècle et de ceux qui l'ont suivi ont permis de détecter cinq grands caractères des modes de management :

-Caractère de directivité (reposant sur le développement d'un management vertical, basé sur l'autorité) ;

-Caractère de démocratie (on aura la direction à aborder l'opinion des intéressés avant toute décision, et à les impliquer automatiquement avant toute mise en œuvre) ;

-Caractère de contractualisation (on fondera d'avantage des relations appuyées sur l'échange et sauvegardant le partage des managements) ;

-Caractère de relationnel (on permutera suffisamment et avec largement de personnes avant de prendre sa décision, qu'on fera passer par des contacts personnalisés, et qu'on suivra de près avec les intéressés) ;

-Caractère de laisser-faire (mode clairement mis en cause par Lewin pour des raisons évidentes de complaisance, de fausse démocratie, de défaut d'encadrement, etc.).

Dans la situation auquel on pense, on maîtrisera plutôt une approche fondée sur la liaison de deux variables fondamentales du comportement managérial. Nous portons sur les deux finalités inverses d'un pôle, respectivement, une forte et une faible préoccupation portée à la personne, et, au pareil, sur un autre pôle croisant le premier une forte et une faible préoccupation portée à la tâche. Par cette liaison, nous acquerrons quatre styles de management, plus facilement à reconnaître que ceux découlant des travaux de K. LEWIN :

- Le directif ;

- Le participatif ;

- Le persuasif ;

- Le déléguant.

Le mode directif proclame une forte préoccupation portée à la tâche combinée avec une faible préoccupation portée à la personne de l'assistant. A contrario, le mode participatif est spécifié par une grande préoccupation basée sur la personne de l'assistant et par une faible préoccupation portée à la tâche. Dans les deux autres modes, peuvent être placés le management de mode persuasif, caractérisé par une forte attention portée à la tâche et à la personne, et, à son contrario, le déléguant qui apporte une faible préoccupation à la tâche et à la personne.

b. La mise en œuvre d'un management participatif

La démarche participative, parce qu'elle place l'acteur au centre de ses attentes, se manifeste, au niveau opérationnel et au niveau éthique, comme étant un but capital du management individuel ; le style déléguant étant celui où le niveau de participation est le plus élevé, alors que le niveau d'intervention du manager est le plus bas. Pour constituer et animer des équipes performantes, il faut savoir utiliser totalement les compétences individuelles et l'énergie de l'équipe, et cela passe par l'approbation d'un management de mode participatif.

Le management participatif peut être défini comme « un processus managérial global consistant à créer chez tout salarié un comportement d'acteur-concepteur, contributif de l'amélioration du fonctionnement de l'organisation [...]. Il passe donc par le développement de l'autonomie formelle des managers dans un cadre cohérent avec les finalités globales de l'entreprise, ce qui les conduit à participer activement à certaines missions de management »¹⁵⁷.

Ce mode de management a réussi en matière d'efficacité et se trouve plutôt mieux adapté qu'un autre mode de management aux organisations complexes présentant des activités diverses.

C. La réalité du management dans l'hôpital

Selon M.CROZIER, H.SERIEYX « *Les organisations ne doivent plus leur survie à des hommes et des femmes qui obéissent mais à des hommes et des femmes qui décident et s'engagent.* »¹⁵⁸

Dans un univers dirigé par l'efficacité et l'efficience, le management a, jusqu'aux années 1980, plus imité à l'économie et à la gestion qu'à la sociologie. Actuellement, la démarche sociologique, en partant des hommes au travail et des relations qu'ils entretiennent entre eux, admet aux dirigeants d'apporter une vision différente sur l'organisation pour le concevoir comme un ensemble de relations réels entre des individus interdépendants.

Aussi, le management à l'hôpital doit s'estimer en prenant en considération différents éléments constitutifs de l'organisation :

-Les hommes au travail ne sont pas uniquement des employés mais aussi acteurs et disposent, de ce fait, d'une marge d'autonomie et d'une forme de pouvoir. Ils ont besoin, pour être motivés, de trouver un sens à leur action.

¹⁵⁷ P. HARMEL, cité in H. LETEURTRE. *Traité de gestion hospitalière*, p.248

¹⁵⁸ M.CROZIER, H.SERIEYX. *Du management panique à l'entreprise du 21ème siècle*, Maxima, 1994.

-Ils progressent dans le système exceptionnellement complexe qu'est l'hôpital, avec ses variables humaines, économiques, scientifiques, etc....

-Pour prévoir les changements, conduire les projets et innover, il est vital, pour le dirigeant, de transformer son image et de construire une pensée stratégique.

a. Le concept de pouvoir à l'hôpital

Le pouvoir est un concept qui recouvre des formes multiples et ce terme peut désigner des réalités différentes :

-Le pouvoir est une fonction de l'Etat : pouvoir législatif, judiciaire, exécutif. En ce sens, le pouvoir est exercé sur l'ensemble du corps social.

-Le pouvoir représente les compétences juridiques d'une personne et sa concerne la fonction qu'il exerce.

-La hiérarchie, est associée au pouvoir de commandement. Le pouvoir hiérarchique est une qualité des organisations comme l'armée.

Il se trouve également d'autres aspects du pouvoir tels que la domination, la force ou l'influence que nous n'aborderons pas.

-Les pouvoirs au sein de l'hôpital

Les institutions publiques de santé sont spécifiés par l'existence de trois pouvoirs, ce que J.M.CLEMENT appelle « *la triarchie hospitalière* » : un pouvoir politique, représenté par la tutelle, le pouvoir administratif du directeur et le pouvoir médical qui prend appui sur l'autonomie « technique » des médecins ; « *lorsqu'on examine les trois pouvoirs composant la triarchie hospitalière, on est frappé par leurs différences d'objectifs...* »¹⁵⁹

Selon J.M. CLEMENT, ce sont les méthodes de recrutement, de nomination et de carrière des praticiens et des responsables qui engendrent ces différences d'objectifs. Ce qui soulève problème est, selon lui, l'absence de pouvoir réglable. « *L'histoire des pouvoirs à l'hôpital s'achève en cette fin du 20ème siècle sur une interrogation : qui dirige ?* »¹⁶⁰

On a longuement cité dans les entreprises de pouvoir pyramidal. Les lignes hiérarchiques et la division du travail entre inventeurs exprimait franchement clair la détention du pouvoir.

Dans les années 1970, des sociologues vont indiquer que le pouvoir s'élabore dans l'interaction individuelle et que tous les hommes au travail sont virtuellement détenteurs

¹⁵⁹ Jean-Marie CLEMENT, *Réflexions pour l'hôpital, Les études hospitalières*, Bordeaux. 1998. p.65

¹⁶⁰ Jean-Marie CLEMENT, *Op.cit*, p.66

d'une forme de pouvoir, qui n'apparaît pas dans les organigrammes : le pouvoir de l'acteur. « *Ce sont bien des acteurs relativement libres et autonomes qui créent un système. Ils le font fonctionner à travers un réseau de relations où ils négocient, échangent, prennent des décisions (...)* »¹⁶¹.

- Une organisation, des relations, des pouvoirs.

M.CROZIER et FRIEDBERG¹⁶², dont les travaux ont été ressaisis par d'importants sociologues, indique que toute organisation dégage des formes de pouvoir qui n'appartiennent pas qu'à ceux qui en sont dotés de manière statutaire et que les acteurs sociaux disposent toujours d'une marge de liberté. Les acteurs utilisent cette marge de liberté pour obtenir du pouvoir au sein de l'organisation et, selon la théorie de M.CROZIER, ce qui les motive à agir c'est le pouvoir qu'ils peuvent avoir sur d'autres acteurs.

Le pouvoir ne serait donc pas une qualité mais une relation entraînant l'échange et la négociation puisque la capacité à agir d'un acteur dépend du comportement de l'autre.

M.CROZIER désigne, à l'intérieur des organisations, quatre bases principales de pouvoir correspondant à des secteurs d'incertitude¹⁶³ :

-La compétence ou une spécialisation difficilement remplaçable. Plus les compétences sont complexes, plus le pouvoir de l'acteur est important.

-La maîtrise des relations avec l'environnement. Les acteurs positionnés à des bases d'interface, ce qui est le cas des cadres, maîtrisent de nombreuses bases d'incertitudes.

-La maîtrise de l'information et de la communication interne.

-L'utilisation des règles organisationnelles qui, à travers les marchandages auxquels elles donnent lieu, constituent une source importante de pouvoir dont jouent supérieurs hiérarchiques et subordonnés.

*« Ce n'est que le jour où l'entreprise acceptera d'être un endroit où le pouvoir s'exerce (et non la seule autorité) et où par conséquent il peut rencontrer d'autres pouvoirs (...), où donc elle assumera sa réalité définitivement conflictuelle, qu'elle pourra soutenir en son sein non des membres mais de véritables sujets. »*¹⁶⁴

¹⁶¹P. BERNOUX, La sociologie des organisations, p.138.

¹⁶² M.CROZIER, E.FRIEDBERG. L'acteur et le système

¹⁶³ Op.cit, p.167

¹⁶⁴ Eugène ENRIQUEZ, Pouvoir et désir dans l'entreprise. Sciences Humaines. Mars-avril 1998. p.33

Les travaux de Michel CROZIER, ont aussi indiqué que, même dans les organisations les plus bureaucratiques, dans lesquelles les contraintes en matière de décision sont fortes, l'individu au travail garde une autonomie par rapport à l'organisation et choisi un comportement poursuivant à améliorer sa position au sein du système.

Il nous paraît important que les managers de l'hôpital connaissent bien ce concept du pouvoir de l'acteur afin d'évaluer l'impact dans de nouveaux styles d'organisation car «*si le principe de délégation prête du pouvoir, le principe de subsidiarité en donne.* »¹⁶⁵

b. Du concept de complexité a la complexité de l'organisation hospitalière

- Un concept à prendre en compte pour comprendre l'organisation

La complexité, notion présentée par le sociologue Edgar MORIN, est le challenge capital de la pensée moderne puisqu'elle compromet quelque peu la pensée scientifique classique qui, de DESCARTES à NEWTON, s'était bâtie sur trois bases : l'ordre, la certitude scientifique, la séparabilité.

E.MORIN fonde un rapprochement entre le vivant et la société humaine .Dans ce rapprochement les deux progressent et vont dans le sens d'une complexité croissante. A l'image d'un monde conçu comme un appareil où tout est rationnel, s'oppose celle d'un système vivant, certes changeant et exceptionnel mais plus accessible et concepteur. Tout système est composé d'éléments qui, reliés entre eux, interagissent et créent de l'anarchie et de l'incertitude mais aussi confectionne le système et le font changer.

Accepter la complexité c'est admettre que certains points de vue d'un cas nous dépassent dans la mesure où ils ont toujours une part d'incertitude et d'imprévu.

Les cas complexes sont aussi spécifiés par les divers logiques en existence ; Edgar MORIN utilise le terme de « dialogique » pour montrer la logique selon laquelle les idées humaines se rencontrent et ne peuvent se résumer à une seule d'entre elles.

-Manager au cœur de la complexité

Le management est un art complexe qui doit rapprocher les différentes logiques et admettre que les programmes collectifs et individuels réussissent. «*La complexité du management des hommes tient d'abord à la complexité de la nature humaine : l'homme, en plus de la complexité inhérente à tous les êtres vivants, manifeste des capacités d'intelligence, de connaissance qui le rendent apte à se construire lui-même, à se donner ses propres buts. Elle*

¹⁶⁵ G.VALLET, in Objectifs Soins N°28, p.42

tient aussi à la difficulté d'intégrer cette immense diversité d'autonomies individuelles pour en faire une communauté cohérente. »¹⁶⁶

L'univers du travail et de l'entreprise ne s'écarte pas à cette progression complexe qui, pour les managers, peut être saisi comme une source de difficulté s'ils ne font pas l'attention de percevoir cette chance pour changer leurs styles de gestion. *« L'entreprise est complètement immergée dans ce courant de complexification, et dans une certaine mesure concentre la complexité par le fait qu'elle se trouve au carrefour de l'économique, du technique, du social. (...) La complexité de l'entreprise se manifeste actuellement de multiples manières, que l'on peut articuler autour de quatre arguments familiers aux entreprises contemporaines : l'explosion des modèles de management, la recherche de nouvelles valeurs, l'incertitude des organisations, l'amplification des interdépendances. »¹⁶⁷*

L'hôpital est une entreprise à haut niveau de complexité pour de différentes causes :

- La technologie est très moderne et constamment en progression,
- Les valeurs des professionnels sont frappées par les changements de la société,
- De différentes logiques, des fois contradictoires, sont en présence,
- Les acteurs sont nombreux et les cultures professionnelles sont importantes.

Les institutions de santé, dont l'organisation est appuyée sur le modèle bureaucratique et sur une structure pyramidale descendante, ont longtemps cherché à diminuer et à dominer la complexité en formant des organigrammes compliqués. Mais, au milieu de l'agitation de son environnement, l'hôpital du 21ème siècle doit changer ses structures organisationnelles en vue de répondre aux besoins des usagers, et sa conception du management pour s'harmoniser aux aspirations des professionnels. *« Les rapports hiérarchiques se transforment, le management évolue, ce n'est plus la simple transmission de consignes et la stricte application de règles, le management devient plus flexible, plus biologique, plus intégratif.¹⁶⁸ »*

Implanter des changements organisationnels créateurs et nettement déstabilisants pour les acteurs, tels que la déconcentration, implique une prise en considération de la complexité et il est important de *« partir de la réalité concrète des situations de travail et non d'une prétendue situation générale qui s'imposerait pour tous (.). C'est donc le diagnostic des systèmes qui s'impose en amont de tout changement. »¹⁶⁹*

¹⁶⁶ D.GENELOT. Manager dans la complexité. Chapitre 8

¹⁶⁷ D.GENELOT, Manager dans la complexité. p.30

¹⁶⁸ G.VALLET, L'hôpital citoyen. D.H. mars 1997. p.47

¹⁶⁹ G.HERREROS, Changements, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital. *Gestions hospitalières*

Les notions développer doivent, dans une société moderne où les valeurs et les indices sociaux sont appelés voire recomposés, guide les managers à développer des stratégies managériales adéquates aux changements structurels. *«La réflexion stratégique a conquis sa place dans la gestion des hôpitaux. Il est capital, pour ceux-ci, de poursuivre leur évolution vers la mise en œuvre d'un management stratégique. Puiser dans les ressources qu'il offre peut, en effet, leur permettre de substituer aux réflexes tayloriens, encore solidement ancrés dans leur fonctionnement, de nouveaux réflexes plus aptes à assurer la conciliation des besoins des patients, des contraintes institutionnelles et des aspirations des acteurs.»*¹⁷⁰

Une analyse sociologique de l'organisation et de ses acteurs, reconnaît les contraintes et les opportunités, admettra aux dirigeants de choisir une conduite mettant la stratégie au service du projet institutionnel et de prendre la mesure des résistances au changement.

¹⁷⁰ M.CREMADEZ, F.GRATEAU. Le management stratégique hospitalier. P. 11

SECTION 2. LE CHANGEMENT A L'HOPITAL

Pendant les vingt dernières années, les professionnels de santé et spécifiquement les hospitaliers ont été les observateurs d'une énorme évolution dans les demandes et les besoins des usagers du système de santé, qui souhaitent plus de participation aux décisions qui les concernent, plus de transparence et plus de garanties en termes de qualité et de sécurité des soins. Les soignants, comme les responsables institutionnels, doivent faire progresser leurs réflexions, leurs exercices professionnels et leurs comportements, dans un état nouveau défini à la fois par l'exigence économique, l'évolution des techniques médicales et des technologies, la croissance des besoins sociaux et une direction qui fournit des règles constamment plus condensées.

La gestion des risques s'est par exemple exigée à l'hôpital depuis la fin des années 1990, incluant avec elle une nouvelle méthodologie, de nouveaux comportements professionnels et une nouvelle fonction hospitalière : celle de gestionnaire du risque.

Pour le responsable d'hôpital, ces changements forment une attention capitale, dans la possibilité où l'institution et les professionnels hospitaliers doivent s'ajuster constamment pour poursuivre à satisfaire au mieux les besoins des usagers.

Cependant l'organisation hospitalière, comme beaucoup d'autres administrations, présente des rigueurs internes qui ne la rendent pas naturellement réceptif aux changements.

Comment le manager, responsable in fine de la modernité, de la qualité et de la sécurité du service rendu à l'utilisateur, peut-il alors faire évoluer les pratiques hospitalières afin qu'elles restent en cohabitation avec leur milieu ?

Certains responsables s'adressent à la prescription ou à l'émission de directives professionnelles à l'attention du personnel, sous les formes les plus diverses comme par exemple les notes de service.

Toutefois, une question demeure quant à la pertinence d'une telle stratégie : est-elle efficace et acceptable pour provoquer une transformation réelle des pratiques professionnelles ? Diverses études sociologiques ou psychosociologiques incitent à prouver que le changement n'est pas un acquis mais plutôt un construit, tant au niveau de l'individu qu'à l'échelle de l'organisation.

1. L'hôpital en effervescence

L'hôpital doit affronter actuellement les nombreuses évolutions de l'univers qui l'entoure, avec des conséquences inéluctables sur les conduites professionnelles des acteurs hospitaliers. Si cet événement n'est pas récent, les vingt dernières années se caractérisent par une pression du changement et par une modification dans sa nature, provoquant des questionnements voire des craintes dans la sphère hospitalier. Les recherches menées affirment ces interrogations, à travers des titres comme « L'hôpital en question (s) »¹⁷¹, « Réussir le changement de l'hôpital »¹⁷², « L'hôpital en turbulence »¹⁷³.

Il appartient au directeur d'hôpital, garant du bon fonctionnement et de la modernisation du service public hospitalier, d'impulser et d'accompagner les évolutions nécessaires au niveau des pratiques professionnelles.

A. Nature et caractéristiques du changement en cours dans les hôpitaux

À en apprécier selon ses évolutions et ses causes, le changement en voie dans les hôpitaux depuis presque vingt ans apparaît être d'une réalité distincte et d'une différente importance qu'avant tout :

a. Les manifestations et les sources du changement

• Les manifestations du changement

Selon Georges ARBUZ et Denis DEBROSSE¹⁷⁴, l'hôpital a pendant la période des Trente Glorieuses, de 1945 à 1975, joui d'une évolution ininterrompu, intensifiant sa rénovation et développant ses acteurs technique sans vraiment étudier et soigner les difficultés produites de ce développement: méthodes de plus en plus modernes et pénétrables, séparation entre les services, l'hôpital bouclé sur lui-même, division progressive des équipes professionnels et démembrement des tâches du fait de la grande spécialisation et de la hiérarchisation, etc.

Cette phase est ancienne à partir des années 1980, et encore de plus à partir des années 1990, dans la cadre où l'hôpital doit dorénavant améliorer ses pratiques et son organisation, en réplique aux conflits survenus et à nombreuse demandes de l'environnement. Le service public hospitalier supporte divers réorganisations internes et externes, dont les traits directrices sont la recherche de la meilleure qualité possible avec des coûts inférieurs,

¹⁷¹ F.GONNET, M.CROZIER, *L'hôpital en question (s)*. Editions Lamarre, Paris, 1992.

¹⁷² G.ARBUS, D.DEBROSSE, *Réussir le changement de l'hôpital*, Inter Editions, Paris, 1996, 249p.

¹⁷³ G.NIZARD, *L'hôpital en turbulence*. Privat, Toulouse, 1994, 181p.

¹⁷⁴ Op.cit.

l'humanisation et la particularité des services, définitivement une occupation plus assortie de l'utilisateur et une démarche générale de la santé :

-La recherche de la meilleure qualité possible au moindre coût

Les institutions hospitalières accumulent encore leurs forces pour le perfectionnement permanent de la qualité et la garantie des soins, ainsi que la compétitivité économique.

Dans le domaine de la qualité et de la sécurité, la partie nouvelle est d'employer des démarches institutionnelles continues d'améliorations au milieu des institutions de santé : estimation des soins et des actions professionnelles, disposé de systèmes d'assurance qualité, disposition des surveillances sanitaires stratégie de prévention et de gestion des risques hospitaliers, etc. Pour ressaisir les expressions utilisés par Hervé LETEURTRE : « *Il y eut les directeurs bâtisseurs, les directeurs gestionnaires et les directeurs communiquant ou « hommes marketing ». Apparaissent désormais de plus en plus nombreux les « hommes qualité ».* »

Tant que la qualité ne forme pas une précaution récente pour les spécialistes de santé, ses procédures et son officialisation sont modernes et incitent des transformations de pratiques.

Pour le manager, l'amélioration de la qualité touche aussi à minimiser un certain nombre de charges supplémentaires suite des pertes ou des faiblesses d'organisation, néanmoins l'efficacité économique représente une grande importance pour les managers hospitaliers.

Il est évident que dans l'état de contrôle des dépenses de santé, l'hôpital tente à optimiser l'usage de ses ressources. Il doit prendre en considération la dimension économique du soin, ce qui entraîne d'attirer l'attention des professionnels de santé au coût de leurs activités et de responsabiliser chaque acteur.

-L'humanisation et la personnalisation des prestations hospitalières

L'hôpital a bien avant donné l'importance à l'amélioration des compétences et aux efforts des techniques médicales, les professionnelles désirant se conserver au maximum de leur spécialité et les directeurs garantissant cette approche pour présenter aux usagers une vaste gamme de services.

Cette médiation ayant des fois entraver l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients, un des angles du changement présent dans les hôpitaux comporte à soutenir une humanisation et une personnalisation plus grandes des prestations.

-Une prise en charge coordonnée de l'utilisateur et une approche globale de la santé

Pour terminer à ce point de vue du changement en cours dans les institutions hospitalières, on peut souligner que ces derniers, d'abord très segmenté en interne et vis-à-vis de l'extérieur, tendent de plus en plus vers la transversalité et l'ouverture aux autres intervenants dans le domaine sanitaire.

Effectivement, les hôpitaux ont élargi d'autres modes de prise en charge et reçoivent actuellement des personnes aux difficultés à la fois corporels psychologiques et sociales ; ce qui incite l'harmonisation des actions des praticiens et le concours d'une équipe pluridisciplinaire dans un même milieu avec une organisation commune.

En parallèle, l'hôpital essaye à mieux s'immiscer dans son milieu, en justifiant de plus de transparence à l'encontre de la société, en participant avec ses collaborateurs extérieurs, ou aussi en mutualisant un certain nombre de connaissances ou d'informations avec eux.

Ces progressions importantes qui touchent l'établissement hospitalier depuis presque deux décennies sont principalement attribués à une influence de l'environnement :

- **Les sources du changement actuel**

Sans affirmer entièrement, il paraît que le changement d'aujourd'hui dans les institutions de santé émane généralement de la nécessité économique, de l'évolution des techniques et technologies, de l'accroissement des revendications sociales et de l'encadrement encore plus précis des activités hospitalières.

Par suite, Françoise GONNET¹⁷⁵ indique que le système hospitalier était auparavant un monde clos, approximativement bien préservé, bien uni et peu complexe : *«Les problèmes d'environnement (étaient alors) peu importants, les problèmes économiques et financiers minimes et les malades, des clients captifs et dépendants. Les unités (étaient) donc très indépendantes dans leurs orientations et relativement autonomes »*. Au contraire, l'hôpital connaît actuellement de considérables changements, sous l'effet de son environnement et particulièrement des quatre facteurs exogènes suivants :

*L'influence économique et financière s'intensifie, dans un état de maîtrise des dépenses de santé, encourageant les structures hospitalières à réaliser des économies, réorganisant leur structure interne et leurs activités, exclure les dysfonctionnements coûteux.

*L'évolution des techniques et des technologies, qui entraîne une forte complexité de l'organisation hospitalière et de récentes manières de communication.

¹⁷⁵ Op.cit.

*La société devient encore en plus exigeante à l'égard de l'hôpital, précisément en matière de qualité et de sécurité des soins. En confirmant les interrogations relatives à la recherche biomédicale, l'image médicale salie par la médiatisation de quelques événements et les critiques du fonctionnement hospitalier dans de nombreux rapports.

Le malade devient encore en plus un client exigeant des droits et des prestations personnalisées. Cherchant à sortir de sa situation de dépendance envers le médecin, il critique l'accueil, l'attente, les soins, les conditions hôtelières. Il trouve en outre sympathie auprès des associations, des médias, des assurances, des juges et des pouvoirs publics, les dysfonctionnements de santé étant désormais l'affaire de la société en générale et non uniquement des médecins.

Les pressions réglementaires sont toujours plus serrées et toujours en évolution, affirmant d'une prise en considération des espoirs de la société civile et d'une conduite interventionniste de la part de l'Etat.

À divers accommodages, les pouvoirs publics ont espéré changer l'hôpital public.

Les mesures réglementaires s'accroissent actuellement de règles d'origine communautaire (circulaires ministérielles, recommandations de bonnes pratiques élaborées par commissions régionales...), dont on peut penser qu'elles visent à encadrer et standardiser les pratiques professionnelles.

Avec ces éléments de développement exogènes, il faut souligner que les hospitaliers encouragent eux aussi des changements d'organisation, de pratiques professionnelles.

Cependant, l'environnement reste aujourd'hui le principal instigateur du changement à l'hôpital. Georges NIZARD¹⁷⁶ va jusqu'à écrire que *«Ce qui se passe dans l'environnement compte plus pour la survie de l'hôpital public que ce qui se passe à l'intérieur. (...) L'hôpital dans son âge de sérénité pouvait affirmer que ses actions étaient efficaces pour ses malades, qu'elles visaient bien le but défini, qu'elles étaient rationnelles et régies par des normes. Aujourd'hui, il découvre une remise en cause des quatre axiomes de sa pratique : le service public n'est plus le seul critère de l'efficacité, le but est surdéterminé, la rationalité est multidimensionnelle et les normes perdent de leur fixité et de leur assurance.»*

Peut-on parler de rupture par rapport à la situation antérieure ?

Sans hésitation, l'hôpital a toujours connu des changements, plus ou moins profonds. Par contre, les deux dernières décennies paraissent se caractériser par une nature et une importance différentes des mutations qui touchent les hôpitaux

¹⁷⁶ Op.cit, p.181.

b. Un changement dans la continuité ou une rupture ?

Depuis longtemps, les hôpitaux ont déjà connu de nombreuses transformations. Trois phénomènes importants ont spécialement influencé la vie hospitalière depuis la fin du dix-neuvième siècle : l'évolution des techniques médicales (place importante du médecin, spécialisation des infirmiers, évolution de la structure hospitalière) ; l'accroissement régulier de la prise en charge (accessibilité pour tous, admission de malades aux pathologies plus lourdes) ; l'évolution des prestations hospitalières (affirmation du rôle diagnostique et thérapeutique de l'hôpital, pluralisation des services proposés : plateau technique, consultations, aide médicale urgente, enseignement, recherche).

Le changement ne date donc pas d'aujourd'hui et les pratiques professionnelles se sont déjà modifiées à maintes reprises au fil de la modernisation des hôpitaux.

Néanmoins, les vingt dernières années se remarquent par une accélération du changement et par une mutation dans sa nature.

Avant tout, l'hôpital est demandé actuellement à progresser de manière accélérée comme en prouvent les domaines de la sécurité sanitaire et le contentieux médical.

Selon Georges NIZARD «*Le métabolisme de l'hôpital est trop lent pour le changement issu de l'environnement. La non-congruence entre les réponses et les défis risque d'être fatale aux structures hospitalières* ». Ce point de vue risque malheureusement d'être précisé, puisqu'il y a une ultime divergence entre les hôpitaux et entre les différents secteurs d'activité ; plusieurs évoluant très vite, d'autres plus lentement.

D'autre part, le changement qui affecte les hôpitaux donne l'impression être d'un caractère nouveau, dans le sens où les activités hospitalières et les pratiques professionnelles sont dorénavant questionnées sur leur fonds, sur leur forme (prestations offertes, techniques utilisées, etc.) et aussi sur leur esprit.

Les méthodes de perfectionnement de la qualité et de gestion des risques représentent par exemple un véritable changement culturel pour les professionnels hospitaliers.

Pour déterminer le changement qui se produit depuis deux décennies, il paraît ainsi exagéré d'utiliser le terme de « rupture » envers la situation antérieure : d'une part, l'histoire des hôpitaux est celle d'un changement permanent ; d'autre part, nous ne disposons pas d'une distance historique acceptable pour exprimer une telle estimation avec objectivité.

Par contre, le changement qui s'est réellement produit à notre période montre une spécificité eu égard à son accélération et de son caractère comme par exemple l'apparition de récentes confusions.

Le changement d'aujourd'hui est détenteur de complexité et d'incertitude, du fait que l'hôpital se trouve au cœur d'importantes discussions et est alerté à progresser dans de différentes directions, des fois incompatible comme la sécurité des soins par exemple. Les entraves nées de la modernisation de l'hôpital pendant les « Trente Glorieuses » comme la rationalité de l'organisation en services, systèmes de financement, font enfin l'objet d'une analyse.

Pour revenir au classement utilisé par WATZLAWICK et l'Ecole de Palo Alto le changement d'aujourd'hui paraît être de « Type I » pour l'instant (différents changements au cœur du système hospitalier) ; mais il est capable de progresser vers un changement de « Type II » dans les décennies à venir (modification totale du système hospitalier), sur la base des réponses qui seront menées aux problématiques et discussion actuels.

En prenant compte de cette situation de changement, le directeur d'hôpital doit veiller à la modernisation effective de son institution et conduire les développements obligatoires en termes de pratiques professionnelles, en vue que le changement ne se déroule pas dans le conflit.

B. Le changement, préoccupation majeure pour le directeur d'hôpital

Devant les situations de changement, le rôle du manager de l'hôpital est aussi fondamental que l'organisation hospitalière formule des gravités susceptibles de constituer des freins aux évolutions. Le responsable hospitalier se trouve exposé face à une question importante : comment inclure les développements essentiels au centre des pratiques professionnelles ?

Les moyens utilisés représentent souvent des règles dont l'efficacité reste malgré cela incertaine, comme nous pourrions le remarquer dans le sens de l'exemple de la gestion des risques.

a. Le rôle du directeur d'hôpital

L'hôpital exige un organisme décisif puissant pour s'enfoncer dans une optique de progression puis parvenir à son évolution. C'est au manager, qu'il appartient d'encourager et de conduire les changements nécessaires. Il est vraiment le responsable le mieux placé pour endosser cette mission, dans le cas où il est le responsable d'estime des normes, de la modernisation du service public hospitalier et de la qualité des prestations dégagées. Contrairement aux médecins et à l'encadrement intermédiaire, il détient aussi de la légitimité collective et du pouvoir hiérarchique.

Le rôle du directeur détiend avant tout à confirmer la nécessité du changement, en avisant le personnel sur les mutations de l'environnement et leurs effets sur l'hôpital, puis à introduire les principales démarches d'évolution des pratiques hospitalières en trouvant des axes sur le terrain.

Le directeur peut aussi prendre l'initiative d'introduire du changement sans attendre les mutations de l'environnement, en adoptant une stratégie préméditée d'anticipation du changement.

Quelle que soit l'opération entreprise, la responsabilité du responsable d'hôpital face au changement est indispensable, puisqu'elle s'inscrit dans le renouvellement du métier de directeur, en plus de l'autorité hiérarchique et des fonctions traditionnelles d'administration et de gestion, l'exercice professionnel réclame des compétences d'innovateur, stratège, manager, chef de projet, animateur d'équipes, gestionnaire de risques, etc. selon Georges ARBUZ et Denis DEBROSSE¹⁷⁷ « *Diriger l'hôpital aujourd'hui, c'est être capable de réussir sa modernisation* », suivant aux préoccupations nouvelles nées de la réglementation, des besoins de la population, des nouvelles techniques...

Selon J. BRENOT et L. TUVEE¹⁷⁸ « *le rôle principal des dirigeants pour les années à venir sera la maîtrise des changements et du temps* ».

Or les possibilités d'adéquation des acteurs hospitaliers ont des frontières et faire développer les pratiques professionnelles n'est pas une chose facile, spécifiquement en milieu hospitalier.

b. Les défis à relever et les moyens mis en œuvre

Dans son rôle d'initiateur du changement, le directeur est capable de se confronter aux sévérités du monde hospitalier, héritées des années de développement continu de l'hôpital, ainsi qu'aux réflexions des professionnels.

Comme la majorité des organisations humaines, l'hôpital se distingue par un certain nombre de rigidités, dont les plus habituellement mentionnées sont la séparation entre services et entre groupes professionnels, l'enchaînement de grands enjeux de pouvoir, l'influence de la hiérarchie, la culture négative de l'erreur ou en plus la faible sensibilité à la notion d'évaluation. Ces éléments peuvent confronter quelque inaction aux désirs de changement.

¹⁷⁷Op.cit.

¹⁷⁸J.BRENOT, J-L.TUVEE, *Le changement dans les organisations*. 1^{ère} édition. Paris : Presses Universitaires de France, 1996. 127p. (Que sais-je ; 3114).

D'autre part, les évolutions accélérées et complexes qui touchent actuellement l'hôpital, généralement de source exogène, peuvent provoquer quelques angoisses chez les hospitaliers. Ceux-ci se sentent effectivement répartis entre les réactions professionnelles et organisationnelles qu'ils ont intégrées et l'obligation d'en choisir précipitamment de nouveaux.

Selon Françoise GONNET¹⁷⁹ «*les orientations nouvelles, les changements de réglementation, les évolutions de valeurs sont multiples, quelquefois désordonnés et souvent perçus comme trop rapides par les individus.* » Or «*il importe (...) d'avoir à l'esprit que les changements humains sont des processus lents et complexes et que l'on ne change pas un individu comme une machine.* »

Comment procéder alors pour faire évoluer les pratiques professionnelles des hospitaliers ? C'est à tout directeur hospitalier qu'il découle finalement de développer et de réactualiser ses compétences. Dans le monde du changement, la contribution des sciences humaines (psychologie sociale, sociologie des organisations, sociologie du travail et histoire, ...) est importante.

2. Le changement : Pourquoi ? Comment ? Les apports de la psychologie sociale et de la sociologie des organisations

Différentes recherches scientifiques ont parvenu à l'étude du changement.

Nous ne déclarons donc pas à l'exhaustivité et nous ne reprendrons ici que quelques développements empruntés aux chercheurs de la psychologie sociale et de la sociologie des organisations, qui se sont tout particulièrement intéressés au changement.

Quoi qu'elles abordent le terme du changement d'une manière différente, c'est-à-dire au niveau de l'individu pour la psychologie sociale et à l'échelle de l'organisation pour la sociologie des organisations, les deux sciences dressent les mêmes questions : le changement est-il faisable ? Si oui, dans quel cadre et selon quelles méthodes ?

Elles parviennent après à des résultats relativement similaires, que l'on peut assembler de la façon suivante : le changement est possible mais il ne va pas de soi et ne se décrète pas.

D'une autre manière et selon J. BRENOT et L. TUVEE¹⁸⁰ qu'il est utopique de supposer que «*l'objectif suffira à convaincre et que l'incantation ou les notes de service feront le reste* ».

¹⁷⁹ Op.cit.

¹⁸⁰ Op.cit, p.127.

A. Le changement est possible, mais il ne va pas de soi

La psychologie sociale a reconnu des possibilités de changement parmi les individus, en démontrant que les comportements dépendent pour partie sur des notions invariables (la mentalité, la culture, ...) mais aussi pour une autre partie sur des notions aléatoires, qui concernent l'état et le contexte interactionnel dans lesquels l'individu est situé.

Le changement est par conséquent faisable ; mais il n'est pas aisé pour également : les organisations, comme les individus, peuvent se distinguer par une certaine stagnation et annoncer une opposition passive ou active au changement.

a. La double détermination du comportement

Dans son sens statique, la psychologie sociale a prouvé que l'Homme exprime particulièrement, parmi ses agissements, l'effet de l'environnement social et culturel dont il est né.

Il en découle un certain équilibre et une conformité du comportement.

Le sens dynamique de la psychologie sociale, est venu préciser cette donnée, en mettant en réalité la variabilité du comportement de l'individu selon la situation organisationnelle et le contexte interactionnel.

*** L'influence structurante de la culture**

La culture est inévitable dans la conduite du changement puis que celle-ci, qui se marque par une certaine stabilité, est au cœur de l'identité, de la personnalité, du comportement, et joue un rôle de décryptage de l'environnement. Également, face à un même changement dans l'environnement, deux individus de culture différente réagiront de manière différente.

La psychologie sociale, qui s'est préoccupée au style de formation de la culture, nous apprend que les valeurs et attitudes d'un individu se forment pendant son éducation puis lors de toutes ses expériences sociales : intégration dans un groupe professionnel, pratique régulière d'un métier, exercice de responsabilités, etc. selon A. MUCCHIELLI¹⁸¹ « *l'individu assimile l'ensemble des façons de ressentir, de penser, de raisonner et de se comporter de son milieu social* ».

Dans le domaine professionnel par exemple, les conduites et pratiques des individus proviennent en majorité de la culture de leur groupe d'appartenance ou, du moins, des principes qu'ils ont fini par maîtriser par apprentissage, c'est-à-dire pratique quotidienne du métier.

¹⁸¹ A. MUCCHIELLI, *La psychologie sociale*, Hachette, Paris, 1994, p26.

Les psychosociologues SAINSAULIEU et DUBAR ont ainsi reconnue quatre types d'attitudes professionnelles ou « types d'implication » relatifs à des groupes différents : l'implication « de retrait », fréquente chez les personnels peu qualifiés, peu investis dans leur emploi et qui vivent le changement comme un risque ou un embêtement ; l'implication « fusionnelle », présente dans les métiers dits corporatistes tels que celui d'infirmière, où il existe une participation affective au groupe d'appartenance ; l'implication « affinitaire » caractéristique des techniciens et enfin l'implication « négociatrice », dominante chez les cadres, qui pensent que leur reconnaissance passe par la réussite de l'entreprise.

L'approche dynamique de la psychologie sociale a réactualisé nouvellement cette dimension, en démontrant que le comportement de l'individu ne repose pas seulement sur la culture, élément structurel relativement stable et sacré, mais aussi sur des éléments conjoncturels contenus dans la situation d'interaction :

*** La variabilité du comportement selon le contexte et la situation interactionnelle**

Dans une situation d'interaction, cela signifie échange et influence mutuelle entre deux ou plusieurs acteurs, le comportement de l'individu ne peut pas être examiné de manière simple, séparé et rattaché à sa personnalité, sa culture.

Effectivement, dans ce contexte, ce sont d'autres notions, plus incertaines, qui délimiteront la réaction et l'attitude de l'individu à l'égard de son collaborateur : il s'agit de sa perception de la situation, des missions qu'il s'empare à lui-même et à son collaborateur ou en plus de son appréciation en ce qui concerne les ressources de pouvoir et de domaines d'incertitude.

Par exemple, l'individu s'exprimera favorable au changement et au développement des pratiques s'il concevait positivement la dynamique de changement comme les possibilités d'évolution personnel, plus de reconnaissance sociale, excellentes conditions de travail et relation de confiance avec la direction.

b. Le changement n'est pas naturel

La sociologie classique des organisations du Robert MERTON et ses successeurs et la psychologie sociale se rencontrent sur le concept du caractère construit -et non pas acquis- du changement, en s'appuyant particulièrement sur la sévérité organisationnelle et sur la résistance passive ou active que l'individu peut opposer au changement.

*** La sévérité organisationnelle signaler par Robert MERTON et ses successeurs**

La problématique du changement se présente en sociologie des organisations, certes du fait des différents travaux qui ont mis l'accent sur les gravités et les sévérités organisationnelles ; mais aussi à cause des questions concrètes auxquels se sont confrontés les responsables de réformes administratives.

Robert K. MERTON se trouve parmi les importants auteurs qui ont insisté sur les dysfonctionnements et les rigidités de l'organisation. Son idée réside à démontrer que par la construction de règles abstraites et l'appel à une relation d'autorité impersonnelle, le mode d'administration des grandes organisations se contracte jusqu'à paralyser le fonctionnement de la structure. Les agents, exerçant leurs fonctions dans de règlements et de procédures déterminées, développent une personnalité méticuleuse et incompétente d'adaptations rapides ; leur mission principale n'est plus de répondre aux demandes des usagers mais de se repérer dans une complication de consignes écrites.

Après Robert MERTON, les membres du Centre de Sociologie des Organisations (R. SAINSAULIEU, F. DUPUY, J.C. THOENIG, ...) ont reconnu les importants règles produisant cette sévérité organisationnelle, à savoir une hiérarchie pyramidale forte, des corps très séparés, une réglementation difficile, la quantité de notes de service et de règles particulières qui encadrent l'activité habituel.

Michel CROZIER a développé une idée plus fine, avec la notion de cercle vicieux bureaucratique : selon son raisonnement, la quantité de règles produit des domaines d'incertitude, dont certains acteurs s'emparent pour créer des relations de pouvoir parallèles ; mais les autres individus, réprimés, réclament alors encore plus de règles impersonnelles. La sévérité organisationnelle est donc en quelque sorte une façon d'écarter l'arbitraire et le favoritisme.

Il y a lieu de préciser le concept de rigidité, en considération des discussions et des conciliations que certains individus cherchent à acquérir pour élargir leur pouvoir. On peut aussi suspecter ces arrangements de n'être là que pour détourner des changements certains, plus sincères et cela amène à dire que l'administration s'adapte pour ne pas changer.

Quand à lui, la psychologie sociale a signalé la complexité du changement en évoquant que l'individu peut développer un système de défense allant jusqu'à la violence, en passant par toute une série de positions de réfutation passive ou active au changement :

*** Le phénomène de résistance au changement**

Fondamentalement, il faut citer que les individus n'opposent pas forcément une résistance au changement : il existe des personnes qui sont d'une façon générale plutôt favorables à l'innovation.

Néanmoins, à la déclaration d'un changement, la position première des individus comporte généralement à exprimer une résistance, partiellement neutre et passive dans un premier moment. Cette résistance ne signifie pas le rejet définitif, mais se justifie par le fait que les individus cherchent à comprendre les évolutions en cours et ne peuvent pas rejeter facilement les formes ou pratiques qu'ils ont avant tout admises.

Selon A. BERNADOU¹⁸² « *ce qui est naturel, c'est la résistance au changement, ce n'est pas l'inverse* », car il se trouve chez l'Homme « *un système de défense contre les idées, les opinions et les comportements des autres, dont le but est identique (au système immunitaire) : garder l'intégrité psychique du soi* ».

Donc, même si les professionnels de santé savent qu'ils doivent évoluer, s'adapter à de nouvelles méthodes d'organisation, adopter de nouveaux comportements différents de ceux qu'ils ont acquis en formation initiale, ce changement ne va pas de soi. Il est humainement concevable de voir surgir des résistances, du moins au cours de la période initiale du changement, spécialement angoissant.

La résistance « passive » au changement peut s'exprimer sous des figures diverses : réflexes défensifs, réactions de sauvegarde, comportements de fuite ou d'évitement, etc.

Elle tient particulièrement à la gamme des traditions, au poids émotionnelle que transmet le changement (trouble, anxiété, fatigue...) et à la peur, tout à la fois de ne pas réussir le changement et d'aboutir à une situation différente qui ne réponde pas à un bénéfice concret pour l'individu.

La gamme des traditions est inévitablement très lourde puisque, la culture et les expériences passées de l'individu (formation initiale, auto-formation, etc.) déterminent pour partie son savoir en action.

Le poids affectif du changement s'argumente par le fait que celui-ci se conduit généralement d'une crise culturelle ou du moins d'un certain trouble : les activités des individus et des équipes, le fonctionnement quotidien, les pratiques habituelles sont troublées et les individus sont partagés entre deux modèles antagonistes, à savoir leurs anciennes méthodes de faire et

¹⁸² A. BERNADOU, La démarche qualité : du discours à la réalité. *Entreprise santé*, Mai Juin 2000, N°27, p. 17-20.

les nouvelles normes comportementales. Dès ce moment-là, le changement est vécu sur le mode affectif voire irrationnel.

Enfin, le changement provoque une crainte de l'inconnu et notamment une crainte de perdre sa sécurité, son expérience, sa compétence, etc. : les individus ont peur de quitter une situation qu'ils connaissent et dans laquelle ils sont reconnus ; ils ne trouvent pas aisé à remettre en cause des acquis.

La résistance au changement peut ultérieurement se révéler de façon plus dynamique, par des agissements intentionnels tendant à faire rater le changement.

Comme est généralement le cas lorsque le coût du changement semble excessivement important aux individus, qui se voient ruinés par la remise en cause du système comme la perte de pouvoir ou de domaines d'incertitude.

Pour conclure, s'il y a des éventualités de changement, ce dernier ne va pas de soi en raison de contraintes individuelles et organisationnelles à maîtriser.

Par conséquent, comment conduire le changement et faire modifier les pratiques professionnelles ? Les analyses théoriques s'entendent sur le principe que le changement ne se décrète pas ; elles terminent aussi à la conclusion que le plus important est de faire en sorte que l'individu se sente acteur et gagnant dans le changement.

B. Le changement ne se décrète pas

a. Le changement ne saurait être réussi de manière unilatérale

Selon Françoise GONNET et Michel CROZIER¹⁸³, il faut « *laisser aux acteurs le temps de s'approprier et de digérer (les) différents bouleversements, dont certains agissent comme des chocs* ». Il n'est ainsi ni juste ni efficace de désirer emmener le changement de façon arbitraire, à travers des instructions ou de circulaires.

Ainsi, conformément à l'expression de BRENOT et TUVÉE¹⁸⁴, modifier le comportement des acteurs, « *ce n'est pas édicter de nouvelles normes comportementales (dorénavant il faudra faire ceci ou cela)* », et d'après F. KOURILSKY le changement « *doit passer par le désir* ».

¹⁸³ Op.cit.

¹⁸⁴ Op.cit.

- **Le changement requiert du temps et des conditions favorables**

Si les formules du management sont variées en matière de changement et doivent être estimées avec prudence, elles se regagnent pour la majorité quant à la notion suivante : le changement ne peut être réussi que par le respect des différentes étapes dans le temps et par le regroupement des conditions favorables.

L'aptitude individuelle et collective de changement dépendra notamment de l'importance et de la nature du changement à entamer, du rythme du changement, de l'existence ou non d'une nouvelle conception du monde chez les personnes concernées.

- ***Les étapes du changement**

En 1947 Kurt LEWIN effectue un sérieux travail d'analyse au sujet des étapes du changement de mentalité et d'attitudes.

Il prouve qu'il n'y a pas de « Jour J » dans le changement, mais seulement une élaboration plus ou moins lente et une assimilation plus ou moins rapide du changement : les faits nouveaux, avec leurs impacts sur les pratiques, prévoient constamment un certain temps d'absorption pour être acceptables par les individus concernés.

Kurt LEWIN a démontré trois étapes dans le déroulement de changement.

La première, appelée de dégel, se rapporte à la mise en question des pensées et des attitudes, des fois même des valeurs culturelles. Il s'agit d'une période d'adoucissement, d'accès, de problématique.

Plus ou moins longue, elle fait place à l'étape de changement proprement dite, qui débute généralement par une crise culturelle, passage pénible entre les anciens indices et les actes nouveaux, et se poursuit en principe par l'évolution des opinions et des positions.

Enfin, la dernière étape, dite de regel correspond au temps de l'accroissement et de l'amélioration des nouveaux comportements, autrement dit l'assimilation.

À chaque étape, les personnes concernées par le changement doivent faire l'objet d'un accompagnement particulier.

- ***Les conditions du changement**

Alex MUCCHIELLI a ainsi mis en principe trois conditions qui doivent être effectuées ensemble pour que les esprits et les pratiques puissent changer :

- l'existence d'une pression convenablement vigoureuse de la situation sur les individus pour que ceux-ci endurent le besoin et l'intérêt du changement ;

- l'existence de marges de liberté et d'apprentissage pour que des conduites récentes puissent voir le jour moralement et matériellement ;
- enfin la valorisation de récents modèles de conduite pour favoriser leur expansion.

D'une autre manière, les éléments décisifs de réussite du changement paraissent être la participation des individus, leur implication et opter pour une nouvelle vision sur la réalité de leur part. Cela pose l'interrogation de la légitimité et de l'éthique d'un pourvoi à des techniques d'influence :

*** Quelle place pour les techniques d'influence ?**

Selon certains auteurs, des techniques d'influence sont susceptibles de faciliter l'obtention d'un comportement donné de la part d'un individu.

Parfois, il ne s'agit pas d'apercevoir les façons agressives de propagande, créées et mises en œuvre dans le plan de faire faiblir aux individus leur système de référence.

Il s'agit avant tout de rappeler quelques démarches délicates et adoucies, admettant d'influencer les comportements de façon compréhensive.

Dans sa thèse de dynamique de groupe Kurt LEWIN a prouvé que le changement d'attitude des individus peut être atteint en prenant support sur des leaders influents ou sur des suiveurs dans tous les niveaux de l'organisation. Effectivement, ses travaux relatifs aux habitudes alimentaires des ménagères américaines ont abouti sur la conclusion qu'il est plus facile de changer les idées et les pratiques d'un petit groupe que d'individus isolés, les membres du groupe étant disposés à adhérer à de nouvelles normes dès lors que le groupe dans son ensemble a exprimé son adhésion.

Selon Françoise KOURILSKY¹⁸⁵ « *la performance du promoteur du changement repose en priorité sur sa capacité à créer, à construire le désir d'évoluer* » :

*** L'obligation de créer le désir de changer**

Françoise KOURILSKY¹⁸⁶, précise que la résistance au changement tient rarement aux individus concernés qu'aux procédés qui sont choisies pour conduire le changement :

« *Le fait de décréter un changement déclenche généralement un peu plus d'immobilisme dans les organisations (...); ressenti comme un « diktat », une non-acceptation de leur identité, il est vécu comme une agression* ».

¹⁸⁵ F.KOURILSKY-BELLIARD, P.WATZLAWICK, *Du désir au plaisir de changer. Comprendre et provoquer le changement*. Paris : Inter Editions, 1995. 324p.

¹⁸⁶ Op.cit.

Conformément à son analyse, le management du changement est totalement une affaire de pédagogie et le plus important est de créer le désir de changer. Cela passe par le respect de l'écologie humaine comme le capital d'expériences, les valeurs, les alternatives.

« Il ne suffit pas d'expliquer ni de comprendre pour changer : ce qui est primordial c'est d'obtenir de nos interlocuteurs leur coopération pour qu'ils « fassent autrement ». »

La meilleure façon pour arriver à cela paraît être la production collective du changement :

b. L'importance de la production collective du changement

Le changement est la plupart du temps compris comme un mouvement descendant qui doit s'appliquer de façon uniforme et impersonnelle à l'ensemble de l'organisation. Cette idée tient nettement au fait que les membres des organisations ont pendant longtemps été considérés comme de simples exécutants, avant d'être définitivement reconnus comme des acteurs à part entière. Selon François DUPUY¹⁸⁷ *« la vision top down (du haut vers le bas) qui construit un plan d'ensemble dans lequel tout est prévu est à la fois mégalomane, inapplicable et finalement sans grand effet »*.

Quant il s'agit de changement tout spécialement, il est très considérable d'améliorer le rôle des acteurs, car ils sont en première ligne face aux évolutions nécessaires : le changement signifie l'apprentissage de nouveaux comportements.

*** Les membres de l'organisation ne peuvent plus être considérés comme de simples exécutants**

Dans le début du vingtième siècle, TAYLOR et FAYOL sont les premiers qui ont dressé les principes d'administration et de direction du travail, l'idée principale était l'emploi des hommes comme auxiliaires des machines, dans l'exécution des tâches de production quotidiennes. L'organisation et le management étaient totalement caractérisés par l'image de la pyramide.

L'Organisation Scientifique du Travail donnait l'avantage au rationnel, à l'organisation, aux procédures et aux structures. La dimension psychologique et psychosociologique du travail était abandonnée ; le principe d'autorité était posé comme le droit de commander et le pouvoir de se faire obéir.

¹⁸⁷F.DUPUY, *Le client et le bureaucrate*. Dunod, Paris, 1998.

Le modèle fameux en matière de changement était le changement rationnel : dans cette approche, les membres de l'organisation n'avaient pas le choix, ils devaient faire confiance et admettre les bouleversements pour le bien de l'organisation.

Si cette conception n'a pas entièrement disparu, elle a amplement faibli depuis le début du siècle.

Avec le mouvement des relations humaines, porté par Elton MAYO dans les années 1930, une place fondamentale a été attribuée à l'individu, la personne, l'affectif et les relations.

MAYO a remarqué l'importance du climat psychologique et des modalités de commandement sur le comportement au travail. Il s'est basé sur les relations de groupe qui se constituent entre les travailleurs pour réagir à la prescription et à la consigne et a souligné la nécessité de prendre en considération les désirs des travailleurs, à savoir, au-delà des souhaits matérielles, l'aspiration d'être socialement reconnus, d'exercer un travail valorisant, d'avoir de bonnes relations avec leurs supérieurs. La conception pyramidale a fait place à une conception plus circulaire.

À la suite E. MAYO, D. MACGREGOR a mis en évidence l'importance de l'implication et de la responsabilisation des employés : selon son analyse, la crainte de la sanction n'est pas le seul réparateur au travail ; un objectif clairement défini qui engage la responsabilité du travailleur peut constituer aussi une incitation puissante à l'action.

De nouveaux domaines de management sont apparus dans ce passage : management participatif, management stratégique, etc.

Dans le domaine du changement, le mouvement du développement organisationnel a cherché, à partir des années 1970, comment changer sans provoquer l'apparition de la résistance au changement. Ce courant a voulu familiariser l'organisation avec la pensée que le changement et l'apprentissage sont des mécanismes naturels et indispensables, en recherchant collectivement avec tous les individus concernés ce qui fait obstacle au bon fonctionnement de l'organisation. L'idée délaissée était que l'employé ne peut être traité comme simple objet de sa propre transformation, mais doit être considéré avant tout comme un sujet.

Appuyant sur un management de nature participative, le développement organisationnel a pourtant fait l'objet de nombreuses critiques, en raison de ses dérives (comme la production de désordre, de revendications et peu d'effets réels sur la structure formelle de l'organisation) ou de ses objectifs. David COURPASSON¹⁸⁸ maintient ainsi que contrairement au modèle coopératif et négocié du changement émis par les sociologues, le changement est en pratique

¹⁸⁸D.COURPASSON, Le changement est un outil politique. *Revue française de gestion*, Septembre Octobre 1998, N°120 (N° spécial « Les organisations face au changement »), p.6-16.

un moyen de « *légitimer en interne et en externe la souveraineté et la compétence supposées, et donc le pouvoir des gouvernants* » : les engagements normatives de l'environnement peuvent par exemple être instrumentalisés pour justifier des décisions de gestion difficiles et les faire accepter par les individus, au nom de la survie de l'organisation.

De l'Ecole de l'organisation scientifique de travail, qui voyait l'individu comme un agent, agi par l'organisation et complètement amovible, à l'Ecole des relations humaines, qui a reconnu dans l'individu un sujet unique et original, élaborant la situation par sa personnalité, le statut des membres de l'organisation a donc strictement évolué.

Le courant stratégique et systémique de Michel CROZIER a tenté de dépasser ces deux visions antagonistes à travers les concepts d'acteur et de système en permanente interaction : chaque individu a sa stratégie personnelle et joue son propre jeu dans le système d'action dont il fait partie.

Il est donc nécessaire actuellement de fournir une attention étonnante aux membres de l'organisation, qui peuvent jouer un rôle actif. Cela est d'autant plus vrai dans un contexte de changement, où les individus doivent faire l'apprentissage de comportements nouveaux :

*** Le changement est un apprentissage**

Selon DEBROSSE et ARBUZ¹⁸⁹ « *Les équipes hospitalières (...) ne peuvent, sans une sensibilisation et une préparation, changer du jour au lendemain leur manière de concevoir le futur de leur institution* ».

Ils montrent que le processus de changement doit privilégier les phénomènes d'apprentissage, octroyer du temps pour changer, permettre aux acteurs de s'engager progressivement.

CROZIER et FRIEDBERG ont notamment insisté sur la dimension d'apprentissage du changement également, en soulignant que toute action de changement implique la découverte et l'acquisition de nouvelles capacités collectives, de nouveaux modes de raisonnement. Cette idée les a conduits à prôner le processus participatif : « *le changement ne peut se réduire à une décision hiérarchique. Celui-ci doit être accompagné d'un apprentissage de nouveaux modes de relation* ».

Enfin, Renaud SAINSAULIEU s'est inscrit dans la même perspective en matière de sociologie du travail, en affirmant que le changement ne peut résulter que d'initiatives locales, fondées sur un apprentissage progressif d'autres pratiques de production et de gestion : les

¹⁸⁹ Op.cit.

actions de changement ne doivent pas être décidées ex-nihilo mais reposer sur les réactions des individus aux sollicitations de leur environnement.

En résumé et selon Gérard OUIMET et Yvon DUFOUR, le manager peut aider ses employés à réaliser et à vivre le changement, s'il est conscient que « *la rhétorique seule n'est plus suffisante pour s'adjoindre le concours des employés au processus de changement* ».

Le changement souhaitable ne pourra être obtenu que s'il y a une appropriation des évolutions en cours par les acteurs concernés, c'est-à-dire s'ils adhèrent volontairement à l'expérience du changement et s'ils sont partie prenante dans ce processus.

SECTION 3. LA COMMUNICATION ET DIALOGUE SOCIAL DANS L'HOPITAL

Selon G. NIZARD¹⁹⁰ « La communication et le malentendu, l'inquiétude et le soupçon sont au début de la communication. La communication est une activité fondamentale de la vie d'une organisation .On ne peut pas ne pas communiquer. » On ne trouve pas une organisation intact sans un véritable système de communication et d'informations .En discréditant la qualité du système de communication, c'est, tout de suite, l'organisation qui est décomposée.

La communication est une activité indispensable de la vie d'une organisation .La continuité et l'organisation des types de communication sont essentiels. Les règles déterminées, quel que soit la méthode d'action optée, doivent résulter des conséquences précises . La communication doit garantir, en permanent, l'établissement obligatoire plan d'établissement/ stratégie ressources humaines, programmes d'action. Elle est un instrument efficient au service de la conduite au changement et un stimulant au dialogue social.

Elle participe à la prospection d'un équilibre relationnel qui encourage la consultation et l'évolution des hommes .Elle est le refuge indispensable dont le management doit s'emparer pour briser la dislocation hyperhiérarchisée de l'hôpital et enrichir les groupes d'intérêt nécessaires à l'excellente prise en charge des patients.

1. La communication dans les organisations

Dans une organisation, la communication est en relation avec la structure concernée pour combiner les attentions des individus et des équipes. On désigne par réseau formel de communication tous les réseaux officiels cherchant à concentrer les mouvements d'information, à l'intérieur de l'organisation comme à l'extérieur.

À l'intérieur de l'organisation, les messages ont un contenu changeant et peuvent prendre trois grandes directions : descendante, ascendante et horizontale.

A. Le contenu des messages

Conformément au contenu des messages, on distingue généralement :

a. Les communications opératoires

Ce sont les instructions et éclaircissements qui concernent les tâches à réaliser. Ces informations sont attachées à la définition du poste au travail ; elles admettent le succès technique de la tâche.

¹⁹⁰ Georges NIZARD, Le management, Editions Privat ,1986

b. Les communications générales

Elles concernent l'intégralité de l'organisation, spécialement ses grandes destinations et ses conséquences. Durant longtemps, les communications étaient considérées qu'elles ne concernaient que les dirigeants mais actuellement elles participent à générer un climat général favorable et à unifier les employés. L'exemple de la culture de l'organisation tente ainsi à informer et à inclure les employés. Une véritable transparence admet aussi d'esquiver aux rumeurs, spécialement quand les choses ne circulent pas très bien.

c. Les communications motivationnelles

Reliées à la fonction personnel, elles montrent aux employés ce que l'organisation leur assure en réponse de leur travail (salaire, formation, évolution de carrière, avantages sociaux, etc.). Elles les informent aussi de leurs droits et devoirs (règlement intérieur, syndicats...).

d. Les communications optionnelles

Informelles, elles représentent les relations personnelles entre salariés. C'est la demande de nouvelles, l'échange de propos amicaux. Selon J.ARDOINO¹⁹¹ « Ces communications peuvent exprimer, sans approfondir, inutiles mais elles forment en fait un complément d'âme faute duquel, asphyxié ou exsangue, paralysé, atrophié, ou réduit à l'automatisme des réflexes conditionnés, l'homme dans l'organisation aboutirait vite, sinon à la mort, du moins à une vie organique inférieure, ou à une mise en hibernation ».

B. La direction des messages

Les messages officiels (opératoires, généraux et motivationnels) sont engagés en tenant en considération du statut hiérarchique et de l'autorité de chacun.

a. La communication verticale descendante

Elle peut être hiérarchique, légale ou parallèle :

–Suivant la voie hiérarchique : Cette communication a pour objectif de faciliter la coordination entre les différents niveaux, et l'intégration des employés dans l'organisation, à chaque niveau. Les messages opératoires, basés sur la tâche, vont ainsi de la direction jusqu'au dernier niveau d'exécution. Il en est de même pour les messages généraux et motivationnels. La transmission peut se faire oralement comme le contact direct et par

¹⁹¹ J.ARDOINO, *Information et communications*, Éditions d'Organisation, Paris, 1969.

téléphone ou par écrit comme la lettre, note de service, etc. Si la communication hiérarchique est la plus coutumière des communications descendante, elle n'est pas la seule.

–Suivant la voie légale : D'autres informations, générales ou motivationnelles, parviennent aux employés. Elles proviennent d'organes représentatifs comme le conseil d'administration, les délégués du personnel. Ces informations légales peuvent réparer une lacune d'informations hiérarchiques.

–Suivant la voie parallèle : Lorsqu'il existe une hiérarchie syndicale dans l'organisation, des informations distinctives peuvent enfin être données au personnel, par l'intermédiaire des délégués ou des responsables syndicaux. Ces informations dépassent souvent le cadre de l'organisation.

b. La communication verticale ascendante, hiérarchique, légale ou parallèle

Au contraire de la précédente, elle s'intéresse à faire remonter l'information de la base jusqu'à la direction. Habituellement manquée dans les organisations ayant un fonctionnement taylorien, cette communication s'est énormément développée au cours de ces dernières années. Les responsables ont en effet pris connaissance du fait que fournir des solutions aux difficultés confrontées par les employés admet d'acquiescer en efficacité, tout en progressant le climat social de l'organisation. Dans quelques événements la direction met aussi en place une approche d'analyse de l'activité, qui contribue et surtout saisir les cas de travail. Dans une autre conception, le management participatif a aussi pour objectif d'inclure les employés en les faisant participer aux décisions qui les intéressent.

Les délégués du personnel aident aussi dans la communication ascendante. Leur statut leur admet d'être plus agressif dans l'aveu de leurs avis et dans leurs souhaits d'adaptations.

c. La communication horizontale

Il s'agit des permutations entre les personnes d'un même service ou de services différents, à niveau égal, et se prouve elle aussi décisive pour le bon fonctionnement d'une organisation. D'une façon générale, il est fondamental dans une organisation que qui que ce soit ait une aperçu aussi nette que possible de ce qui se passe dans les autres services, puisque non uniquement les passerelles encouragent la liaison des activités, mais elles écartent également la division, source de sous-cultures et d'oppositions.

d. La communication oblique

Elle indique les permutations entre des personnes n'ayant pas le même niveau et dépendant à des services différents. Cette communication est, du point de vue formel, exceptionnelle. Elle permet un gain de temps important en cas d'urgence, s'il se produit par exemple un accident.

C. Les obstacles à la communication

a. Qui doit savoir quoi ?

Chaque information est un fait qui soulève une incertitude. Chaque fois qu'un employé reste dans l'incertitude quant à la réalisation de son travail comme la qualité nécessaire, délai d'exécution et moyens disponibles, il lui reste une information opérationnelle indispensable.

L'insuffisance d'informations générales résulte aussi des effets négatifs. Ainsi, ne pas savoir les motifs d'ordres donnés peut emmener le personnel à soupçonner de la compétence des dirigeants et de l'efficacité de l'organisation. Selon Simone WEIL¹⁹² : « L'ignorance totale de ce à quoi on travaille est excessivement démoralisante. On n'a pas le sentiment qu'un *produit* résulte des efforts qu'on fournit. On ne se sent nullement au nombre des producteurs. On n'a pas non plus le sentiment du rapport entre le travail et le salaire. L'activité semble arbitrairement imposée et arbitrairement rétribuée. » Cette explication regagne l'une des conclusions interprétées de recherches portant sur les réseaux de communication, cela veut dire, que de par leur statut hiérarchique qui détiennent une place centrale dans une structure sont les plus satisfaits de leur travail et de la manière dont celui-ci est organisé. Ils ne conçoivent en effet pas nécessairement que d'autres n'ont pas le même accès à l'information et ne voient pas l'intérêt de communiquer davantage avec la base, dont ils sont écartés et dont ils ne saisissent pas l'insatisfaction. Cependant, le plus habituellement, c'est d'un abus d'informations qu'*endurent* les organisations. Il était habituel d'entendre, sous forme de plaisanterie, que tout papier lu inefficacement correspond inévitablement un papier efficace qui n'a pas été lu actuellement.

b. Quand informer ?

Toute information a une valeur temporelle. Si elle est donnée trop tôt, elle peut être oubliée au moment propice et, donnée au dernier moment, elle perd toute son utilité.

¹⁹² S.WEIL, *La condition ouvrière*, Gallimard, Paris, 1951.

c. Comment informer ?

Il s'agit de choisir le canal de transmission et les moyens de communication adéquats, compte tenu de l'objectif souhaité, de la nature du message et du statut des personnes impliquées.

Lorsque l'on suit la voie hiérarchique, il y a d'autant plus de pertes et de déformation de l'information que le nombre de niveaux hiérarchiques est élevé. Si d'un point de vue matériel, la multiplication des relais explique en partie ce phénomène, les barrières psychologiques constituent un obstacle encore plus important. Selon M.CROZIER¹⁹³ « dans les organisations, l'information est souvent enjeu de pouvoir, objet de compétition et source de conflits : être le premier ou le seul à savoir quelque chose permet à la fois de se valoriser et d'être plus influent. Il en résulte des rétentions d'information, par exemple dans le cas du supérieur hiérarchique qui garde ainsi « la distance » et le contrôle sur les subordonnés, tandis que ceux-ci limitent de la même manière les possibilités d'évaluation de leur travail. La communication horizontale devrait *a priori* poser moins de problèmes dans la mesure où elle ne franchit pas de paliers hiérarchiques, mais elle subit les mêmes déformations lorsqu'il existe une rivalité entre collègues ».

D'autres déformations sont introduites par des différences de cadre de référence par exemple des salariés qui occupent des fonctions différentes dans l'organisation traduisent autrement le même fait et manifestent par conséquent des points de vue différents. Certaines équipes disposent aussi un langage spécifique à leur métier, qui paraît imperméable à d'autres groupes.

La sélection des moyens de communication doit en dernier lieu admettre de répondre aux besoins de l'organisation et de ses agents en maîtrisons les obstacles qui viennent d'être mentionnés. Les éventualités sont multiples, par écrit comme les lettres, messages électroniques, notes de service, affichages, journaux internes et bulletins d'informations ou par oral comme les appels téléphoniques, conférences, réunions, enquêtes. D'une manière générale, les communications écrites permettent davantage de précision ; elles peuvent être convenablement diffusées et prennent un caractère plus officiel, faisant autorité, avec une permanence de la trace qui favorise la mémorisation. Par contre, s'il n'y a pas de feed-back, elles restent de simples transmissions, contrairement aux communications orales. Celles-ci facilitent les échanges et sont plus personnelles ; elles ont un effet positif sur la satisfaction des salariés, mais aussi sur la qualité de l'information et sur la compréhension de problèmes complexes.

¹⁹³ M.CROZIER, *Le phénomène bureaucratique*, Le Seuil, Paris, 1963.

Toute décision souhaitant à avantager certaines méthodes de communication doit donc découler d'une analyse raisonnable de la situation, en anticipant et en contrôlant les effets prévisibles.

D. Le point de vue des théories de la communication

En 1984, Henry Mintzberg¹⁹⁴, affirmait que la majeure partie du temps de travail des cadres était consacrée à la communication. Il exprimait ainsi un point de vue similaire à celui de Burns qui écrivait déjà, en 1954, que les conversations occupaient 80 % du temps de travail des cadres moyens.

Depuis, les expressions et les mots relatifs à la communication dans l'entreprise ne cessent de se multiplier : développer les relations avec les partenaires, prospecter les entreprises clientes, faire connaître un produit, négocier les tarifs, collaborer à une étude, participer à un groupe de travail, conduire une réunion, animer une équipe, gérer des conflits, déléguer des responsabilités ou encore écouter, questionner, consulter, dire, informer, expliquer, démontrer, conseiller, convaincre. La diversité du vocabulaire utilisé témoigne de l'ampleur d'un phénomène qui touche toutes les niveaux de l'entreprise, voire l'ensemble de la société.

Certains seront embêtés par cet envahissement relatif à la croissance des médias audiovisuels comme la radio et la télévision à la multiplication des outils de communication comme le téléphone, fax, réseaux électroniques et à l'émergence des nouvelles technologies de l'information et de la communication comme l'internet. Il n'en reste pas moins que ces nouveaux modes de communication ont un impact considérable sur nos comportements, qu'ils créent déjà de nouvelles habitudes.

Psychologues et sociologues se sont alors intéressés par ce phénomène de société, les uns pour mettre en évidence l'influence de la culture sur les comportements, les autres pour tenter de mieux comprendre le processus lui-même. Tous s'accordent pour reconnaître dans la communication un acte complexe, aux enjeux multiples, qui implique l'individu dans sa globalité, mais souvent voué à l'échec alors même qu'il est à la base du lien social.

Selon BELLIER¹⁹⁵ « C'est en partie pour cette raison qu'aujourd'hui on demande de plus en plus souvent à l'individu de faire preuve de compétences sociales ou de savoir-être qualités qui, à la fois, déterminent une certaine efficacité dans les relations avec les autres, tout en facilitant l'intégration sociale ».

¹⁹⁴ H.MINTZBERG, *Structures et dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation, Paris, 1982.

¹⁹⁵ S.BELLIER, *Le savoir-être dans l'entreprise*, Vuibert, Paris, 1998.

a. Le système mathématique de Wiener et Shannon

À la fin des années 40 aux États-Unis, WIENNER et SHANON ont construit un modèle mathématique linéaire inspiré des contraintes de la transmission téléphonique.

Il reste la référence en sciences sociales, et plus particulièrement en marketing, même s'il revêt des défauts importants comme par exemple sa linéarité ou la non-prise en compte de la qualité de l'information.

b. Le feed-back de Wiener

À la même période, Wiener propose une approche complémentaire : selon lui, l'effet rétroagit sur la cause. On parle alors de feed-back ou de rétroaction.

Ainsi, en marketing, le mix communication est reformulé par l'entreprise (et ses agences) en permanence, en tenant compte des réactions de la cible.

c. L'école de Palo Alto et apports des Sciences sociales

Fondée dans les années 50, l'école de Palo Alto rassemble les travaux de chercheurs en sciences sociales issus d'univers variés. Pour ces auteurs, la communication est un tout et ne peut se réduire à un mécanisme séquencé, verbal et hors de son contexte. « Tout est communication ». Ainsi, l'émission permanente involontaire et non contrôlée de messages (parfois implicites) complète des émissions volontaires au contenu explicite. Le rôle de la nature de l'émetteur, le mode d'émission et de réception, la nature du récepteur sur l'efficacité du message doivent également être prise en compte.

d. La sémiotique et la communication de PIERCE, SAUSSURE et BARTHE

Définie dans les années 60, elle s'appuie sur l'étude des systèmes des signes non linguistiques. Le signe comprend le signifiant et le signifié et chacun dispose d'une substance et d'une forme.

La sémiotique a permis à la communication marketing de souligner la double lecture du consommateur. Celui-ci lit le message et en perçoit ses connotations.

e. Des théories complémentaires

Ces quatre grandes « écoles » ont permis un enrichissement progressif du cadre théorique de la communication. La recherche cumulative issue d'analyses de chercheurs venant d'horizons divers a ouvert la voie à des utilisations variées, en psychologie, en sociologie, mais également dans tous les domaines de la gestion.

f. Les enjeux de la communication

Parmi les principaux apports psychosociologiques ayant contribué à l'évolution théorique actuelle :

- La communication est à la fois digitale (échanges verbaux) et analogique (attitudes corporelles, gestes, signes para verbaux) ; elle intègre tous les comportements d'un individu.
- Elle est un processus permanent d'élaboration et de partage de significations qui renvoient à des représentations et à des valeurs sociales plus ou moins partagées.
- Elle établit une certaine forme de relation, déterminée par la place de chacun dans la structure sociale (selon l'âge, le sexe, le statut...).
- Enfin, la communication est structurée à la fois par le contexte verbal (cadre verbal du message) et par le contexte social (circonstances dans lesquelles se déroule l'interaction).

Ces différents aspects du processus d'interaction sont liés aux multiples questions fondamentales que suscite toute rencontre interpersonnelle : À qui parle-t-on et qui est-on pour lui ? Que souhaite-t-on lui faire croire, penser ou faire ? Quels sentiments et émotions véhicule notre relation ? Quelles règles de conduite nous impose la situation ?... À ce propos, le professeur de sciences de l'information et de la communication A. MUCCHIELLI (1995) écrit : « Toute communication cherche à atteindre, à des degrés divers, l'information d'autrui, le positionnement individuel, la mobilisation de l'autre, la qualification de la relation avec cet autre et à spécifier les normes de référence de la situation d'échange. » Il résume ainsi ce que lui semblent être les cinq principaux « enjeux » de la communication :

- l'enjeu informatif, car toute communication est, pour une part, transmission d'information ;
- l'enjeu de positionnement qui conduit chacun à affirmer son identité en se montrant à autrui sous un jour particulier, dans une position qu'il souhaite faire reconnaître ;
- l'enjeu de mobilisation visant à influencer autrui, à le convaincre en agissant sur son système de représentations, pour obtenir certaines réactions conformes à nos attentes (c'est en particulier le but de l'argumentation) ;
- l'enjeu relationnel qui fixe la nature de la relation telle qu'elle est vécue subjectivement, affectivement par chacun ;
- l'enjeu normatif concernant la régulation de la relation elle-même, au travers de la construction de règles qui précisent les conditions de l'échange.

2. La facilitation de la communication

Communication et interaction sociale sont donc indissociables et, dans le contexte organisationnel, on peut dire que la communication engage des processus à la fois individuels, interpersonnels et organisationnels. Comprendre et faciliter la communication dans l'organisation impose par conséquent d'agir à chacun de ces niveaux.

A. Au niveau des individus

La nécessité et l'importance d'une bonne communication organisationnelle conduisent de plus en plus souvent à intégrer aux procédures de recrutement une évaluation des savoir-faire relationnels. Et l'exigence de « compétences sociales » est d'autant plus grande que le poste concerné est élevé dans la hiérarchie, et implique plus de temps à communiquer.

Cette précaution n'est pas toujours suffisante pour que chacun puisse s'adapter aux multiples situations d'entretien de face à face, de négociation, de conduite de réunion, de discours... Des cadres se voient donc proposer de suivre une formation à la communication interpersonnelle, au cours de laquelle ils acquièrent techniques et savoir-faire. Que se passe-t-il à leur retour ? Leur apprentissage est encore fragile et le milieu d'origine n'a pas changé. Alors, bien souvent, les anciennes habitudes reprennent le dessus.

Lorsque la communication concerne des groupes avec leurs normes, leurs représentations sociales, leurs valeurs de référence, il convient d'agir aussi au niveau de ces groupes.

B. Au niveau des groupes

Certaines organisations font donc appel à des consultants pour élaborer des programmes de formation à l'intention de l'encadrement ou des managers. Ceux-ci vont non seulement acquérir techniques et savoir-faire, mais aussi être sensibilisés à la dimension sociale et stratégique de la communication dans l'organisation. Cela leur permet de développer à bon escient une communication (opératoire, générale, motivationnelle et optionnelle) qui répond aux attentes des employés et génère un climat social facilitant, susceptible de permettre à chacun de devenir un bon « communicateur ». Leur rôle de « courroie de transmission » entre la direction et la base se trouve ainsi renforcé, mais les résultats obtenus ne sont pas toujours à la hauteur des attentes. En effet, le clivage entre les deux extrémités de la hiérarchie reste le même, avec des dirigeants qui s'impliquent peu dans les nouvelles actions de communication, et des exécutants qui ont été tenus à l'écart de ces formations, n'en comprennent pas

forcément le bien-fondé, et n'en voient pas toujours les retombées. La dimension politique de la communication a été oubliée...

C. Au niveau de l'organisation

Faciliter la communication et les relations interpersonnelles dans l'organisation suppose un engagement officiel de la part de la direction, y compris au niveau le plus élevé. Il ne s'agit pas d'un simple accord superficiel, voire manipulateur, mais d'un réel désir d'implication qui permet d'établir le dialogue avec les salariés. Dans ce cas seulement peut être mise en place une véritable politique de communication. Rappelons à ce sujet qu'une communication efficace et de qualité nécessite, selon Jean-Claude ABRIC¹⁹⁶, d'écouter, d'observer, d'analyser, de s'exprimer et de contrôler : « *Écouter*, c'est-à-dire prendre en compte le point de vue de l'autre ; *observer*, c'est-à-dire s'intéresser à tout ce qui se passe – et souvent de manière non verbale – dans la situation. *Analyser* pour faire part de l'explicite et de l'implicite, de l'observable et du masqué, dégager les éléments constituant le champ psychologique et social déterminant les individus. *Contrôler* la qualité et la pertinence du message (le feed-back) et les processus susceptibles de parasiter l'échange. *S'exprimer* enfin pour l'Autre, en fonction de l'interlocuteur et de la nature de l'objet de la communication. » Les actes dont il s'agit ont bien pour principal effet d'induire un climat organisationnel favorable, ce qui apparaît de nouveau beaucoup plus important que la technique ou que la compétence oratoire du locuteur. Ce climat, fait d'une relative transparence concernant le fonctionnement organisationnel, permet aux salariés de se sentir associés à la bonne marche de celle-ci. C'est à cette condition que techniques et outils de communication deviennent efficaces, dans le cadre de la mise en œuvre d'une méthodologie spécifique.

Nous pouvons donc affirmer en conclusion que vouloir intervenir pour améliorer la communication interpersonnelle dans l'entreprise suppose la remise en cause à la fois :

- des individus et de leur fonctionnement psychologique ;
- de la hiérarchie et de la définition de son rôle ;
- des outils et des règles du jeu qui régulent l'organisation.

¹⁹⁶ J.-C. ABRIC, *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*, A. Colin, Paris, 2003.

3. La communication au service d'une culture d'entreprise

A. Communication et stratégie globale

La crédibilité des outils stratégiques doit être examinée fréquemment .Il est opportun par exemple d'analyser constamment, le degré d'évolution des ressources humaines et attirer l'attention de l'entourage aux sujets de la communication ; le management doit :

Avant tout, vérifier la prise en considération des stratégies de ressources humaines par l'accord d'objectifs et de moyens. La communication joue le rôle de simplifieur et de meneur des idées dans leur accomplissement en cohésion avec la stratégie de l'institution .Elle examine que les stratégies n'ont pas été qu'une approche imaginaire. Est-ce que tous les domaines d'action importants ont-t-ils bien été pris en considération? La relation avec les objectifs conventionnés ont ils bien été honorés?

Puis, apprécier le degré d'évolution des ressources humaines et examiner le niveau de satisfaction des besoins individuels. Quel est la situation des perspectives et des utilités? C'est l'évaluation du niveau de la performance sociale .l'appel à un diagnostic est une source d'information nécessaires .Des dialogues avec les personnels et les collaborateurs sociaux sont organisés, on estime leur conception de la communication. Le but est d'établir une ambiance de confiance et de communication accueillante et de agir contre les messages confus qui, généralement, propage l'incertitude et le doute .Pour cette raison; devront être amplifiées suffisamment les formations aux techniques de communication qui touchent divers formes ,spécialement les relations échangées avec les délégués du personnel, la présence et l'ampleur du dialogue social et mettent d'outils admettant d'examiner la présence dans l'organisation d'une véritable ambition de communication .

Enfin, la satisfaction des besoins collectifs. En quoi la stratégie sociale est-elle bien une évidence partagée par l'ensemble de personnel hospitalière ? La communication réalise-t-elle bien sa mission d'incorporation des valeurs autour d'une stratégie collective ? La direction assure-t-elle pleinement toute sa responsabilité dans l'organisation et le suivi de la communication ? Il ne s'agit pas, seulement d'annoncer la stratégie de l'institution et sa concrétisation dans des buts conventionnés, le plus prétentieux est de le faire vivre.

La stratégie de l'établissement est le fil d'enchaînement des espérances individuelles et des intentions collectifs.

Chaque personne doit recevoir les impressions et se trouver engagé dans son accomplissement. Tout axe d'activité, fondateur d'une vision, est associé et affilié,

directement, de la vision collectif tant dans son fonctionnement ordinaire que lors de réajustement des buts.

Tout l'hôpital est visé par cet enjeu. Le staff de direction est le noyau décisionnel vers lequel s'orientent les regards et se concrétisent les espoirs. La communication ne peut négliger les règles qui dirigent à la gestion du changement, ni celles qui fixent les fondements du management. Responsables des politiques et des stratégies d'adéquation, de rénovation et de création, elle doit tenter à perfectionner le dialogue et à créer, légèrement et avec délimitation les conditions claires à améliorer l'échange et la concertation.

L'effet des actions du staff dirigeant sur le climat social et le caractère du corps hospitaliers est certain. Il doit procurer les compétences requises pour gérer les évolutions nécessaires et favoriser la démarche complète et prévisionnelle des obstacles. La communauté social sera libre, vigilante et acteur, qu'elle décèlera chez ses managers des aptitudes à communiquer des savoirs et à conduire le changement.

L'excellent management est celui qui simplifie l'engagement dans une option de volonté et de nouveauté. Il prend son origine dans une organisation réétudiée en vue de la perspective collective.

A l'hôpital classique administré remplace l'hôpital managé, celui où se partage l'information et qui prend en considération les métiers professionnelles de chacun sans léser les buts de l'établissement. Selon J.HART et A.MUCHIELLE¹⁹⁷ « Un professionnel peut toujours s'opposer à tout changement dont il ne reconnaît pas la nécessité. Plus les professionnels de statuts différents se côtoient facilement dans le travail, moins la communication s'établit facilement. » Les autres similitudes professionnelles sont sources de résistance et de déclarations organique Le management a la responsabilité de les découvrir et de les réunir. Il lui appartient spécialement, d'attirer les professionnels de toutes catégories à s'stimuler des efforts réalisés et soutenir les objectifs intégraux. Les sujets de santé publique, le futur et les enjeux du renouvellement de l'hôpital, la connaissance de l'institution, son organisation sont des supports de réunion qu'il est favorable de développer.

Ainsi, la mobilisation de toute la destinée d'une société de travail est profondément relative à une politique de gestion des ressources humaines ajustée à la stratégie, appuyée par une politique de communication active et organisée dans l'effet de rendement collective. Le plan de l'institution, émané d'analyses stratégiques, forme des axes de repères capables de réunir les acteurs sur une idée du prochain avenir et du service rendu. Il est l'interprétation de

¹⁹⁷ Josette HART, Alex MUCHIELLE, Soigner l'hôpital, Editions Lamarre.

qualités assurées et écrites .Sa connaissance et sa place dans les enjeux internes et externes concernent tout le corps social.

La clarté de l'avenir de l'établissement hospitalier doit être abordable par:

-les employés qui doivent y trouver la simplicité d'inscrire leur projet professionnel et personnel dans les évolutions et les mutations retenus ;

-l'encadrement pour lequel un contrat dans les buts définies est une clé de réussite ;

-l'établissement, de part de ses organismes de concertation .L'hôpital a pour tâche de soutenir l'intérêt au travail en soulevant la motivation et l'aspect qualité .Il lui faut de même apprécier, en termes budgétaires, l'effet des choix entrevus dans le monde des ressources humaines.

La contribution et la communication renforcent la mobilisation. Elles perpétuent la compréhension et l'action dans le temps et marquent les chemins d'une cohésion réelle au plan collectif. Les actions conduites au profit des stratégies de changement sollicitent réflexion, discussion, démarche, évaluation reconnue et honorée. Elles reposent aussi sur des attentions de vie au travail. La nécessité de changement est basée sur les valeurs sociologiques qui clarifient le domaine des actions privilégiés. La interprétation en action réels des théories provienne de la sociologie des organisations et spécialement de celles qui participent à la satisfaction de succès est une obligation. Elles sont, complètement, au nombre de quatre : l'unité collective, celle de la reconnaissance du métier comme les savoirs et les compétences, celle de l'institution comme le lieu de travail et celle de soi-même.

C'est, dans une telle situation, que l'on apprécie l'ampleur de la communication et du management participatif. Les supports de la stratégie du changement trouvent un point de soutien dans l'écoute concentrée due au corps social, la pratique du dialogue et l'association de tous les acteurs à l'apparition d'une nouvelle organisation des ressources humaines à l'hôpital. La réussite de ces ajustements dépend, pour la majorité, de la qualité des informations qui leur sont utile.

B. Communication et gestion prospective

Il a été citée antérieurement la marche obligée que connaît actuellement l'univers du travail pour réussir son adéquation au changement dans un monde instable en pleine bouleversement et dont la cadence s'accélère, des métiers disparaissent, d'autres apparaissent, engendrant de nouvelles compétences. Il revient aux organisations de reconnaître, ces nouvelles compétences et ces nouveaux métiers afin de s'y adapter.

Le management exige, de ce moment, une capacité à rassembler et à diriger les équipes dans le sens de ces mutations .Pour acquérir cette capacité à gérer d'une façon prévisionnelle, les managers et les cadres doivent apprendre à bien communiquer à organiser et à exploiter les informations médicales, paramédicales, techniques, administratives et managériales.

C. Communication et culture organisationnelle

Le succès de l'établissement s'appuie sur la opportunité , l'inspiration, l'compréhension et le savoir-faire du corps hospitalière au service d'un devoir dont chacun apprécie toutes les exigences en termes de qualité du service rendu .Chacun a connaissance que toute prise de décision importante se base sur un ensemble d'informations supposées réunies ,c'est-à-dire sur un système de communication crédible .Toute la stratégie de l'organisation en dépend ,non seulement pour garantir à l'établissement la réalisation idéale de ses objectifs mais aussi pour fabriquer et perpétuer une culture organisationnelle propre à l'institution . La communication sociale est nécessaire à la réussite, à l'évolution et à l'approbation de chaque organisation .Elle participe à alimenter une culture d'entreprise marquée par un système de valeurs, de normes et de conceptions .L'hôpital fuit aussi moins que d'autres établissement à l'exigence d'arranger son histoire, de charité et d'humanité avec la prospection de sa modernisation et son accession au grade d'entreprise de santé. Tout doit y trouver sa vraie place et avoir le sentiment d'œuvrer à la réalisation d'un plan commun et admis de tous.

C'est par la discussion et les permutations continues que se fondent les liens égalitaires les intuitions d'appartenance à une même unité sociale, l'ambition de vouloir y jouer un rôle en tant qu'acteur responsable et impliqué.

Pour répondre à diverse problématiques citées dans les chroniques éclairant le lien entre la communication et la stratégie d'établissement, la qualité de la politique sociale se base sur un système de collecte d'informations qui retrace habituellement, l'évolution de la situation et qui prévient sur les difficultés ou insuffisances constatés en termes de communication et d'information.

4. Le plan de communication interne

Selon Joël CAUDEN¹⁹⁸, « le plan de communication interne est un plan de concertation qui encaissera à être conçu comme une prévision ouverte .Il se construit à partir d'une analyse et d'une évolution préalable des besoins à satisfaire et des moyens mobilisables » .Dans l'absolu, ce plan déterminera :

- les objectifs du programme ou des campagnes d'information attendues,
- les messages utiles à diffuser,
- les buts, causes et parcours impliqués,
- les modèles d'interventions prévues,
- le calendrier, les moyens et le budget à respecter,
- la méthodologie préconisée, etc.

Le plan de communication interne doit veiller à ce que la diffusion de l'information descendante et ascendante prend tous les canaux et appuis présents et nécessaires à la répartition la plus large de nouvelles , de faits, d'événements ,de connaissances , de messages et d'autres types d'informations qu'il est souhaitable de porter à la connaissance du corps social , patients et usagers.

5. L'organisation du dialogue social

Le perfectionnement du dialogue social est une obligation car il y a un manque indiqué de dialogue à l'hôpital public. Il n'y aura pas de changement important dans la mobilisation des hospitaliers sans une prise de conscience plus courageuse des responsables en charge des ressources humaines.

Cette analyse est déterminante à plusieurs états. Il est d'abord en conflit avec les observations sociologiques citées auparavant. Cette inadaptation est une première source de la tristesse généralement rompue par le personnel hospitalier.

Il est ensuite en opposition avec toute la dynamique qui constitue le fondement d'une volonté de changement. Il a été indiqué, à plusieurs fois, que la communication est une activité fondamentale de la vie d'une organisation. On ne peut pas ne pas communiquer.

Cette observation est la justification d'une résistance au changement de nos structures de travail. L'hôpital est un lieu favorable ou les groupes d'intérêt et la satisfaction du malade

¹⁹⁸ Joël CAUDIN, Alain SANCHEZ, Gestion des ressources humaines, Berger-Levrault, 1997.

plaident pour l'instauration du dialogue social et de la communication. Opposé au constat d'un dialogue insuffisant, J.ABBAD¹⁹⁹ définissait quatre pistes de réflexion.

Le dialogue passe premièrement par l'organisation de l'unité de travail. Le chef de service, l'encadrement, les responsables administratifs, techniques ou logistiques, tous ont la tâche de développer le travail d'équipe. Les conseils de service sont des lieux favorables d'implication et de participation propres à l'échange et au dialogue constructif. Il est opportun, toutefois, d'en élargir l'accès à toute unité de travail de l'établissement à travers :

- Une formation aux pilotages de réunions des différents responsables ;
- Un règlement intérieur définissant l'organisation générale de l'ensemble des conseils ;
- La nécessité du travail en équipe ;
- Mettre l'accent sur la participation des agents à la vie et aux projets du service.

Le perfectionnement de la performance du service requiert enfin, la volonté d'adaptation et de développement de la formation. Tout est prioritaire depuis les formations adaptées à la résolution de problèmes, on passant par la formation continue des médecins celle des membres de l'équipe aux techniques relationnelles, sans négliger la formation aux techniques d'écoute des usagers et des familles.

A. Enrichir les relations interprofessionnelles

L'hôpital est un univers segmenté hyperhiérarchisé. Le management doit commencer la brutale mission d'alléger la sévérité d'une communication.

Le but vise l'ensemble des personnels avec l'ensemble des hiérarchies respectives. Le personnel d'encadrement, en particulier, est toujours en position instable face à la double hiérarchie dont il relève.

Le perfectionnement des rapports interprofessionnels découlera aussi bien de la formation interdisciplinaire des cadres. Beaucoup de questions se posent encore dans les rapports des personnels et des cadres face à la direction. Il est habituellement critiqué à cette relation d'être à sens unique avec un sentiment de manière secondaire par des préoccupations de genre budgétaire, à la place d'un échange utile, admettant le rôle des professionnels, qui tien en considération des attentions et des perfectionnements réalisés par les services.

Le corps médical est appelé, à développer une organisation de travail moins personnelle qui réunie les inquiétudes des soignants. La préoccupation indulgente portée à l'activité du

¹⁹⁹ Op.cit, p103.

service admettrait aux médecins de bien examiner la variation des cadences et de la charge de travail. Le personnel soignant désire être membre aux décisions du service.

a. Encourager l'adhésion du personnel

Le changement est une question capitale. L'ensemble des plans doivent montrer nettement, la façon dont l'organisation envisage son futur. L'alliance des personnels à cette attention d'anticipation est une modalité de réussite. Leur cohésion dépend du désir du management à développer, répartir, expliquer et faire prodiguer les intentions. Le but est d'affilier tous les acteurs autour d'une stratégie commune, médecins, directeurs, cadres, personnel et délégués syndicaux.

Concernant le lien direction-corps médicale, il est proposé la participation d'un médecin au sein de l'équipe de direction. La proposition est judicieuse pour faciliter les relations avec le corps médical et tirer avantage d'un éclairage en matière de choix stratégiques.

b. Développer le dialogue social

La résistance au changement est due à un manque d'information et de négociation. Les hôpitaux disposent de moyens suffisants pour corriger ce déficit et améliorer le dialogue social. Le recours aux audits peut être source d'un inventaire d'actions prioritaires. Au-delà de cet outil d'analyse du climat social, chaque établissement peut recourir aux techniques de groupes d'expression, de groupes de travail interdisciplinaires. Partout devront être privilégiées la circulation de l'information et de la prise d'initiatives, ainsi que la diffusion d'une politique de communication authentique, apte à créer un climat propice au dialogue.

L'hôpital recèle de nombreux lieux favorables au dialogue et à la concertation. Il jouit d'un rare privilège en sa qualité de service public : l'autonomie. Le prix de ce grand espace de liberté et la responsabilité des hospitaliers affirmer leur attachement aux valeurs de l'éthique sociale et a l'une de ses manifestation essentielles : le dialogue social.

La concertation, est transversale, il doit n'y avoir aucun exclu. Les techniques mises en place ne doivent pas contourner les instances statutaires ni être un moyen de lutte antisyndicale. Le jeu démocratique doit être permanent.

Les dialogues institutionnels ne concernent, très faiblement, que le corps médical. Il faut inciter les établissements hospitaliers à encourager les relations direction-corps médical. Les nouveaux centres de responsabilité prévus par les ordonnances contribueront, sans doute, à l'enrichissement relationnel et au partage de l'information.

Les dialogues institutionnels, obligatoires ne doivent pas empêcher ou freiner les autres formes d'expression de caractère participatif. Toutes les initiatives sont bonnes quand il s'agit d'explorer et de créer un climat de démocratie interne à l'hôpital.

La culture d'entreprise est, aussi, celle de l'apprentissage du débat social. Les directeurs doivent en avoir la maîtrise et être formés à la négociation et à l'approche des relations sociales. Dans le même esprit, l'instauration d'un dialogue entre médecins et représentants du personnel sera encouragée. Toutes les actions centrées sur la recherche d'un meilleur climat social sont à encourager et doivent faire l'objet, périodiquement, d'un bilan et d'une évaluation.

Les moyens du changement concernent aussi la manière dont sont organisés les services en regard des besoins de la collectivité et des missions de l'hôpital.

6. Le cadre organisationnel de la concertation

A. La solidarisation des acteurs

Selon M. CROZIER²⁰⁰ «Les individus répondent aux dysfonctionnements de l'organisation par des comportements adaptés. On agit d'autant plus positivement que telle action présente plus d'avantages que d'inconvénients. »

L'organisation hospitalière dépend ainsi pour une large part de la capacité du management à solidariser les agents autour d'un projet auquel ils adhèrent. L'organisation de tous les services, et notamment des services de soins, procède de la même logique. L'angle d'approche est, ici, de susciter les voies de l'amélioration de l'organisation du travail. Le concept est plus large. Il fait référence à une organisation qui implique solidairement le personnel dans une démarche qualité.

B. Les groupes de concertation

La concertation n'est pas spontanée elle s'exprime à travers d'un cadre qui associe les salaires aux missions de l'hôpital et à la résolution de problèmes qui se posent dans l'organisation. Le corps social s'y impliquera d'autant plus qu'il sera sensibilisé par les bonnes relations de travail, l'enrichissement et le sentiment d'appartenance à son institution.

Les méthodologies sont diverses. Elles requièrent, en priorité, l'exigence du travail en équipe qui permet de réaliser collectivement, des projets innovants pour le service, de clarifier des situations, de mettre en œuvre des plans d'interventions, de travailler pour l'avenir de

²⁰⁰ M. CROZIER, L'acteur et le système, Editions Le Seuil, Paris, 1997

l'institution (projet d'établissement), d'effectuer des évaluations.

La communication trouve, dans la dynamique de ces échanges, une source d'enrichissement. Pour autant, ces réunions de groupe doivent être placées sous l'animation d'un cadre facilitateur qui doit veiller à préserver la qualité des échanges, à assurer un bon niveau de participation et à susciter des débats fiables et productifs.

Au niveau des supports, le recours aux conseils de service, évoqués précédemment, et au droit à l'expression individuelle et collective des salariés doit devenir la règle.

Il faut s'efforcer, aussi, de progresser dans la transformation des relations interservices. Tout l'hôpital est concerné par l'objective qualité. L'organisation performante est celle qui crée les conditions du respect des obligations réciproques et qui suscite la relation soignants-non-soignants sur des thèmes mobilisateurs. Grâce à des moyens de communication multiples conférences-débats, forums, formation, journées créativité, tout le personnel participe à la reconnaissance des valeurs des autres.

Les relations interservices doivent être élargies au développement du partenariat services de soins - services administratifs, techniques ou logistiques. Le but est de se connaître et de se reconnaître collègues investis d'une même mission et, partant, de travailler ensemble à la réalisation d'objectifs communs. Les avantages pour la collectivité sont le gain de temps, la meilleure gestion des stocks, l'amélioration de l'accueil, de la qualité des services rendus, de l'image de marque elle renforcement d'une culture commune.

La concertation s'exerce, enfin, dans un cadre plus formel en partenariat avec les organisations syndicales au niveau des différentes instances statutaires.

SECTION 4. LA MOTIVATION ET LA SATISFACTION POUR AMELIORER LES CONDITIONS DU TRAVAIL

Dans le contexte actuel, la motivation et la satisfaction au travail forment bien souvent un tout indissociable. Les employeurs et les chercheurs se sont toujours intéressés aux facteurs qui poussent les individus à donner ou non le rendement que l'on attend d'eux. Un examen rapide de ce qui se passe dans diverses organisations permet de constater qu'il existe de grandes variations dans le rendement des travailleurs. Comment expliquer que certains individus possédant de remarquables habiletés fournissent un rendement nettement inférieur à celui de travailleurs moins qualifiés ? Comment inciter un individu à fournir un rendement correspondant à son potentiel ou à ses ambitions ? L'examen des éléments entourant les phénomènes de motivation et de satisfaction au travail permettra, entre autres, de mieux répondre à ces questions.

1. Définitions et théories de la motivation

A. Définitions de la motivation au travail

Selon le dictionnaire de langue française (le Robert) la motivation est l'action des forces (conscientes ou inconscientes) qui déterminent le comportement.

Plusieurs psychologues des organisations ont définis la motivation comme par exemple :

-Porter et Lawler²⁰¹ « La manière dont le comportement est déclenché, est stimulé, est soutenu, est dirigé, est arrêté, et quel type de réaction subjective est présenté dans l'organisme pendant que tout ceci se produit ».

-CAMPBELL et PRITCHARD²⁰² « déterminants (a) du choix de produire des efforts sur un certain travail, (b) du choix de déployer une certaine quantité d'effort, et (c) du choix de persister à déployer des efforts au cours d'une période c'est-à-dire, la motivation a trait à un ensemble de rapports de variables indépendantes et dépendantes qui expliquent la direction, l'ampleur et la persistance du comportement individuel, en tenant constant les effets de l'aptitude, de la compétence, et de la compréhension du travail, et les contraintes opérants dans l'environnement ».

²⁰¹ P.ROUSSEL, Rémunération, motivation et satisfaction au travail, Ed. Economica, Paris, 1996, p73.

²⁰² P.ROUSSEL, Op.cit, p73

-LEVY-LEBOYER²⁰³ « un processus qui implique la volonté d'effectuer une tâche ou d'atteindre un but, donc un triple choix, faire un effort, soutenir cet effort jusqu'à ce que l'objectif soit atteint, y consacrer l'énergie nécessaire ».

Malgré ces précisions, la définition de la motivation reste difficile à cerner concrètement. Il suffit de se rapporter aux diverses recherches faites dans ce domaine pour voir la difficulté qu'a trouvée les chercheurs pour saisir toute l'envergure du concept de motivation. Toutefois, dans le domaine organisationnel, une personne motivée est celle qui fournit les efforts nécessaires à l'exécution d'une tâche et qu'elle adopte des attitudes et des comportements qui lui permettent d'atteindre à la fois les objectifs de l'organisation et ses objectifs personnels.

Comme définition générale qui nous a apparue la plus convaincante et la plus représentative est celle de VALLERANT et THILL, qui tient compte de l'état actuel des connaissances et des diverses théories relatives à la motivation au travail. Ainsi, selon ces auteurs, « les concepts de motivation représentent le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance d'un comportement »²⁰⁴

Pour le gestionnaire, motiver les employés n'est pas une tâche facile, car il doit adopter ses efforts aux particularités de chacun en fonction d'attitudes, de comportements, d'objectifs, d'antécédents et surtout de besoins différents.

Les psychologues distinguent quatre caractéristiques de la motivation :

- Le déclenchement du comportement (effort) : c'est le passage à l'exécution de tâches qui nécessite une dépense d'énergie générée par la motivation ;
- La direction : la motivation dirige le comportement dans le sens qu'il convient dans une perspective de satisfaction d'un besoin ;
- L'intensité : la motivation incite à dépenser l'énergie consacré à l'adoption du comportement ;
- La persistance : la motivation incite à dépenser l'énergie à la réalisation régulière des objectifs dont fait preuve un individu lorsqu'il adopte un comportement.

²⁰³ P.ROUSSEL, Op.cit, p73

²⁰⁴L. SIMON, L. DOLAN, Eric GOSSELIN et Jules CARRIERE, Psychologie au travail et comportement organisationnel, Edition Gaétan Morin, Québec, 2007, p78

B. Les théories de la motivation au travail

Pour motiver une personne dans une entreprise est parfois difficile. La motivation du personnel dans l'entreprise exige la mise en compte d'un ensemble de variables, dont certaines sont internes à l'organisation, alors que d'autres lui sont externes.

Campbell et autres ont proposé une classification des théories de motivation qui représente les cadres interprétatifs qui permettent de maintenir ou d'améliorer la motivation au travail. Cette proposition par Campbell et autres est basée sur la distinction entre contenu et processus de la motivation au travail.

a. les théories de contenu

Les théories de contenu portent sur les facteurs qui incitent à l'action. Elles présentent les divers besoins ressentis pour les individus ainsi que les conditions qui motivent ces derniers à satisfaire ces besoins. Ces théories nous permettent d'expliquer les déterminants internes de la motivation en insistant principalement sur le déclenchement et l'intensité de la motivation.²⁰⁵

b. Les théories des besoins de MASLOW :

MASLOW a inventé le terme de « hiérarchie des besoins dans les années 1940 pour définir les origines de la motivation humaine par rapport au travail, identifiant les besoins physiques et psychologiques. Il est toujours considéré par de nombreux professionnels des ressources humaines comme le théoricien le plus influent dans le domaine de la gestion des individus.

Selon Patrice ROUSSEL,²⁰⁶ pour MASLOW, la motivation de tout individu est suscitée par la volonté de satisfaire des besoins, dès lors que l'individu a cette volonté, il agit, il est motivé. MASLOW observe que l'individu hiérarchise ses besoins et qu'il cherche à les satisfaire selon un ordre de priorité. Il catégorise ses besoins en cinq classes dont l'ordre de priorité va de i à v :

i- Les besoins psychologiques : ce sont les besoins de manger, de boire, de respirer..., ce sont des besoins de survie liés à des pulsions instinctives.

ii- Les besoins de sécurité : ils expriment la volonté de vivre sans peur et de se protéger contre certains dangers.

iii- Les besoins d'amour : ce sont des besoins de rapport sociaux, de donner et de recevoir de l'affection, de se sentir accepté et appartenir à un groupe.

²⁰⁵ Simon .L. Dolan, Eric Gosselin et Jules Carrière, Op.cit, p82.

²⁰⁶ Patrice Roussel, Op.cit, p34.

iv-Les besoins d'estime : ils expriment l'envie d'être reconnu, apprécié, approuvé et d'avoir l'estime d'autrui .Ils traduisent aussi l'estime de soi et le goût du pouvoir.

v-Les besoins de réalisation de soi ou d'actualisation de soi : ils sont liés au désir de progresser, de se développer et de s'épanouir, de créer, d'innover.

Selon Claude LEVY-LEBOYER²⁰⁷ le modèle de MASLOW repose sur trois hypothèses :

i-Tout comportement est déterminé par la recherche de satisfactions concernant un des besoins fondamentaux.

ii-Tout les individus commencent par chercher à satisfaire les besoins les plus élémentaires et ne passent au besoin suivant, dans l'ordre hiérarchique, qu'une fois satisfait le besoin situé plus bas.

De ce fait, il existe une relation négative entre la force motivante d'un besoin et son degré de satisfaction et entre la satisfaction d'un besoin et la force motivante de celui qui se trouve plus haut dans la hiérarchie.

iii-Les besoins fondamentaux ,ceux de premier niveau , ont une priorité absolue sur tous les autres , ce qui explique qu'un nombre plus restreint de personne se trouve mobilisé par la satisfaction des besoins de niveau élevé , en particulier par la réalisation de soi ,De tous manières , ce besoin , le plus haut de la hiérarchie , n'est jamais complètement satisfait .

c. La théorie ERD d'ADERFER

Aderfer propose la théorie ERD comme une adaptation de la théorie des besoins aux situations de travail ²⁰⁸. Ses recherches auprès de 110 employés de banque lui ont permis de proposer que la motivation d'une personne consiste à agir en vue de satisfaire trois ensembles de besoins composés respectivement des besoins d'existence (E) , des besoins de rapport sociaux (R) et des besoins de développement personnel (D) , d'où la théorie ERD.

-Les théories d'existence

Il s'agit des besoins primaires qui expriment les désirs d'ordre psychologique et matériel .C'est à-dire les besoins fondamentaux ou psychologique et de sécurité de la pyramide de MASLOW .Il en est de même de s'assurer d'améliorer ses conditions de travail, son salaire ou ses avantages divers en milieu organisationnel.

²⁰⁷ Claude Levy- Leboyer, La motivation dans l'entreprise, modèles et stratégies, Edition d'organisation, Paris, 2001, p39.

²⁰⁸ Patrice Roussel, Op.cit, p35

-Les besoins de rapport sociaux

Ces besoins poussent l'individu à établir des relations interpersonnelles significatives .Ils peuvent se traduire par la volonté de s'intégrer dans un groupe de travail, de liens avec son entourage et à chercher la reconnaissance et l'estime d'autrui .Cette catégorie de besoins correspond aux besoins sociaux et d'estime proposés par MASLOW.

-Les besoins de développement personnel

Ces besoins sont comblés lorsqu'un individu parvient à assouvir ses aspirations, ses désirs de participation à des tâches et d'affronter des situations de défi .Ces besoins s'apparentent aux besoins sociaux et d'estime tels qu'ils ont été définis par Maslow.

Contrairement à la théorie de MASLOW, il n'existe pas de hiérarchie de présence entre ces différents besoins .La motivation dépendait de l'intensité d'un besoin.

Alderfer ne conceptualise pas les besoins dans une structure hiérarchique et suggère que tous les besoins peuvent être actifs à tout moment, certains comme les besoins de développement, peuvent même croître en intensité à mesure qu'ils sont satisfaits. Bien que les données recueillies dans le cadre des recherches sur les besoins humaines « cadrent » apparemment mieux avec cette théorie , aucune étude probante n'est venue la confirmer .

Rien ne permet de considérer que la théorie ERD est pour l'instant, une solution radicale à la hiérarchie familière et populaire de Maslow²⁰⁹ .

d. La théorie des deux facteurs de HERZBERG

Psychologue américain, et professeur de management à l'université de l'Utah depuis 1972 et jusqu'à quelques années avant sa mort en janvier 2000.Ses travaux portent l'essentiel sur la question de la motivation humaine au travail.

L'idée principal de HERZBERG est que les circonstances qui conduisent à la satisfaction et à la motivation au travail ne sont pas de même nature que celles qui conduisent à l'insatisfaction et au mécontentement .Il élabore aussi une théorie dite des deux facteurs ou bifactorielles, et part du constat que les réponses individus sont différentes selon qu'ont leur demande ce qui provoque leur motivation au travail ce qui déclenche leur insatisfaction.

Pour élaborer sa théorie , HERZBERG a utilisé la méthode des incidents critiques qui consiste ,lors d'entretiens avec des salariés ,à leur demander de relater des événements concrets dans le passé au cours des quels les salariés se sont sentis exceptionnellement satisfaits ou

²⁰⁹ W. Jack DUNCAN, Op.cit,p148

insatisfaits de leur travail .A travers l'analyse des réponses ; il observe que ce ne sont pas les même facteurs qui causent les souvenirs agréables et les souvenirs désagréables .Il est progressivement amené à distinguer deux grandes catégories de facteurs :

-Les facteurs de satisfactions

Ils sont appréhendés comme de réels facteurs de motivation de l'homme au travail. Ce sont des facteurs intrinsèques au travail qui sont exclusivement motivant pour HERZBERG : la réalisation de soi, la reconnaissance, l'intérêt au travail, son contenu, les responsabilités, les possibilités de promotion et de développement.

-Les facteurs d'insatisfaction au travail

Ils sont envisagés comme des facteurs d'hygiène ou de mécontentement .Ils correspondent à des facteurs extrinsèques au travail : la politique de personnel, la politique de l'entreprise et son système de gestion, le système de supervision, des relations interpersonnelles entre salariés, les conditions de travail et le salaire.

Suivant la théorie de HERZBERG, les deux sentiments satisfaction et insatisfaction ne sont pas opposés. Cela signifié que la motivation ne peut pas venir de l'élimination des facteurs d'insatisfaction. De même, si les facteurs de satisfaction dans le travail sont absents, les salariés ne feront pas preuve d'insatisfaction ou de mécontentement mais des recherches sur la motivation va se faire dans les organisations à travers le mouvement pour l'amélioration de la qualité de vie au travail²¹⁰ .

e. La théorie des besoins acquis de MCCLELLAND

Dans les études sur la croissance économique et la volonté de réussir, MCCLELLAND analyse avec habilité la relation entre le besoin de réussir évident dans les histoires pour enfants pendant une période et la consommation d'électricité plus tard (la consommation d'électricité servant de mesure de substitution au développement économique).

Le fil conducteur des recherches de MCCLELLAND était que la volonté de réussir est en partie responsable de la croissance économique .Plus spécifiquement ,ses travaux visaient à découvrir s'il existe un rapport entre le besoin de réussir et les niveaux de performance des individus ,des entreprises et des sociétés .Après avoir établi l'existence de ce rapport , MCCLELLAND développa un programme de formation destiné à stimuler cette volonté de

²¹⁰ Op.cit, p42- 43

réussite chez les cadres, les petits entrepreneurs et d'autres groupes. L'une des études faites par MCCLELLAND indiquait que les petites entreprises « forme » pour avoir un besoin plus fort de réussir participaient à la vie de la communauté, investissaient plus pour agrandir leur entreprise et employaient deux fois plus de personnes que les sujets d'un groupe témoin qui n'avaient pas reçu cette formation.

Selon Simon L. DOLAN et al.²¹¹ « MCCLELLAND s'est portée plus particulièrement sur trois besoins manifestement liés au milieu du travail, soit le besoin de réalisation, le besoin d'affiliation et le besoin de pouvoir :

-Le besoin de réalisation se définit comme la volonté d'un individu d'exceller dans les activités dans lesquels il s'engage. Ce besoin incite le travailleur à accomplir ses tâches avec efficacité et efficacité.

-Le besoin d'affiliation concerne le désir d'établir et de maintenir des relations conviviales avec autrui. Certains individus recherchent l'approbation sociale, d'autres aiment s'intégrer et se sentir appréciés dans un groupe.

-Le besoin de pouvoir se rapporte au désir d'un individu d'influencer son entourage. Malheureusement, ce terme est tellement associé à des abus de pouvoir qu'il est difficile, lors d'une entrevue de sélection, d'évaluer sans méfiance les candidats qui expriment ce besoin. Pourtant, ces derniers exercent une influence notable dans leur milieu parce qu'ils aiment maîtriser les situations et stimuler les gens. Ces personnes aiment travailler et sont attirés par la discipline que le travail impose.

En conclusion, MCCLELLAND fait preuve d'originalité en soutenant que les besoins tirent leur origine de la culture, des normes et des expressions personnelles et donc, qu'ils peuvent être façonnés par le contexte organisationnel.

f. Les théories de processus

Les théories de processus envisagent la motivation sous un autre angle. Dans ces théories, ce qui motive une personne dans une situation donnée peut ne pas être approprié pour une autre personne ou dans une autre situation. Sans rien de l'importance des besoins et des autres forces internes les théories de processus s'attendent davantage aux facteurs situationnels et à la relation qui existe entre les besoins et les divers aspects de l'environnement.

En ce sens, ces théories portent davantage sur l'orientation et la persistance d'un comportement motivé que sur l'émergence de la motivation.

²¹¹ Op.cit, p20

- La théorie des attentes de VROOM

Selon la théorie des attentes, ou la théorie valence –instrumentalité –expectation élaborée par Vroom le processus motivationnel est déterminé par trois facteurs qui se combinent de façon multiplicative : expectation, l'instrumentalité et la valence :

i-Expectation ou attente : il s'agit pour une personne de la croyance qu'elle a de l'existence d'une relation entre l'action et ses conséquences.

Selon LEVY-LEBOYER²¹², « c'est ce que chacun se croit capable de faire, ce qu'il attend comme résultat probable de ses efforts...cette opinion que chacun a de soi, détermine les efforts qu'il est prêt à faire».

ii-Instrumentalité : elle correspond à la probabilité perçue par l'individu que s'il atteint un certain niveau de performance il peut obtenir une récompense.

iii-Valence : il s'agit de l'orientation affective (positive ou négative) de l'individu par rapport à une récompense atteinte grâce à sa performance au travail et à ses efforts.

Donc, pour Vroom, la motivation au travail de l'individu serait déterminée par les attentes de pouvoir réaliser des objectifs de performance grâce aux efforts qu'il se sent capable de déployer.

Ces attentes l'inciteront à agir s'il perçoit une relation d'instrumentalité. Il doit percevoir qu'il a des chances de recevoir telle ou telle récompense en fonction de la performance qu'il pourrait réaliser. Ces relations d'attentes et d'instrumentalités produiraient de la motivation si l'individu ressent de la valence à l'écart des objectifs de la performance et des récompenses espérées.

Enfin, le modèle de VROOM est critiqué par d'autres chercheurs comme NADLER et LAWLER. Le modèle de NADLER et LAWLER propose un enchaînement causal entre le processus motivationnel, le niveau des efforts déployés dans le travail, le niveau des performances réalisées, les récompenses attribuées et la satisfaction au travail. Selon ce modèle, la motivation au travail d'un employé dépendra de ses croyances en :

- Ses capacités à déployer les efforts pour travailler au niveau des performances sont traitées.
- Son comportement, en l'occurrence ses efforts, conduira à certains résultats.
- La motivation dépend enfin de l'attrait des résultats possibles.

²¹² LEVY-LEBOYER, Op. cit, p78

- L'approche cognitive interactionnelle classique

Le modèle théorique d'ATKINSON conçoit la motivation comme le produit d'un processus ou six facteurs interagissent :

- * Le mobile à l'accomplissement : qui est la stimulation ou la force qui pousse l'individu à orienter son comportement vers des buts qu'il valorise .Il incite l'individu à chercher le succès et à éviter l'échec ;
- * Le mobile à éviter l'échec ;
- * L'évaluation subjective de la probabilité de réussir ou d'échouer dans le but recherché ;
- * L'évaluation subjective des affects positifs ou négatifs qui surviendront en cas de succès ou d'échec.

Ainsi, ce modèle suggère que la motivation au travail exige trois conditions :

- * Etre motivé pour réaliser les tâches avec succès (mobil d'accomplissement).
- * Percevoir une probabilité de réussir (expectation).
- * Valoriser le succès (valeur incitatrice du succès).

- L'approche des dynamiques de l'action.

Les travaux d'ATKINSON, associé à BIRCH puis à KULL (1970, 1978,1984) insistent sur les effets multiples et dynamiques des tendances motivationnelles par l'individu dans l'orientation et la durée de ses actions .Elles s'intéressent à la stabilité et au changement de l'orientation du comportement au travail dans le temps. Le principe de la théorie des dynamiques de l'action repose sur l'opposition de deux forces motivationnelles qui détermineraient le comportement : les forces consommatrices et les forces incitatrices.

Les forces incitatrices orientent le comportement vers une activité à un moment donné. Alors que les forces consommatrices entrent ultérieurement en action afin de diminuer la motivation pour cette activité : l'opposition des forces consommatrices et incitatrices conduit l'individu a reporté vers une action ou une tâche particulière son énergie maximale au déterminaient d'une autre : les forces incitatrices d'une action ou d'une tâche qui le motive sont fluctuantes dans le temps .Lorsqu'une activité exerce une attirance supérieure à celle des autres ;elle oriente vers elle la force motivationnelle de l'individu .

L'opposition des forces incitatrices et consommatrices pour une tâche relativement à une autre permet d'entretenir la motivation globale vis-à-vis de l'emploi : Lorsque les forces consommatrices l'emportent sur les forces incitatrices pour la plupart des activités de l'emploi occupé, on peut supposer que l'individu est démotivé.

g. La théorie de l'équité :

La théorie de l'équité d'ADAMS explique la motivation au travail pour la disposition de l'individu à comparer sa situation personnelle à celle d'autres personnes. Ainsi, l'individu observe son environnement professionnel pour savoir s'il est traité avec équité dans son organisation. Si l'individu, à l'issue de cette comparaison est insatisfait de sa situation l'inquiété qu'il perçoit crée chez lui une tension qu'il va chercher à réduire.

Selon cette théorie, l'individu tend à évaluer ses contributions (input) en faveur de son organisation de travail (performance, niveau de formation, de compétence, efforts...).

Il évalue aussi les avantages qu'il retire de son emploi (salaire, condition de travail, statut, méconnaissances,...) puis, il compare les deux éléments : « les avantages retiré de l'emploi (Ap) » sur « contributions en faveur de l'entreprise (Cp) ».

Chaque individu élabore un ratio correspondant à cette comparaison A_p/C_p . L'individu poursuit le processus de comparaison en évoluant le ratio qu'il perçoit chez d'autres personnes : A_a/C_a . L'individu élabore ces ratios selon son système de perception, ils sont donc subjectifs.

Lorsque l'individu perçoit une égalité entre ces ratios, il éprouve un sentiment d'équité.

Cependant, lorsqu'il perçoit des différences entre ces ratios éprouve un sentiment d'iniquité. Sa motivation naîtra de la volonté de réduire ce sentiment et le conduire soit à adopter un nouveau comportement, soit à changé les perceptions de la situation.

L'individu tend à se comparer à des personnes à l'intérieur de son organisation, et à des personnes dans d'autres organisations. Il sera confronté donc à un problème d'iniquité interne et externe.

GRUBERY propose de distinguer deux dimensions de l'équité dans l'organisation, la justice distributive et la justice procédurale.

Le sentiment d'équité crée une perception favorable de la justice distributive. C'est-à-dire le sentiment de justice à l'égard de l'attribution de récompenses par l'organisation.

La justice procédurale concerne les processus mis en place pour prendre les décisions d'attributions de récompenses (systèmes d'évaluation des performances, le processus d'avancement, le processus de participation aux décisions, etc.). Selon la place réservée à l'individu dans ces processus, il se sentira équitablement ou inéquitablement traité.

i. La théorie de la fixation des objectifs

Cette théorie cherche à répondre à la question « comment motiver les gens ? », et propose des situations en fixant des objectifs .Locke conclut que la fixation des objectifs dans une organisation améliore la performance des employés quand :

- Ils considèrent avoir les capacités nécessaires pour atteindre des objectifs ;
- Un feed-back est mis en place .Les supérieures informent les employés des progrès accomplis par rapport aux objectifs. Cela permet de mesurer et d'ajuster le niveau d'effort à développer pour parvenir à son but ;
- Des récompenses sont données lorsqu'un objectif est atteint ;
- L'encadrement de l'organisation soutient les objectifs de ses subordonnés et collabore aux programmes de fixation des objectifs.
- Les employés acceptent les objectifs qui leurs sont fixes sur la base de l'information qui leur est communiqué.

Dans ces conditions, la motivation peut déclencher le comportement et le diriger vers la réalisation des objectifs .Ce processus dépend des qualités des objectifs fixés.

En résumé, les théories de processus complètent les théories de contenu en s'attardent aux cognitions de l'individu et aux conditions situationnelles qui l'incitent à agir et en délaissant les modèles généraux qui tendent à considérer les besoins et les facteurs internes comme semblables chez les individus.

Ainsi, tandis que les théories de contenu mettent en évidence des facteurs généraux de motivation, les théories de processus envisagent la motivation sur une base plus individuelle.

2. Définition, modèles et déterminants de la satisfaction au travail

Selon Patrick ROUSSEL²¹³ « La satisfaction est défini couramment comme un sentiment de bien être .C'est le « plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire, ou simplement d'une chose souhaitable ».Dans le champ organisationnel, ce concept ne soulève pas de problème d'interprétation et les études de Locke sur ce thème servent de référence.

La satisfaction au travail est définie par LOCKE²¹⁴ comme « un état émotionnel positif ou plaisant résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences

²¹³ Patrick ROUSSEL , Op.cit, p 75

²¹⁴ Patrick ROUSEL , Op.cit, p 76

de travail ». Il s'agit donc d'une reponse affective, émotionnelle de la personne face à son emploi.

A. Les modèles explicatifs de la satisfaction au travail

La plupart des chercheurs sur le sujet de la satisfaction reconnaissent deux tendances théoriques précises : celles qui reposent sur la comparaison interpersonnelle et celles qui s'intéressent davantage à la comparaison intrapersonnelle.

Selon les théories axées sur la comparaison interpersonnelle la satisfaction au travail résulte de la coïncidence entre des standards individuels et des facteurs environnementaux.

Les processus comparatifs s'accomplissent de façon autonome, c'est-à-dire sans que soient prises en considération les réalités externes à l'individu. Seule l'adéquation entre ce qui est requis et ce qui est vécu ou accessible est considérée : une bonne adéquation donne lieu à une grande satisfaction et une mauvaise adéquation commande une faible satisfaction. Cette conception de la satisfaction au travail renvoie à ce qui est couramment appelé « la théorie de l'assouvissement », selon laquelle, l'intensité de la satisfaction ou de l'insatisfaction dépend de l'atteinte du standard. Les modèles conceptuels de la satisfaction dépendent de l'atteinte du standard. Les modèles conceptuels de la satisfaction au travail reposant sur la théorie de l'assouvissement des besoins posent comme postulat que le standard d'évaluation est fondé sur les besoins. Ces derniers découlent directement de la nature psycho-organique de l'être humain. Chaque individu est par conséquent à la merci de besoins qui demandent contentement qu'il soit conscient (par exemple, le besoin de nourriture) ou inconscient (par exemple, le besoin de stimulation). Ainsi, c'est l'assouvissement des besoins qui crée l'état de satisfaction. Plus précisément, l'assouvissement des besoins dépend des qualités propres à l'environnement de travail, qui conditionnent le degré de satisfaction individuelle.

Selon une variante de la théorie de l'assouvissement, certains facteurs perceptuels interviennent dans la détermination des standards. Les standards ne sont alors plus stables et objectifs. La théorie de la distanciation soutient ainsi que la satisfaction est fonction de l'évaluation de l'environnement, laquelle dépend de ce que la personne se croit en droit de recevoir ou aimerait recevoir. La théorie de la distanciation illustre le processus de comparaison interpersonnelle. Dans cette perspective, le standard d'évaluation de base ne se rattache plus aux besoins. Ce sont les valeurs particulières à chaque individu qui constituent le pôle d'évaluation de la qualité de l'environnement de travail, puisqu'elles déterminent ce que la personne désire ou cherche à atteindre. Le concept de valeur diffère du concept de

besoin par sa nature , qui est privée , ainsi que par sa possible souplesse événementielle .Alors que le notion de besoin renvoie à une certaine uniformité interindividuelle et temporelle , les valeurs sont par définition ,fort variables d'un individu à l'autres .Néanmoins ,soulignons que les valeurs et les besoins ne sont pas indépendants les unes des autres et qu'on doit les considérer comme deux notions parentes.

Les théories du processus de comparaison interpersonnelle voient, pour leur part, l'évaluation de la satisfaction au travail s'effectuer à l'intérieur de paramètres définis par un système social .Ces théories postulent que l'évaluation de la satisfaction ne dépend pas uniquement d'une appréciation interpersonnelle autonome, mais aussi du niveau de satisfaction observé chez des individus composant notre entourage.

Il s'agit en fait de reconnaître , dans l'évaluation de l'état de satisfaction , l'influence du groupe .La satisfaction communément par les individus constituant ce qu'on appelle communément « le groupe de référence » influence en effet l'évaluation qu'un individu fera de son propre niveau de satisfaction .La théorie du groupe de référence pose donc comme postulat que la satisfaction au travail d'un individu est le reflet de la satisfaction qu'éprouve le groupe auquel il s'identifié .Le groupe de référence est habituellement composé de personne qui ont des caractéristiques semblables (sexe, âge, état civil) et il a comme fonction de confirmer le bien fondé des sentiments ou des états vécus individuellement. Ce groupe agit ainsi comme ancre de soutien évaluatif.

Dans ce modèle les caractères de comparaison issus du groupe sont intériorisés. L'exemple le plus connu de ces critères de comparaison interpersonnelle est le concept d'équité, chaque individu dans l'appréciation de sa satisfaction au travail définit un standard à la lumière duquel il porte un jugement sur l'équité de la rétribution qu'il reçoit en échange de son travail. Façonnées par ce qu'on désigne comme le contrat psychologique, les attends de l'employé sont pondérées par les situations particulières que vivent ses collègues de travail ou les opinions qu'ils expriment. Ainsi effectuant une appréciation intersubjective selon un ratio efforts récompenses chaque travailleur se compare aux autres et éprouve un sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction .La satisfaction dépend plus du résultat de l'examen de l'équité organisationnelle que de la conformité avec certains critères particuliers.

Autre l'équité, d'autres normes interpersonnelles peuvent aussi servir de critères comparatifs en contextes de travail.

B. Les déterminants et les conséquences de la satisfaction au travail

-Les déterminants de la satisfaction au travail

Une multitude de variables ont été isolées et désignées comme étant des déterminants de la satisfaction au travail. De façon générale, on peut diviser ces variables indépendantes en deux catégories : celles qui se rapportent directement à des caractéristiques personnelles des travailleurs et celles qui appartiennent en propre à l'environnement organisationnel. La première catégorie est principalement constituée d'éléments biographiques (âge, sexe, état civil, etc.), d'éléments psychologiques (traits de personnalité, professionnalisme, valeurs, etc.) et d'éléments relatifs à des qualités personnelles (niveau de productivité, salaire, rang hiérarchique, etc.). Cette catégorie de variables, qu'on qualifie d'individuelles est de loin celle qui a suscité le plus l'intérêt des chercheurs.

La seconde catégorie de variables, nommément variables organisationnelles, regroupe des caractéristiques propres à l'environnement de travail ou sur lesquelles l'organisation exerce, souvent par le biais de sa gestion une influence (par exemple, culture organisationnelle, style de gestion, syndicalisation). Ces indicateurs ont surtout une portée macroscopique, en ce sens qu'ils influent sur la satisfaction au travail de l'ensemble des personnes travaillant dans une organisation ou remplissant des fonctions similaires. Ces variables interviennent donc de façon beaucoup plus généralisée dans le niveau de satisfaction au travail. Elles sont en quelque sorte des dénominateurs communs sur lesquels s'effectuent les variations particulières issues des variables individuelles.

-Les conséquences de la satisfaction au travail

Du côté des conséquences de la satisfaction au travail, plusieurs éléments retiennent l'attention. En effet, au-delà du rendement brut, plusieurs autres conséquences que l'on peut considérer comme des indices du rendement en direct ont été étudiées. Que l'on parle d'absentéisme, de roulement du personnel, d'accidents du travail ou d'autres comportements contre-productifs.

3. Pourquoi et comment améliorer les conditions de travail à l'hôpital?

A. Qu'appelle-t-on conditions de travail?

Pendant bien longtemps, les conditions de travail ont été circonscrites -aux domaines de l'hygiène et de la sécurité, or les conditions de travail possèdent aujourd'hui de multiples approches auxquelles correspondent autant de définitions. Pour schématiser ces approches on

peut les classer en deux grandes catégories: l'approche politique ou sociale des conditions de travail qui extensivement assimile toute caractéristique du travail aux conditions de travail et les approches analytiques en épidémiologie, psychologie, physiologie et ergonomie du travail qui mesurent leurs effets sur la santé des salariés.

Ainsi, selon que l'on parle de « conditions de vie au travail », d'« approche collective ou individuelle des conditions de travail » on aboutit successivement aux définitions suivantes:

- « l'ensemble des rapports entre les salariés et leur travail »;
- « la situation au travail »;
- « la gestion prévisionnelle de l'ensemble des risques »;
- « le perfectionnement de l'organisation »;
- « l'amélioration individuelle du bien-être et du développement de la personne ».

Si l'on veut tenter de schématiser ces acceptions, on peut les décliner en partant des approches, les plus minimalistes qui ont avant tout un objectif de protection des hommes jusqu'à celles, plus globales qui s'intègrent naturellement dans la gestion des ressources humaines.

Symboliquement les conditions de travail sont encore beaucoup plus marquées aujourd'hui par une volonté d'agir à l'encontre d'un travail synonyme de risque que par l'image d'un levier en termes de gestion des ressources humaines, comme si l'amélioration des conditions de travail ne pouvait être vraiment mise en place que par la contrainte (des textes ou à la suite d'accidents) plutôt que par une politique d'établissement élaborée dans la concertation. Pour de nombreux observateurs, il n'y a, au contraire, pas de contradiction entre l'amélioration de la performance de l'entreprise et la promotion de bonnes conditions de travail.

Ainsi, l'histoire de la protection sociale montre que les grandes évolutions en cette matière sont la conséquence d'épidémies, d'accidents, et ce n'est bien souvent que poussé par l'urgence ou les circonstances que le législateur est intervenu dans ce domaine.

B. Comment mettre en place et pérenniser une dynamique d'amélioration des conditions de travail à l'hôpital?

L'élaboration et la mise en œuvre des politiques d'amélioration des conditions de travail concernent bien entendu l'ensemble des agents de l'organisation et tout particulièrement l'encadrement; institutionnellement certains acteurs ou instances ont une responsabilité spécifique dans le domaine des conditions de travail.

A l'extérieur des établissements, il existe des instances ou services spécifiques qui peuvent très utilement être sollicités pour des expertises, des appuis méthodologiques et des aides financières.

C. Comment développer l'impact des actions d'amélioration des conditions de travail?

L'avenir des politiques d'amélioration des conditions de travail semble passer par un décloisonnement tant au niveau de ses outils de référence traditionnels qu'au niveau des destinataires de son action. Cela passe essentiellement par un élargissement du champ d'action de l'amélioration des conditions de travail.

a. Décloisonner les politiques d'amélioration des conditions de travail

-Passer d'une conception trop strictement normative à la mise en place de démarche qualité

L'amélioration des conditions de travail a été bâtie autour d'un socle normatif, en grande partie centré autour de l'hygiène et de la sécurité. Si l'amélioration des conditions de travail a évolué au fil des années en faisant appel à différents domaines spécifiques comme l'ergonomie, ce recours a bien souvent été insuffisant en termes de résultat, en confiant des missions spécialisées et souvent difficiles à des intervenants extérieurs. Mais depuis la moitié des années quatre-vingt-dix, un certain nombre de grands concepts ont fait leur entrée à l'hôpital, nourris par des expériences étrangères ou par les nécessités de l'environnement.

C'est en effet tout d'abord la procédure d'accréditation qui impose à l'ensemble des secteurs de l'hôpital une nouvelle façon d'appréhender l'organisation du travail en systématisant notamment le recours à la démarche qualité. Simultanément la gestion des risques, a fait son apparition au sein des établissements de santé et a connu depuis un essor normatif considérable par la rédaction d'une réglementation propre aux vigilances.

-Décloisonner l'action de l'amélioration des conditions de travail pour améliorer son efficacité

La prise de conscience récente de la nécessité d'agir de façon globale en matière d'amélioration des conditions de travail découle de l'application de la démarche qualité dans de nombreux secteurs; celle-ci a permis de constater très simplement que ce qui était positif

pour le patient en termes de prise en charge l'était également pour les professionnels qui intervenaient auprès de lui. *A contrario* les actions d'amélioration des conditions de travail qui ne prenaient pas en compte la situation du patient, pouvaient apparaître limitées en termes d'efficacité, car uniquement tournée vers une pratique professionnelle et non vers la globalité de la prise en charge. Des exemples concrets permettent d'illustrer cet état de fait:

-les préparations chimiothérapiques : elles étaient souvent effectuées auparavant au lit du malade et présentaient deux inconvénients majeurs: un risque d'erreur avec des conséquences infectieuses), et d'inhalation par les infirmières d'un aérosol les particules étaient en suspension dans l'air. La centralisation des chimiothérapies dans les établissements a permis d'annuler ces deux inconvénients;

-l'utilisation de gants: dans ce cas la problématique d'amélioration était très souvent posée d'une façon cloisonnée, les chirurgiens s'étant d'abord préoccupés de la prévention du risque allergique chez les patients, le médecin du travail des conséquences de l'utilisation de certains types de gants chez les professionnels. Des groupes de travail ont permis de réfléchir simultanément à ces deux types de préoccupations;

-les radiations ionisantes: aux réglementations, qui n'envisageaient que la question du point de vue des professionnels, ont été substitués des textes envisageant, par des campagnes de dosimétrie individuelle, des conséquences tant aux niveaux des agents que des patients. C'est donc par la connexion entre la situation patients et des agents que l'on peut être plus efficace pour le patient tout en protégeant au mieux le professionnel qui effectue ces actes.

b. Intégrer les nouvelles exigences de l'environnement du travail

Le recours aux tribunaux se banalise en matière sociale dans tous les secteurs d'activité; les rapports de force classiques (grèves, mobilisation des salariés) font place aux actions en justice qui constituent des moyens de pression largement présents aujourd'hui dans une société qui se juridiciarise progressivement, notamment en faisant appel ou référence de plus en plus fréquemment au droit pour réguler son fonctionnement.

-L'obligation de résultat en matière de protection de la santé des salariés d'une entreprise ;

-La meilleure prise en compte de l'environnement ;

-L'obligation d'évaluation des risques professionnels.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

L'hôpital du 21^{ème} siècle doit évoluer dans ses modes de gestion pour continuer à exister et à répondre aux besoins de santé dans un contexte politique et économique basé sur l'évaluation et sur l'émergence de la concurrence.

Au sein d'un hôpital public qui progresse, évolue, mais est en proie à de multiples questionnements, les équipes dirigeantes en charge des plans d'établissement recherchent de nouvelles modalités d'organisation qui visent à concilier la réponse aux besoins des usagers et la nécessaire implication des professionnels.

L'organisation de l'hôpital doit permettre d'harmoniser la prise en charge des patients et d'assurer la continuité et la coordination.

Cette organisation se fixe comme objectif de responsabiliser les professionnels, de les impliquer dans l'acte de gestion et de déplacer le processus décisionnel du sommet vers la base selon le principe de subsidiarité.

Ce changement organisationnel comporte, pour les équipes de direction comme pour les acteurs de terrain, une prise de risques et l'acceptation d'une remise en cause des structures hiérarchiques traditionnelles de l'hôpital.

Les rôles se trouvent modifiés, les pouvoirs sont déplacés, la complexité s'accroît et les stratégies managériales doivent évoluer : il faut donc à présent « *changer le management pour manager le changement* ».

DEUXIEME PARTIE
POUR UN MANAGEMENT PERFORMANT
DES RESSOURCES HUMAINES DANS LE
C.H.U D'ORAN

CAHPITRE 1

APPRECIATION DE LA GESTION DES

RESSOURCES HUMAINES DU CHU D'ORAN

INTRODUCTION DU CHAPITRE 1

L'étude de la littérature sur les différents concepts interpellés par la présente recherche complétée par la lecture de différentes expériences choisies pour le repérage nous a permis de construire notre référentiel de travail.

Ce référentiel nous a permis de façonner les thèmes de recherches et d'orienter les investigations vers l'essentiel. Il nous a permis aussi de faire une confrontation avec la réalité de la gestion des ressources humaines au sein du CHU d'Oran et de vérifier à l'occasion nos hypothèses de recherche découlant de la problématique énoncée dans l'introduction.

A travers l'analyse des résultats de l'enquête terrain, nous allons essayer de vérifier nos hypothèses de départ et de valider la problématique de la gestion des ressources humaines au sein du CHU d'Oran.

Ensuite, à partir de l'analyse de l'environnement de la GRH en termes d'opportunités et de menaces et l'analyse interne de la GRH actuelle dans le CHU d'Oran, nous essayerons de proposer des axes de développement stratégique en fonction desquels des recommandations opérationnelles seront proposées dans le deuxième chapitre.

Le présent chapitre a été ainsi structuré en quatre sections qui se déclinent comme suit :

- La première section présente le déroulement de l'enquête terrain. Dans cette section nous définissons le domaine d'investigation et nous présentons la démarche adoptée pour la collecte et l'analyse des données ainsi que les outils à cette fin.
- La deuxième section aborde l'approche prospective quantitative qui nous a permis de dresser un bilan composé de la déclinaison des chiffres représentant l'évolution des différentes composantes du système de gestion des ressources humaines durant les cinq dernières années.
- La troisième section aborde l'approche prospective qualitative qui nous a permis d'apprécier les composantes dynamiques qualitatives d'une gestion des ressources humaines ou l'homme est mis au centre de la réflexion à travers sa motivation, son implication, sa formation...etc.

Cette section sera consacrée également au diagnostic de la fonction ressources humaines à travers l'organisation adoptée, les ressources disponibles et les politiques mises en œuvre.

- La quatrième section sera consacrée à l'analyse des résultats.

SECTION 1. METHODOLOGIE DE DEROULEMENT DE L'ENQUETE DE TERRAIN

Cette section propose de présenter le déroulement de l'enquête terrain dont les résultats seront présentés dans les sections deux et trois. La réalisation de cette enquête a eu lieu au titre d'un processus décomposé en trois groupes d'actions :

1- Actions préliminaires :

- Visites du CHU d'Oran et contacts avec responsables ;
- Etude de différents documents disponibles en relation avec le thème de la recherche.

2- Actions préparatoires :

- Détermination des populations cibles de l'enquête ;
- Développement des outils d'investigations ;
- Validation des outils d'investigation.

3- Actions de mise en œuvre :

- Investigation terrain ;
- Elaboration du bilan social ;
- Réalisation des entretiens ;
- Administration du questionnaire.

La présente section a été structurée en trois points qui présentera chacune l'une des principales actions concernant la préparation et la réalisation de l'enquête. Ainsi, on commencera par définir le domaine d'investigation en précisant les différentes catégories de la population ciblée par notre enquête, ensuite nous présenterons les outils d'investigations adoptés pour chaque catégorie et enfin nous présenterons les principaux thèmes autour duquel sera structurée notre enquête.

1. Domaine et outils d'investigation

A. Domaine d'investigation

Pour délimiter notre domaine d'investigation effectif, nous avons commencé par dresser une stratégie relative au domaine du GRH dans le CHU d'Oran. Cette stratégie consiste d'élargir le domaine d'investigation autant que possible.

Nous avons, ainsi segmenté notre domaine d'investigation effectif comme suit :

- La gouvernance a été approché en la personne du top management représenté par la Direction général du CHU d'Oran ;
- Pour l'ensemble du personnel du CHU aussi bien le personnel médical que l'ensemble personnel administratif ;
- Les délégués du personnel ;
- La tutelle(le ministère de la santé et de la réforme hospitalière) ;
- La structure gestion des ressources humaines, notre investigation a concerné la direction chargée de la gestion des ressources humaines et tout le personnel qui s'en charge.

B. Les outils d'investigations

Le choix des outils d'investigation est dicté à la fois par la nature de la population cible, nous avons eu recours à trois outils d'investigation complémentaires que sont :

- Le bilan social au service d'une vision du système social ;
- Le guide d'entretien au service d'une analyse qualitative du système de management des ressources humaines ;
- Le questionnaire qui vise en complément au guide d'entretien pour toucher plus de personnes et vérifier les constats du guide d'entretien.

a. Le bilan social

Le bilan social s'affirme de plus en plus comme un véritable tableau de bord permettant de visualiser les clés de la cartographie humaine de l'organisation. Il récapitule les principales données chiffrées permettant d'apprécier la situation de l'organisation dans le domaine social. Il doit éclairer la structure des ressources humaines sur deux plans :

- Le plan statique où on s'intéresse à des données telles que l'effectif, leur répartition par sexe, par âge et par ancienneté. Le plan ou on s'intéresse à la formation, le plan des ressources humaines,...etc.

Les grands axes que nous avons retenus dans l'élaboration du bilan social du CHU d'Oran sont :

- L'appréciation chiffrée de la structure du personnel qui comprend l'effectif global, son évolution sur les cinq dernières années et sa répartition par âge, par sexe, par ancienneté, par statut et par corps ;
- Le flux du personnel sur les cinq dernières années qui s'articule autour du nombre des recrutements et l'évolution des départs.
- L'assiduité du personnel sur la base de l'absentéisme sur les cinq dernières années en fonction de la cause : maladie, accident de travail, maternité, absences justifiées et absences non justifiées... ;
- Le plan de formation continue et son budget ;
- Le climat social sur la base du nombre de grèves organisées pendant les cinq dernières années et du pourcentage de participation.

a. Le guide d'entretien

En tant que procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations en relation avec le but fixé, le guide d'entretien nous a servi à orienter les interviews directs sur le terrain avec la population cible.

Le guide d'entretien que nous avons conçu a été le résultat d'un ensemble de questions que nous nous sommes posées dès le début de ce travail couplées avec les hypothèses émanant de la problématique supposée. Ces questions ont été enrichies d'une part par l'exploration documentaire et d'autre part par des constats, des observations et d'autre hypothèses que nous avons pu dégager à l'issue de notre étude préliminaire et des premiers contacts avec le CHU (ses responsables, ses agents,...).

Le guide d'entretien a été également affiné et orienté par les résultats que nous avons pu dégager de l'analyse du bilan social. Il s'articule autour d'un ensemble de thèmes qui eux-mêmes se basent sur un ensemble de concepts clefs de la gestion des ressources humaines et de centres d'intérêts. Ces thèmes et centres d'intérêts sont détaillés dans les points suivant.

c. Le questionnaire

Il vient en complément du guide d'entretien, le questionnaire permet une couverture beaucoup plus large ; nous avons voulu recueillir un nombre important d'opinions et de sentiments vis-à-vis de la gestion des ressources humaines au sein du CHU et à l'occasion vérifier les

conclusions tirées à travers les entretiens. C'est ainsi que, pour chaque thème d'investigation, nous avons élaborés des questions directes et faciles.

2. Les thèmes d'investigations

Afin de dresser un portail de chaque composante de la gestion des ressources humaines du CHU, l'élaboration à la fois du guide d'entretien et du questionnaire a été organisée par thème comme suit :

Thème 1 : Organisation, mission et stratégie du CHU d'Oran

L'objectif de ce thème est de mesurer le degré d'appréciation des employés du CHU d'un certain nombre de faits tels que :

- Le degré de compréhension de l'organisation et ses missions ;
- La connaissance des membres de l'organisation ;
- Apprécier la stratégie et des objectifs généraux du CHU.

Thème 2 : Style de management dans le CHU

Ce thème a pour objectif d'apprécier le style de management qui prévaut dans le CHU d'Oran et d'apprécier son impact sur la motivation des hommes à travers l'appréciation.

- Le mode de prise de la décision;
- Du degré de participation et du travail en groupe;
- Du degré de recours au management par objectif ;
- Du degré de délégation.

Thème 3 : Système de communication et dialogue social

Le but de ce thème est de dresser un portail du système d'information et de communication au niveau du CHU à travers :

- La qualification du processus de communication ;
- Le mode de dialogue sociale.

Thème 4 : Politique de motivation et conditions de travail

L'objectif de ce thème est de savoir dans un premier temps le degré de motivation des agents de CHU et dans un second temps les conditions de travail dans laquelle travaillent ses employés.

Thème 5 : Politique de gestion des ressources humaines

Ce thème regroupe quatre sous thèmes :

- La politique de recrutement ;
- La politique de gestion prévisionnelle des emplois ;
- La politique d'évaluation des compétences ;
- La politique de formation.

Thème 6 : La fonction ressources humaines

Ce thème a pour objectif de mettre la lumière sur la fonction ressources humaines au sein du chu d'Oran. Il s'agit :

- Appréciation des moyens mis à la disposition de la fonction ressources humaines ;
- Apprécier la place de la fonction ressources humaines dans le système de gestion ;
- Appréciation des politiques mises en œuvre par la GRH ;
- Apprécier l'efficacité du service rendu par la fonction ressources humaines ;
- Apprécier la culture de service de la fonction des ressources humaines.

SECTION 2 : APPROCHE PROSPECTIVE QUANTITATIVE

La présente section est consacrée à la présentation et l'analyse des principales données concernant la structure actuelle des ressources humaines aussi bien sur le plan statique où on s'intéresse aux effectifs et à leur répartition par sexe, par âge,... que sur le plan dynamique où on s'intéresse à des données telles que la formation, l'assiduité....etc.

1. Déroulement de l'enquête

Il est difficile d'anticiper l'avenir si on ne connaît pas le présent. Une étude démographique des effectifs est indispensable pour dépeindre d'une situation fidèle de la situation présente et envisager les évolutions possibles des années à venir. Elle doit permettre la mise en évidence d'éventuelle disparité entre corps, entre statut.

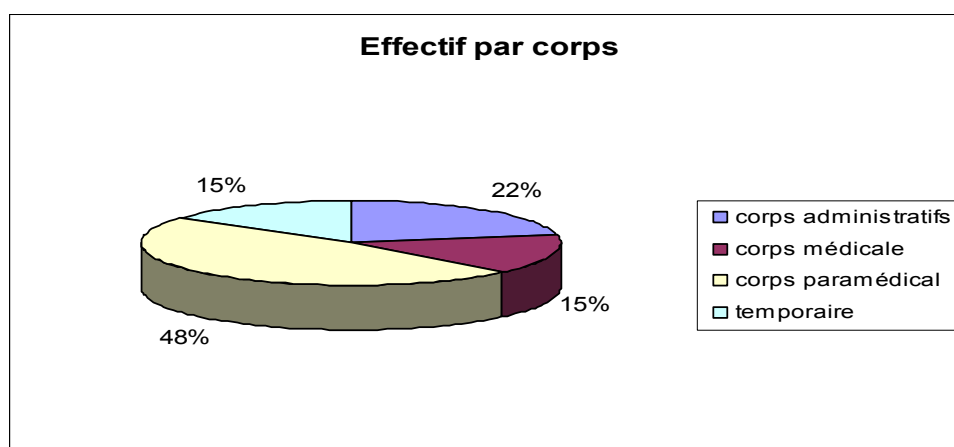
En ce qui concerne la répartition des effectifs par sexe, de l'évolution des effectifs sur les 5 dernières années, de l'évolution des recrutements, évolution des départs, les répartitions des âges ou même de l'ancienneté. Ces informations peuvent être complétées par d'autres indicateurs pour affiner la description des effectifs, le taux d'absentéisme, le plan de formation continue de 2010 et son budget.

2. Présentation et analyse des résultats

A. Répartition des effectifs

a. Effectif par corps (cf. graphe n°1)

Le CHU d'Oran compte à présent 4114 agents répartis en 917 soit 22% pour le corps administratifs, 612 soit 15% pour le corps médicale et 1451 soit 48% pour le corps paramédicale et 634 agents temporaire.

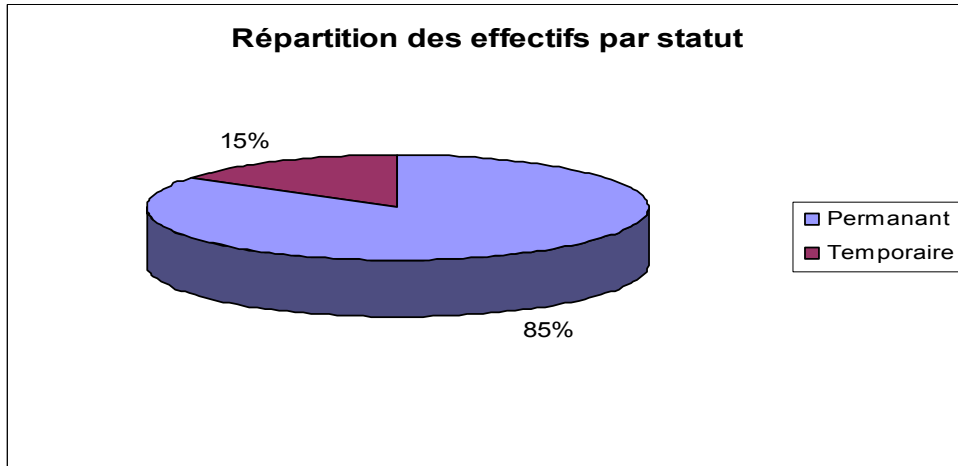


Graphe n°01

b. Répartition des effectifs par statut (cf. graphe n°2)

Le CHU d'Oran compte à présent 3480 agents permanents et 634 agents temporaires.

Nous remarquons que les titulaires représentent 85% de l'effectif global alors que les temporaires représentent 15%



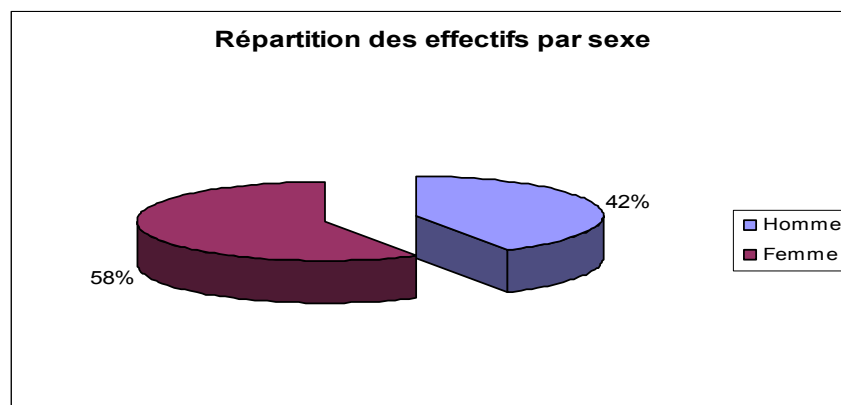
Graphe n°02

Ceci constitue une disparité importante dans la configuration des ressources humaines du CHU qui amène à soulever des questions de motivation, l'engagement et par suite la performance de 16% des ressources humaines de l'organisation.

c. Répartition des effectifs par sexe (cf. graphe n°3)

Le taux de féminisation du personnel des services du CHU est de l'ordre de 58% de l'effectif global. Le corps des personnels paramédicaux est le plus féminisé avec un taux de 58%, le personnel médical, le taux est de 54% quand au personnel administratif est de 33%.

Nous remarquons l'importance considérable qui tend à prendre la femme en général dans les emplois spécifiques du CHU. Cette spécificité quoique positive, n'est pas sans conséquence sur le fonctionnement du CHU en matière d'absentéisme.

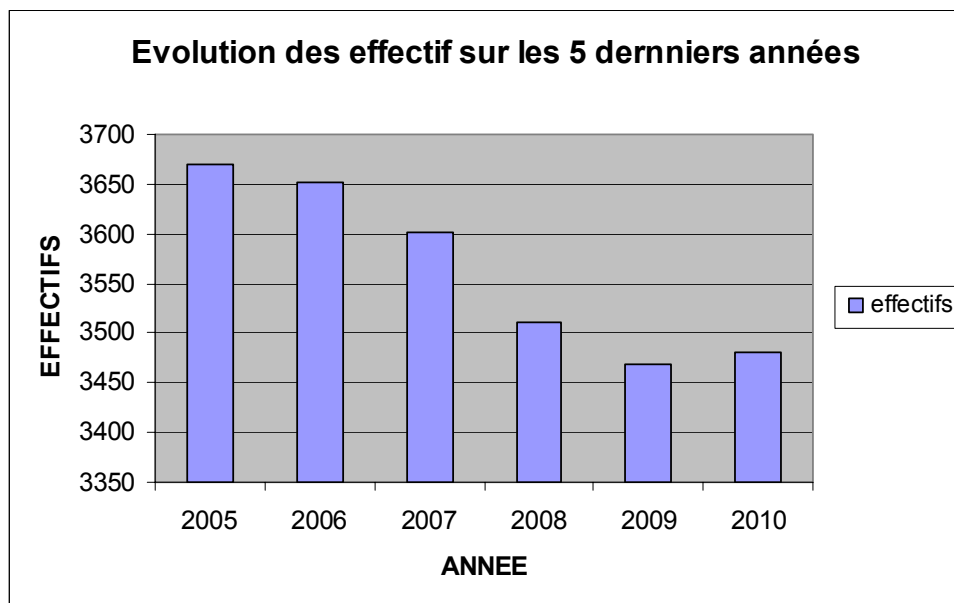


Graphe n°03

B. Evolution des effectifs (cf. graphes n°4,5 et 6)

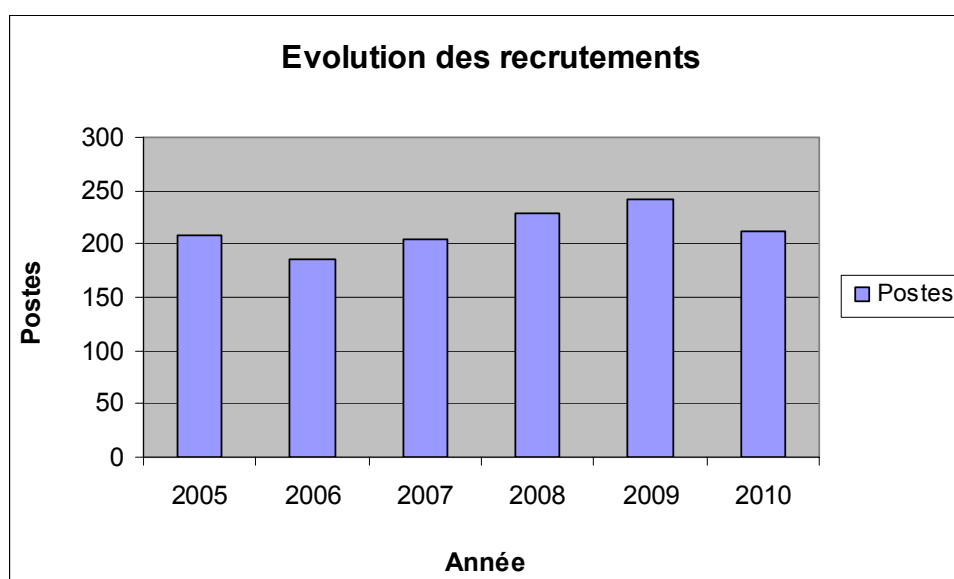
a. L'évolution des effectifs sur les cinq dernières années

Le CHU a connue une forte évolution de ses effectifs en 2005 avec 209 nouveaux recrues dont 104 dans le corps administratif, 10 dans le corps médical et 95 dans le corps paramédical. Quand au départ, à part le décès et la mutation, la retraite est la plus sollicitée.



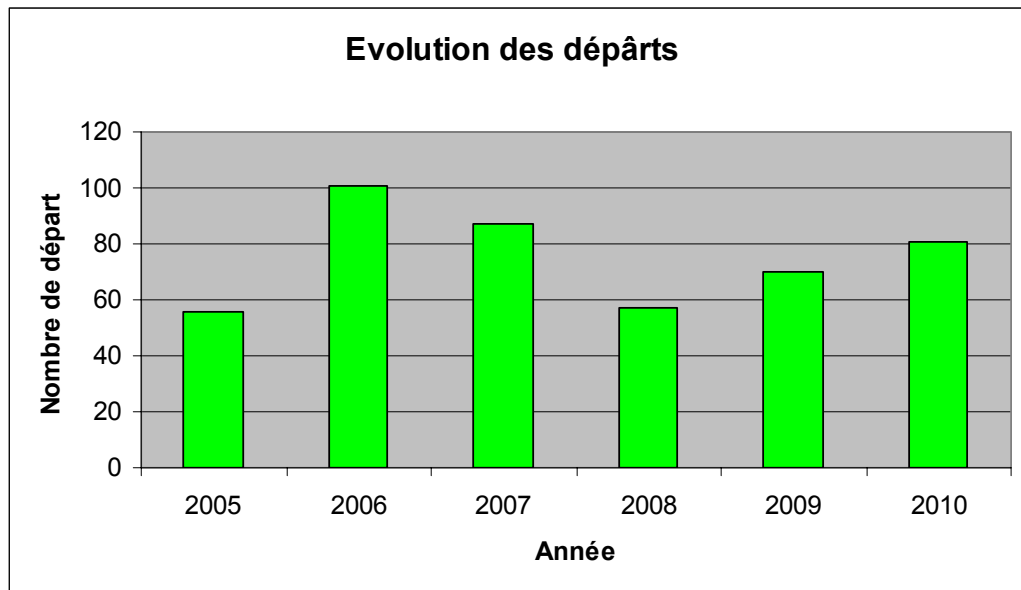
Graphe n°4

b. Evolution des recrutements



Graphe n°05

c. Evolution des départs

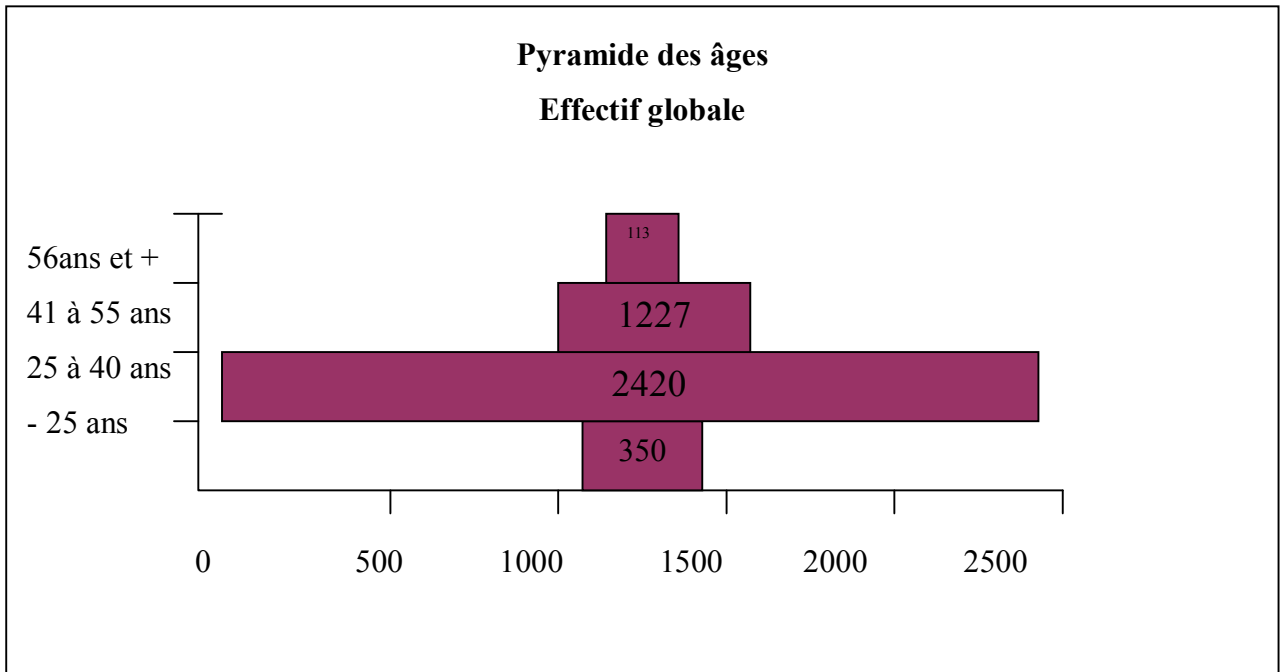


Graphe n°6

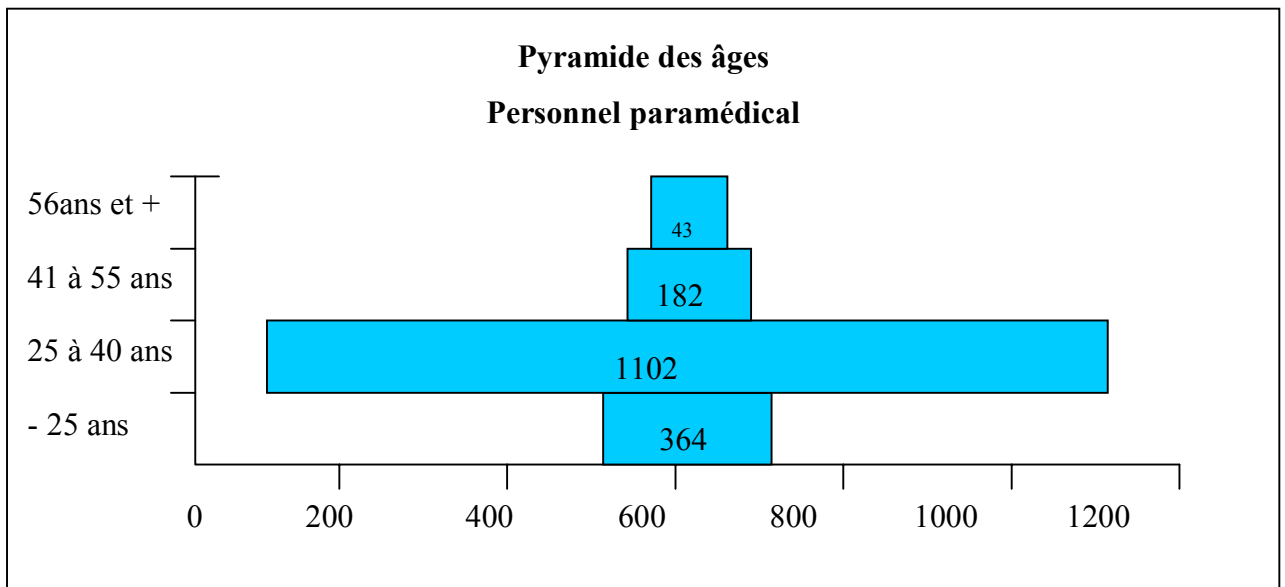
C. Structure par âge (cf. graphes n°7, 8, 9 et 10)

La structure par âge est particulièrement accessible grâce à l'outil que représente la pyramide des âges. Celles-ci peuvent être réalisées en utilisant la totalité des effectifs de l'hôpital répartie en classes d'âge plus ou moins larges.

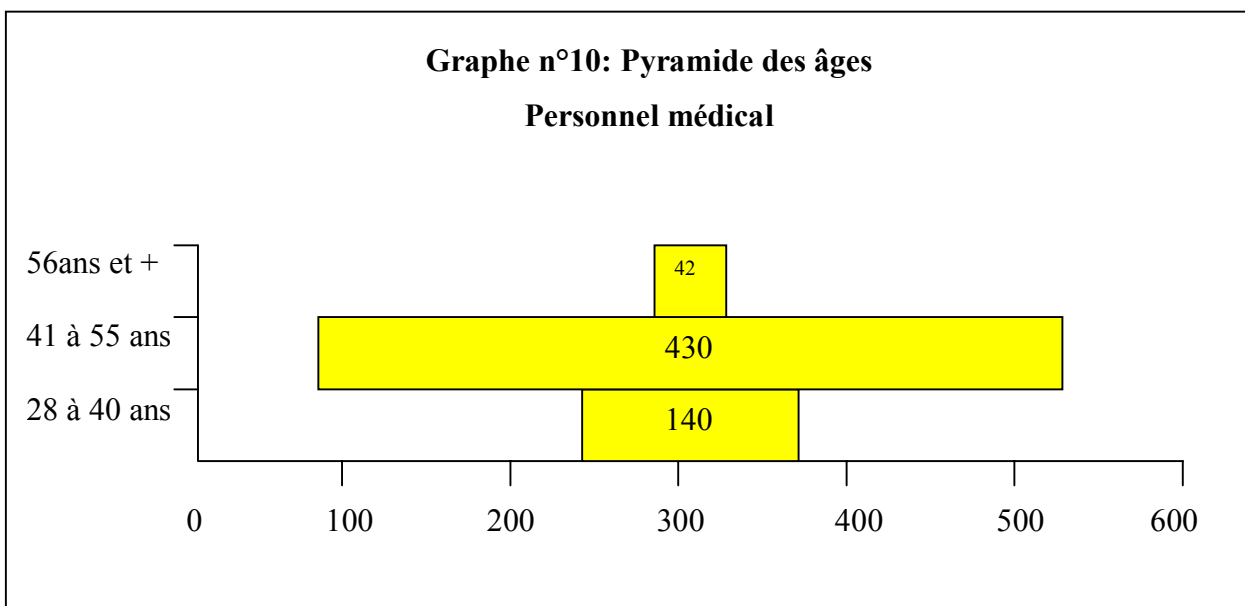
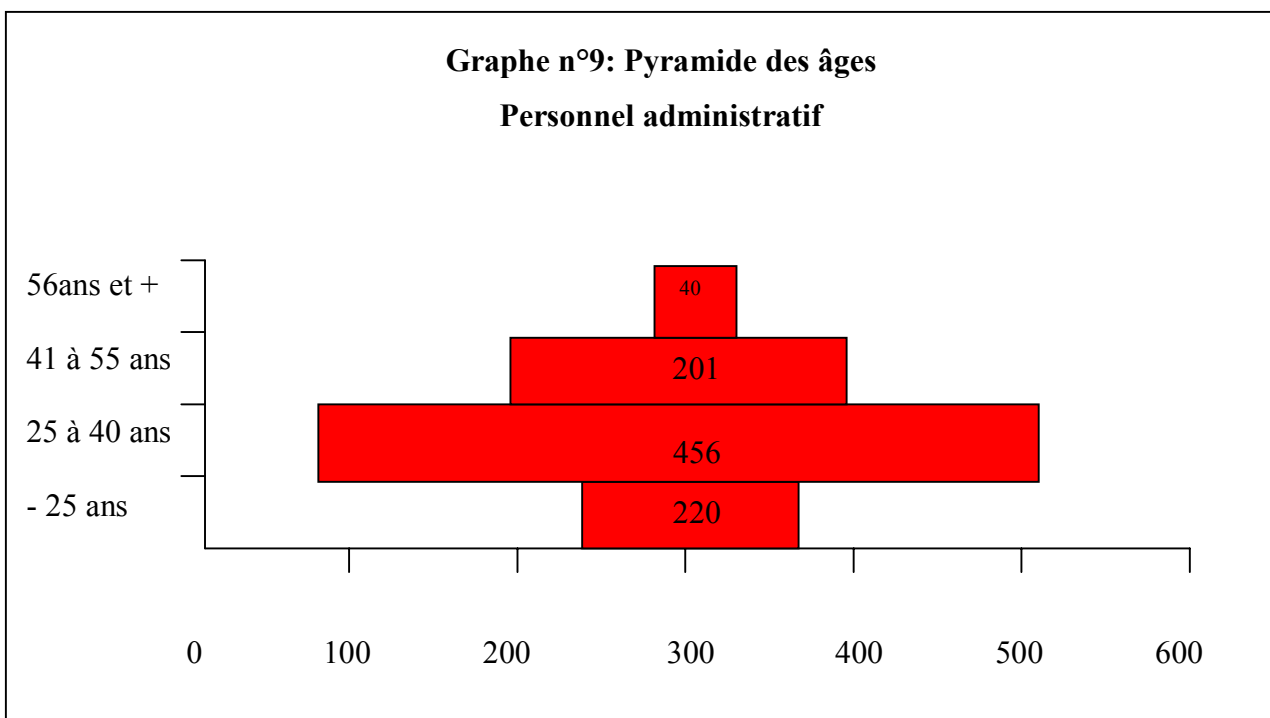
La pyramide des âges, peut tout aussi bien être produite par corps. Notre analyse a concerné l'effectif global puis nous avons procédé à une segmentation par corps.



Graphe n°07



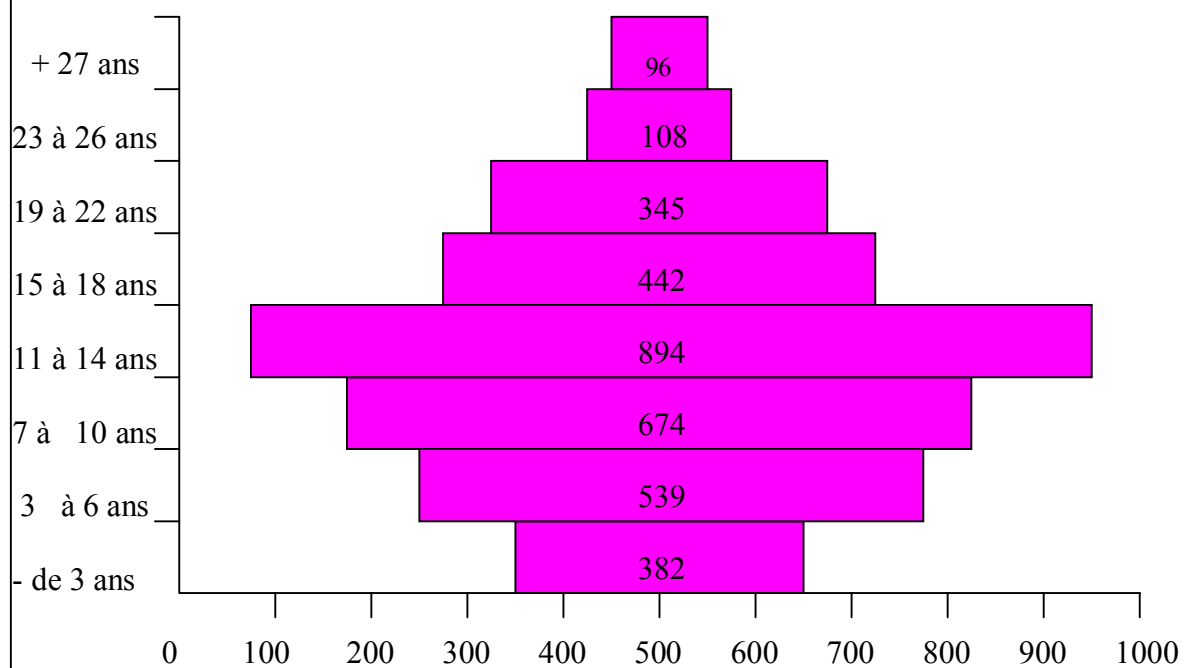
Graphe n°8



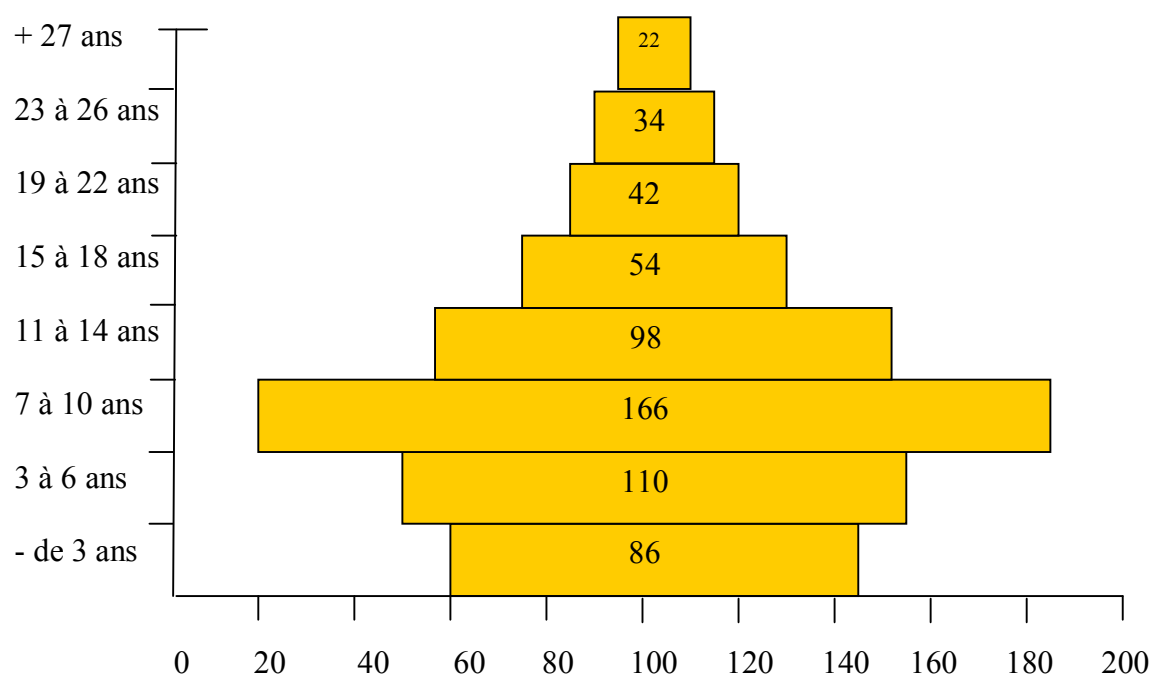
D. Degré d'ancienneté des ressources humaines: pyramide d'ancienneté (cf. graphes n°11, 12,13 et 14)

La pyramide d'ancienneté vient compléter les pyramides des âges et de l'évolution des effectifs. Pour le CHU d'Oran, nous constatons que le personnel n'accuse pas une ancienneté très importante.

**Graphe n°11 : Pyramide par ancienneté dans l'établissement
Effectif global**

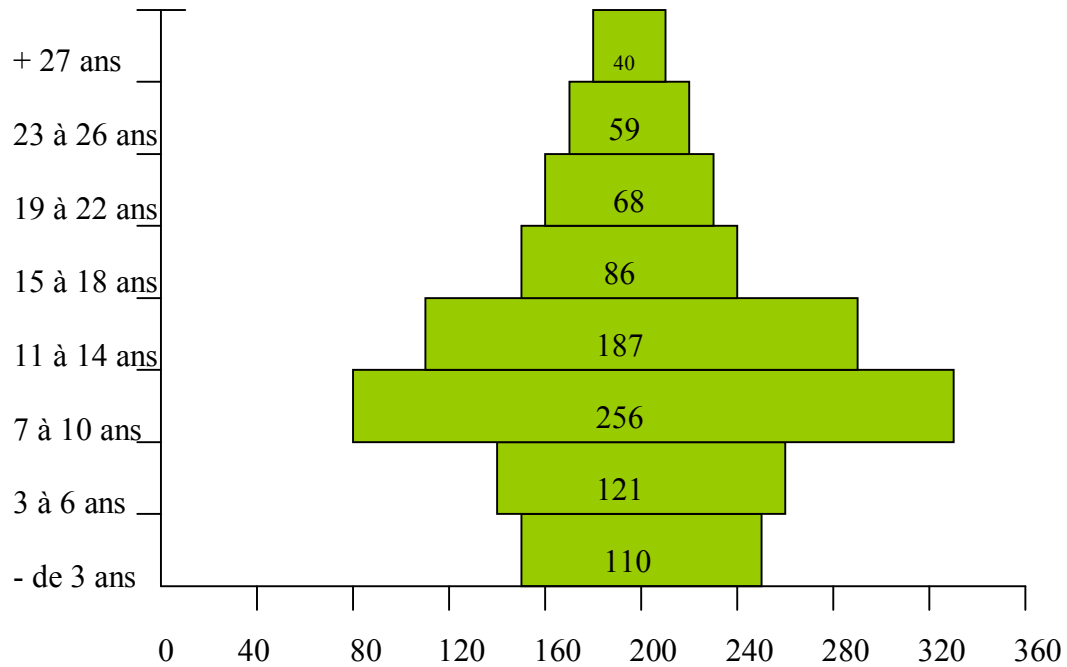


**Graphe n°12 :Pyramide par ancienneté dans l'établissement
Corps médical**



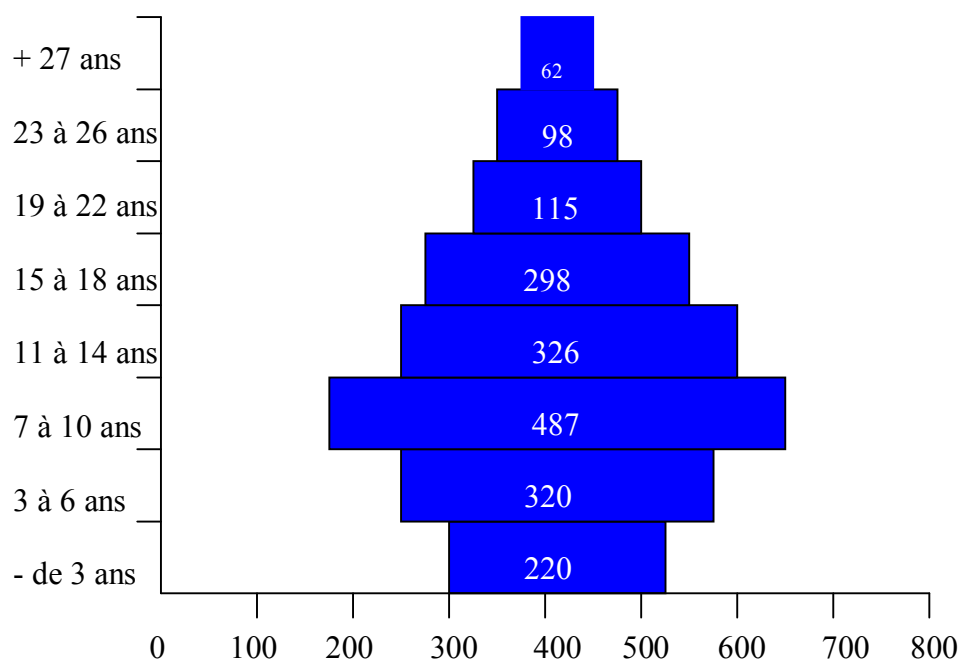
Graphe n°13: Pyramide par ancienneté dans l'établissement

Corps administratif



Graphe n°14: Pyramide par ancienneté dans l'établissement

Corps paramédical



E .La formation

La rubrique formation est l'une des principales rubriques d'un bilan sociale. Cependant au niveau du CHU, les informations concernant ce volet sont rares, alors nous avons essayé d'exploiter les quelques informations disponibles, il s'agit du plan de formation des années 2009-2010 et du budget en relation avec le domaine de la formation. (cf. tableaux n°4et5)

F. Assiduité du personnel

Ce volet ne peut être traité par manque d'information faute d'existence d'un SIRH.

G. Grève

Les grèves du personnel du CHU d'Oran s'inscrivent tous dans le cadre des actions collectives entamées par l'ensemble des personnels de la fonction publique. Depuis 2006 ses grèves ont revêtu un caractère périodique ou chaque année une action de protestation fut programmée par les instances syndicales des différents corps.

Tableau n° 04: Plan de formation continue année 2010

ETABLISSEMENT	INTITULE DE L'ACTION	POPULATION CIBLE				OBS	TOTAL
		M	P.M	S.F	A.T		
CHU D'ORAN	Hygiène hospitalière	30	90		90		210
	Prise en charge des affections cardio vasculaires	30					30
	Prise en charge des affections respiratoires	30					30
	Prise en charge du diabète	30					30
	Périnatalité et néonatalogie	30	45	30			105
	Gestion d'une pharmacie d'un service hospitalier		60				60
	Procédures des marchés publics				30		30
	CAT devant une crise d'épilepsie	50					50
	Épaule douloureuse et genoux douloureux	50					50
	Dépression /cervicalgie	50					50
	Lombalgie / céphalées	50					50
TOTAL WILAYA		350	195	30	120		695

M: Médecins
 PM: Paramédicaux
 SF: Sages femmes
 AT: Administratifs et techniques

Tableau n°05: Répartition budgétaire de la formation année 2010

Etablissements	Formation continue	Formation à l'étranger et titre de transport	Prise en charge séjour experts étrangers	TOTAL
CHU D'ORAN	300000	2470000		2770000

SECTION 3 APPROCHE PROSPECTIVE QUALITATIVE

La présente section est consacrée à présenter le deuxième volet de notre investigation terrain. Elle abordera l'approche prospective qualitative adoptée pour apprécier les composantes dynamique qualitatives (implication, motivation, recrutement, formation, communication...) de la gestion actuelle des ressources humaines dans le CHU d'Oran.

Cette section sera consacrée également au diagnostic de la fonction ressources humaines à travers l'organisation adoptée, les ressources disponibles et les politiques mises en œuvre.

1. Consistance du travail

Ce deuxième volet de l'investigation terrain a débuté par une étude exploratoire via des entretiens auprès d'une population formée principalement de cadres et de cadre dirigeants. La population interviewée était constituée par le Directeur Général du CHU et ses proches collaborateurs.

Les entretiens ont été pilotés par la problématique initiale et les thèmes arrêtés pour les interviews.

Les questionnaires ont été aussi administrés pour avoir une couverture plus large de notre investigation et à l'occasion vérifier les résultats des entretiens. Ces questionnaires, ont abordés les six principaux thèmes que sont :

- 1- L'organisation, mission et stratégie du CHU ;
- 2- Le style de management dans le CHU ;
- 3- Le système de communication et du dialogue social ;
- 4- Politique de motivation et conditions de travail ;
- 5- Politique de gestion des ressources humaines ;
- 6- La fonction ressources humaines.

La population des employés du CHU d'Oran, a été approchée à travers un questionnaire pour un échantillon de 400 employés tous corps confondus. Ce questionnaire détaillé a abordé les six thèmes précités. Le taux de retour des questionnaires renseignés a atteint 65%.

Par ailleurs, l'observation de l'environnement, des habitudes et des comportements a été aussi une source extrêmement importante d'hypothèses qui ont guidé notre enquête.

2. Présentation des résultats

Les résultats de la présente investigation et l'analyse des données recueillies seront détaillées selon les six thèmes abordés comme suit :

Thème 1 : L'organisation et mission du CHU

Dans un premier temps nous avons tenté de mesurer le degré de connaissance des agents vis-à-vis de leur environnement de travail à travers la connaissance de la mission assurée par le CHU et son rôle en tant que prestataire de service au profit des patients et en fin la connaissance des membres des organes du CHU.

A. Connaissance de l'organisation et de ses missions

a. Connaissance de la réglementation de l'organisation du CHU

La réglementation (lois, ordonnances, décrets, circulaires, arrêtés...) est la base de l'organisation du CHU. Elle définit, entre autres, la mission, l'organisation et les attributions des CHU. C'est le principal point d'entrée dans l'environnement hospitalo-universitaire. Toutefois, nous constatons que 60% du personnel interrogé ignorent ses textes réglementaires. Et sur les 40% qui connaissent son existence 65% ne l'ont jamais lu.

b. Connaissance de la mission du CHU

20% des interrogés ne connaissent pas toutes les missions du CHU, 45% estiment que leur connaissance n'est que partielle. Seuls 35% connaissent la mission du CHU dont la majorité sont des cadres et des praticiens.

B. Connaissance des membres des organes du CHU

Les membres des organes du CHU sont censés être connus par tout le personnel du CHU. Les résultats ont permis de constater que ce n'est pas le cas, puisque 60% du personnel ne connaissent que quelques membres.

C. La stratégie du CHU

Partant du principe qu'une stratégie mal comprise ou méconnue est une stratégie vouée à l'échec, nous allons essayer de savoir qu'est-ce qu'il est au niveau du CHU.

Les responsables que nous avons interviewés estiment ne pas avoir claire sur la stratégie de leur CHU et dénoncent un déficit de communication à ce sujet. Les résultats des questionnaires viennent confirmer ce constat, une majorité de 70% du personnel questionné ignore les objectifs fixés par le management du CHU.

Thème 2 : Le style de management dans le CHU

Dans ce qui suit, nous allons essayer de mettre la lumière sur le style de management qui prévaut au sein du CHU d'Oran à travers les résultats du questionnement des personnels hospitaliers :

A. Le système de prise de décision

Les entretiens directs avec certains responsables et cadres du CHU montrent que ces derniers considèrent le fait d'intégrer le système de prise de décision beaucoup plus comme une contrainte plutôt qu'une valorisation de soi-même.

Les résultats du questionnaire montrent que 75% du personnel questionné estime qu'il ne participe nullement à la préparation de la prise de décision, 15% sont sollicités parfois, alors que seul 10% estiment qu'ils font partie du système de prise de décision.

B. Management participatif et travail en groupe

La lecture des réponses des agents questionnés fait ressortir que 90% estiment que le management actuel n'est pas du style participatif et que le travail en équipe est quasiment absent ; tout le monde se contente de réaliser les tâches sans qu'il ait concertation ou une quelconque dynamique de groupe.

C. Management par objectif

L'enquête a montré que seulement 3% des interrogés pensent que leurs responsables privilégient le management par objectif contre 90% qui estiment que ce mode de management est totalement absent ; 7% le voient incomplet.

D. La délégation

La lecture des réponses des agents questionnés fait ressortir que plus de 80% estiment qu'ils évoluent dans un environnement où la délégation est quasiment absente.

Pour 20% d'entre eux, il existe une délégation dans le travail mais qui reste faible, et ne concerne que des tâches peu valorisantes.

Thème 3 : Le système d'information et de communication

Dans ce thème nous allons tenter d'identifier et de qualifier le processus de communication interne au sein du CHU. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur des entretiens directs et l'administration d'un questionnaire.

A. Qualification du processus de communication

La communication entre les gestionnaires et leurs collaborateurs est jugée inexistante par 40% des questionnés. Elle est faible et occasionnelle pour 46%, d'entre eux, alors que 6% sont satisfait du niveau de la communication et 8% la jugent bonne et à la hauteur.

Les entretiens que nous avons eus avec les employés du CHU confirment ces chiffres. En effet, la communication, selon eux, reste arbitraire, très peu formelle et n'ayant aucun objectif. Cette communication est réduite dans la majorité des cas aux circulaires ou aux notes de services. Ainsi 80% des questionnés estiment que la communication informelle est la plus dominante au sein du CHU.

B. L'accès à l'information

Bien que l'information soit la matière première pour la majorité des services du CHU deux employés sur trois (70% des effectifs questionnés) trouvent toujours ou souvent des difficultés pour y accéder. 25% des employés interrogés trouvent parfois des difficultés, et seulement 5% estiment ne pas avoir de difficulté à accéder à l'information en cas de besoin.

Thème 4 : Politique de motivation et conditions de travail

Dans cette partie nous avons tenté, à travers des questions directes, d'apprécier le degré de motivation des agents du CHU et les conditions de travail.

La première question consisté à savoir si l'agent se sens motiver pour la réalisation de son travail. Les réponses dressent un constat assez négatif, du fait que 75% des questionnés estiment qu'ils ne sont pas motivés. 20% sont moyennement motivés, et 5% seulement se sentent motivés.

La deuxième question traite les conditions de travail dans l'ensemble des employés estiment que les conditions du travail dans le CHU sont très défavorables.

Thème 5 : Politique de gestion des ressources humaines

La politique de gestion des ressources humaines en vigueur au CHU d'Oran sera approchée à travers quatre sous thèmes que sont :

- La politique de recrutement ;
- La politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- La politique d'évaluation des compétences ;
- La politique de formation.

A. Le recrutement

Dans l'enquête, nous allons essayer d'identifier les différentes facettes de ce processus à travers notamment, le mode de recrutement en vigueur, l'adéquation entre le poste cible et le profil recruté et la définition des poste de travail.

Concernant le mode de recrutement, il ressort qu'un employé sur trois a été embauché dans le CHU par un mode de recrutement qui sort du cadre standard d'un concours ;

Sur le plan de l'adéquation du poste cible avec le profil recruté, les résultats du questionnaire font ressortir un taux de 30% d'insatisfait quant à l'adéquation poste/profil (corps administratif) ; ce taux est jugé être très élevé.

L'absence constatée d'une définition claire des postes est de nature à aggraver encore plus cette situation. Une majorité de 40% des questionnaires affirment que les postes qu'ils occupent ne sont pas du tout clarifiés.

B. La gestion prévisionnelle des emplois

La plupart des employés questionnés confirment qu'il n'y a pas une gestion prévisionnelle mais un plan annuel de gestion des ressources humaines.

C. Evaluation des compétences

100% des interviewés confirment la responsabilité de la notation à la direction. Tous portent un jugement sévère à l'encontre de la procédure administrative de l'évaluation. Ils jugent le système « rigide, archaïque, scolaire, dont les critères sont obsolètes ».

D. La politique de formation

Concernant la participation des agents à l'identification des besoins en formation, 90% des employés questionnés affirment ne pas être consultés lors de la conception des plans de

formation et que leurs besoins réels et leurs attentes ne sont pas pris en compte dans la conception des plans de formation. Seulement une très faible minorité affirme participer à la définition des plans de formation.

Concernant les besoins en formation, ils ne sont pas ainsi satisfaits pour la grande majorité des agents du CHU.

Thème 6 : La fonction ressources humaines

La fonction ressources humaines est au centre de la gestion des ressources humaines. Le but poursuivi dans cette partie de l'enquête est de mettre en évidence la réalité de la fonction ressources humaines au sein du CHU d'Oran. Pour cela, nous allons approcher cette fonction selon deux axes :

- **L'axe interne** où nous allons intéresser à son positionnement hiérarchique, son organisation, ses prestations, les moyens mis à sa disposition et son propre système de motivation, etc.
- **L'axe externe** où nous allons approcher cette fonction par le biais de la perception faite par les employés en tant que clients internes vis-à-vis de leur fonction ressources humaines.

A. Diagnostic interne de la fonction ressources humaines

a. Structure et moyens alloués à la fonction ressources humaines

Pour les moyens humains de la direction des ressources humaines : les entretiens avec les employés de cette direction montrent que ses derniers n'ont jamais suivi de formation sur les concepts et les techniques de gestion des ressources humaines. Ils ont appris leur travail sur le terrain.

Pour les moyens et outils de travail : nous avons remarqué que la direction ne dispose pas des moyens et outils nécessaires pour s'acquitter convenablement des tâches de la fonction ressources humaines.

Pour les conditions de travail : la critique qui revient souvent lors des entretiens est celle relative aux conditions de travail jugées peu convenables.

b. Place de la fonction ressources humaines dans le système de gestion du CHU d'Oran

Mise à part toute considération hiérarchique, la fonction ressources humaines joue un simple rôle opérationnel, elle est encore dans le stade de l'administration du personnel.

On note aussi que même le rôle administratif de la fonction reste contrarié par un héritage lourd et difficilement gérable.

La mission de la fonction ressources humaines n'est pas formellement consignée et n'est pas parfaitement en phase avec les normes en matière de gestion des ressources humaines. Cette situation est causée par la faible importance accordée à cette fonction d'une part, et par l'absence d'ouverture de ladite fonction réussies ailleurs et qui se sont imposées comme des standards en matières de gestion des ressources humaines d'autre part.

c. Appréciation des politiques mises en œuvre par la GRH

En principe, la fonction ressources humaines mis en ouvre un ensemble de politiques ressources humaines en cohérences avec la stratégie et la politique générale de l'organisation. Le diagnostic de la fonction ressources humaines au sein du CHU montre qu'aucune politique ressources humaines n'est définit et à priori n'est mise en œuvre. Ainsi, le recrutement, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, l'évaluation des compétences et la formation des compétences sont des processus et des leviers managériaux complètement absents du champ d'action de la fonction ressources humaines.

B. Vision externe sur la fonction ressources humaines

Dans un deuxième temps, nous allons approcher la fonction gestion des ressources humaines à travers la perception faite d'elle par les employés du CHU. Pour cela, nous allons en recours aux questionnaires dont les résultats se déclinent comme suit :

a. L'efficacité du service rendu par la fonction ressources humaines

La performance d'un service est liée aux moyens qui lui sont alloués. Selon 70% des questionnés les prestataires de la fonction ressources humaines sont marquées par une certaine lenteur, 20% estiment que la performance, en terme de délai, est moyenne tandis que 10% trouvent le service performant.

b. La culture service de la fonction ressources humaines

Dans le CHU d'Oran, 10% des réponses estiment que leur direction des ressources humaines est tout à fait dans une configuration client/fournisseur, 20% le pensent aussi mais trouvent cependant que cette relation est timide et doit évoluer et se développer d'avantage. 50% ne se reconnaissent pas dans une relation client/fournisseur par rapport à leur direction ressources humaines ,20% ne se sont pas prononcés.

SECTION 4 : ANALYSE DES RESULTATAS

1. L'organisation et missions du CHU d'Oran (cf. figures n°11 et 12)

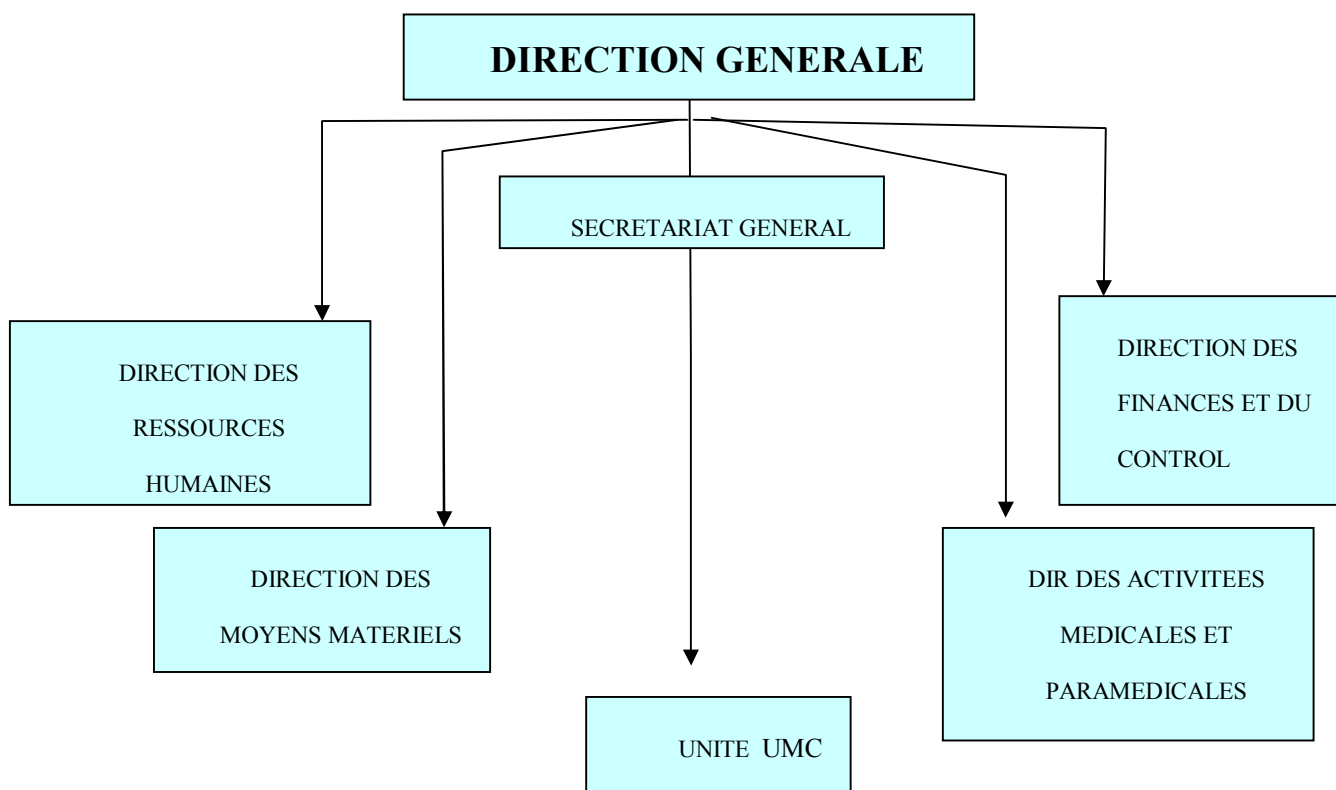
A. Le cadre juridique est de conception classique

Le cadre juridique dans lequel évolue le CHU connaît des limites et des insuffisances vu la variété et la spécificité des missions qui lui sont confiées ;

Son statut juridique ne permet pas d'accomplir les missions de l'établissement sanitaire ;

A ses difficultés statutaires s'ajoute la multiplicité d'une tutelle lourde et inefficace.

Figure n°11: Organigramme du Centre Hospitalo-universitaire d'Oran



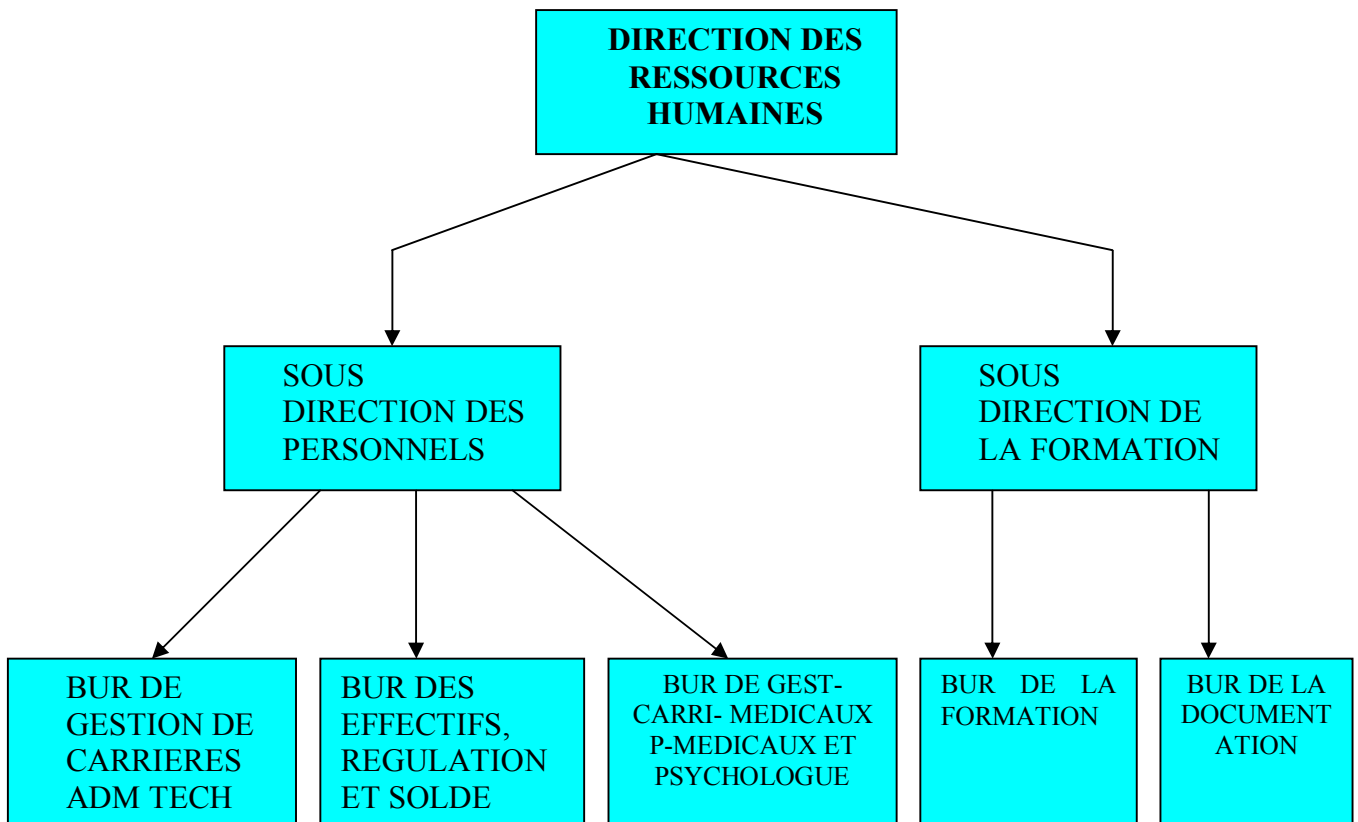


Figure n°12: Organigramme de la direction des ressources humaines du CHU d'Oran

a. Les missions du CHU sont spécifiques, multiples et variées.

Le CHU est tenu de couvrir les besoins en soins et en prévention de la population. A ce titre, il est chargé d'accomplir des missions en matière de prévention, de soin, de formation et de recherche.

En matière de prévention l'établissement sanitaire concourt :

- A la réalisation du programme national de prévention et d'éducation sanitaire portant sur les différents problèmes qui entravent la bonne santé de l'individu tel que la réduction de la mortalité périnatale, infantile, juvénile et maternelle...etc.

- En matière de soins, qui constituent l'activité essentielle du CHU, il assure des soins de base et des soins spécialisés ;

- En matière de soins hautement spécialisés, le CHU a, en outre, pour tâches :

* La formation médicale et paramédicale.

* Participer à l'élaboration et à la mise à jour de la nomenclature des médicaments, des programmes d'approvisionnement en la matière.

* Assurer en liaison avec l'institut national d'enseignement en sciences médicales (INES/SM), la formation graduée en sciences médicales et participer à l'élaboration des programmes y afférents.

* d'effectuer tous les travaux d'études et de recherche dans le domaine des sciences médicales.

* d'organiser des séminaires, colloques et journées d'études en vue de promouvoir les activités de formation, de soins et de recherches en sciences médicales.

De ce qui précède on constate, que les missions du CHU sont multiples et variées ce qui implique une organisation rationnelle des moyens humains et financiers. Or cet objectif n'est pas complètement du fait des difficultés rencontrées durant sa réalisation.

A titre d'exemple, la sous utilisation de l'aide fournie par les organisations internationales (O.M.S., UNICEF, ...etc.) dans le domaine de la protection maternelle et infantile et l'absence de l'éducation sanitaire en est une démonstration.

En outre, malgré le succès que le CHU a réalisé en matière de formation sur le plan quantitatif, il n'a pas pu répondre aux besoins qualitatifs ce qui se traduit par :

- La dégradation de la qualité de formation.

- L'inadéquation entre le profil actuel du praticien et les tâches qu'il doit effectuer sur le terrain.

- L'insuffisance de spécialistes de base (médecine interne, chirurgie, gynécologie obstétrique, pédiatrie, psychiatrie, ophtalmologie, O.R.L.,... etc.) ;

L'accomplissement de la mission du CHU, à savoir les soins hautement spécialisés, souffre de la négligence des unités de soins de base sous-dotées par rapport à l'hôpital structure mère, ce qui transforme celui – ci en une grande polyclinique s'éloignant ainsi de ses principales missions qui s'articulent en trois (03) volets : les soins hautement spécialisés, la formation et la recherche scientifique.

L'analyse en cours démontre l'absence de rigueur dans l'application des objectifs tracés par le système national de santé, ainsi que la lenteur dans la prise en charge des patients, or celle –ci nécessite une rapidité dans l'intervention qui vise le maintien de l'intégrité physique et morale.

b. La nature juridique des statuts du CHU est contraignante

Les décrets portant création des centres hospitalo-universitaires, ont érigé ces derniers en établissements publics à caractère administratif dotés de la personnalité moral, et de l'autonomie financière bénéficiant d'un budget autonome alimenté forfaitairement par une participation de l'Etat et une contribution de la sécurité sociale.

Le CHU est soumis en matière de gestion aux règles de droit public qui se caractérise par la rigueur dans la sauvegarde des deniers publics, et soumis aux règles de la comptabilité publique (décret exécutif N° 90-21 du 15 Août 1990 relatif à la comptabilité publique) en ce qui concerne l'élaboration, l'exécution et le contrôle du budget.

En appliquant ces règles, l'établissement de la santé se retrouve dans une situation critique caractérisée par les lourdeurs des procédures bureaucratiques et des règles rigides, notamment les opérations de dépenses.

En tant qu'établissement public à caractère administratif, il est soumis aux règles des marchés publics, et il est tenu de se conformer à une multitude de règles juridiques pour assurer l'approvisionnement de ses services.

A ce titre les méthodes d'approvisionnement peuvent résulter d'une simple opération d'achat en conventions verbales, concurrence, appel d'offres, gré à gré et adjudication...etc., qui vont vider la plupart des opérations de leur aspect urgent.

De même la gestion souffre d'une multitude de contraintes qui ne lui permettent pas toujours d'assurer la disponibilité des approvisionnements nécessaires pour le fonctionnement du CHU ;

Ajoutons à cela, l'arsenal juridique imposé aux gestionnaires qui ne leur laisse aucune marge d'initiative, voire aucune issue pour élaborer et développer une stratégie spécifique et propre à l'établissement de santé.

c. L'intervention de la tutelle est coercitive

Afin de permettre au CHU de jouir d'une liberté d'action et d'échapper aux inconvénients engendrés par le système de centralisation, il est géré en tant qu'entité décentralisée, le procédé de décentralisation remet théoriquement les pouvoirs de décision à des organes qui sont soumis au contrôle de la tutelle.

Il importe de souligner que la tutelle administrative est un contrôle qui s'établit au sein d'une administration décentralisée, il est prévu et conditionné par la loi, il ne peut s'exercer que dans les cas et selon les formes prévus par la législation et la réglementation en vigueur.

Le pouvoir de tutelle poursuit un double but, d'une part faire respecter la légalité des activités des CHU et la régularité de leurs actes de gestion, d'autre part, sur le plan de l'opportunité il est destiné à veiller sur la bonne administration de ces établissements. Mais en pratique, cette tutelle est une véritable atteinte à l'autonomie de décision des CHU, l'immixtion dans la gestion quotidienne qui est empirique et centralisée, et les injonctions souvent injustifiées font apparaître les limites de cette autonomie.

La tutelle administrative sur les CHU s'exerce par un organe central qui est le ministère de la santé publique .Au terme du décret 86-25 du 11 Février 1986 portant création du centre hospitalo-universitaire, ce dernier est soumis à une tutelle pédagogique exercée par le ministre de l'enseignement supérieur, elle porte sur l'ensemble des actes relatifs aux activités pédagogiques et scientifiques de l'établissement, notamment en ce qui concerne :

- L'organisation des structures et des organes pédagogiques et scientifiques de l'établissement sanitaire.
- L'approbation des délibérations du conseil scientifique pour les questions relatives à la formation et la recherche scientifique liée à la formation en science médicales.

Il est à noter que la tutelle exercée par le ministère de l'enseignement supérieur est pratiquement absente, en ce qui concerne tout problème de type pédagogique tel que l'entretien des infrastructures pédagogiques.

- L'intervention de la tutelle centrale

Le ministère de la santé publique est l'instance centrale de tutelle sur l'ensemble des CHU. Ils sont soumis à sa tutelle directe .A ce titre il décide de la répartition du montant global des crédits pour le fonctionnement de ces établissements, et arrête également les effectifs autorisés en personnels et approuve le projet du budget préparé par l'ordonnateur de l'établissement.

Il intervient en matière d'infrastructures et d'acquisition des équipements, de même avant de procéder à tout changement de destination, d'affectation, de création, de suppression et de modification de toute structure ou une partie composant l'établissement, le visa de la tutelle est exigé, de ce fait on constate que la tutelle s'écarte de sa mission de conception d'orientation, de coordination et d'évaluation, elle porte donc atteinte aux attributions et à l'autonomie de décision de l'établissement sanitaire.

- L'intervention de l'organe déconcentré_

Juridiquement et par délégation du ministre chargé de la santé publique, le pouvoir de tutelle sur les secteurs sanitaires et les établissements hospitaliers spécialisés sont délégués au wali, mais ce pouvoir s'exerce en pratique par la direction de la santé et de la protection sociale qui est un organe déconcentré assurant la tutelle par délégation et au nom du wali.

La direction de la santé et de la protection sociale intervient pour approuver les procès verbaux des délibérations dans les limites de huit (08) jours qui suivent leurs adoptions par le conseil délibérant. Ces délibérations doivent être approuvées dans un délai maximum de un (01) mois.

Le recrutement, la nomination et la gestion des carrières de tout le personnel sont assurés au niveau des centres hospitalo-universitaire.

Cependant, les actes y afférents continuent à être soumis au visa à posteriori de l'inspection de la fonction publique, ce qui est encore une atteinte à l'autonomie.

Le projet du budget préparé par l'ordonnateur de l'établissement est soumis au conseil délibérant pour adoption, puis pour approbation à la tutelle locale.

Le pouvoir de tutelle ne s'arrête pas la, car la direction de la santé et de la protection sociale est chargée d'adresser ce projet du budget à la tutelle centrale (Ministère de la Santé Publique).

Le directeur de l'établissement en tant qu'ordonnateur est chargé d'établir à la fin de l'exercice un compte administratif ou bilan financier annuel retraçant l'ensemble des opérations financières de l'établissement. Après l'adoption par le conseil délibérant, ce document doit être adressé à la direction de la santé et de la protection sociale dans le cadre de l'exercice du pouvoir de tutelle pour approbation.

Les virements de crédits de chapitre à chapitre au sein d'un même titre, ou d'article à article à l'intérieur d'un même chapitre doivent être également approuvés par la direction de la santé et de la protection sociale.

Le pouvoir de tutelle qui s'exerce sur l'établissement sanitaire porte atteinte au principe d'autonomie lorsque l'approbation préalable est requise pour la plupart des actes de l'autorité décentralisée, très souvent à l'encontre même des statuts de ces établissements.

L'autonomie de l'établissement est atténuée, et on assiste en réalité à un glissement vers la subordination hiérarchique, ce processus de tutelle implique des retards et des lenteurs qui se répercutent sur le bon fonctionnement de l'établissement sanitaire.

B. Le cadre organisationnel est inadéquat

Le cadre organisationnel dans lequel évolue le CHU est marqué par la rigidité du fait notamment que l'organigramme est établi au niveau central.

En effet, les structures sont organisées pratiquement d'une façon uniforme, et disposent d'organes de gestion propres, dont la composition est insuffisante, et les attributions limitées.

a. Les structures administratives sont figées

L'organisation actuelle du CHU obéit à un cadre organisationnel défini par un statut type institué par le décret n° 86-25 du 11 Février 1986 portant statut type des centres hospitalo-universitaires.

Au terme de ce décret, le CHU dispose des directions qui sont les suivantes :

- La direction des ressources humaines ;
- La direction des moyens matériels ;
- La direction des finances et du contrôle ;
- La direction des activités pédagogiques et médicales (DAPM) propre au CHU qui assure des missions en matière de formation et de recherche médicale.

L'ensemble de ces directions remplissent la mission suivante :

* **La direction des ressources humaines**

Elle dispose de deux sous-directions, et gère le personnel, par la détermination des besoins de l'établissement et l'élaboration du recrutement et la gestion des carrières.

* **La direction des moyens matériels**

Cette direction participe à la gestion des équipements et des infrastructures cette activité consiste en l'acquisition, la distribution et la maintenance des équipements, le suivi de la réalisation des programmes de construction et d'entretien des bâtiments.

* **La direction des finances et du contrôle**

En matière de budget et de comptabilité, elle est chargée de préparer le projet de budget et le suivi de l'exécution des crédits.

Elle tient aussi la comptabilité de l'ordonnateur, quant à la gestion économique, elle assure l'acquisition, le stockage et l'approvisionnement des produits.

* **La direction des activités pédagogiques et médicales**

Cette direction est chargée sur le plan médical du suivi des activités de soins et de l'établissement des rapports d'activités dressés par les chefs de services du centre hospitalo-universitaire de la collecte et de l'utilisation des statistiques médicales dans l'établissement du bilan épidémiologique.

En matière, d'activités pédagogique, la Direction des Activités Pédagogiques et Médicales à pour mission d'organiser tant la formation médicale avec l'institut national des sciences médicales que la formation paramédical.

Toutefois, en fonction de l'importance des activités de chaque centre hospitalo-universitaire les attributions de la direction de moyens matériels et la direction des finances et du contrôle peuvent être regroupées en une seule direction la direction de l'administration générale (DAG).

En raison des changements socio-économiques que connaît le pays, l'organisation générale de l'établissement doit être souple afin de s'adapter et prendre en compte la spécificité de chaque établissement.

Le fait que l'organigramme soit fixé préalablement par l'administration centrale entrave le bon fonctionnement de l'établissement sanitaire dont les activités différentes d'un établissement à l'autre.

L'organisation actuelle de l'établissement hospitalier est figée depuis 1986, la forte centralisation administrative et la gestion prévue par le statut type constitue une contrainte pour les unités éloignées du siège, enfin les missions des structures sont à peine énoncées l'organigramme type ne précise pas les missions des sous directions et des bureaux, ainsi la spécificité de chaque établissement sanitaire fait que l'organisation uniforme qui lui est appliquées n'est pas toujours adaptée.

b. La composition des organes de gestion est insuffisante

Bénéficiant de la personnalité morale et de l'autonomie financière, le CHU est administré par le conseil d'administration et dirigé par un directeur général. Il est doté d'un organe consultatif dénommé conseil scientifique. Dans l'intervalle des sessions du conseil scientifique, le directeur général du CHU est assisté d'un comité consultatif.

-Le conseil d'administration

Le conseil d'administration se prononce sur toutes les affaires importantes relatives au fonctionnement général de l'établissement, ses décisions sont prises sous forme de délibérations soumises à l'approbation de la tutelle. Il est présidé par un représentant du ministère de la santé.

En plus du président, le conseil délibérant comprend les membres suivants :

- Le représentant du ministère chargé de l'enseignement supérieur ;
- Un représentant de l'administration des finances ;
- Un représentant des assurances économiques ;
- Un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- Un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya d'Oran ;
- Un représentant de la commune des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses paires ;
- Un représentant des personnels médicaux élu par ses paires ;
- Un représentant des personnels paramédicaux élu par ses paires ;
- Un représentant des associations d'usagers ;
- Un représentant des travailleurs élu en assemblée générale ;

- Un représentant du conseil scientifique du CHU.

De cette composition découle les remarques suivantes :

- Le président du conseil d'administration du centre hospitalo-universitaire, du fait qu'il soit un représentant du ministère de la santé, rend les réunions du conseil difficiles à organiser compte tenu qu'il est souvent difficile à un cadre central de se déplacer à l'intérieur du pays pour présider cet organe, de plus les délibérations sont également approuvées par le même responsable ce qui constitue une situation de juge et partie.
 - La représentation des collectivités locales est insuffisante car les textes réglementaires ne prévoient pas l'association du président de l'APC aux réunions du conseil, alors que la commune est la première concernée par les problèmes de santé.
 - Les organismes de la sécurité sociale qui sont, avec l'Etat, les bailleurs de fonds des établissements sanitaires ne sont pas représentés suffisamment.
 - Il est important de signaler que les personnels administratif et technique ne sont pas représentés au sein du conseil, malgré leur importance dans la gestion de l'établissement.
- Par ailleurs, la représentation des étudiants au sein du centre hospitalo-universitaire qui sont en rotation permanent (changement de promotions) au sein des hôpitaux ne nous paraît pas judicieuse.

- Le conseil scientifique

Cet organe qui donne des avis et des recommandations, comprend les membres suivants :

- Les chefs de services médicaux, le directeur de l'institut national des sciences médicales, les responsables d'unités de recherches ;
- Deux à trois membres désignés par leurs pairs, pour une durée de trois ans ;
- Un paramédical désigné par le directeur dans le plus élevé du corps des paramédicaux.

Le conseil scientifique est chargé d'émettre des avis, notamment sur :

- L'établissement des liens fonctionnels entre les services médicaux ;
- Les projets de programme relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;
- Les programmes de santé et de population ;
- Les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;
- La création ou la suppression des structures médicales ;

- Les conventions de formation et de recherches en sciences médicales ;
- Le conseil scientifique propose toutes mesures à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention, la répartition des personnels, en relation avec les activités des services ;
- Il participe à l'élaboration des programmes de formation et de recherche en matière des sciences médicales et évalue l'activité des services en matière des soins, de formation et de recherche.

Les textes réglementaires manquant de clarté à l'égard du conseil scientifique du centre hospitalo-universitaire puisqu'ils ne définissent pas la nature de représentants, notamment ceux énoncés à l'article 19 du décret n° 86-25 qui prévoit l'ensemble des de cliniques et chefs de service.

- Le comité consultatif

Le comité consultatif assiste le directeur général dans ses tâches, ce qui laisse supposer que le directeur général n'est pas « majeur ».

- Le directeur général

Le Directeur général représente l'organe exécutif de l'établissement et assure de ce fait l'exécution des délibérations du conseil de direction. Le Directeur général occupe un poste supérieur placé au sommet des structures de manière lui permettre d'exercer le pouvoir hiérarchique et disciplinaire sur l'ensemble des personnels.

En raison de l'importance de ses tâches, il est nommé par décret présidentiel sur proposition du Ministre de la santé, outre sa qualité d'exécutant des délibérations, il est investi d'un pouvoir de gestion qui se manifeste dans la nomination du personnel et l'ordonnancement des dépenses.

Malgré l'importance de cette fonction et les prérogatives qui lui sont attribuées, le statut actuel ne permet pas au directeur général d'agir comme un véritable chef d'entreprise, ce qui le met dans une situation inconfortable et déstabilisante.

Cette déstabilisation apparaît dans les nombreux mouvements opérés non pas sur la base de bilans, mais sur des appréciations souvent subjectives.

De plus, il est soumis à deux tutelles, du fait qu'il adresse périodiquement les bilans d'activité du CHU au ministre de la santé et à celui de l'enseignement supérieur auxquels il est tenu de rendre compte.

Juridiquement, il a le pouvoir de nomination de l'ensemble du personnel alors que les hospitalo-universitaire lui échappent, ce qui rend son pouvoir hiérarchique et disciplinaire difficile.

Toutes ces contraintes le placent dans une situation inconfortable où tous les aléas lui sont imputables et les succès passent inaperçus.

c. Les attributions des organes sont limitées

Les délibérations du conseil délibérant portant sur :

- Les programmes d'action en matière de prévention et d'éducation sanitaire.
- L'organisation et le financement des services.
- Les programmes d'entretien et de maintenance.
- Le règlement intérieur.
- Les bilans et les comptes.
- Le projet de budget.

Ces délibérations soumises à la tutelle pour approbation, sont très souvent gardées par la tutelle jusqu'à la limite du délai de trente (30) jours, ce qui gêne le fonctionnement de l'établissement.

Les textes réglementaires ne mentionnent pas avec pas avec précision, les relations entre le conseil délibérant et le conseil consultatif engendrant des rapports tendus entre ces deux organes.

De plus, en cas de rejet des délibérations, les textes ne prévoient aucune alternative ; Ceci est révélateur des limites dans les attributions du conseil délibérant. Quant à l'organe consultatif, il joue rarement son rôle en s'éloignant des grands problèmes et préoccupations des usagers, des projets médicaux, des projets de développement, la suppression ou la création de services...etc.

De plus, il y a confusion entre les missions du conseil délibérant et le conseil consultatif, cette confusion apparaît dans l'approbation des délibérations du conseil consultatif relatives à la formation et à la recherche scientifique par le ministère de l'enseignement supérieur.

Normalement, c'est au conseil délibérant que revient la prise de décision sous forme de délibérations et non, sous aucun prétexte, au conseil consultatif.

C. L'activité médicale n'est pas codifiée

L'activité médicale au sein du CHU doit être organisée et clairement définie à tous les niveaux. Ainsi que doit être précisée la responsabilité de chaque intervenant.

Les activités des services doivent être organisées en fonction de normes qui sont préalablement définies et qui tiennent compte des conditions générales de travail et de la nature des moyens utilisés.

Ce préalable nécessaire à toute organisation rationnelle, permet et facilite l'évaluation des activités des services en termes d'économie de santé.

Mais quelle est la situation actuelle du CHU dans ce domaine ?

a. L'organisation et les missions des services ne sont pas définies

Le décret portant création du CHU ne mentionne nullement le nombre ou la taille des services ni les différentes tâches qui incombent au service, paramètre qui entrave sérieusement à la bonne marche de ces établissements.

L'absence de codification se ressent dans :

- La dilution des responsabilités des chefs de services. En effet, il est difficile d'imputer la faute à une personne précise : chef de service, d'unité ou le médecin chef, car la « chefferie » dans ce cas est partagé, chacun peut rejeter sur son subordonné la faute et aucun texte réglementaire ne précise pas les tâches incombant à chaque membre de l'équipe, ce qui entraîne la fuite des responsabilités.

De plus, que les comités de service mis en place pour faciliter la relation interservices ne sont pas opérationnels.

Cette relation n'est basée que sur la bonne volonté des chefs, c'est à dire qu'elle n'est pas basée sur la relation professionnelle, mais sur des critères subjectifs ; or cette dernière ne permet pas une bonne maîtrise de la prestation de soins. Il arrive qu'un malade d'un service ne soit accepté pour l'examen dans un autre service si les deux chefs n'entretiennent pas des relations amicales.

De plus, les missions dévolues à chaque service ne sont pas précisées, puisque chacun d'entre eux accomplit des tâches d'une façon routinière et nulle part dans la réglementation des tâches

ne sont énumérées. Comment donc peut fonctionner un service si ce dernier ne connaît pas ses limites et ses objectifs.

La gestion courante des services est caractérisée par l'irrationalité et le laisser-faire.

b. la normalisation des activités des services fait défaut

« La facilitation » d'accès aux soins, conséquence de la gratuité des soins fait que le service de santé confronté à une activité importante supérieure à sa capacité ; d'où l'urgence de la mise en place de normes répondant aux activités de chaque CHU et répondant plus aux spécificités des régions concernées et à la disponibilité des moyens.

L'absence de normes prenant en compte ces besoins réels exprimés par la population et les ressources disponibles a fait que les CHU ne répondent pas réellement à l'attente des usagers.

En plus de l'absence des normes, les ratios coût /efficacité, ne sont pas pris en considération. A cet effet, le rendement et la bonne utilisation des moyens ne peut être jugée (analyse de la faisabilité financier), aucune évaluation rationnelle ni aucune action de redressement ne peut être engagée, même si la prestation dispensée aux malades n'est pas toujours jugée satisfaisante.

Aucune norme n'est envisagée pour mettre à vu les insuffisances des activités des services et essayer de proposer des solutions adéquates, de la réalisation des objectifs arrêtés par le cercle que formeront tous les personnels (médical, paramédical, technique...etc.) et susceptible de mettre en place une gestion participative.

c. L'évaluation des activités en termes d'économie de santé n'est pas satisfaisante

L'absence de définition précise des missions des services et de normes rendant l'évaluation permettant l'amélioration des techniques appliquées impossible ; pour que cela soit possible, une étude comparative des activités avec les objectifs déjà tracés au début est nécessaire.

L'absence de cahier des charges déterminant les différentes activités, les tâches et leur nombre rendent le fonctionnement des services difficile. En effet, ce cahier doit déterminer avec précision les objectifs à atteindre dès le début de l'exercice, et fixer la quantité et la qualité de la production, en termes plus explicites rentabiliser les moyens investis médecins et paramédicales, matériels (équipement, scanners, radiologie et petite instrumentation etc....) et financiers pour satisfaire les usagers.

Mais ceci étant difficile d'autant plus que le service ne dispose pas d'un budget propre qui prend en considération la masse de ses activités. Il arrive qu'un service fonctionne avec peu

de ressource malgré qu'il constitue un élément fondamental par exemple le service des urgences.

2. Etat de la culture du management des ressources humaines et de ses outils dans le CHU :

Au moment où l'on parle de top management, de gestion par la performance et de compétence, nos hôpitaux continuent toujours à fonctionner en matière de personnel, car le concept des ressources humaines doit rentrer dans les établissements de santé, et ce la est valable pour les CHU puisqu'il dispose d'une direction des ressources humaines et d'un DRH, à l'image d'un groupe économique multinational, mais dans la réalité, c'est loin d'être le cas du fait que la première difficulté se situe précisément dans ce déficit organique de son organigramme incomplet.

A cela s'ajoute la manière de travailler sur les ressources humaines qui est loin de répondre aux standards connus, comme le nombre d'encadreurs ou d'agents administratifs pour la fonction de soutien des ressources humaines.

Même si cela est l'idéal, il n'en demeure qu'un minimum de techniques modernes et de modes avec des manuels de gestion et des outils pour gagner du temps et d'efforts.

A l'absence d'une politique et culture des ressources humaines, s'ajoute le manque de maîtrise dans les procédures de travail dues à l'interprétation des textes réglementaires d'application.

Enfin, et cette fois-ci le DRH n'est pas totalement responsable de la situation, car il s'agit de l'absence des outils basiques et/ou futuristes de GR, à l'exemple de la nomenclature de postes de travail qui est la base de référence qualitative de tous les processus de la fonction RH, en matière de gestion collective et individuelle et en matière d'organisation.

A cet outil indispensable à tout développement des RH, on ajoute le manuel des procédures en RH qui est méconnu, le tableau de bord de GRH.

Sinon en ce qui concerne les nouveaux outils à la mode RH, ils sont aussi inexistantes à commencer par la fiche d'emploi ou de poste de travail.

Le bilan social, le turn-over, le plan de formation, le plan de communication interne..., ne sont pas exploités mais qui peuvent rendre d'énormes avantages en la matière.

3. Le système d'information et de communication au CHU

A. Aperçu sur le système d'information

Tant que la mentalité qui dit que quelqu'un qui a l'information a le pouvoir existe toujours, il est difficile de changer les mentalités d'un âge ou l'information quelle que soit sa nature est actuellement descendante de la tutelle vers le CHU..

Et l'information n'est latérale, ni ascendante du bas vers le haut, en matière de gestion.

Il existe des fois un black-out sur l'information et même des fois de la rétention ce qui est préjudiciable pour les personnels car ils existent des lourdeurs en la matière, même si avant tout cette information les concernent d'une manière ou d'une autre.

En tout état de cause si l'information au niveau du CHU n'est pas partagée entre tous les concernés, et même les supports comme les tableaux d'affichages ne sont pas normalisés, il n'y a point de contrat moral à respecter d'une part et d'autre part entre les chefs supérieurs et les subordonnés, et ce contrat s'appelle également management et cela est aussi une condition sine qua non de changement vers une gestion performante des ressources humaines et leur valorisation.

B. Absence de plans de communication interne

Un système de communication interne est tributaire d'une culture où les informations sont partagées et fluides.

La communication interne est au cœur du management, elle lui sert d'appui pour son efficacité, et participe à la construction d'un contexte favorable à la mise en place de dispositifs structurels de susciter l'engagement et accroître la motivation des acteurs.

Actuellement les responsabilités des managers se situent entre l'exigence d'efficacité et la nécessité de motiver, la communication s'impose comme un levier dans le développement du leadership managérial, et contribue à forger une identité forte et valorisée de l'organisation et renforce la créativité des agents et la solidarité collective.

Or, ce qui est vécu actuellement au CHU d'Oran est tout le contraire, hormis une petite cellule de communication installée puis dissoute après quelques mois de travail de collecte d'article sur santé et le CHU.

Il faut noter aussi que la communication interservices hospitaliers ou avec les services logistiques et l'administration générale est souvent noyée dans des considérations bureaucratiques.

4. La situation des conditions de travail et motivation au CHU

A. Insuffisances en matière de conditions et de médecine de travail

Le CHU d'Oran présente ce paradoxe de prodiguer des soins, même hautement spécialisés, ainsi que des séjours hospitaliers à un chiffre important de patients par an, mais présente des insuffisances en ce qui concerne la santé de ses propres employés, comme s'il allait de soi qu'ils prennent en charge leur propre santé, ce qui est en contradiction avec la réglementation qui stipule en son article 2 l'obligation de tout organisme employeur de créer un service de médecine de travail ou au moins d'en assurer cette mission ce qui est stipulé dans son article 15.

Le service de médecine du travail du CHU n'assure pas actuellement les visites périodiques et systématiques, donc il ne peut dépister les maladies professionnelles et à caractère professionnel, il n'assure pas également les missions d'inspections et d'éducation, de sensibilisation et d'information sanitaire, qui peuvent prévenir de beaucoup de pathologies professionnelles, les toxi-inflexions alimentaires collectives et les accidents de travail par ce travail de sensibilisation et d'information.

Enfin pour l'article 22, il n'a pas fait appel au médecin du travail, dans le cadre d'un comité ou en tant que conseiller pour l'amélioration des conditions de vie de travail au sein de l'organisme employeur et qu'on sait que le personnel hospitalier est exposé à différents dangers d'accidents du sang, hépatite B, etc.

En tout état de cause, les conditions optimales de travail ne sont pas réunies, de même que l'hygiène dans les bureaux, les ateliers (risque de tétanos) et les risques biologiques, radioactifs, chimiques et physiques.

Pour la protection collective et individuelle, le personnel n'échappe pas aux nuisances et au manque de confort, comme le manque du chauffage et de la climatisation dans les bureaux, et le risque des accidents de travail, pour les employés des ateliers qui n'ont pas d'équipements de protection (gants et casques) adéquats et le personnel paramédical et médical qui utilisent parfois des produits dangereux, dans les laboratoires et les services ne sont pas pris en charge dans le cadre de la médecine de travail, pour améliorer les conditions de vie.

Les agents d'hygiène subissent des nuisances en manipulant les déchets hospitaliers et les travailleurs sont transportés dans des bus insalubres, tout comme certains de leurs bureaux et ateliers.

L'hôpital devient ainsi l'ennemi de son personnel, il soigne d'un côté et rend malade de l'autre, ce qui est facteur de démotivation ; car l'hôpital peut devenir un danger potentiel caché pour ses employés. Car il ne protège ni leur santé, ni améliore leur bien être.

La réhabilitation de la fonction de la médecine de travail est la condition sine qua non de la réussite de toute promotion et développement des ressources humaines.

5. Etat des lieux du recrutement et plan de gestion des ressources humaines

A. Etat des lieux du recrutement

Actuellement on constate au CHU d'Oran, à l'instar des autres établissements de santé, l'absence d'une réelle politique de recrutement du personnel qualifié médical, paramédical et technico-administratif.

Cela est du en partie à la manière dont sont définis les besoins du CHU en matière de recrutement par le biais du plan annuel de GRH et ensuite par le suivi de l'opération, car seulement 75% des postes à pourvoir doivent émaner du recrutement externe et les 25% restants du recrutement interne, certes valorisant pour certains personnels, pour leur progression professionnelle, mais qui peut néanmoins être dans le moment du besoin.

On remarque que le CHU est obligé de se plier à la procédure qui l'empêche d'acquérir les compétences dont il a besoin, ces dernières lui sont imposées et il est doublement pénalisé car non seulement on lui impose des postes budgétaires mais également l'amputation d'acquérir à sa guise la moitié du personnel à recruter.

Bien que le CHU soit doté d'une personnalité morale et d'une autonomie financière, il n'en demeure qu'il ne peut recruter selon les besoins exprimés par ses services, car il est tenu de respecter la procédure de l'approbation du plan annuel des ressources humaines qui est document administratif et un support qui limite excessivement les nouveaux recrutements tant interne qu'externes, et cela n'est pas étonnant du fait qu'il a été instauré au milieu des années 1990, à l'époque des réajustements structurels connus par notre pays être imposé par le fonds monétaire international dans le cadre du rééchelonnement de la dette extérieure.

Et si on prend en considération les besoins exprimés par rapport à ceux réalisés, on trouvera que seulement 5 à 10% de ces besoins ont été satisfait.

Pour la procédure du recrutement en aval souffre d'insuffisances, allant de l'analyse des postes à pourvoir à la sélection du profil du candidat déterminé, et au choix de ce dernier.

Il y a aussi cette incapacité des CHU de se doter de compétences qui peuvent se trouver à travers les candidatures spontanées, les petites annonces, et ainsi que les réseaux des relations

personnelles qui ne sont pas complaisantes, car après tout, le CHU n'est pas sûr de dénicher le meilleur candidat quand il organise un recrutement sur la base d'un concours sur épreuves ou même sur titre, il doit sélectionner, et cette tâche n'est pas réalisée.

Les tests d'aptitudes pour les emplois d'exécution et les tests psychotechniques (s'ils sont appliqués) liés à l'intelligence et aux connaissances ne se déroulent pas toujours dans de bonnes conditions, les testeurs eux-mêmes n'y sont pas toujours bien préparés et qualifiés pour cette tâche de sélection, et même si la fonction publique ne demande pas souvent le critère de l'expérience professionnelle, il n'en demeure que les aptitudes relationnelles, les tests prospectif et les inventaires de personnalités doivent exister et pourquoi ne pas faire des questionnaires afin de déterminer le dynamisme, la sociabilité, l'autorité, l'orientation et le style de travail et enfin la nature émotionnelle et la dépendance des futurs recrues.

Ainsi on peut demander aux professeurs chefs de services de siéger pour ces entretiens d'embauche ce qui n'est pas le cas maintenant, ou on ne réussit pas à connaître le savoir du candidat, son savoir-faire, ainsi que son savoir être ou savoir faire-faire d'une manière exacte. Enfin, la procédure d'intégration du nouveau recruté depuis son intégration, à son adaptation et son intégration fait aussi défaut, le nouveau recruté est lâché dans la nature du CHU, sans tuteur n'est suivi pour le complément d'apprentissage, car le recrutement ce n'est pas uniquement la sélection c'est aussi un levier de régulation par l'induction.

B. Le plan annuel de gestion des ressources humaines

Depuis l'instauration du plan annuel de gestion des ressources humaines, prévu notamment par le décret exécutif n°95/196 du 29 avril 1995, beaucoup d'établissement publics à caractère administratif, tels que les CHU ont vu leurs marges de manœuvres en matière de recrutement se rétrécir considérablement, car depuis cette date le CHU est tenu d'établir le plan de gestion des ressources humaines en fonction des disponibilités budgétaires (postes budgétaires) et les dispositions statutaires et réglementaires en vigueur, et celles-ci tiennent compte d'impératifs financiers, pour un secteur de service très sensible.

D'ailleurs, ce document ne peut prétendre être un plan, il est au plus un support basique car de par sa composition : 13 tableaux répartis en 3 parties ou tout s'enchevêtre, il est difficile alors de parler de gestion prévisionnel d'optimisation du recrutement, et même s'il est acceptable de par sa présentation, son approbation par les services de la fonction publique et lors de son exécution.

Ainsi, ce document exigé par l'article 6, bis du dit décret a pour objet d'arrêter les opérations devant être réalisées au cours de l'année budgétaire est notamment celles relatives :

- Aux recrutements (qui sont réduits et limités et avec des justificatifs à l'appui, comme la création d'un nouveau service hospitalier) ;
- Les promotions et les qualifications professionnelles ne sont pas toujours décidées convenablement et qui sont elles aussi très limitées (15% de l'effectif global) et cela est lié aux difficultés de choisir, puisque les critères ne sont pas toujours faciles à appliquer et à réunir pour les agents (l'ancienneté et l'expérience) ;
- Le produit de la formation, du perfectionnement et du recyclage ne sont pas claires, ce qui n'encourage pas à élaborer les différents programmes de chacun de ces types de formation ;
- Aux mises à la retraite, il est à signaler que les postes vacants à cause des départs de la retraite, démissions, licenciement, décès sont systématiquement annulés.

6. Etat d'évaluation des personnels du CHU

Actuellement, la méthode d'évaluation des personnels de l'hôpital consiste seulement au périodique de l'agent sur le support de notation

Les tableaux d'avancement sont remplis et ne reflètent guère les attentes des employés qui ne sont pas satisfait généralement car, ils veulent tous passer à la minimale (2 ans), l'autre incohérence est celle qui consiste à faire avancer les cadres qui ont un grade supérieur ou une fonction ou poste supérieur d'un échelon chaque deux ans sans réelle évaluation car cela se fait systématiquement au niveau du ministère de la santé.

Même si certains spécialistes de l'économie de la santé invoquent que les prestations hospitalières sont immatérielles, on ne peut mettre tous les employés sur le même pied d'égalité en matière d'avancement, cela créera de la démotivation, engendrée par une façon inégale d'évaluer.

Il faut préciser que l'évaluation est un processus qui vise à apprécier un individu au regard des critères et objectifs à atteindre et définis au préalable, ce qui n'est pas le cas au CHU qui reste loin de la performance car celle-ci recherche les meilleurs résultats et donc les meilleurs évaluations.

Le système de notation obéit à des règles statutaires et réglementaires qui sont contenues dans les différents textes réglementaires relatifs à la notation et à la procédure d'avancement.

La note est annuelle, trop espacée et elle n'est prévue pour des unités organisationnelles et elle est prise pour le calcul d'indemnités et primes diverses, qui sont périodiques (mensuelles ou trimestrielles) comme celle de la performance ou du rendement avec des critères rigides et exécutifs (fixés par voie réglementaire) et qui sont dans la plupart des cas abstraits, vagues et rigides et l'appréciation qui s'ajoute à la note pour compléter l'évaluation est superficielle, et enfin ce système de distanciation occulte le dialogue entre le notateur et les employés.

Cette action centralisée et autoritaire est donc plus une procédure bureaucratique qu'un acte de gestion.

Les objectifs de la notation sont orientés principalement sur le comportement du fonctionnaire, sa manière de servir et non pas sur son rendement.

7. La politique de formation au CHU

Le décret exécutif n° 96-92 a stipulé en son article 3 que la formation continue est une obligation pour les établissements publics à caractère administratif, et dans ce cas le bilan du CHU, 10 ans après sa promulgation est plutôt moyenne.

Certes chaque année des journées médicochirurgicales sont organisées et quelques actions en formations en langue anglaise et non en anglais médical ainsi que quelque sessions d'initiation à l'informatique et à la bureautique et de cours de recyclage et de perfectionnement, mais l'évaluation et le contrôle de ces actions ne se fait pas régulièrement.

Actuellement, il n'y a pas une conception des plannings, ni des actions de formation et encore moins des programmes qui constitueront des véritables plans de formation qui doivent être triennaux ou du moins annuels et même si les organismes habilités à cette formation existent, on ne fait appel à eux que rarement (école paramédical, l'institut national de santé publique, l'école de santé publique) ainsi l'incertitude de la formation continue en matière de gestion des hôpitaux, car il y'a des années ou aucune action de formation n'est réalisée.

On remarque aussi, le vide autour des établissements de formation privés et étrangers auxquels le CHU peut faire appel en cas de besoin et l'absence d'un appel d'offres, étant donné que c'est la tutelle qui gère ce point global de finances, en plus l'absence d'un comité de pilotage composé de représentant décisionnels, de la logistique, et autres intervenants pour orienter la réalisation des plans de formation et leur évaluation pour apporter les mesures correctives.

8. La fonction ressources humaines

Considérée comme l'une des plus importantes structures administratives de l'établissement, eu égard au rôle prépondérant qu'elle joue dans la gestion et le fonctionnement du CHU.

La direction des ressources humaines est constituée des services et bureaux suivant :

a. La sous direction des personnels :

- Le bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues ;
- Le bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs techniques et de service ;
- Le bureau des effectifs, de la régulation et de la solde.

b. la sous direction de la formation et de la documentation :

Elle comporte :

- Le bureau de la formation ;
- Le bureau de la communication.

Outre la tâche de la gestion des ressources humaines qui lui est collée traditionnellement, et qui se résume dans les activités de recrutement, de formation, de promotion, de mutation et de gestion du système salarial et indemnitaire, la direction des ressources humaines assure également la gestion administrative, fonction qui consiste essentiellement en l'application de la réglementation en vigueur et du droit du travail en général, en plus de l'entretien des relations avec les partenaires externes, à savoir le ministère de la tutelle, les services de la fonction publique, les agences d'emploi ainsi que d'autres organismes tels que la sécurité et la caisse de retraite.

Cependant, la tâche primordiale de cette direction demeure surtout la préparation du plan annuel de gestion, son exécution, son suivi et son évaluation conformément au tableau des effectifs et en collaboration avec les services de la fonction publique.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Les données qui émergent de l'investigation du terrain nous ont permis de dresser un portrait plus clair de la gestion des ressources humaines du CHU d'Oran.

L'étude des différents processus liés à la gestion des ressources humaines montre un déficit à plusieurs niveaux, ce qui corrobore notre hypothèse de base à savoir que le CHU ne disposerait pas d'une véritable politique de gestion des ressources humaines.

Ainsi, nous pouvons résumer les résultats de notre analyse comme suit :

1. La fonction ressource humaine

La fonction ressources humaines est confiée à jouer uniquement un rôle d'administration du personnel. Elle ne dispose ni des moyens ni de l'intention nécessaires pour s'ériger au rang d'une fonction stratégique.

2. La politique de l'emploi

Les deux approches statique et dynamique de l'enquête ont démontré que le CHU n'a pas une approche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Elle ne dispose d'aucun outil qui favorise cette approche (référentiel des métiers, fiches de postes...).

A. Le recrutement

Le recrutement ne suit aucune politique managériale, il revêt un caractère plutôt arbitraire fortement influencé par des considérations politiques. Rare sont les mesures pour accompagner un recrutement et œuvrer dans le sens de sa réussite.

B. L'évaluation des compétences

Les critères d'évaluation fixés par la réglementation semblent ne plus traduire la contribution effective de chaque agent.

L'évolution du système d'évaluation du personnel hospitalier devient inéluctable.

Cette nouvelle conception de l'évaluation repose sur la mise en place d'entretiens annuels d'évaluation.

Fondé sur le respect et le dialogue, cet acte majeur de management modifie les rapports évalués/évaluateurs au sein de l'hôpital.

Le personnel devient acteur de sa propre évaluation et prend conscience de sa réelle valeur professionnelle. Il se sent alors reconnu.

C. La formation

La formation reste un levier du développement et de stimulation des ressources humaines pas du tout exploité par le management de l'hôpital. Les besoins en formation sont réels et pressants, les employés souffrent de ce déficit et affichent clairement leur mécontentement vis-à-vis de cela.

2. Le support à la gestion des ressources humaines

A. Le style d'organisation et de management

En ce qui concerne l'organisation du CHU, le cadre juridique dans lequel il évolue ne lui permet pas de mener à bien les missions qui lui sont dévolues. Le statut de l'établissement public à caractère administratif auquel est astreint ne permet pas une gestion souple, la composition des organes de gestion insuffisante, et leurs attributions limitées par l'intervention de la tutelle qui porte atteinte à l'autonomie de décision des établissements sanitaires. Le management participatif est quasiment absent du raisonnement managérial.

B. Le système de communication et du dialogue social

Le système de communication est quasiment absent, la communication reste dans la majorité des cas informels, l'accès à l'information opération pénible.

Quant au dialogue social, les relations qui lient les employés à leurs représentants restent mitigées par de la méfiance. Le contrepois social reste dans ce cas faible et au dessus des aspirations.

C. Motivation et conditions de travail

Absence d'une politique de motivation à même de stimuler les compétences et favoriser la performance. Pour les conditions de travail reste à améliorer.

Dans le prochain chapitre nous allons tenter de développer des recommandations concrètes pour remédier à ces défaillances

CHAPITRE 2

**MISE EN PLACE D'UN MANAGEMENT DES
RESSOURCES HUMAINES PERFORMANT ET
ADAPTE AU SEIN DU CHU D'ORAN**

INTRODUCTION DU CHAPITRE 2

Intégrer la dimension ressources humaines dans la stratégie de l'entreprise est aujourd'hui une nécessité reconnue. Les directions générales savent que les structures et les hommes peuvent donner un avantage compétitif à leur organisation. Elles adoptent une stratégie de développement humain et social en harmonie avec la stratégie économique. Elles attendent de la fonction ressources humaines une forte valeur ajoutée, au service de la compétitivité. Le directeur des ressources humaines devient partenaire d'affaires.

Dans ce chapitre nous tenterons de proposer des recommandations qui contribuent à palier les faiblesses qui empêchent actuellement les ressources humaines du CHU d'Oran à jouer leur rôle pour le développement de leur hôpital.

A travers ces recommandations, nous allons fournir des réponses au problème principal de l'étude « Comment instaurer un management des ressources humaines dans le CHU d'Oran ? ». Les recommandations approcheront également le problème principal selon une perspective plus générale.

SECTION 1. LA FONCTION RESSOURCES HUMAINES, UNE FONCTION MANAGERIALE A PART ENTIERE

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, le recrutement, la formation, l'évaluation des compétences, la motivation et les conditions de travail, la communication et le management participatif sont devenus des facteurs de la compétitivité de la performance des organisations.

La fonction ressources humaines couvre l'ensemble de ces domaines au service du développement humain et de la performance des organisations. Fonction de plus en plus partagée, elle s'éclate et se répartit dans toute l'organisation. Tous ceux qui assument des responsabilités dans le management y participent.

Au niveau du CHU d'Oran, cette fonction est encore loin d'intégrer les dimensions d'une gestion des ressources humaines moderne. Dans ce qui suit nous allons proposer des recommandations qui nous paraissent, à la lumière des différentes analyses, essentielles pour moderniser la fonction des ressources humaines du CHU d'Oran.

Ces recommandations visent la mise en place d'une fonction ressources humaines qui soit dotée :

- D'une mission claire et d'une structure adaptée ;
- Des outils nécessaires à un fonctionnement optimal ;
- Des outils de pilotage permettant l'évolution et le partage de la fonction.

Ces recommandations sont détaillées comme suit :

1. Reconfiguration de la fonction ressources humaines

A. Une nouvelle mission pour la fonction ressources humaines

Une mission doit être clairement attribuée à la fonction ressources humaines du CHU. C'est à partir de cette mission que les principaux objectifs à atteindre par la fonction vont se décliner.

Nous pensons que la principale mission de la fonction ressources humaines serait de :

- Développer le rôle d'accompagnatrice de tout changement ;
- Prendre en charge la mise à niveau des ressources humaines en terme de savoir et de savoir faire ;
- Prévoir les compétences nécessaires et adaptée à l'évolution du CHU.

B. Une nouvelle structure pour la fonction ressources humaines

La fonction ressources humaines ne dispose pas des composantes essentielles pour une fonction ressources humaines performante, il est indispensable de réorganiser cette fonction.

La nouvelle fonction devra s'inscrire dans une logique de développement des ressources humaines au service de ses clients internes que son le personnel hospitalier. Sa structure devra définir et piloter l'ensemble des processus suivants :

- Le pilotage et l'innovation de la fonction ressources humaines ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et de l'ensemble des leviers de ce processus : la formation, le recrutement et l'évaluation des compétences ;
- La gestion administrative du personnel.

Sur le plan pratique, nous préconisons ce qui suit :

- Attribuer une mission claire à la FRH ;
- Assigner des attributions claires et formalisées à la FRH ;
- La fonction ressources humaines cible doit s'organiser en structure capable de prendre en charge les processus fondamentaux de la GRH.

C. Renforcer qualitativement l'équipe GRH

L'équipe RH actuelle souffre d'un déficit apparent à la fois en information sur la stratégie du CHU et en formation sur le domaine de son activité. Il est ainsi proposé de :

- Faire partager aux équipes de la FRH les enjeux du CHU liés à la GRH, et mettre en relief leur rôle fondamental dans la performance de l'ensemble ;
- Former ces équipes et les responsabiliser ;
- Spécialiser et responsabiliser chaque membre de l'équipe sur un processus GRH.

2. Mise à disposition des outils nécessaires à un fonctionnement optimal

A. Optimiser la gestion administrative des ressources humaines

La gestion administrative du personnel doit réaliser des gains de productivité.

Elle est, en effet, très lourde et empêche la FRH d'évoluer vers des tâches à plus forte valeur ajoutée tels que la GPEC ou la formation.

Ces gains pourront être réalisés par une meilleure répartition des tâches ainsi qu'avec une automatisation de certains traitements administratifs. Le recours à l'outil informatique devient une réussite absolue.

B. Doter la fonction RH d'un système d'information

Mettre en place un SIRH (système d'information de la fonction RH) ne se pose plus en terme d'opportunité car il s'agit d'une nécessité, mais plutôt en terme d'organisation et de changement à opérer pour en tirer le meilleur profit.

En effet, avec les technologies de l'information, l'organisation des ressources humaines de l'entreprise est profondément modifiée. Libérée de ses tâches purement administratives, la fonction ressources humaines peut désormais se consacrer à son rôle essentiel : le management et la valorisation du capital humain de l'entreprise.

Au niveau du CHU, la direction des ressources humaines est noyée dans des tâches administratives, répétitives, lourdes et sans valeur ajoutée pour le développement du capital humain. Sortir de ce cadre devient une urgence, le SIRH dans ce contexte est la clé incontournable.

Dans le contexte actuel du CHU, une démarche d'évolution progressive est fortement conseillée. Il s'agit dans un premier temps d'opter pour un SIRH ouvert et évolutif qui vise l'automatisation du volet administratif de la FRH et dans un deuxième temps intégrer les autres aspects de la GRH.

3. Des outils de pilotage au service de l'évolution et du partage de la fonction

A. Se doter des outils de pilotage

Bien entendu, ces outils ne peuvent se construire que suite à une démarche de modernisation beaucoup plus de la gestion des ressources humaines. Ils sont, aussi, l'aboutissement d'un schéma directeur ressources humaines traduisant l'expression d'une réelle volonté politique en matière de GRH, formalisé à travers un document qui fixe ses grandes orientations pour les années à venir, et qui précise aussi la façon dont celles-ci vont être mises en œuvre.

Ces outils sont donnés ici à titre indicatif :

- Référentiels des emplois ;
- Les fiches de description de postes ;

- Le bilan social ;
- Les procédures de recrutement ;
- Le développement des compétences.

B. Responsabilisation des managers sur leur contribution à la gestion des RH

La gestion des ressources humaines est une fonction de plus en plus partagée, elle éclate et se répartit dans toute l'organisation. Tous ceux qui assument des responsabilités dans le management y participent.

Partant de là, tous les processus RH sont forcément partagés entre l'entité en charge de la gestion des ressources humaines et les entités de l'organisation.

Dans ce cadre les managers doivent assumer d'une part leur rôle de DRH de proximité et d'autre part leur responsabilité quant à la performance globale de la gestion des ressources humaines au sein de leur organisation.

4. Le suivi des ressources et des besoins : des outils de pilotage au service d'une stratégie claire

Faire face au sentiment de manque permanent de personnel constaté lors du diagnostic nécessite tout d'abord d'objectiver ce constat. Afin de mieux piloter la politique de ressources humaines, la première étape consiste donc à faire un état des lieux fiable de l'écart entre les besoins en personnel et les ressources disponibles.

A. L'amélioration du suivi des ressources et des besoins.

Dans ce contexte, il s'agit de mettre en place un véritable suivi des ressources en personnel en rapport avec les besoins exprimés.

- Un suivi actuel sommaire

Le suivi actuel de l'adéquation entre ressources et besoins en personnel se caractérise par son aspect sommaire.

- A transformer en un véritable contrôle de gestion

La plupart des établissements ne disposent pas aujourd'hui des éléments d'information nécessaires pour allouer de façon pertinente les ressources en interne. Il faut introduire une méthodologie conduisant au recensement, à la mise en forme et à l'exploitation de données pertinentes. Mais cette démarche n'a de sens que si les outils d'information ainsi produits deviennent de véritables outils de pilotage ayant un impact sur l'élaboration des plans de l'établissement

Cette démarche s'inscrit dans une politique de développement du contrôle de gestion appliqué aux ressources humaines. Défini comme l'ensemble des procédures de suivi, de mesure et d'évaluation (permanente ou ponctuelle), ainsi que d'analyse comparée et concertée des activités, des résultats et des coûts en termes quantitatifs et qualitatifs, le contrôle de gestion est fondé sur le développement d'outils tels que les tableaux de bord. Bien renseignés, les tableaux de bord sociaux peuvent devenir des outils d'analyse et d'aide à la décision précieux dans différents domaines de gestion des ressources humaines, de manière ponctuelle ou systématique.

D'une part, les tableaux de bord sociaux peuvent jouer un rôle déterminant dans les choix de la politique de ressources humaines. Dans le cadre du développement de la GPEC, la connaissance d'informations telles que l'âge moyen des agents, le taux de turn-over, le nombre de formations, l'absentéisme peuvent se trouver à l'origine de décisions stratégiques importantes répercutées dans le projet social, la politique de recrutement ou le plan de formation.

D'autre part, les tableaux de bord sociaux doivent permettre d'asseoir les décisions non plus sur des ressentis mais sur des données objectives et favoriser par conséquent, leur légitimité et leur acceptation. Il en est ainsi de l'adéquation entre l'activité et la dotation en personnel d'un service. Les informations relatives à l'activité et les ratios qu'il est possible de tirer entre indicateurs d'activité et indicateurs de moyens alloués doivent permettre des comparaisons et des réajustements progressifs entre les services.

A ces tableaux de bord peut s'ajouter, afin de compléter l'information nécessaire à la prise de décision, un outil classique d'information : le bilan social. Bilan annuel constitué d'informations précises et variées sur les ressources humaines, le bilan social permet d'avoir une vision synthétique de la gestion des ressources humaines de l'établissement que n'offrent pas les tableaux de bord.

B. Des outils de pilotage au service d'une stratégie partagée

- L'élaboration d'un bilan social et la définition de tableaux de bord

S'agissant du bilan social, il faudrait ajouter quelques indicateurs bien ciblés, dont par exemple :

- Une pyramide des âges, pour l'établissement et par catégorie d'agents.
- L'âge moyen du personnel, pour l'établissement et par catégorie d'agents.
- L'âge moyen des départs en retraite, pour l'établissement et par catégorie d'agents

(permettant de préparer les départs à la retraite au regard de la pyramide des âges).

-Le taux de turn-over, pour l'établissement et par catégorie d'agents.

-La part de nouveaux agents dans le personnel, pour l'établissement et par catégorie d'agents.

-Le nombre d'agents formés sur l'année, pour l'établissement et par catégorie d'agents. De même pour le nombre de journées de formation.

Concernant les tableaux de bord, il s'agit d'élaborer et de produire de manière périodique des tableaux comportant, pour l'établissement et par unité de soins, des données d'évolution et des mesures d'écarts par rapport à des données comparatives recueillies de façon homogène. L'élaboration des tableaux de bord doit s'organiser autour de la fiabilité de l'information et de la régularité de l'information produite.

- Proposition d'indicateurs de l'activité :

-Le nombre de lits de l'établissement / de l'unité de soins.

-Le GMP de l'établissement / de l'unité de soins.

- Proposition d'indicateurs des forces de travail :

-Le nombre d'ETP (effectif réel) de l'établissement / de l'unité de soins.

Le tableau des emplois présentant l'information à l'un instant T, il ne rend pas compte du véritable volume d'emplois dont l'unité de soins a bénéficié sur la période. C'est pourquoi il est nécessaire de recourir à un décompte en mensualités, qui seul permet d'avoir une approche cumulative, intégrant les départs, les arrivées et les variations de quotité de temps de travail des agents sur la période.

-Le nombre de journées travaillées dont a bénéficié l'établissement / l'unité de soins.

L'analyse porte alors sur la présence effective au travail et non plus sur la seule évaluation de type budgétaire donnée par le décompte des mensualités.

Ces éléments peuvent être déclinés en fonction des catégories d'agents : soignants, infirmiers, aides-soignants

L'intérêt des tableaux de bords sociaux est ensuite de mettre en regard, d'une part les différentes aides ponctuelles qui ont été attribuées à l'unité sur la période (internes), d'autre part les différentes absences non planifiées (c'est-à-dire hors congés et repos normaux : arrêts maladies, accidents du travail et congé maternité). L'unité de mesure la plus pertinente semble être la journée travaillée ou non travaillée.

Enfin, à partir de toutes ces données factuelles, les tableaux de bord sociaux peuvent présenter une batterie d'indicateurs clé d'ordre plus qualitatif, tels que : le nombre d'ETP par lit, le taux d'absentéisme, l'âge moyen des agents, le nombre moyen de journées en formation, le taux de turn-over.

- Une démarche participative d'utilisation de ces outils

On le voit, les éléments contenus dans les tableaux de bord sociaux sont particulièrement sensibles. Aussi, l'acceptation de ce nouvel outil est-elle subordonnée à un effort de communication en interne.

Tout d'abord, le travail préparatoire à l'élaboration des tableaux de bord (définition des indicateurs pertinents) doit pour ce faire être soumis à des personnes ressources (notamment le cadre de santé), en lui demandant si les indicateurs lui paraissent pertinents, s'il faut en envisager d'autres...

Ensuite, ce projet d'introduction de tableaux de bord doit faire l'objet d'un important effort pédagogique, afin de leur expliquer l'objet des tableaux de bord sociaux, leurs modes d'analyse et leur utilisation. Il est important de mettre en avant l'utilité que recouvrent ces outils, c'est-à-dire l'utilisation d' « un langage commun, à partir d'outils partagés autour desquels peut s'organiser une communication non cloisonnée » et une approche objective de sujets plus ou moins délicats. De fait, les termes « poste budgétaire, poste de travail, emploi, agent, effectif théorique, cible, rémunéré, disponible, absentéisme, ETP » doivent être clairs pour tous. Ainsi, une définition des termes qui portent à confusion pourra être placée en préalable aux tableaux de bord. Cette démarche transparente devrait contribuer à limiter les incompréhensions et les malentendus et à atténuer les craintes que la mise en place d'un contrôle de gestion ne manque pas de générer.

Enfin, un soin particulier doit être accordé à ces questions de méthodologie et de démarche, dans la mesure où l'objectif du contrôle de gestion est de favoriser le partage des informations utiles à la décision. Ainsi, lors de la distribution périodique des tableaux de bord, une réunion pourrait être organisée afin d'analyser les évolutions en cours et proposer des solutions. Ces réunions doivent se faire avec le cadre de santé et les référents des services, qui, du fait de leur proximité avec le terrain, peuvent donner des explications à des évolutions tendanciennes (départs ...). « Il s'agit de ne pas tomber dans les excès d'une approche trop technicienne, en conservant à l'esprit que les outils de pilotage ne portent pas leur fin à eux-mêmes, mais ne valent que par la dynamique d'apprentissage collectif qu'ils déclenchent et alimentent ». Une fois la mesure des ressources et des besoins effectuée, il faut les mettre en cohérence.

Avant de s'attacher aux aspects plutôt « qualitatifs » de la question (amélioration de l'accueil, du recrutement, promotion de la formation ...) qui seront traités dans la prochaine partie, deux pistes d'ordre « quantitatif » méritent d'être abordées. A personnel soignant constant, elles devraient permettre d'adapter les ressources aux besoins et ainsi améliorer les conditions de travail.

SECTION 2. OPTIMISER LE PROCESSUS DE RECRUTEMENT

1 – Les préalables à mettre en place

A. Une gestion partagée

L'ensemble des directions partagent un territoire de la GRH basé essentiellement sur le recrutement et l'affectation. La collaboration DRH et les différentes directions pourrait ne pas être simple à instaurer. Les problèmes de coordination, parfois source de conflit et de dépenses inutiles d'énergie, ont été mis en évidence. La collaboration est indispensable, chacune des différentes directions détenant une expertise complémentaire. Chaque acteur dans son domaine de compétence possède une valeur ajoutée impliquant une vision sous un angle différent. Elle permet un co-management et légitime l'action des deux partenaires.

Grâce à la définition d'objectifs et d'une politique GRH connue, ce partenariat doit permettre une vision commune et partagée de la GRH.

Cette réflexion, à notre avis, s'impose. Elle doit aboutir à l'élaboration d'une charte de fonctionnement entre les différentes directions définissant une organisation du travail, les rôles respectifs, utilisant un langage commun et permettant un partage de l'information. Cette charte permettra notamment aux collaborateurs d'identifier avec précisions les tâches dévolues à chaque direction.

Des réunions régulières doivent être organisées pour optimiser ce partenariat. Nous pensons qu'une réunion mensuelle est nécessaire.

Ce travail de concertation préalable est à nos yeux indispensable pour obtenir une unité et un consensus sur cette activité et constitue une des bases essentielles du management.

B. Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à développer

Cette programmation relève, comme nous l'avons précisé, en priorité du rôle du directeur des ressources humaines en raison notamment des aspects financiers. Néanmoins, de part la connaissance du personnel soignant et l'identification des besoins présents et futurs tant quantitatifs que qualitatifs qu'elle suppose une collaboration avec le directeur des soins s'impose. Elle est source d'efficacité, d'adéquation optimale des solutions retenues, d'adaptation de la politique de formation professionnelle et continue. L'idée essentielle et partagée étant que l'établissement assure le présent, affronte l'avenir et établisse des prévisions de gestion des ressources humaines. L'expertise de terrain du directeur concerné sera alors un atout dans cette prévision.

Ainsi, tout poste vacant mis au recrutement résultera d'une analyse préalable concernant l'intérêt de son remplacement et la qualification souhaitée. En effet, des transformations de poste, des restructurations seront parfois nécessaires à identifier pour permettre le développement ou le maintien des activités.

Nous préconisons le partage des informations entre l'ensemble des directions concernant le tableau des emplois, le plan de formation, mais aussi la construction de tableaux de bords communs spécifiques à la GPEC. Ceux-ci seront transversaux mais aussi réalisés pour chaque service : situation des effectifs, perspectives d'évolution du personnel soignant, impact simulé des évolutions de structures, simulation annuelle des flux. Ils sont indispensables à la détermination des moyens.

C. Une politique de recrutement définie et évolutive

Le marché de l'emploi, bien que de plus en plus difficile, est très variable d'un établissement à l'autre et en particulier d'une région à l'autre. Il impose outre la définition d'une politique de formation précise en lien avec la GPEC, une adaptation de la politique de recrutement. Toutefois précisons qu'il s'avère actuellement indispensable que les établissements aient cette réflexion afin d'anticiper et de ne pas atteindre un niveau critique de sous effectifs préjudiciable au fonctionnement de l'établissement ou imposant des réorganisations importantes de l'activité. L'engagement de la direction générale dans ce projet est indispensable.

Il est donc nécessaire que les établissements confrontés à des difficultés mettent en place des méthodes de recrutement offensives, et développent leur attractivité. La concurrence entre établissements s'accroissant, pourront recruter plus facilement ceux qui se seront donnés les moyens de diffuser l'information et de se rendre les plus attractifs. Ce contexte va induire pour les établissements une nécessité d'être plus performants et innovants dans leur politique de recrutement. Le DRH et l'ensemble des directeurs seront partenaires dans la réflexion et dans la mise en œuvre de cette politique.

Nous citerons 3 niveaux d'intervention :

- **La prospection** qui se voudra efficace, avec diffusion de l'information au niveau régional mais aussi national ;
- **Les conditions d'embauche qui seront attractives** avec une réflexion sur la nature du contrat, la durée de la période de stage, la possibilité ultérieure de formation continue ;

- **Les actions favorisant l'attractivité de l'établissement et améliorant les conditions de vie des salariés** telles que proposition d'hébergement.

La créativité des professionnels concernés par la mise en œuvre de cette politique sera un facteur d'efficacité. Des conseils "marketing" pourront être recherchés. Cette étape devient un préalable indispensable à la mise en place d'une procédure de recrutement.

D. Des profils de fonction, de service et de poste généralisés

Afin d'adapter les nouveaux agents aux besoins de l'établissement, il est indispensable pour le recruteur de connaître les profils des fonctions, des services et des postes. Ainsi le recruteur mais aussi le recruté peuvent se positionner par rapport aux missions de la fonction, connaître le cadre professionnel, les compétences exigées et les attentes. Ces profils sont donc nécessaires non seulement au recrutement et à l'affectation mais aussi à l'évaluation. Il faut les considérer comme les référentiels de l'exercice professionnel.

Ces documents validés par la DRH et l'ensemble des directions seront des outils communs. Ils ne doivent en aucun cas être trop idéalisés mais comporter les contraintes liées à la fonction, au service et au poste de travail lui-même. Enfin, un profil de poste est évolutif, sa réactualisation devra être prévue.

2. Plan d'action institutionnel

L'objectif de cette procédure est d'être attractif pour recruter la bonne personne, l'affecter au bon endroit, favoriser son adaptation afin de la rendre efficiente rapidement et ainsi favoriser l'optimisation des ressources humaines et la qualité des soins.

Deux axes principaux sont à prendre en compte dans l'élaboration d'une procédure de recrutement :

- Inscrire le plan de recrutement dans une logique institutionnelle afin de permettre sa transversalité.
- Formaliser une procédure de recrutement globale en s'appuyant sur les référentiels de compétences.

A. Inscrire le plan dans une logique institutionnelle

Le plan définit en partenariat entre DRH et l'ensemble des directions, il devra obtenir l'approbation de la direction générale afin d'être inscrit dans une logique institutionnelle, négocié et validé.

Il sera exposé pour avis aux différentes instances, tels que le conseil d'administration et les différents comités. Le but étant de créer des équipes compétentes, efficaces donc cohérentes afin d'assurer la meilleure prise en charge thérapeutique possible.

B. Formaliser la procédure de recrutement

a. Définition des besoins

* Elle repose sur des outils objectifs

La détermination des besoins quantitatifs et la répartition du personnel sont des éléments incontournables.

* Elle anticipe les besoins

Sachant que l'activation d'un recrutement nécessite un délai abordable, il sera nécessaire d'identifier précocement les besoins en recrutement afin d'éviter les sous-effectifs. Ceci impose à l'encadrement d'avoir une bonne connaissance des mouvements et des absences potentielles des agents. La rencontre individuelle avec les agents à propos de leur projet professionnel et personnel, lors des entretiens d'évaluation, par exemple, en sera un bon support.

b. Une démarche de sélection coordonnée

- Coordination de la DRH et les directions concernées

Il permettra de clarifier qui fait quoi comment et quand lors du déroulement de la procédure.

Document formalisé, validé par la DRH et les directions concernées, inclus dans la charte de fonctionnement, il est opposable à tous les intervenants et permettra l'information des professionnels.

- Entretien de sélection

Le principe doit être celui de l'expertise conjointe de la DRH et les directions concernées. La direction des ressources humaines portera un regard institutionnel, vérifiera les données administratives et informera sur la gestion des carrières. La direction concernée se centrera sur le profil du candidat.

Les entretiens seront menés soit conjointement par la DRH et les directions concernées soit séparément dans la même journée. L'objectif étant de donner une réponse le plus rapidement possible afin de réduire l'attente du candidat et d'éviter les fuites vers d'autres établissements.

La réalisation d'une grille d'entretien s'impose, afin d'avoir des données fiables, structurées et identiques pour chaque candidat. Elle recueillera des informations sur les pré-requis, les forces, les faiblesses, les aspirations et la personnalité du candidat.

- Affectation

Dans une logique de décentralisation de la GRH, nous pensons que les cadres supérieurs doivent être impliqués dans la décision d'affectation s'il y a plusieurs postes à pourvoir. Cette participation à la décision d'affectation est un facteur de motivation et de satisfaction.

c. Une démarche d'intégration en trois étapes

La démarche consiste à engager l'ensemble du personnel dans une démarche qui permet aux nouveaux agents de :

- Se situer au sein de l'établissement comme un professionnel, avec des responsabilités, des missions, des tâches en vue de garantir la qualité de ses services, en lien avec la politique de l'établissement.

- D'appréhender sa nouvelle fonction dans les meilleures conditions psychiques, relationnelles et techniques.

Elle comprend trois étapes :

- Un accueil institutionnel commun à tout le personnel et géré par la DRH ;

- Un accueil collectif du service concerné ;

- Un accueil individuel dans l'unité de soins.

Chaque étape fera l'objet d'un document écrit intégré à la procédure globale de recrutement.

- L'accueil institutionnel

Une journée d'accueil institutionnel sera organisée pour l'ensemble des professionnels. La fréquence des journées d'accueil sera définie en fonction de la taille de l'établissement et du nombre de nouveaux professionnels à accueillir.

L'objectif de ces journées est de donner des repères en apportant des éléments de base sur le fonctionnement de l'établissement et sur la gestion des carrières dans la fonction publique. Elles favorisent l'acquisition d'une culture d'entreprise et aident l'agent à se situer dans l'institution.

- L'accueil collectif du service concerné

Organiser dès la première journée d'embauche, les cadres en seront les principaux acteurs. L'encadrement sollicité est sensibilisé et impliqué dans une activité commune centrée sur des valeurs partagées.

- L'accueil individuel

C'est un moment fort pour le nouvel embauché. Il va faire connaissance avec son lieu d'exercice professionnel. Cette étape capitale doit être rigoureusement préparée.

C. L'évaluation de l'agent

Il s'agit de mesurer concrètement les effets de la procédure mise en place. Elle repose sur des entretiens réguliers. Le référentiel de compétences sera complété par l'agent à chaque évaluation. Les acquisitions seront notifiées. Un contrat de progression sera alors construit avec des objectifs.

Deux types d'évaluations sont à distinguer :

-L'évaluation formative ayant pour fonction la régulation et une aide à l'apprentissage Interne à l'unité, elle implique le tuteur et le cadre.

-L'évaluation normative, plus tardive que la précédente, mesure l'écart entre le profil de poste et les prestations de l'agent. Elle représente une échéance dans le processus d'adaptation.

SECTION 3. PLAIDOYER POUR UNE MISE EN OEUVRE D'UNE POLITIQUE DE GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES

1. La nécessité d'une gestion prévisionnelle

En réalité, les institutions publiques y compris les établissements sanitaires assurent une simple gestion administrative de leur personnels, cette administration des personnels ne favorise nulle part une gestion prévisionnelle des ressources humaines au sens dynamique et managériale qui leur permet d'assurer une bonne politique de gestion des personnels, tout en s'appuyant essentiellement sur l'exploitation des données antérieures permettant de déceler les évolutions futures touchant les effectifs théoriques des emplois permanents, et le bon suivi des mouvements du personnel.

La normalisation en tant que démarche nécessaire et urgente se définit comme une action globale permanente et concentrée de rationalisation qui détermine le nombre, la qualification professionnelle et les conditions d'emploi, les effectifs des personnels nécessaires à l'accomplissement des missions hospitalières tout en conciliant les diverses contraintes physiques, techniques, administratives, économiques et financières de l'établissement hospitalier avec les attentes et les exigences du malade usager de cet établissement.

De plus, la situation économique difficile que traverse le pays, a réduit considérablement les ressources financières de l'hôpital public qui subit de surcroît, les difficultés financières, ajoutons à cela que la transition vers l'économie de marché impose aux gestionnaires du secteur de la santé de concevoir et de mettre en œuvre toutes mesures d'économie, de rationalisation et de réduction des coûts.

C'est dans ce contexte des ressources limités que l'hôpital public doit privilégier la normalisation des effectifs théoriques des emplois permanents, comme instrument de gestion afin d'atteindre certains nombre d'objectifs :

- Tel que la maîtrise des dépenses de santé et en particulier les dépenses du personnel.
- La normalisation des effectifs permettra aussi aux établissements sanitaires de déterminer leurs besoins au plan du nombre et au plan de la qualification professionnelle.

Cependant, les responsables hospitaliers sont appelés régulièrement à appliquer cette démarche de normalisation des effectifs en vue de définir la répartition harmonieuse de leurs

agents entre les différents services et les besoins réels de leurs établissements, aussi bien que l'évaluation quotidienne de la charge du travail prévisionnel du personnel en fonction des effectifs prévus.

On remarque que l'établissement sanitaire souffre d'un manque de qualification, et d'une absence de critères de recrutement qui se traduit par l'inadéquation entre emploi/ profit de poste dus à un manque de planification et de contrôle ce qui a provoqué l'augmentation des dépenses du personnel et par conséquent les dépenses de la santé.

Il nous paraît donc important d'introduire des textes qui permettent le recrutement par voie contractuelle pour pouvoir maîtriser les dépenses aussi bien que pour répondre quotidiennement et qualitativement aux besoins réels et immédiats de l'établissement sanitaire.

Pour ces raisons, la réglementation a fait une obligation aux institutions publiques y compris aux établissements sanitaires par le décret N° 95 – 126 d'établir un plan annuel de gestion des ressources humaines en fonctions des dispositions budgétaires, statutaires et réglementaires.

Ce plan de gestion a pour objet d'arrêter les opérations qui devront être réalisées au cours de l'année budgétaire et notamment celles relatives :

- Au recrutement ;
- Aux promotions ;
- A la formation, perfectionnement et recyclage ;
- A la mise à la retraite.

Ce plan est arrêté conjointement entre les institutions publiques concernées et l'autorité chargée de la fonction publique.

L'analyse de ces dispositifs montre que ce plan est très contraignant et ne permet plus une gestion planifiée et rationnelle des effectifs, car il impose aux gestionnaires d'un côté de respecter les pourcentages réservés à chaque mode de recrutement et d'un autre côté ne leur permet pas le droit de recruter librement pour pouvoir répondre aux besoins réels de l'établissement.

Le plan annuel de gestion des ressources humaines devrait être rationnel s'il avait pris en compte certains nombres d'éléments :

-L'autonomie de gestion comme un préalable indispensable pour que l'établissement sanitaire et leurs gestionnaires se trouvent dans un milieu favorable permettant la planification et la rationalisation.

-Les prévisions du plan doivent être déterminées à partir des données et des besoins exprimés réellement par l'établissement notamment les prévisions relevant du recrutement et de la formation.

2. Le suivi de la GPEC

La gestion prévisionnelle des ressources humaines nécessite aussi un bon suivi des mouvements internes des personnels au sein de l'établissement.

L'analyse du mouvement interne s'effectue à deux (02) niveaux :

- Au niveau des masses ou la direction du personnel : devra s'attacher à quantifier les mouvements, à déterminer les moyens de passage dans chaque catégorie professionnelle.
- Au niveau individuel pour évaluer le potentiel des individus.

En réalité, il y a plusieurs types de mouvements ou de mutations qui peuvent être recensés :

- Les individus peuvent entrer ou sortir de l'établissement ;
- Ils peuvent être promus à une fonction supérieure ;
- Ils peuvent se déplacer transversalement (c'est-à-dire occuper un poste différent mais à un même niveau hiérarchique dans la pyramide).

La maîtrise de tous ces mouvements passe inévitablement par l'instauration des bilans sociaux qui permettent aux gestionnaires d'exercer un contrôle ainsi que son suivi.

La pyramide d'âge est aussi un outil important qui permet de visualiser la répartition des agents par tranche d'âge :

- Soit pour la totalité des agents de l'établissement, soit par catégorie professionnels, soit par service.

Elle est aussi un outil essentiel pour la détermination des besoins futurs mais également pour poser un diagnostic dû à une situation présente.

La gestion prévisionnelle doit particulièrement prendre en compte les différents plans de développement de l'établissement sanitaire des différents projets à réaliser, et également du développement de la technologie et du savoir faire dans un secteur qui exige beaucoup de professionnalisme.

SECTION 4. RENOVER L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES

1- La place de l'évaluation des compétences dans la gestion des ressources humaines

A. La dimension stratégique de la gestion des ressources humaines

a. Le champ de la gestion des ressources humaines

La GRH est complexe, elle touche à :

- La gestion administrative et statutaire dont la notation, l'avancement, le recrutement, les rémunérations ;
- La gestion financière, d'une part individuelle, dans le cadre des modalités de rémunération, de primes et indemnités et d'autre part, collective au travers de la maîtrise de l'évolution de la masse salariale ;
- La gestion des compétences caractérisée par l'approche métier. Elle intègre l'évaluation, la formation, la promotion des agents et induit des perspectives en terme de recrutement ;
- La gestion de l'organisation du travail au travers des situations réelles de travail, s'intéressant plus particulièrement aux conditions de travail.

Il s'avère que l'évaluation des compétences est un processus en interface avec l'ensemble des champs d'action de la GRH et qu'elle partage le même objectif global de disposer, à l'endroit requis et en temps et en heure, des compétences nécessaires en nombre suffisant...pour faire face aux missions de chacun des secteurs d'activité de l'institution hospitalière.

b. Les finalités de la gestion des ressources humaines

Il est essentiel de positionner la GRH dans le cadre des missions de l'établissement. A quoi servent les professionnels dans une structure donnée ? Là est le sens premier d'un dispositif de gestion des ressources humaines et notamment du dispositif d'évaluation des compétences basé sur la professionnalisation, la qualité du service rendu. Par conséquent, la dimension stratégique est primordiale car il s'agit de doter l'établissement de personnels capables d'activer la mise en œuvre du projet d'établissement, dans toutes ses composantes : projet médical, projet de soins, projet social, projet qualité, projet logistique, projet du système d'information. Faire face aux évolutions technologiques, aux orientations en matière d'offre de soins, aux normes sécuritaires nécessitent de la clairvoyance, une grande adaptabilité, une bonne réactivité. Comment réaliser cela sans anticiper et faire évoluer la 1ère ressource de l'hôpital : ses hommes ?

Le dispositif d'évaluation des compétences est basé sur la qualité de la prestation, en lien avec les activités réelles de chaque professionnel.

c. La spécificité de la gestion des ressources humaines

Il nous semble que la mise en œuvre de la GRH nécessite, au préalable une réflexion éthique et que toute personne appelée à gérer des hommes doit se poser, en permanence, la question de la juste décision, dans le cadre, bien sûr, des dispositions légales et réglementaires en vigueur... Comment prendre en compte à la fois, la dimension collective et la dimension individuelle,... concilier justice sociale et efficacité économique ?

Cette approche est véritablement le cœur de la GRH et contribue à en définir sa dimension stratégique.

En effet, il s'agit de maintenir la motivation individuelle, de maintenir un climat social serein, d'impulser des compétences individuelles au profit d'une compétence collective pour répondre à un projet commun. La projection de chacun, à la fois dans la réalisation de son parcours professionnel et dans sa contribution à l'évolution de la structure, clarifie la conception de l'homme au travail et pose la base éthique de la GRH. Le professionnel est une richesse et non un coût pour l'institution. Comment maintenir et faire fructifier cette richesse ? L'évaluation des compétences est un outil basé sur la recherche et la réponse aux aspirations individuelles, la recherche et la réponse aux exigences professionnelles inhérentes au métier, aux activités. La dimension sociale, l'adhésion des personnels et des partenaires sociaux sont incontournables car maintenir la motivation ne peut se réaliser que dans un climat de travail serein où la confiance, le dialogue, le respect, la responsabilisation sont intégrés. Ainsi, la démarche d'évaluation des compétences est formalisée dans le projet social.

B. Le processus d'évaluation des compétences au cœur des autres processus de GRH

La place de l'évaluation ou la mesure des écarts entre compétences requises et compétences existantes est centrale dans le système de gestion des ressources humaines. L'analyse de cet écart retentit sur tous les autres processus de GRH.

L'évaluation des compétences génère l'identification des besoins en formation, induit des possibilités de mobilité interne, d'orientation professionnelle, de reconversion. Le temps de l'évaluation donne des informations sur les souhaits de changement de temps de travail, les évolutions en termes d'organisation du travail. La faisabilité et la mise en œuvre de ces évolutions sont en lien avec les données environnementales que sont la démographie des personnels, le turn-over, le marché de l'emploi, l'évolution des qualifications. Les autres éléments interférents également sur les prises de décision sont les orientations stratégiques de l'établissement, les nouvelles technologies et les nouvelles fonctions.

Les décisions prises en matière d'évolution de carrière passent par l'appréciation des potentiels et ont des conséquences sur la rémunération à plus ou moins long terme. Un dispositif d'évaluation des compétences peut avoir aussi des répercussions sur le partage de la prime.

Toutes les décisions prises en interne rejaillissent sur la politique de recrutement à adopter pour obtenir la meilleure adéquation hommes/postes de travail.

C'est en ce sens que l'évaluation des compétences est un levier à une approche systémique de la GRH ; elle est au carrefour de tous les processus intégrés dans la politique de GRH. L'évaluation n'a de sens que si elle est suivie d'effets. C'est dans cette optique que la démarche d'évaluation prend tout son sens, devient cohérente. Il s'agit de la faire vivre pour que les professionnels, à tous les niveaux, perçoivent cette ligne directrice, cette ambition, ce renversement de passer de la gestion des compétences à la gestion par les compétences.

2. Les outils d'évaluation des compétences

A. Le dossier d'évaluation

Le dossier d'évaluation peut comprendre la fiche de poste, la grille d'évaluation, le contrat d'objectifs et les moyens afférents (formation, mission spécifique...), les perspectives (promotion, départ,...).et la fiche de notation.

Les outils à élaborer sont des référentiels de compétences, des profils de fonction et de poste. Pour les réaliser, il est intéressant de se servir des documents de base tels que les référentiels métiers.

La grille d'évaluation reflète le référentiel des compétences réalisé à partir des activités définies dans les profils de postes. L'évaluation porte sur la façon d'agir, les modalités d'action que chaque personne met en œuvre. Il s'agit de définir préalablement, au niveau institutionnel, le niveau de compétence requis pour le poste puis de définir, pendant l'évaluation, le niveau de compétence réelle.

B. L'entretien d'évaluation

Il est obligatoire et permet le dialogue constructif.

a. La phase de préparation

Elle concerne le cadre évaluateur et l'agent évalué. Elle est réalisée sur la base de la grille d'évaluation. Il est conseillé que l'évaluateur ait noté, durant l'année, les principaux faits significatifs relevés lors de situation de travail et le contenu des échanges ayant fait l'objet de réajustement avec l'évalué. La phase de préparation informelle est continue et la phase de préparation formelle intervient 15 jours à 20 jours avant la date de l'entretien.

b. L'entretien

Il permet de formaliser l'essentiel des échanges intervenus pendant l'année. Le déroulement est préalablement formalisé et connu de l'ensemble des personnels.

- La définition des différentes composantes de l'activité et la cotation des niveaux de compétences ;

Elles sont concertées et se réalisent sur la base du référentiel de compétences. La recherche de consensus aboutit à la formalisation d'un argumentaire, la formalisation d'objectifs de progression et des moyens afférents.

- La phase prospective

Elle concerne la formalisation des perspectives et aspirations de l'agent en terme de mobilité, changement de temps de travail, départ, promotion, mission spécifique...

- La notation

La fiche de notation est utilisée pendant l'entretien pour proposer à la direction la ventilation des points, la note globale et l'appréciation factuelle, concise et précise. Là aussi, l'évaluateur et l'évalué recherchent la concertation.

- Le bilan sur l'organisation du service

Le bilan et les propositions de l'évalué relatifs à l'organisation du travail au sein du service constituent la dernière étape de l'entretien.

Toutes les pièces pendant l'entretien sont conservées par l'évaluateur pendant 5 ans. Les pièces administratives sont remises à la direction pour appliquer la procédure administrative réglementaire.

L'évaluateur prépare une synthèse des informations recueillies relatives au fonctionnement du service. Celle-ci fait l'objet d'une réunion d'équipe pour définir ensemble les réajustements à

mettre en œuvre. Cela favorise la cohésion et la participation de chacun à l'amélioration de l'organisation du travail.

C. La banque de données pour la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Au-delà des données classiques renseignées par la direction (pyramide des âges, tableau des effectifs, fichier des mouvements,...) nous proposons d'utiliser toutes les informations notamment issues de l'évaluation. La formalisation des moyens pour répondre aux objectifs contractualisés et des perspectives de chaque individu peuvent se retranscrire dans un fichier informatique partagé. Il peut être renseigné à tout moment, le temps de l'évaluation sert à valider annuellement son contenu. L'accès aux données s'organise de la façon suivante :

- l'agent peut consulter ses données ;
- le cadre a accès et inscrit les données concernant son service ;
- le cadre supérieur a accès et inscrit les données concernant son secteur d'activité ;
- le directeur des ressources humaines a accès et inscrit les données sur l'ensemble de l'institution.

L'encadrement et le directeur des ressources humaines se renseignent en temps réel. Les données peuvent être prévisionnelles et effectives.

Cet outil est une aide à la décision en matière de gestion des ressources humaines, il permet l'observation, l'analyse, l'anticipation, la responsabilisation de tous les acteurs. Il sert à la stratégie globale de l'établissement.

SECTION 5. DEVELOPPER LES COMPETENCES PAR LA FORMATION

1. Changer les pratiques

L'organisation de la formation est un acte fondamental de management. Les plans de formation concourent en particulier à l'apprentissage d'une culture d'entreprise.

Manager se traduit par la faculté pour tout chef d'établissement de parvenir à anticiper ses besoins. A cet égard, le responsable formation est un promoteur aux changements de l'entreprise. Il doit :

-Traduire les besoins en formation, étape essentielle

Tout d'abord, toute entreprise a un besoin renouvelé en compétences qu'elle traduit en besoins de formation. Ce besoin de formation donne lieu à un recueil de besoins de formations qui sera traduit en objectifs pédagogiques pour répondre à ces besoins. Les actions de formation sont dès lors la mise en œuvre de ces besoins précédemment traduits.

-La formation commence après le stage

Le suivi de formation est une partie intégrante de la formation en ce qu'il constitue une phase supplémentaire et non subsidiaire ; de fait, il représente le nœud de la réussite des objectifs de formation en s'essayant à répondre non pas à l'utilité de la formation car cela reviendrait à convenir que le choix n'était pas pertinent au regard des besoins d'un service ou de l'établissement, mais de son application. Ce suivi permet de profiter des connaissances acquises, de rentabiliser l'investissement initial.

Par ailleurs, il s'agit d'évaluer les formations dans leur aspect quantitatif. Ainsi, ces formations sont-elles suffisantes au regard des applications que je juge nécessaires ou bien nécessitent-elles d'être réorientées ? Il faut donc envisager des grilles d'évaluation systématique des formations reçues.

A. Centrer la carrière des agents autour de la formation continue

Il s'agit pour l'établissement d'instrumentaliser la formation continue afin de permettre une meilleure prise en compte des compétences des agents. A cette fin, il peut-être envisagé plusieurs actions.

-Organiser des rendez-vous de carrière

A partir des besoins de l'établissement et des agents, il est permis d'imaginer des parcours de qualification pour chaque agent où son déroulement de carrière serait ponctué de rendez-vous

avec le directeur des ressources humaines et, dans le cas du CHU, d'une personne désignée et formée. On peut aller plus loin en imaginant des clauses obligatoires de rendez-vous servant à la fois à actualiser les connaissances et à rattacher les formations reçues à l'expérience de terrain.

-Un lien entre formation continue et formation initiale.

De même, afin d'accroître la formation reçue en cours de carrière, il conviendrait de faire un lien avec la formation initiale. Ainsi la formation reçue est toujours en lien avec le passé et l'avenir.

Le chef d'établissement dans cette logique organise le sens des actions de formation entreprises au regard des objectifs de l'établissement. Cela suppose, au cours de l'entretien initial d'emploi, de lister les formations acquises et d'en assurer l'actualisation à travers une fiche individuelle. C'est aussi, et surtout, l'occasion de prendre acte des souhaits des agents et d'opérer un repérage des potentialités, des volontés, du dynamisme de certains agents.

Ainsi, la formation doit être mieux planifiée au cours de la carrière et les programmes de formation doivent être élaborés en cohérence avec les parcours professionnels.

-Un lien fort avec la gestion prévisionnelle des emplois et compétences

En effet, le lien entre formation continue et les emplois et compétences nécessaires à l'établissement est un acte important. A cet effet, il serait performant pour l'établissement de créer un répertoire des métiers qui soit à disposition des agents pour leur permettre de se projeter dans une qualification autre, et ainsi de permettre aux agents de savoir quelles sont les possibilités de carrière tant dans la fonction publique que dans l'établissement.

Cette gestion n'entend pas ici être exclusive à l'établissement mais doit créer une synergie entre établissements en décloisonnant les acquis en matière de compétences.

B. contrôler et suivre l'investissement – formation

-Mieux recenser les besoins de formation

La formation ainsi inscrite dans une dynamique plus adaptée à la carrière des agents doit faire l'objet d'une meilleure compréhension par le chef d'établissement tant du point de vue du recensement des besoins que du point de vue de l'évaluation.

En tout premier lieu, il convient de mieux recenser les besoins. A cet effet, chaque service pourrait se doter d'un correspondant chargé de la formation en dehors du cadre de service.

Une personne ressource en la matière permet d'instaurer un dialogue sur la formation en dehors de tout aspect hiérarchique.

De même, cette personne ressource est à même d'assurer un lien entre le responsable cadre et les agents en offrant un regard neutre quant aux intérêts divergents quelquefois entre l'établissement et les agents.

Par ailleurs, le cadre peut s'adjoindre un associé en matière de formation peut se révéler efficace car le cadre ne peut dans cette optique être juge et partie. Enfin, ce dispositif offre l'avantage de faire remonter des demandes plus assurément conformes aux besoins de la structure.

Sans nul doute ce recensement est un énorme travail mais il permet au moment des choix d'apporter clarté et simplification tant pour les agents que pour les décideurs.

-Mettre en œuvre l'évaluation

A cet égard il faut distinguer deux temps ; celui de l'évaluation et celui du suivi de formation qui permet la mise en application des savoirs appris. Ces deux phases distinctes ne sont pas antinomiques mais se complètent, le suivi précédant l'évaluation.

Ainsi la formation doit faire l'objet d'une évaluation systématique. Il s'agit pour l'établissement d'aller au-delà des simples rapports commentant les bénéfices de la formation. Il faut élaborer des méthodes d'évaluation, notamment en s'appuyant sur les cahiers des charges de formation, il est possible de mettre en place des procédures d'évaluation performantes.

En ce qui concerne le suivi de la formation, il faut bien appréhender les enjeux qui sont liés car cette phase est une étape fondamentale du management de la formation comme outil d'optimisation des compétences. En effet, manager la formation, c'est savoir l'intégrer dans une politique globale des ressources humaines de l'établissement mais aussi suivre l'investissement opéré en la matière.

Ce mode de fonctionnement n'a pas ici de visée coercitive mais bien au contraire une intention de valoriser le savoir des agents en leur permettant de partager et ou de faire connaître telle ou telle formation au retour de stage. L'établissement dans cette démarche a toutes les chances de récolter à la fois un personnel plus impliqué et de produire une synergie entre agents.

En tout état de cause, ce type de management et l'opportunité de suivre l'investissement –formation est essentielle au regard de la réduction des stages au moment de l'achat formation mais aussi afin de rentabiliser à court terme les acquis des stagiaires.

Au regard des connaissances en apprentissage, il faut prendre en compte les trois temps indispensables à la mise en place et à l'intégration des connaissances. Il faut planifier et organiser au moment de la rédaction du cahier des charges un temps à la fin de formation dit à « chaud », un temps trois mois après la formation et un autre temps à l'occasion d'une nouvelle formation.

De fait, pour rentabiliser, il faut investir en personnel en charge de suivre l'investissement et sans nul doute afin de récolter le fruit de tous ces acquis, il faut former une ou plusieurs personnes ressources à cette dimension. Cette méthodologie suppose à la fois d'associer outre les agents formés, le cadre de service, le directeur et le formateur.

C. Créer une dynamique partenariale interne et externe

Dans cette prospective d'amélioration de la formation continue, il est possible d'envisager une ingénierie pédagogique plus innovante comme la formation de service, la formation – action ou l'introduction des cours à distance «la e-formation ou la formation en ligne.

-L'auto-formation ou l'échange inter-services

Il s'agit, à partir de l'expérience de chacun, de produire des formations intra muros. Les canadiens appellent cette stratégie employée énormément dans les pays anglo-saxons « la formation par les pairs ». Elle repose sur le postulat que les personnes apprennent mieux dès lors qu'elles opèrent une identification positive avec l'apprenant.

Les agents expérimentés peuvent ainsi constituer une équipe mobile notamment en direction des services de court séjour en charge de personnes malades ou bien encore favoriser les échanges des personnels entre différents secteurs.

Cette synergie positive est tout à fait probante lors des remplacements entre services car elle donne l'occasion à nombre d'agents de découvrir un milieu et des pratiques.

-La formation en ligne, former par internet : une éventualité à exploiter

Les nouvelles technologies quant à elles peuvent faire bouger le monde de la formation professionnelle. Cette introduction des cours à distance bouleverse en tout état de cause notre approche de la formation professionnelle.

Pour le chef d'entreprise, elle permet à l'heure de la réduction du temps de travail une plus grande flexibilité des temps de formation et se traduit par un coût moindre notamment grâce aux économies générées par l'absence d'hébergement, de transport, et de paiement des formateurs. Cependant, ce type de formation nécessite une plate-forme suivi importante comme le tutorat, ce qui relativise le coût généré.

Encore élémentaire, cette approche pourra constituer une aide aux établissements du domaine sanitaire et social qui se caractérisent souvent par un certain isolement géographique et permettrait d'aider des personnels en difficulté ou en impossibilité de s'éloigner de leurs obligations familiales.

Il reste que la formation continue, comme nous la connaissons aujourd'hui, permet un grand brassage des expériences et offre une « bouffée d'oxygène » non négligeable aux salariés.

2. Nécessité de la mise en place d'une stratégie

A. Implication des acteurs, rôle fondamental du directeur

Le cadre de service d'abord, de tels objectifs d'optimisation de la formation continue liés à la fois à la carrière des agents et au suivi des formations ne sont possibles uniquement que s'ils soient garantis par les implications des acteurs.

Notamment, il faut au chef d'établissement l'assurance que les cadres sont impliqués et responsabilisés quant à la mesure des formations et aux besoins de l'établissement.

Pour renforcer son efficacité dans une telle stratégie, la formation doit avoir des alliés : le cadre de service qui doit marquer son intérêt pour la personne de retour de formation afin que celle-ci puisse réinvestir ses apprentissages.

Il lui faut, dans cette perspective, s'assurer de former les cadres et les personnes en charge directe du programme de formation. En effet, ils auront en charge de préciser clairement les objectifs des formations demandées et mettre par écrit les objectifs de réalisation du stagiaire.

De même, dans cette logique de participation seule garante de réussite, il lui faut associer les représentants des syndicats.

Par ailleurs, d'une façon plus directe, il est tout à fait intéressant que le directeur puisse s'impliquer lors de formations intra muros en prenant le temps d'ouvrir des sessions de

formation afin de démontrer que toute formation, quel que soit son contenu, est un investissement et, à ce titre, est suivi de près par le chef d'entreprise comme étant une plus value à l'établissement.

Enfin, le directeur doit permettre le renforcement de l'assise institutionnelle de la formation. En effet, il lui appartient de valoriser le pôle formation en le citant comme passage incontournable à l'optimisation des ressources humaines de l'établissement. En consacrant un véritable service distinct mais voisin du service du personnel, en formant les responsables formation, il construit sûrement sa politique de management de la formation professionnelle continue des agents.

Véritable maître d'œuvre, le directeur peut prétendre à l'optimisation des compétences au sein de sa structure ainsi qu'à la création d'une dynamique d'échanges des savoirs. Pour la pleine réussite d'un tel dispositif, il faut au directeur entamer cette démarche de management de la formation de façon tout à fait progressive, seule garantie d'appropriation par tous les personnels.

B. Un conséquent travail préparatoire

Après avoir vu la nécessité d'une forte implication des acteurs et en tout premier du chef d'établissement, il s'agit ici de dresser les éléments préalables et nécessaires à la mise en place de la stratégie de formation.

-Un achat de formation plus complet

Cet achat doit désormais contenir un plan des formations des plus complets pour permettre l'optimisation des compétences. Notamment, il faut s'assurer de la participation du formateur au suivi de la formation sur le site de travail du stagiaire. Il est bien évident que tout formateur ne peut s'engager auprès de chaque stagiaire mais on peut imaginer et exiger un contact par voie téléphonique sous forme de rendez-vous ou bien d'un contact Internet déterminé en cours de stage. Pour plus de performance, chaque établissement devra désigner une personne relais en charge d'organiser et d'aider au lien de la formation entre le formateur et le ou les stagiaires.

-Déterminer les objectifs à atteindre

Les objectifs que l'on veut atteindre à l'issue de la formation doivent être déterminés dès la demande de formation. Il s'agit par cette stratégie de bien cerner la formation et le contenu afin de l'adresser aux personnes les plus aptes.

En effet, il est important dès la demande de formation au cours d'un entretien, de déterminer le niveau d'autonomie du stagiaire.

Ainsi, il faut connaître le degré d'attente du demandeur, en l'occurrence savoir s'il s'agit de maîtriser des outils, de se valoriser ou de développer des connaissances.

Si le stagiaire ne peut apporter de réponse, il s'avère que la demande initiale est peu ou pas encore appropriée. Ce qui sous-entend qu'il faut à l'agent clarifier ou bien mûrir sa demande. Cet éclaircissement initial est primordial car il conduit dès l'arrêt du choix par l'agent et la commission de formation à l'engagement moral de mise en application des connaissances.

Ainsi le stagiaire s'engage dans une dynamique de partage définie dès le départ selon trois objectifs suivants la nature du stage. Il devra soit capitaliser ses connaissances en veillant à les entretenir à l'aide de différents outils que chaque responsable formation devra lui proposer, ou bien s'engager à mettre en application ses connaissances, ou encore opter toujours en concertation avec son responsable hiérarchique à partager les savoirs acquis en cours de stage en généralisant les acquis du stage.

La réussite de tels engagements suppose de bien concevoir en amont le suivi, de veiller à l'implication de tous les acteurs et d'organiser la démarche. Notamment cette démarche devra se baser sur une définition des outils choisis le suivi, prévoir un accompagnement sur le terrain, contenir les supports du suivi et les outils de l'évaluation du suivi.

En tout état de cause, le suivi de formation suppose une organisation rigoureuse, étayée par des objectifs précis.

-Un contrat moral non coercitif

Certains établissements mettent en place des chartes de formation. Le formé contracte un contrat moral avec la structure qui, en lui rappelant ses droits en matière de formation professionnelle, lui fait obligation de se rallier à un devoir de partage de connaissances.

Sans aucune assise juridique, ce document est cependant intéressant tant il montre la volonté des managers de suivre leur investissement et de ce fait d'engager le stagiaire. Mais pour atteindre pleinement son objectif ce contrat nécessite une préparation ciblée sur les objectifs précis du stagiaire en jouant sur sa participation et sur celui du formateur ; de même pour

éviter un contrat léonin, il convient dans ce type de contractualisation que l'établissement s'engage à donner les moyens au stagiaire à la mise en place de ses acquis.

C. Des outils pour l'exploitation de la formation

Le retour de formation des agents est un élément clé pour l'établissement. Il concerne à la fois la valorisation de l'effort entrepris par les agents et permet la mise en application des connaissances.

Il faut à cet effet établir le plan de suivi avec les acteurs en même temps que le choix de formation.

Il s'agit donc d'élaborer un plan organisé dès la demande de formation entre l'agent, le responsable hiérarchique et le formateur. Ce plan vise à ce que les connaissances acquises soient utilisées au retour de formation.

Ainsi, la personne n'a pas le sentiment d'être contrôlée à son retour mais, bien au contraire, doit se sentir valorisée puisque l'établissement compte sur son savoir.

En matière de suivi de formation, il faut préciser que la réalisation concerne autant le stagiaire que le formateur, le responsable de la formation à l'établissement, et le responsable de service.

Le suivi en tout état de cause repose sur une démarche qui repose sur la définition des outils, prévoit l'accompagnement, conçoit en amont les supports à se suivi.

Trois objectifs concourent à permettre de suivre l'investissement formation. Ils cherchent soit à permettre de continuer à apprendre après le stage, soit à faciliter la mise en œuvre des connaissances ou bien à permettre le partage des savoirs.

De ces trois objectifs, découlent des actions ; pour chacun des trois objectifs des actions simples sont possibles à mettre en place et sont extraites de l'ouvrage de MARC DENNERY²¹⁵ :

- Premier objectif : *capitaliser les connaissances.*

Cet objectif s'adresse aux formations de type métier ou bureautique par exemple. Il vise à maintenir ou développer les connaissances apprises en stage. Basé sur le procédé psychologique suivant : on retient mieux les informations apprises si on les a classées

²¹⁵ M. DENNERY, *Piloter un projet de formation*, Paris, Edition ESF, 2008, p35.

organisées. De même, on retient les connaissances dès le retour. Il s'agit donc de favoriser le travail de récupération. Le questionnaire de structuration des connaissances (QCS) est un outil favorisant la mémorisation, de même que le résumé de formation à destination de ses collègues.

Les actions consistent en la lecture d'un dossier entre les sessions ou bien répondre à un questionnaire de structuration des connaissances pour le stagiaire.

Dans cette option, le formateur et le responsable de service s'engagent à construire les questionnaires de connaissances et à évaluer à six mois les connaissances.

- Deuxième objectif possible de suivi de formation : *appliquer les connaissances*

Cet objectif vise quant à lui à permettre l'amélioration des performances ou bien l'accompagnement des changements dans le métier. Il concerne plus spécifiquement les formations de management ou bien le développement personnel ou le métier.

L'action qui en résulte doit permettre au stagiaire ainsi qu'au responsable de service de se fixer un objectif concret à atteindre «je mettrai en place telle procédure à l'issue de mon stage...»

Le formateur doit, le dernier jour de stage, organiser avec le stagiaire la planification concrète de l'action préalablement choisie. Le responsable veille à l'application de l'objectif et aidera à sa mise en place. Quant au responsable de la formation de l'établissement, il doit réaliser un entretien de dix minutes environ avec le stagiaire pour parler de l'objectif à atteindre dans l'établissement.

Ce dispositif de retour de formation nécessite que l'on mette à disposition du stagiaire un tuteur, un guide qui l'écoute, l'oriente et encourage les efforts de l'apprenant. Dès lors, cela suppose de former les accompagnants afin qu'ils puissent être à même de suivre les stagiaires. Dans cette optique, on peut aussi envisager un accompagnement externe comme par exemple le formateur qui resterait en lien avec le stagiaire, ou bien l'accompagnement par un expert.

- Troisième objectif : *il faudra au stagiaire généraliser les connaissances de stage.*

Cet objectif qui concerne plus particulièrement les formations métier effectuées en groupes permet le développement qualitatif des savoirs au sein des services. Le stagiaire doit être en mesure de transmettre ses connaissances au reste de l'équipe. Le formateur, dans cette optique, devra rester à la disposition du stagiaire, le responsable de service participera à la validation des nouvelles connaissances appliquées sur le terrain. Le responsable de formation doit quant à lui s'assurer que le suivi de formation a bien lieu.

De fait, il s'agit de démultiplier le savoir au sein de l'institution. Cette technique est bien entendue d'un grand intérêt économique puisqu'un agent peut devenir à son tour formateur au sein de l'établissement. Le stagiaire devient stagiaire démultiplicateur.

Ce dispositif très intéressant nécessite cependant de la part du stagiaire à la fois des capacités pédagogiques et une forte implication, une motivation à travailler ainsi de retour de stage.

En résumé, mettre en place le suivi de formation suppose de :

- définir les objectifs à mettre en œuvre à l'issue du stage ;
- établir le plan de suivi avec les différents acteurs concernés par le retour de formation ;
- réaliser effectivement ce suivi de formation ;
- évaluer à six mois l'effet du retour de formation dans le service.

Pour ambitieux qu'ils puissent apparaître, ces objectifs sont simples à mettre en place même s'ils supposent un très gros effort de conceptualisation en amont.

Il faut donc au directeur faire un « gros investissement » de départ tant en énergie qu'en temps de la part des personnes en charge de la formation continue.

SECTION 6. MODERNISER L'ORGANISATION

Compte tenu des contraintes du cadre juridique actuel de l'établissement sanitaire et son non adéquation avec ses missions et des difficultés rencontrées sur le terrain se pose la nécessité de rechercher un cadre juridique nouveau qui prend en charge les spécificités de l'établissement sanitaire.

Ainsi donc, nous préconiserons la nécessité de spécifier le statut de l'établissement sanitaire, les réalités du terrain devront être prises en considération dans l'organisation de ses structures, et enfin il est nécessaire de donner plus d'efficacité à l'organisation des structures Médico- techniques.

1. Le statut de l'établissement sanitaire doit être plus spécifique

A. Nécessité d'un cadre juridique plus souple

La gestion de l'établissement sanitaire assurant une mission de service public - principe de droit public – incombe à l'état, mais le fait que cet établissement est doté de l'autonomie, qui est un principe de droit privé, pose le problème de confier sa gestion, complètement à l'Etat.

D'ou découle la spécificité du mode de gestion de l'établissement sanitaire ; qui doit être soumis à un régime combinant à la fois le droit public et le droit privé.

Le statut de l'établissement public à caractère administratif paraît inadapté ce qui nécessite la recherche d'autre qualification qui lui sera propre ; celle ci tiendra compte du caractère d'établissement public à caractère spécifique.

Le statut de l'établissement public à caractère administratif est pourtant profitable à l'établissement sanitaire dans la mesure où il lui procure les pouvoirs découlant de la puissance publique ; grâce à laquelle, il ne peut être mis en faillite.

Pour casser la lourdeur des procédures actuelles et pour intégrer une certaine dynamique dans l'établissement sanitaire, la capacité de production ne doit pas être réglementée par l'autorité publique (ex : nombre de lits) qui ne définit pas directement l'offre de soins, mais les facteurs de production : capital (lits, investissements) et le travail (emplois médicaux), elle doit être inscrite dans la stratégie de l'établissement sanitaire.

Les règles de la commercialité doivent également être ajoutées au nouveau statut juridique de l'établissement sanitaire pour assouplir les procédures des différentes opérations.

Par exemple, le paiement au comptant au lieu des paiements tardifs des factures par le comptable en deniers (assignataire) de l'établissement, mais les problèmes juridiques seront, ici nombreux sachant que l'établissement sanitaire n'exerce pas d'activité de nature lucrative. Donc l'activité de l'Etablissement sanitaire n'est pas comparable à celle d'une entreprise industrielle ou commerciale classique ; l'établissement sanitaire est chargé d'une mission de service public, ce qui caractérise le champ de l'administration mais une entreprise économique ne cherche que son propre profit.

B. Des missions et des programmes d'activités plus précis

En vue d'assurer ses tâches de diagnostic, de soins, de prévention, d'éducation sanitaire, les missions dévolues à l'établissement sanitaire doivent être bien précisées dans un cahier des charges.

Ce cahier va détailler, au maximum les différentes tâches et missions de l'établissement sanitaire dans le but de leur bonne prise en charge. En plus, il doit suivre le cas de changement et de multiplication de ces missions pour permettre son développement.

Les programmes d'activité doivent être précisés et leur élaboration doit se faire sous forme de contrat pour chacun des services avec la participation efficace de toutes les parties concernées.

Le schéma directeur de l'établissement sanitaire, qui représente le plan général des différents projets et activités, doit contenir des projets médicaux, techniques et administratifs parce que ces trois domaines sont des domaines de base dans l'établissement sanitaire, et les projets concernant doivent figurer sur le schéma.

En vue d'arriver à un seuil de développement considérable, des projets pertinents seront créés pour chaque secteur d'activité.

Comme le domaine des urgences par exemple qui est un domaine sensible et qui demande une attention particulière, des programmes spéciaux doivent être réservés.

C. La tutelle jouera son rôle de conception, d'animation et de contrôle

La forte centralisation et le dirigisme excessif ont fait que la tutelle joue un rôle qui s'écarte de la conception qui est le sien. L'intervention de la tutelle doit être réduite pour donner toute l'initiative aux gestionnaires au niveau local en dotant ces derniers d'une véritable autonomie de gestion et de décision par une plus grande décentralisation.

La tutelle jouera alors, un rôle qui est le sien et qui consiste à concevoir, animer et contrôler, à travers :

- La diffusion d'informations et instructions nécessaires à la mise en œuvre des différentes missions relatives au système de santé ;
- Des instructions relatives à une certaine rationalité dans l'usage des structures, des activités et équipements ;
- La décentralisation de la politique de la formation pour mettre en disponibilité des personnels qualifiés ;
- Mettre en place une politique d'économie de santé, celle-ci s'intéressera à réaliser une certaine qualité et efficacité des soins fournis avec un coût minimum ;
- Chercher à développer les moyens et les mécanismes qui permettent une meilleure distribution des soins qui couvre toute la population ;
- Créer et encourager le travail structurel et sectoriel dans le cadre de la région sanitaire et au niveau du territoire national dans le but de la bonne prise en charge des problèmes majeurs liés à la santé ;
- La distribution des soins doit se faire à des niveaux hiérarchiques (soins primaires, soins intermédiaires et les soins de haut niveau) dans le but d'éviter la surcharge des structures qui se trouvent au sommet de la hiérarchie (ex : centre hospitalo-universitaire) et puis, éviter les problèmes d'organisation en plus de rendre la considération aux structures intermédiaires et celles de base ;
- Définir strictement, les tâches des organes de gestion pour que chacun assume ses responsabilités.

2. L'organisation des structures doit être adaptée aux réalités du terrain

A. Pour des organigrammes types pouvant être adaptés aux spécificités de chaque établissement de santé

L'organisation signifie un ensemble de structures qui sont en interaction entre elles par le biais de relations, soit horizontalement entre les services ou verticalement dans le cadre hiérarchique.

L'organigramme est un plan qui retrace les différentes structures et services composant l'établissement sanitaire (directions, services et bureaux) qui exercent des tâches précises et définies.

Cette organisation doit viser un fonctionnement correct du service public et permettre à l'établissement de dispenser des soins d'une manière complète, intégrée, hiérarchisée et coordonnée.

Quand on observe les organigrammes imposés aux établissements sanitaires, on se rend compte que les postes et les fonctions ne sont pas définis avec précision et que les attributions des différentes structures ne sont pas détaillées. C'est pourquoi, il est impérieux que les différentes tâches inhérentes à telle ou telle structure soient clarifiées et les diverses procédures y afférentes définies pour éviter des chevauchements et la non prise en charge de certaines activités.

Comment alors déterminer le profil du poste pour répondre à ces interrogations ?

A cet effet il faut :

- Donner la liste des activités que doit prendre en charge chaque agent concerné quelque soit son poste de travail.
- Déterminer les activités permanentes et les activités temporaires.

La définition du poste permet de réaliser :

- L'efficacité : C'est à dire que le fonctionnaire doit connaître exactement les tâches qui lui reviennent, ceci offrira plus de résultats et de rendement, mais aussi faciliter les relations au niveau horizontal, (entre services) pour éviter d'éventuels conflits.
- Les nominations dans les différents postes se feront exclusivement sur la base des compétences, c'est à dire que le recrutement se fera sur la base de la qualification plutôt que sur des critères subjectifs.

B. Pour des organes de gestion plus responsabilités

Dans tous les établissements sanitaires, on trouve un organe délibérant qui délibère sur toutes les questions relatives au fonctionnement de l'établissement, et un organe consultatif qui donne des avis et des recommandations dans les domaines médicales et techniques dont l'utilité n'est pas à démontrer.

a. Le conseil délibérant

A partir des insuffisances relatées en première partie on peut avancer ce qui suit :

En ce qui concerne le président de ce conseil, il n'y a pas lieu qu'il reste juge et partie, il faudrait qu'il soit élu parmi les professionnels de la santé siégeant au sein de cette assemblée.

La composition actuelle de ce conseil doit être complétée par :

- Des représentants de l'Etat (ministère de la santé et des finances).
- Des représentants de la sécurité sociale.
- Des représentants des collectivités locales.
- Des représentants de chaque corps des personnels à savoir le personnel de maintenance et paramédical.
- Des représentants des associations des usagers.
- Le président du conseil consultatif.
- Le directeur général assistant aux délibérations avec voie consultative et en assure le secrétariat.
- Des personnalités connues pour l'intérêt qu'elles portent à la santé sont évidentes.

Les principales attributions de ce conseil doivent être les suivantes :

- Etablir le règlement intérieur de l'établissement.
- Etablir le plan directeur de l'établissement.
- Définir la politique en matière d'investissement et d'équipement.
- Définir la politique d'emploi et de la formation.
- Etablir les prévisions budgétaires en recettes et en dépenses.
- Se prononcer sur les dons et legs et les contrats de concession.
- Coordonner avec le conseil consultatif, les actions relatives aux programmes d'aménagement, d'entretien des équipements médicaux ainsi que la libre décision de la création de nouveaux services ou de l'extension des autres.

b. le conseil consultatif.

Ce conseil doit comporter les membres les plus actifs, en outre il doit comporter en son sein :

- L'ensemble des chefs de services et des unités de soins.
- Des représentants des résidents.
- Des représentants du personnel paramédical.
- Des représentants des médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens désignés par leurs pairs.
- Des représentants de la formation médicale.

Ce conseil doit élire son président parmi ses membres, le directeur général de l'établissement assiste au conseil scientifique, il se réunit chaque fois que cela est jugé nécessaire sur demande de son président ou de la majorité de ses membres.

Ce conseil est chargé éventuellement :

- D'émettre des avis et des recommandations ayant trait au bon fonctionnement des services médicaux de l'établissement, il est obligatoirement consulté par le conseil délibérant sur les questions relatives aux programmes d'extension, de rénovation et de création des services hospitaliers.
- De proposer toute mesure susceptible d'améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention.
- De donner des avis sur les projets de programmes d'équipement.
- De participer à la répartition des effectifs en relation avec les activités des services.
- De participer à l'élaboration des programmes de formation en sciences médicales et de recherche médicale.
- De participer avec la Direction des Activités Pédagogiques et Médicales à la répartition des étudiants au sein des services médicales.
- De donner son avis sur la création ou la suppression des postes de travail.
- De participer à la commission nationale hospitalo-universitaire déléguant les représentants.

c. Le comité consultatif

Ce comité est chargé d'assister le directeur général dans ses missions, or la question est de savoir si le directeur général a besoin de cette assistance en plus de l'assistance des autres conseils ?

Il est préférable que ce comité soit dilué dans le conseil consultatif.

d. Le directeur général

Le directeur est le chef de l'établissement sanitaire, il est nommé par décret sur proposition du Ministère de la santé publique. Choisi parmi les professionnels de la santé, le directeur de l'établissement doit- être considéré effectivement comme le véritable chef et cela en le faisant sortir de cette situation inconfortable.

En effet, du rôle de gestionnaire il a été confiné dans le rôle de l'exécutant, de dépensier tout en mettant à sa charge les différents dysfonctionnements, retards et erreurs ...etc.

Il est par conséquent indispensable et urgent de l'investir totalement en qualité de chef de l'établissement de santé, en lui reconnaissant la qualité de manager, responsable à part entière de la vie de l'institution

Il doit avoir toute latitude en collaboration avec les autres organes de gestion et dans le respect des prérogatives de chacun, de prendre les décisions adéquates et nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement sanitaire.

Par ailleurs, le directeur général doit être libéré de toutes les contraintes subjectives qu'il subit actuellement afin qu'il puisse exercer son génie, ses compétences, ses aspirations et défendre les intérêts de son établissement.

C. L'autonomie de gestion est un préalable à un excellent fonctionnement de l'établissement sanitaire

L'autonomie prévue par l'établissement public à caractère administratif n'est que fictive en ce qui concerne l'établissement de santé, le nouveau statut mettra en évidence :

Des organes de gestion compétents, autonomes, responsables et doivent avoir toute latitude dans le cadre de la réglementation pour développer les différentes sources de financement à savoir la caisse nationale des assurés sociaux, les assurances sociales, les collectivités locales (Wilaya, Commune) et les usagers d'autres pourvoyeurs pourront contribuer au financement de l'établissement sanitaire.

L'autonomie de gestion implique que l'élaboration des budgets de fonctionnement et d'équipement se fera au niveau local suivant les procédures modernes, à savoir les informations utiles et pertinentes concernant les différentes dépenses et recettes en rapport avec l'activité de l'établissement.

Aussi l'activité de l'établissement et de chaque service doit être prise en considération pour l'élaboration du budget en fonction des normes d'activités en prenant en compte les ratios de la comptabilité analytique et le rapport coût/efficacité.

La contexture du budget est arrêtée par le conseil de délibération et l'exécution se fera par le même conseil ainsi que son contrôle et son suivi, de même que les virements de crédits.

En ce qui concerne l'extension, la suppression ainsi que la création des services, ça restera du ressort de l'établissement sanitaire.

Les structures dont il a besoin pour sa bonne marche ne seront plus fixées pas le pouvoir central ni rigides, mais elles seront en fonction de l'activité générale de l'établissement sanitaire, cette dernière de par sa spécificité (prestation de soins) poussera l'établissement sanitaire à entretenir des relations avec l'environnement de cet établissement car la santé et l'intégrité physique et morale de l'individu ne dépend pas seulement de l'hôpital, mais il faut

assurer une collaboration intersectorielle pour impliquer les différents agents en rapport avec la santé afin de mieux cerner les besoins de la population et répondre d'une façon convenable à la demande de soins.

L'Etablissement de Santé doit élaborer le schéma directeur en invitant toutes les personnes intéressées pour leur contribution, ce schéma doit retracer toutes les stratégies afin de mieux organiser le travail et d'atteindre les objectifs fixés auparavant afin d'éviter toute perte qui se traduit par le gaspillage et l'effort vain.

L'Etablissement Sanitaire doit aussi valoriser le système d'information et créer à cet effet une cellule apte à recueillir des informations fiables sur lesquelles se reposera la politique de santé, ceci contribuera à l'introduction de nouvelles méthodes de gestion extraites des manœuvres managériales qui nous permettra d'avoir la qualité et la quantité nécessaire et suffisance à la bonne prise en charge en matière de soins, ce qui nous permettra en somme d'évaluer les résultats par rapporte aux objectifs tracés au début et les moyens mobilisés.

3. L'organisation des structures Médico-techniques plus efficaces

Les structures Médico-techniques sont un des piliers de base de la production de soins, ces structures doivent répondre à l'attente des usagers et de ceux qui y exercent.

Leur gestion doit être faite par les organes désignés à cet effet (au niveau de l'établissement sanitaire). Ces derniers réclament des mesures visant à élargir leur champ d'action qui consiste en la prise de décisions relatives à l'organisation des structures médicales aussi bien sur le plan organique, au plan fonctionnel et enfin l'évaluation et la normalisation des activités.

A. Au plan organique

Chaque service est tenu par une capacité à faire face à la demande de prestations de soins, à ce titre, il est important d'accorder à l'établissement sanitaire une liberté suffisante qui lui permet d'assurer et de concevoir l'organisation et la gestion, ainsi que l'évaluation de l'ensemble des services médicaux et médicaux - technique.

La capacité technique de chaque service doit être arrêtée par les organes de gestion ainsi que l'évaluation de l'ensemble des services médicaux.

L'offre de soins prodiguée par ces structures doit être la meilleure possible, cela en se penchant à optimiser ses capacités internes aussi bien en moyens qu'en activités, suivant les orientations et les objectifs définies par la politique de l'établissement sanitaire, l'octroi d'une

telle liberté doit avoir pour but l'adoption et la configuration structurelle qui correspond aux moyen financiers, humains et matériels mis à sa disposition.

L'établissement sanitaire doit avoir plus de libertés pour agir sur l'ensemble des structures, qu'il s'agisse de créer un service ou une unité, de développer ou de recentrer une activité par l'extension ou la suppression d'un service si des conditions ont contraints à l'abandon d'une telle ou telle activité.

Mais le recours à ces opérations ne doit en aucun cas sortir du cadre bien précis portant sur des priorités stratégiques choisies par les organes de gestion auxquels revient la double charge de limiter les évolutions internes et externes favorisant la mobilité et la polyvalence.

L'autonomie de gestion des organes leur permettra d'intégrer la notion de développement des différents projets de service médicaux ou Médico- techniques, le projet d'établissement soit par la rénovation ou la restructuration.

Les notions de qualité, de performance et d'économie de santé seront d'une valeur décisive et très utile en vue d'une application réelle des décisions prises concernant le mode de division de l'établissement sanitaire par fonction, spécialité et par localisation (nombre de service, type de spécialisations, attribution, de fonctions.)

La capacité de chaque service doit être arrêtée par les organes sur la base des besoins définis, le concours des gestionnaires, des ingénieurs et des techniciens biomédicaux, ceux-là permettront de cerner correctement les besoins, en mettant en évidence les contraintes techniques, humains et financières.

D'autre part le contenu de chaque fonction assignée au service doit être déterminé d'une manière exacte, l'objectif envisagé de ces deux (02) tâches étant de rationaliser le plateau technique de l'établissement, ce qui permettra la diminution de la durée de séjour des malades, facteur de la rationalité des ressources utilisées.

Par ailleurs, l'évolution des conditions techniques d'exercice de la gestion ne servirait a rien si elle n'est pas précédée par une profonde évaluation managériale reposant sur une éthique professionnelle et une responsabilisation de chaque acteur ainsi que la redéfinition des rôles , pour cela il faut opter pour la création de centres de responsabilités qui constituent un outil de rationalisation des moyens existant et débouchant en toute logique sur la réalisation des projets et sur l'atteinte des objectifs tracés auparavant, tel que l'accroissement de l'activité de chaque service Médico- technique.

La mise en place de support de gestion et procédures appropriées à chaque type de structure doit apporter ses résultats tels qu'ils devraient être réalisés si leur utilisation est accompagnée de plus de rigueur.

L'élaboration de tableau de bord de pilotage pour les centres de responsabilité et leur analyse grâce à l'introduction du contrôle de gestion, ce pilotage se réalise par la prise en compte des données comptables, d'efficacité, d'environnement...etc.

A cet égard, il est utile de rappeler que le tableau de bord de pilotage permet d'alerter, d'anticiper les évolutions de l'établissement sanitaire, et de les corriger le cas échéant.

D'autres supports de gestion doivent être envisagés tel que l'application des ratios entre les différentes données d'exploitation au niveau des structures Médico- techniques ; s'ajoute à cela l'adoption d'une démarche évaluative pour pouvoir porter un jugement sur l'évolution des actions mises en œuvre et des résultats obtenus.

De même il est impérieux de définir plus nettement les responsabilités des chefs de services, des chefs d'unités, des surveillants médicaux, des centres de qualité, des comités des services...etc.

B. Au plan fonctionnel

L'adaptation des ressources de l'établissement sanitaire à son activité est l'une des principales questions soulevées, particulièrement dans un établissement sanitaire dont la taille est importante et les tâches sont complexes.

Toutefois, des solutions satisfaisantes doivent être trouvées en vue de permettre à chaque service ou unité d'accomplir sa mission en mettant à sa disposition tous les moyens nécessaires.

Ces derniers seront identifiés et définis sur la base des programmes d'activité , ceci exige des objectifs d'activités tracés au niveau des centres de responsabilité d'établir des listes détaillées indiquant les besoins réels en moyens matériels et la détermination des différentes charges y inhérentes.

Un suivi et un contrôle permanent doit arriver à une appréciation du rapport activités/ moyens, pour mesurer ensuite les écarts éventuels et procéder au réajustement à temps.

L'établissement de liaisons fonctionnelles inter- services doit être réglementé, elles doivent être réalisées par la coordination de l'aspect coopératif.

Le degré de précision de la fonction et des formes de liaison interfonctionnelles pourrait être caractérisé soit par l'établissement d'un inventaire formalisé, décrivant avec exactitude les fonctions et les liaisons entre les unités ou entre les services en tenant des fiches sur lesquelles figurent les tâches d'interdépendance indispensables à l'accomplissement des missions standardisées, confiées à un ou à plusieurs agents, soit une grande latitude laissée au responsable dans l'emploi des méthodes techniques afin d'atteindre l'objectif.

De la même manière, étant donné que chaque service doit participer à l'une des fonctions de soins, de formation ou de recherche, les activités correspondantes doivent être spécifiées pour bénéficier de leur plein emploi et l'exploitation avec exactitude des moyens désignés.

Le rapprochement soins- formation recherche serait capital pour la réussite de toute action sanitaire, la particularité de certaines fonctions dues aux risques qui menacent la vie des patients doit être l'objet d'une grande priorité, ceci implique que les urgences doivent venir en premier lieu.

Enfin la participation à la gestion de l'établissement sanitaire qu'apporte chaque structure à son niveau, doit être enrichie de motivation, car ce n'est qu'à travers une telle action active et un engagement de tous les agents et responsables des différentes structures lors de la prévision de moyens et activités que l'on va faire de l'exécution et de l'évaluation ainsi créés, le sentiment de collaboration et d'appartenance à l'établissement sanitaire, ce qui permettra grâce à une grande cohérence des actions, un développement harmonieux de l'établissement sanitaire, ou l'effort de l'ensemble des services qui le forment converge vers le même objectif, à savoir la meilleure qualité au moindre coût.

Enfin il est utile de codifier les relations fonctionnelles entre les différents services et/ou les différentes unités, de même que les relations avec les différents bureaux administratifs doivent être suffisamment clarifiées.

C. Evaluation et normalisation des activités

Chaque service de l'établissement sanitaire prend à sa charge une ou plusieurs activités ; celles-ci doivent être établies d'une manière bien précise dans un bilan d'activité, ce dernier sera établi à une période bien déterminée dans le but de le renouveler à chaque fois que cela s'avère nécessaire.

Ceci permettra de connaître dans les plus brefs délais les disparités et les écarts entre les moyens mobilisés et activités à accomplir dans le cadre des programmes et des

objectifs tracés, ce qui permettra de prendre les corrections nécessaires et les décisions correspondantes.

Dans le cadre de la prise de décision, l'avis et la participation des différents acteurs est préférable en vue de prendre en condition les avis pertinents et l'expérience acquise sur le terrain.

Pour se faire, l'organisation et la mise en place des cercles de qualité nous paraissent convenables.

Les activités doivent être normalisées et adaptées à quelques facteurs importants, disons les déterminants de ces activités, citons ici, l'occupation, la durée moyenne de séjour, et le taux de rotation, comme il faut normaliser les activités des services techniques : laboratoire, consultation, soins ambulatoires, exploration et hospitalisation , à travers la mise en place de certaines normes de référence dans le but de rentabiliser et rationaliser l'utilisation des ressources tant matérielles que humaines.

D. Développement des soins infirmier

Le travail de l'infirmier consiste à réserver un bon accueil aux patients et leur fournir les soins nécessaires.

Celui-ci constitue la tâche classique d'un infirmier.

Cependant, l'évolution des activités médicales et la nécessité d'assurer une meilleure prise en charge des malades imposent la redéfinition du rôle de l'infirmier au sein de l'établissement.

Pour se faire, la création d'une structure pour la prise en charge des soins infirmier et leur développement s'avère indispensable.

Par ailleurs, il faut mettre en adéquation la qualité des soins infirmiers avec les niveaux des compétences existants, cela devra se traduire à travers la codification de l'ensemble des actes entrant dans le cadre des soins infirmiers par grade et fonction.

A cet effet, la prise en charge des stagiaires doit être en mesure d'améliorer la formation paramédicale et auxiliaire à travers les propositions de mode d'actualisation des connaissances, telles les journées d'études, recyclages, perfectionnements... etc.

Ainsi que l'évaluation permanente et pertinente de la qualité des soins infirmiers, ces derniers tels qu'ils sont administrés sont assez mal appréciés.

SECTION 7. APPROUVER UN STYLE DE MANAGEMENT EFFICENT

Après avoir défini ou tout du moins déterminé les contours de la notion de management et plus particulièrement du management participatif, puis en avoir explicité quelques exemples, il s'agit désormais de se tourner vers les axes d'améliorations éventuels, dans sa pratique.

1. La préconisation d'un management situationnel

C'est un mode de management qui se caractérise par son adaptabilité et qui permet de réellement mettre en œuvre le management de type participatif.

A. L'adaptation du management au contexte et aux individus

Il convient, tout d'abord, de souligner que le management participatif n'est pas une panacée en soi à l'ensemble des problèmes de gestion des ressources humaines et de management des établissements hospitaliers. Il faut, par conséquent, rester réaliste. Si la participation des personnels doit être inlassablement recherchée à travers, notamment, les mécanismes de l'adhésion à des objectifs négociés et aux processus d'évaluation, il faut savoir admettre que cela n'est pas toujours possible dans tous les cas, dans tous les établissements hospitaliers, et pour toutes les catégories de personnels.

En conséquence, il est nécessaire, pour remplir les missions, de faire appel aux autres formes de management plus traditionnelles, et de les articuler autour d'un management adaptatif et flexible qualifié de « situationnel », notamment au niveau de la réalité du management individuel. Cette flexibilité est un gage d'efficacité, et passe par la revalorisation de l'encadrement et de ses rôles dans le management des hommes. La direction, au travers de l'encadrement qui bénéficie d'un contact permanent avec les équipes, tient ainsi les moyens d'adapter son mode d'intervention à toutes les situations personnelles et contextuelles.

Il est important de souligner que si le management participatif a pu jusqu'à présent être considéré comme une option possible plus ou moins légitime et réaliste pour certains – voire un simple phénomène de mode –, il n'appartient pas au passé, mais au présent et à l'avenir, en tout cas dans les établissements hospitaliers. C'est même la capacité de ces établissements à instaurer cette conception, et surtout cette pratique du management, qui va conditionner leur aptitude à se confronter aux nouvelles contraintes, et, par conséquent, à assurer leur existence. L'enjeu principal de la société actuelle, de ses entreprises, de ses administrations et encore plus de ces établissements est, en effet, d'affronter les mutations imprévisibles, l'incertain, les

turbulences. Ces enjeux sont plus facilement affrontés par les organisations réactives. La réactivité suppose que non seulement les directions, mais l'ensemble des équipes, soient sensibles aux évolutions et aux attentes de l'environnement et sachent réagir.

En pratique, le manager du secteur sanitaire doit s'efforcer de disposer de tous les styles possibles, de façon à pouvoir utiliser tour à tour l'un ou l'autre, selon les circonstances rencontrées. Il n'est pas question d'idéologie ou de choix politique, mais de pragmatisme : en temps de guerre, on n'imagine pas un officier prenant l'avis de tous ses subordonnés avant de décider d'une manœuvre, de même que l'on n'imagine pas un chantier se mettre en œuvre, sans concertation préalable des divers artisans intervenant dans la construction. Ainsi, devant une circonstance urgente, par exemple la rectification d'une situation de risque ou devant un signalement par voie de justice, le dirigeant doit être en mesure de décider rapidement et de faire exécuter sans discussion. Au contraire, lors de réalisations qui imposent une participation et un engagement collectifs, comme l'écriture d'un projet d'établissement, le maximum d'échanges possibles est requis. Il s'agit de prendre en compte scrupuleusement tous les avis, et de ne s'engager que prudemment dans des choix toujours discutables.

Il n'existe donc pas de « bon » ou « mauvais » style de management, mais des attitudes adaptées ou non. Tout au plus, il serait « mauvais » de n'avoir qu'un seul style disponible, et de ne pas être en mesure de changer d'attitude lorsque les nécessités l'exigent.

Exercer ce type de management suppose une grande souplesse personnelle, la possibilité de passer d'une attitude à l'autre, comme un jongleur exercé au maniement de la relation, mais aussi comme un artiste suffisamment maître de lui-même pour choisir, dans la panoplie de ses facettes, celle qui est la mieux adaptée à l'instant. Ce mode de management conduit à travailler sur soi-même pour pouvoir moduler son comportement de façon adéquate, et trouver les registres d'attitudes requis parmi ses ressources profondes.

B. La compatibilité avec le choix principal d'appliquer un mode de management participatif

Ce concept de management situationnel rappelle en fait la nécessité, par delà les modes et les choix éthiques ou stratégiques, de conserver une flexibilité des comportements managériaux. Le manager/animateur doit savoir observer le groupe, ses attitudes ainsi que les individus avec leurs compétences et leurs limites, et choisir le mode de management ou le style de leadership le plus adapté, même si, selon les cas, il privilégie plutôt le déléguant ou le participatif. Adopter une démarche de management situationnel revient donc à rester

pragmatique et réaliste, à coller aux situations, mais est compatible avec un choix volontariste et général de privilégier le participatif. Il s'agit avant tout d'une démarche pédagogique qui se propose d'accroître le degré de maturité et de compétence de ses collaborateurs. Il s'agit d'appliquer une orientation de l'action proposée par MASLOW, qui préconise le développement de la responsabilisation de tous, mais en tenant compte des capacités de chacun. Cette orientation rejoint la démarche de la relation d'aide qui, avant tout, se propose de favoriser le développement de la personne.

Le mode directif et le participatif n'apparaissent plus antinomiques mais basés sur deux logiques différentes à utiliser ensemble à des doses mesurées, afin de créer l'outil d'intervention adaptée. Le manager situationnel va donc opter tour à tour, suivant le degré de maturité des groupes, suivant leur phase de construction, suivant les individus qui les composent, et au regard des objectifs et des contraintes, pour un des modes d'intervention suivants :

- Un mode plutôt directif quand les individus n'ont pas de compétences particulières sur le sujet et paraissent peu motivés, ou bien dans tous les cas, pour faire face à des circonstances exceptionnelles ;
- Un mode plutôt explicatif lorsque les individus sont motivés par le sujet, qu'ils ne disposent cependant pas de compétence particulière pour répondre à la situation, mais souhaitent se perfectionner pour y arriver ;
- Un mode participatif si les personnes ont des compétences sur le sujet, sont motivées, mais sont susceptibles de développer des points de vue divergents, ou encore quand ils ont besoin d'être soutenus dans leur motivation. Il est flagrant que nous nous trouvons dans la situation la plus fréquemment rencontrée dans le monde des établissements hospitaliers, au moins au niveau des équipes soignantes, administratives et techniques. Les personnels sont formés et compétents, a priori plutôt motivés par leur travail, mais naturellement enclins à faire primer leurs logiques professionnelles sur celles des autres et à céder à la démotivation si la direction et l'encadrement ne les confortent pas. Ces derniers devront donc soutenir, accompagner, négocier et arbitrer pour maintenir la cohérence de l'équipe et de la structure.
- Un mode déléguant pourrait, en théorie, être envisageable lorsque le groupe est à la fois compétent, motivé, et en accord total avec la direction et l'encadrement sur les objectifs et sur la manière de procéder pour les atteindre. En effet, si le groupe est capable d'intégrer les diverses logiques de l'établissement, il serait alors possible d'imaginer de passer du mode participatif au déléguant, la délégation étant le plus haut niveau de participation. Toutefois,

même quand ces conditions sont remplies, la délégation n'est pas applicable réellement dans tous ses éléments, car elle se heurte à des contraintes d'ordre juridique, technique et d'éthique professionnelle. Une forme de délégation pourra être envisagée dès lors qu'une validation finale par la direction et l'encadrement demeure.

Le véritable management situationnel adapte son style d'intervention à la psychologie et au niveau réel de maturité du groupe et suivant une analyse du contexte. Vu sous cet angle, et au niveau du management individuel, il n'existe pas de rupture entre le mode directif et le mode participatif.

Ainsi, tout management réaliste est bien un alliage à des proportions variables de participatif et de directif, et aucun mode de leadership ne peut se passer de la participation des acteurs concernés ni du recours restant toujours possible au directif. Un point différencie toutefois cette nouvelle conception du rôle du dirigeant, du cadre des conceptions plus traditionnelles qui a prévalu longtemps notamment dans les établissements à statut administratif public : le mode directif et autoritaire devient subsidiaire du mode participatif et non plus l'inverse.

C. La formation à l'exercice quotidien du management

Il est certes toujours possible d'apprendre des éléments techniques. Il convient même de le faire pour acquérir une qualification professionnelle suffisante, certains éléments ne passant que par l'apprentissage de notions très concrètes et indispensables. Les enseignements dispensés dans les écoles de management apportent notamment :

- Des connaissances et des compétences en stratégie et en management global ;
- La maîtrise d'outils et d'une méthodologie afin de conduire les changements requis par l'évolution des missions des directeurs.

Mais, il ne s'agit là que d'outils techniques, le plus souvent destinés à gérer des situations professionnelles bien circonstanciées.

On doit, en réalité, considérer qu'il est impossible d'atteindre un objectif précis planifié, mais qu'il est possible de créer des conditions pour supporter l'imprévisible. On initie des démarches à petits pas et on met en place des cadres favorables à l'auto-organisation.

Par auto-organisation, il faut entendre une organisation qui soit capable de découvrir, par expérimentation, les réponses nouvelles à ses problèmes et les modes de gestion adaptés aux conditions changeantes de fonctionnement auxquelles elle est soumise.

On assiste ainsi à l'émergence d'un rôle nouveau pour le directeur, devenu constructiviste, s'il décrypte dans le réel de l'action, les modalités de sa théorie et la réalité de son organisation.

Cette approche paraît séduisante et à retenir pour les organisations du secteur sanitaire dans la mesure seulement où il est possible de la piloter. Nous savons, depuis MINTZBERG par exemple, que les stratégies sont essentiellement émergentes, qu'aucun projet ne se réalise comme nous l'avions prévu, que les budgets prévisionnels sont presque par définition destinés à ne pas être tenus. Mais la projection a ceci de bon qu'elle nous tire en avant, qu'elle donne du sens et que cela ne peut pas être mauvais, notamment pour les équipes mais aussi pour les gestionnaires et les autorités de contrôle.

Bien manager un établissement requiert des capacités que l'on doit puiser jour après jour dans ses ressources personnelles, lesquelles peuvent être développées par d'autres voies que le canal cognitif. La réceptivité, l'intelligence émotionnelle, l'adaptation permanente comptent autant que la technicité ou la raison pure. De plus, le management à ce niveau s'acquiert par l'expérience : le directeur construit progressivement une attitude fondamentale face aux personnes et aux événements, qui va ressortir de manière spontanée et constituer son potentiel d'influencabilité personnel.

Pour atteindre ses objectifs, le manager doit, en effet, disposer d'un certain charisme personnel, lui permettant de transformer sa conviction en une force de persuasion sur son entourage. Les efforts qu'il aura à déployer pour trouver les arguments de nature à emporter l'adhésion de son équipe et convaincre ses interlocuteurs administratifs seront inversement proportionnels à l'impact interpersonnel qu'il exercera sur eux par la force de sa personnalité.

2 .Vers un établissement apprenant et écoutant

A. Un modèle à renouveler de manière constante

Le concept clé est le « savoir apprendre ensemble ». Par extension, il s'agit d'un ressort important pour le management du changement dans les organisations sociales.

L' « organisation apprenante » s'appuie sur les interactions entre les représentations individuelles et les représentations collectives pour développer des dynamiques collectives d'apprentissage. Cette approche considère, pour un système donné, l'ensemble de sa connaissance du monde environnant comme la résultante d'un processus collectif de co-construction. Ce processus représente une clé fondamentale pour la réalisation et l'évolution d'un projet.

Le concept reste en lui-même séduisant pour les organisations. Celles-ci prêtent une attention importante à la parole et à la participation des acteurs, en y voyant, souvent à juste titre, un facteur de motivation et de réussite. Que chacun participe à créer la culture de l'ensemble,

développant en parallèle les modalités et les moyens de son enrichissement continu, voilà une démarche démocratique et une pensée sociale en action. Il faut souligner cependant que la démarche ne doit pas négliger les dimensions subjectives à l'œuvre dans toute interaction humaine et dans tout projet de connaissance.

Par ailleurs, l'organisation apprenante suit généralement une logique descendante, l'impulsion, la formalisation et la coordination de la connaissance apprise étant souvent le fait de la direction et de l'encadrement.

L'approche des organisations apprenantes a développé dès le début une logique de pensée et d'action à contre-courant des projets de changements organisationnels unilatéraux ou dictés par une idéologie qui n'implique pas, parallèlement aux objectifs stratégiques, un changement profond des modes de pensée. Aucun changement ne peut s'acquérir de l'extérieur en vertu d'une vérité qui serait détenue par des « sachant » et qui serait à assimiler. Il se définit par l'élaboration conjointe et l'engagement personnel des acteurs appelés à le faire vivre. Comme l'exprime Michel CROZIER, le changement ne se décrète pas, il se partage. En ce sens, la démarche privilégiant l'action collégiale dans la construction nouvelle d'une connaissance qui ne serait pas prédéfinie est une démarche de type constructiviste.

Cependant, pour réussir à mettre en œuvre un management situationnel qui laisserait le plus souvent la place à un management participatif, plusieurs éléments sont indispensables et notamment un travail sur la formation du personnel.

B. La formation du personnel

La mise en œuvre du management participatif peut être freinée ou ralentie lorsque la culture et l'histoire de l'établissement ne prédisposent pas à ce genre de pratiques.

Malgré le fait que la législation ait prévu la participation du personnel au processus décisionnel, au travers des diverses instances de l'établissement, il est encore fréquent de constater que la démarche participative n'est pas totalement acquise dans la culture des équipes soignantes, notamment. Les écoles de formation des différents corps de métiers intervenant dans la prise en charge des patients n'incluent pas encore, dans leur cursus, des modules qui pourraient préparer les futurs agents des établissements à faire face aux incitations de participation aux réunions.

Les agents sont donc, de prime abord, circonspects voire réticents lorsqu'ils sont sollicités pour donner leur avis sur des projets ou pour participer à des réunions où leur expertise

pourrait être recherchée. Ils considèrent, le plus souvent, que leur avis est sans intérêt et qu'il ne peut apporter une plus-value quelconque aux travaux de groupes.

De plus, une barrière supplémentaire existe lorsque l'on incite les agents à prendre la parole. Fréquemment, ils restent silencieux dès lors que l'on procède à un tour de table par exemple. Le premier travail consistera pour le directeur et l'encadrement à sensibiliser le personnel de l'établissement sur la démarche participative, autrement dit, sa définition, ce qu'elle implique comme droits et devoirs pour les personnes concernées et surtout l'intérêt d'une telle initiative sur l'évolution des pratiques professionnelles et de la prise en charge des personnes accueillies. Il faut particulièrement insister sur le gain que peut recevoir l'agent quand il s'investit dans des tâches qui sont étrangères par nature à leurs fonctions habituelles dans la structure.

Une fois cette étape de sensibilisation réalisée, un certain nombre d'agents acceptent de s'engager dans ce type de démarche. Il s'agit alors d'accompagner ces personnes et de les soutenir régulièrement afin qu'elles soient confortées dans leurs choix et qu'elles restent mobilisées au moins le temps d'un projet spécifique et pourquoi pas dans la continuité, sur d'autres projets. Cette étape est aussi délicate que la première pour le directeur et l'encadrement car on considère, le plus souvent, qu'une fois les personnes investies sur des projets particuliers, la phase la plus préoccupante est terminée, et que tout fonctionnera correctement. Or, c'est là que le travail du directeur et du cadre de santé est essentiel, afin de recentrer les groupes de travail sur les objectifs de départ et de remobiliser les agents lors des réunions de travail.

Concernant les structures où le concept de participation du personnel est déjà en place, acquis et assimilé par le personnel, une étape supplémentaire peut être franchie dans la mise en application du mode de management participatif. En effet, le directeur et le cadre peuvent préconiser une forme de délégation sur certains dossiers, se traduisant par une autonomie réelle laissée à un agent ou un groupe d'agents de l'établissement concernant le processus d'aboutissement du projet (que ce soit le nombre de réunions à prévoir, les personnes qui doivent être sollicitées...) à condition de s'être mis d'accord, en amont, sur les objectifs et les délais impartis pour finaliser le projet. On peut alors considérer que cette forme de participation du personnel s'apparente presque à une délégation sans en être réellement une car le directeur et le cadre accompagnent nécessairement le projet tout au long de son élaboration (ne serait-ce que pour en suivre les évolutions) et assureront la validation au final du projet.

Cette forme de participation du personnel est beaucoup moins fréquente en raison des compétences exigées des agents. Il faut, en effet, avoir recours à des personnes qui disposent déjà naturellement des pré-requis dans le domaine de la communication. Mais, cela n'est pas forcément suffisant et des formations plus spécialisées et plus approfondies sur des points tels que la prise de parole en public et la conduite de réunion par exemple sont essentielles afin que le ou les agents concerné(s) puisse(nt) être en mesure de conduire un projet pratiquement dans son ensemble.

Il faut noter que lorsque cette démarche est mise en œuvre, elle est particulièrement appréciée, en ce sens que la valorisation de l'agent est maximale, tant au niveau de ses compétences intellectuelles que pratiques. Le sentiment d'appartenance à l'établissement et de participer à l'amélioration de son outil de travail est alors prégnant.

De manière générale, la formation du personnel en elle-même dans des domaines où les agents peuvent devenir des référents ou personnes ressources par la suite, au sein de l'établissement, constitue une clé importante dans la réussite de l'application du mode de management du directeur. Le fait d'interroger sa pratique, de refuser de vivre sur ses acquis et de transmettre ses nouveaux savoir-faire acquis participe de l'idée d'un établissement « apprenant » où l'agent se sentira valorisé par la reconnaissance de ses compétences et le sentiment de bénéficier d'une progression personnelle de sa carrière.

De toute manière, il faut retenir qu'aucune structure ne peut évoluer si elle ne fait pas progresser ceux qui la font vivre (la confrontation à d'autres pratiques professionnelles, la participation à des colloques et pourquoi pas l'intégration à des programmes européens d'échanges sont autant d'opportunités que le directeur peut choisir).

C. La nécessité pour l'établissement d'instaurer une communication efficiente

Il faut entendre par ici que la communication doit servir l'exercice du management. Pour cela, impulser une véritable dynamique de communication est absolument nécessaire.

L'intérêt est de faire transparaître les notions de transparence. La question reste de savoir ce qu'est une bonne communication et comment le directeur peut l'instaurer dans sa structure.

La communication est en réalité double :

- La communication externe : elle concerne les informations qui circulent de l'établissement vers l'extérieur et vice et versa. Il est, en effet, essentiel pour le directeur d'un établissement de maîtriser le flux des informations qui entrent et qui sortent de sa structure. Par « maîtriser », on ne doit pas entendre bloquer la circulation de l'information, ce qui serait complètement improductif. Il faut comprendre ici, l'obligation pour la direction et l'encadrement de

s'assurer de la véracité des informations qui circulent afin de ne pas créer un climat tendu autour de l'établissement et a fortiori des « rumeurs ».

- La communication interne : cela concerne les informations qui circulent au sein de l'établissement. La communication institutionnelle implique une volonté non ambiguë de délivrer une information claire, loyale, et compréhensible, destinée à favoriser l'appropriation des données objectives de la structure par les professionnels. L'information est un matériau fragile, mais indispensable à la construction d'une démarche participative. Pour autant, on ne va pas confondre les sphères de responsabilités et les champs de compétences, mais cela induit toutefois que tout membre de l'institution a vocation à recevoir l'information qui lui est nécessaire, afin de comprendre les logiques de fonctionnement de l'établissement pour être à même de travailler, par la suite, sur les évolutions à envisager à court, moyen et long termes.

Concernant plus spécifiquement la transmission de l'information de la direction et de l'encadrement vers le personnel de l'établissement, il faut s'attacher à ce que celle-ci le soit de manière régulière. Par exemple, cela peut se traduire par le suivi sérieux des réunions auxquelles participent les agents, au travers des comptes-rendus. Il s'agit d'un problème récurrent dans les établissements hospitaliers et les agents y sont particulièrement sensibles. Il est donc essentiel de vérifier et de s'assurer que ces comptes-rendus sont correctement rédigés et envoyés aux différents intervenants des réunions. Ce qui signifie également qu'ils doivent être expédiés dans des délais raisonnables, afin de permettre aux personnes ayant participé aux réunions (mais aussi aux personnes absentes) de réaliser une sorte de bilan de la réunion, d'en discuter avec leurs collègues, et surtout de préparer des questions ou de simples remarques pour la réunion suivante (ce point prend tout son sens en ce qui concerne la participation à des groupes-projets sur l'évolution de l'établissement).

La seule difficulté pour le directeur réside dans le risque d'engorgement qui pourrait se créer par la multitude d'informations dont les agents sont destinataires, et qui entraîne, par suite, la perte de l'information. Un agent me faisait ainsi remarquer que, sur leur tableau d'information, se trouvaient parfois mélangés, sans distinction, des indications sur les prochaines réunions de l'établissement, des documents sur des formations pour les équipes soignantes, des comptes-rendus de réunions, etc. Les agents se trouvaient ainsi partagés entre leur devoir de lire ses documents afin de se tenir informés et le sentiment de lassitude face à cette masse d'informations.

Pour être efficace, la transmission de l'information se doit donc d'être intelligente. Et pour éviter cet effet de masse, la mise en place d'une bonne gestion documentaire est

indispensable. Ce travail doit permettre aux agents, in fine, l'accès aux bonnes informations, au bon moment et le plus rapidement possible. En effet, toutes les réunions, commissions et autres groupes de travail ne peuvent être utiles et efficaces si au préalable, l'accès aux documents relatifs aux différentes réunions antérieures n'est pas organisé. Ce travail est grandement facilité lorsque la culture de l'écrit est acquise et respectée par les agents.

SECTION 8. APPROPRIER LE CHANGEMENT PAR LE PERSONNEL

Les analyses sociologiques, tout comme les enseignements de terrain, ont mis en évidence l'importance de l'appropriation du changement par les employés.

Il s'agit en effet d'une condition nécessaire pour parvenir à l'évolution de leurs pratiques professionnelles.

Cette perspective nous invite à considérer le management du changement non pas comme une conduite unilatérale dirigée du haut vers le bas, mais comme une démarche consistant avant tout à créer un terreau favorable à l'appropriation du changement, en prenant en considération les facteurs humains et environnementaux.

Ainsi, il nous semble que pour avoir le plus de chances d'atteindre son objectif, le management du changement doit reposer en priorité sur la responsabilisation des individus face au changement, d'une part, et l'accompagnement humain et structurel du changement, d'autre part :

1. Responsabiliser les individus face au changement

Selon Georges NIZARD²¹⁶ « *Comment favoriser le changement (...) ? Par l'ouverture aux idées, l'exposition aux informations, la liberté laissée à des acteurs qui ont envie d'œuvrer au sein du système, l'autonomie accordée aux sous-ensembles* ».

Le management du changement peut être pensé comme une démarche consistant avant tout à jouer la mobilisation des hommes et à prendre appui sur les cadres.

Pour reprendre les termes de Gérard OUIMET et Yvon DUFOUR²¹⁷, « *le partage du pouvoir joue (...) un rôle capital dans l'établissement d'une adhésion volontaire des employés à l'expérience du changement. En devenant partie prenante du processus de changement, les employés se trouvent placés dans une position d'appropriation du changement* ».

A. Jouer la mobilisation des hommes

Pour faire évoluer l'institution hospitalière et les pratiques professionnelles en particulier, il est essentiel de mobiliser les personnels et d'obtenir leur engagement.

Cela passe par la participation des individus, la délégation ou la déconcentration, mais aussi par le recours à l'intéressement et la valorisation des réussites :

²¹⁶G.NIZARD Op.cit.

²¹⁷G.OUIMET et Y. DUFOUR, Op.cit.

- Permettre la participation, la délégation, la déconcentration

Il est plus aisé d'abandonner ou d'amender ses habitudes de travail lorsqu'on participe de façon active et dynamique aux débats ; lorsqu'on apporte sa contribution, sa réflexion et son expérience au processus de changement.

Deux étapes méritent particulièrement la participation des individus : le diagnostic du problème puis, une fois acquis l'accord sur le problème, l'élaboration des solutions.

De fait, il est fréquent de ne parler de participation des acteurs qu'au moment de la mise en application des changements, autrement dit après les phases de réflexion et de conception.

Or, en procédant de la sorte, il est souvent déjà trop tard pour que les individus s'approprient le changement : ils ne se sentent pas partie prenante et, même si les orientations définies sont pertinentes et acceptables, il ne s'agit pas de *leur* changement.

Par la suite, dans la phase de mise en œuvre proprement dite du changement, la mobilisation des personnels peut être recherchée à travers d'autres voies, telles que la délégation, qui consiste à concéder des responsabilités à des personnes identifiées, et la déconcentration, qui vise à être plus incisif dans l'action en rapprochant la prise de décision du terrain.

Quelle que soit sa forme, l'implication des personnels doit être recherchée à tous les niveaux et dans tous les domaines concernés par le changement, surtout si ce dernier est une question transversale qui suppose de faire travailler dans le même sens des personnels nombreux.

Le directeur contemporain doit donc renoncer à la toute puissance et au mythe du management puissant.

Il ne doit plus attendre des personnels leur simple obéissance mais doit plutôt mobiliser leur intelligence, leur esprit d'initiative, leur créativité, ce qui implique de passer à un « *mode interactif et interpellable* » d'autorité (Omar AKTOUF)²¹⁸.

Comme l'exprime en d'autres termes Georges NIZARD, pour s'adapter aux variables exogènes et aux turbulences, l'hôpital doit susciter en son sein de la « *déviance contrôlée* », augmenter les marges de liberté des acteurs, prôner « *l'expérimentation sociale* » (rencontres, structures informelles, etc.). L'hôpital centralisateur et uniformisant, qui ignorait la périphérie, doit favoriser aujourd'hui l'autonomie des acteurs et la constitution de réseaux d'échanges, susceptibles de déboucher sur des initiatives intéressantes –à condition bien sûr de rester contrôlées.

Le manager hospitalier, dont on attendait hier une maîtrise technique, une autorité légitime, affirmée et distante, une connaissance des rouages internes de l'hôpital, une gestion

²¹⁸ O. AKTOUF, Op.cit.

quotidienne, une attitude de prudence et de conformisme aux règles, est appelé à privilégier désormais l'adaptabilité aux changements, l'autorité de compétence, l'écoute généralisée par l'ouverture à l'environnement, aux idées et aux hommes, le développement du facteur « i » (innovation, initiative)...

Ce dernier a plus de chances d'être obtenu et pérennisé s'il existe parallèlement un système de reconnaissance et / ou de « récompense » :

-Recourir à l'intéressement et valoriser les réussites

La réussite du changement requiert la mise en place d'éléments concrets pour donner aux employés des raisons de faire mieux, de s'engager et de participer.

L'intéressement doit faire l'objet d'adaptations et être de nature collective en raison de la mission de service public des établissements de santé, l'intéressement peut permettre d'encourager matériellement, intellectuellement (compréhension des enjeux sous-jacents) et psychologiquement les individus à participer au changement.

La mise en œuvre concrète d'un dispositif d'intéressement suppose de formaliser un accord et de procéder à une contractualisation interne avec des services ou départements afin de définir des objectifs quantitatifs ou qualitatifs mesurables dans un délai déterminé.

La réalisation de l'objectif par le service ou le département lui permet de bénéficier de crédits de fonctionnement dans le cas d'un intéressement monétaire ; de crédits d'équipement destinés par exemple à améliorer les conditions de travail dans le cas d'un intéressement non monétaire.

En ce sens, l'intéressement est à la fois un instrument incitatif et un moyen pour récompenser les équipes qui accomplissent le plus d'efforts.

En revanche, il faut reconnaître que ce système présente des inconvénients non négligeables : ambiguïté du cadre juridique, difficultés pour étendre l'application à tous les secteurs et surtout nécessité de dégager des moyens spécifiques pour la redistribution.

De façon moins coûteuse, mais tout aussi intéressante, la politique des ressources humaines peut également jouer un rôle clé dans la modification des comportements, à travers les modes d'évaluation des personnels ou la définition de référentiels de métiers et de compétences.

Les entretiens annuels d'évaluation peuvent être l'occasion de fixer des objectifs individuels d'évolution des pratiques professionnelles et de valoriser les résultats positifs, ce qui a pour effet d'accroître la confiance et l'estime de soi.

Au-delà de ce colloque singulier, il est également nécessaire de souligner publiquement les diverses réussites, de manière à désamorcer les craintes ou les doutes que le changement peut faire naître, rassurer sur les résultats du changement, montrer la valeur ajoutée qu'il apporte, etc.

Par ailleurs, travailler sur la définition de référentiels de métiers et de compétences avec le personnel peut faciliter le questionnement sur les pratiques professionnelles et inciter les individus à être partie prenante dans le processus de changement.

En définitive, il importe que les responsables hospitaliers favorisent et reconnaissent les initiatives, les responsabilités qui sont exercées à la base.

Il est tout aussi fondamental qu'ils prennent appui sur l'encadrement de proximité, dont le rôle apparaît essentiel face aux turbulences de l'environnement.

B. Prendre appui sur les cadres

Les cadres, qui sont en permanence en contact avec les employés, sont les mieux placés pour entendre leurs doutes et leurs craintes, recueillir leurs souhaits et leurs aspirations, faire découvrir les possibles, etc.

C'est pourquoi il semble important d'explicitier quelles sont leurs nouvelles missions, au-delà de la gestion quotidienne des équipes, et de les encourager à développer leurs compétences en matière de management et de changement :

-Explicitier les nouvelles missions attendues des cadres

Dans un contexte de changements multiples à l'hôpital, la place d'interface du cadre devient de plus en plus cruciale et le cadre doit faire preuve d'une veille de plus en plus grande. Toutes les mesures relatives à la sécurité des soins se traduisent par exemple par une obligation de vigilance accrue du cadre soignant dans son service.

Dans un tel contexte, les cadres sont appelés à exercer de nouvelles missions, sans doute plus complexes mais aussi plus enrichissantes que leurs attributions « traditionnelles » : gestion des plannings et des roulements, commandes, etc.

Le cadre doit désormais se positionner « *en arrière plan* » et non au-dessus de l'équipe soignante : il doit favoriser le questionnement sur le travail, les pratiques de soins et les dysfonctionnements ; ne pas dire ce qu'il faut faire mais permettre aux idées, aux questions et aux réponses d'émerger, par exemple en instaurant des groupes d'analyse de la pratique.

Dans son mémoire consacré à la formation continue des cadres au management, Véronique BOUVIER²¹⁹ synthétise pour sa part le rôle d'un cadre intermédiaire dans le changement de la manière suivante :

« Face à une situation complexe qui évolue rapidement, dans un contexte de modification des valeurs :

Être cadre nécessite des aptitudes personnelles : Ouverture d'esprit, Mobilité, Adaptabilité, Rigueur, Créativité ;

Être cadre nécessite des capacités à : S'approprier, mobiliser et développer des connaissances ; Communiquer ; Négocier ; Observer, analyser, évaluer ; Impulser et accompagner les changements

Enfin, quel que soit le secteur d'activité, il sera demandé au cadre de rallier une équipe autour de projets cohérents avec le projet d'établissement, construits, mis en œuvre et évalués avec son équipe ».

Ces exigences supposent un développement du savoir-faire (ou plutôt du savoir faire faire) et du savoir être des cadres en matière de management et de changement :

- Encourager les cadres à développer leurs compétences en matière de management et de changement.

Françoise GONNET²²⁰ souligne que *« les cadres et en particulier les cadres soignants font partie de ceux qui s'investissent le plus dans leur travail et qui manifestent le plus de dispositions à apprendre, à se former et à changer. Or ce sont en même temps ceux qui rencontrent le plus de difficultés, subissent les réactions en cascade des changements de toutes sortes à l'hôpital et finalement s'usent moralement et psychiquement ».*

Leur fonction est en effet difficile, avec la rapidité des évolutions qui interviennent sur tous les plans.

Dès lors, il est important d'entendre leurs besoins, notamment en termes de formation, pour assumer leurs missions de management et leur rôle de levier de changement.

La conviction partagée de la nécessité du changement, la participation du personnel pour sa réalisation et le relais des cadres constituent donc des éléments fondamentaux dans le management du changement.

²¹⁹ Véronique BOUVIER, *Évaluation de la formation continue au management des cadres aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg*: ENSP, 1996, 108p.

²²⁰ Op.cit.

Parallèlement, il est nécessaire d'accompagner humainement et structurellement le changement pour que chacun puisse jouer un rôle actif :

2 .Accompagner humainement et structurellement le changement

Les moyens d'accompagnement humain et structurel représentent une part substantielle de la réussite du changement :

A. Veiller à un accompagnement humain

La formation et la communication, dans la mesure où elles peuvent permettre une plus grande appropriation du changement par les individus, constituent des leviers essentiels pour faire évoluer les attitudes et les comportements :

- Privilégier la formation

La formation est un puissant vecteur d'adaptation des ressources humaines aux réalités de l'heure, sous réserve qu'elle réponde aux besoins des individus, qu'elle soit interactive et qu'elle fasse apparaître un « retour sur investissement », c'est-à-dire que les acteurs mettent en pratique leurs apprentissages pour faire évoluer leur situation de travail.

La formation est souvent utile pour apaiser les inquiétudes, encourager l'ouverture au changement, rendre les comportements individuels moins routiniers, surtout lorsqu'il s'agit d'une formation pluri-professionnelle, qui facilite la confrontation de points de vue.

Elle peut permettre également de dépasser les obstacles culturels au changement.

L'hôpital, qui se caractérise traditionnellement par une culture orale, une culture négative de l'erreur, une méfiance par rapport au contrôle et un certain cloisonnement, peut ainsi évoluer progressivement vers l'écrit, la reconnaissance du droit à l'erreur, la traçabilité et la transparence.

Les formations initiales des hospitaliers, malgré leur renouvellement, contribuent souvent à reproduire les comportements passés et laissent finalement peu de place aux nouvelles problématiques, aux compétences nécessaires face au changement.

La formation est donc essentielle pour faire réfléchir les individus sur leurs pratiques et les inciter à réactualiser leur mode de travail.

L'apport du multimédia est primordial, dans la mesure où il permet d'associer différents vecteurs d'information (texte, son, image) qui rendent le didacticiel plus ludique et agréable que les formations classiques en hygiène hospitalière (cours magistraux notamment).

Cet outil peut donc compléter utilement les méthodes traditionnelles d'enseignement.

Corollaire de la formation, la communication est également un « *levier du changement à l'hôpital* » (Françoise KOURILSKY) :

-Soigner la communication

Selon Françoise KOURILSKY²²¹, « *les problèmes de résistance au changement résultent le plus souvent de communications inappropriées* » : pour que chacun soit réellement actif dans le changement, il est nécessaire de « *mettre en lumière les ressources cachées* », de « *focaliser son regard et son écoute sur les ressources de l'autre plutôt que sur ses limites* » -ce que Françoise KOURILSKY dénomme « *la communication d'influence* ».

« *Le « chef » d'hier doit aujourd'hui laisser place à la personne-ressource, au stratège et au pédagogue* » : pour accompagner humainement le changement, il doit notamment faire preuve d'écoute, animer par les valeurs et être vigilant quant aux messages qu'il véhicule le management du changement est indissociable de la capacité d'écoute.

En effet, la réussite du changement suppose de s'appuyer sur une connaissance concrète de la réalité, que seule une écoute peut permettre : « *plus les gens auront l'impression d'être écoutés parce qu'un management (...) les aide à faire face aux difficultés quotidiennes, et plus ce management sera respecté* » (Gérard PAVY, sociologue et consultant)²²².

Si la stratégie de communication est ouverte, réceptive et interactive, elle facilitera l'engagement des acteurs dans le changement.

Inversement, un déficit d'écoute est susceptible de déboucher sur deux dysfonctionnements graves : un directeur cantonné dans une gestion abstraite du changement, d'une part, et des personnels jouant la protection en générant de l'opacité sur leurs pratiques, d'autre part.

Il convient tout de même de rester prudent, car « *l'écoute elle-même n'est efficace que si ceux qui écoutent disposent des leviers d'action suffisants pour répondre rapidement aux problèmes qu'on leur remonte* » (Gérard PAVY).

Le fait de reconnaître le changement comme une des valeurs de l'hôpital peut sans doute contribuer également à accroître les chances de succès du changement.

Il semble en effet très important de « *donner une valeur au travail, au-delà des exigences techniques* » (Georges NIZARD)²²³, pour entraîner l'adhésion des personnels au changement.

²²¹ F. KOURILSKY, Op.cit.

²²² G.PAVY. À l'écoute de l'hôpital. *Gestions hospitalières*, Mai 1995, N°346, p.402-406.

²²³ G. NIZARD, Op.cit.

Ce « management par les valeurs » peut aller jusqu'à la formalisation d'une charte des valeurs de l'hôpital, finalisant le(s) dessein(s) de l'établissement, exprimant la cohésion entre les acteurs et décrivant les orientations poursuivies par le personnel.

Enfin le message, élément central dans la communication, l'est plus encore dans un contexte de changement.

Pour être compris correctement, il doit tenir compte du cadre de référence du récepteur.

Par ailleurs, il est souhaitable que le message soit ciblé pour que les individus s'approprient plus facilement les concepts et valeurs relatifs au changement : les informations doivent être sélectionnées et adaptées en fonction des professions et secteurs d'activité destinataires, la surproduction d'informations provoquant une saturation et in fine une perte de sens.

En complément à cet accompagnement humain que nous venons d'évoquer, un accompagnement structurel du changement est indispensable pour créer des conditions de transformations réelles.

En effet, un déphasage entre le changement attendu des individus et les structures existantes peut être « *source d'incohérence et donc de clivage irréductible* » (Omar AKTOUF)²²⁴ :

B. Organiser un accompagnement structurel

Pour mettre en œuvre le changement, il est nécessaire d'une part qu'il fasse l'objet d'une prise en compte institutionnelle, d'autre part que le terrain -au sens d'environnement- soit propice à son développement :

-Inscrire le changement dans un projet institutionnel

Le projet d'établissement, et en particulier le projet social, doit être considéré comme un levier pour mener le changement, dans la mesure où il tend à faire évoluer les valeurs de l'établissement en même temps que les habitudes ou les normes de comportement de son personnel. S'il est bien construit et s'appuie sur la participation active du plus grand nombre d'agents, il provoque une forte demande de changement.

Le projet d'établissement est en effet l'occasion d'une réflexion collective de la communauté hospitalière sur les compétences de l'hôpital et les orientations communes à poursuivre. Il s'agit d'une opportunité pour susciter l'appropriation du changement et l'adhésion des personnels à des objectifs de progrès.

²²⁴ O. AKTOUF, Op.cit.

En outre, le contrat d'objectifs et de moyens qui peut être formalisé sur la base du projet d'établissement offre à l'établissement l'opportunité d'obtenir des moyens financiers pour la réalisation du changement.

De fait, l'environnement est souvent problématique car les conditions de travail, l'architecture des locaux ou le matériel ne facilitent pas l'appropriation du changement par le personnel :

-Construire un environnement adéquat

Il est difficile de souhaiter une modernisation des pratiques des professionnels lorsque l'environnement lui-même ne le permet pas.

L'organisation et les conditions de travail présentent parfois effectivement des dysfonctionnements qui font obstacle au respect des recommandations d'hygiène (mauvaise programmation des sorties, glissements de tâches, exécution des soins dans l'urgence, etc.).

La réussite du changement passe alors par une réflexion prioritaire sur ces dysfonctionnements.

La résolution des difficultés peut s'effectuer bien souvent à moyens constants, par le dialogue, la réunion de professionnels de différents secteurs, l'analyse des problèmes d'interface, la sensibilisation des médecins, etc.

Les incohérences inhérentes à l'architecture des locaux ou au matériel disponible sont, en revanche, plus difficiles à réduire, pour des raisons souvent financières.

Or, il est essentiel que face aux nombreuses mesures d'hygiène adressées au personnel, l'établissement soit capable de maîtriser l'environnement dans lequel sont effectuées les activités hospitalières : l'eau, l'air et les surfaces, vecteurs potentiels de bio-contamination, doivent faire l'objet de contrôles ; les circuits propre et sale doivent être différenciés ; les matériaux et matériels les plus adaptés doivent être privilégiés (revêtements de sols, lave mains automatisés, etc.), de même que les chambres individuelles...

Le coût des mises en conformité, de l'acquisition des équipements, du renouvellement de matériel est non négligeable et fait penser, comme nous l'évoquions précédemment, qu'un financement spécifique dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens serait bien venu.

SECTION 9. INSTAURER UN SYSTEME D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION QUI INCITE LES COMPETENCES

1. Promouvoir l'information et la communication

A .Une politique de communication interne favorisant la circulation de l'information

La mise en place d'intranet pourrait être un canal de communication convivial, mais nécessiterait une adaptation des pratiques professionnelles peut-être longue et un investissement conséquent (équipement informatique dans tous les services, installation de l'Intranet, formation des agents à l'outil informatique). Il est donc plus réaliste d'envisager à court terme de :

Développer les plaquettes d'information, à l'instar du livret d'accueil évoqué ci-dessus, pour améliorer la communication motivationnelle au sein de l'établissement. Un livret de formation pourrait par exemple présenter les différents types de formation auxquels ont accès les personnels et le plan de formation de l'année.

Promouvoir la communication horizontale en créant des groupes de travail transversaux (commission restauration, équipement ...) favorisant le décloisonnement des services.

Introduire des supports formalisés de communication verticale ascendante, tels que des enquêtes régulières de satisfaction des personnels ainsi que des groupes d'expression au sein des services.

B. Une politique de communication externe valorisant le CHU et ses professionnels

Afin de transformer progressivement son image peu flatteuse et d'accroître son attractivité envers les personnels soignants, quelques actions de communication externe seraient opportunes pour l'établissement. la création d'un site Internet (en complément de l'installation d'un Intranet) s'avère être un outil courant et efficace de communication externe pour de nombreux établissements.

2. La gestion prévisionnelle des conflits

S'il y a déjà difficultés de dialogue, nous en sommes donc au stade où la relation est limitée à un simple échange d'informations. Ceci ne remet bien sûr pas en cause la motivation respective des Chefs d'établissement ou des Médecins, mais ne favorise évidemment pas la synergie des moyens mis en œuvre autour de l'agent. L'objectif est alors de remettre en place une véritable communication.

A. Les signes matériels précurseurs des conflits

Les difficultés relationnelles se repèrent rapidement en analysant le climat et en observant l'interlocuteur dès les premières minutes de l'entretien : retard, agacement plus ou moins exprimé, accueil plus ou moins cordial, disponibilité plus ou moins grande, écoute apportée, impression de réserve, signes d'impatience, directivité exacerbée, volonté anormale de vouloir accélérer les choses, remarques ou réserves sur la nature des documents de travail

L'apparition de deux ou trois de ses signes doit alerter le manager sur la forte probabilité de survenu d'un conflit.

- Si ces signes sont positifs

Il faut alors continuer ; le problème est ailleurs et ressortira ultérieurement ;

- Si ceux-ci sont négatifs

Avant de voir l'historique et d'identifier le contentieux, vérifier que l'interlocuteur n'est pas dans un jour «sans » (soucis, fatigues, préoccupations annexes, etc.) Le manager doit alors se préparer au conflit et à le gérer au mieux possible, sachant qu'il entrera dans l'une des 3 catégories suivantes :

*** En cas de conflit réel**

C'est l'impossibilité réelle de trouver un accord, parce que les points de vue se basent sur des critères différents mais tout aussi pertinents : tous deux ont raison (ils ne voient pas les choses de la même façon). Ce sont les conflits de valeurs ou de vision propre. Heureusement ces cas sont rares. La solution passe par le domaine de la négociation pour trouver un consensus.

Par exemple : divergence sur les priorités d'action sur un dossier, évaluation différente des possibilités et des motivations d'un agent, incompatibilité des priorités des uns et des autres, objectifs de travail différents, interprétation différentes de paramètres non factuels.

*** En cas de malentendu**

C'est une mauvaise compréhension, un quiproquo souvent lié à un manque d'écoute. Il suffit alors d'apporter la preuve matérielle sur laquelle est basé le malentendu.

Le dysfonctionnement se lèvera de lui-même dans la mesure où les interlocuteurs sont tous les deux de bonne foi.

Par exemple : « Je vous apporte la réponse rapidement » : je peux penser que 15 jours sont déjà assez rapides quand mon interlocuteur s'attend à avoir la réponse sous 2 à 3 jours. Le conflit surviendra dans la semaine.

Autre exemple : mésentente sur la répartition respective des tâches : l'un croit que c'est l'autre qui doit effectuer la tâche et vice versa. Chacun se rejetera la responsabilité de bonne foi.

* En cas de conflit prétexte

Le prétexte s'appuie sur la mauvaise foi d'un des interlocuteurs qui met en avant des raisons ou des paramètres non pertinents. La conduite à avoir n'est pas évidente à énoncer théoriquement (car liée à la situation elle-même), mais doit avant tout éviter de renforcer le prétexte.

Ex : la difficulté de trouver une date de rencontre où le chef d'établissement met en avant un agenda chargé (prétexte) pour signifier sa mauvaise humeur sur la couverture de l'établissement ou la fréquence de passage, qu'il ne veut pas aborder directement .

SECTION 10. MOTIVER ET AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL

1. Motiver le capital humain de l'hôpital

La présente étude a permis d'identifier les déterminants de la motivation au travail pour les ressources humaines au CHU. La connaissance des facteurs de motivation et des facteurs d'hygiène peut permettre, d'une part de renforcer les éléments à l'origine de la motivation au travail, et d'autre part d'agir sur les facteurs d'insatisfaction.

L'identification de ces facteurs permet d'envisager des actions correctrices, dans la mesure du possible, afin de motiver le personnel pour qu'il agisse conformément aux intérêts de l'hôpital public. C'est pourquoi plusieurs propositions peuvent être formulées.

Si la marge de manœuvre concernant la rémunération, les conditions de travail et le temps de travail est réduite, il est cependant possible d'agir sur certains facteurs d'insatisfaction, et de renforcer certains facteurs de motivation.

Le processus de la motivation au travail constitue un ensemble complexe qui met en jeu beaucoup d'éléments. Nous pouvons, cependant souligner le fait que la vraie motivation est intérieure, elle consiste en un foyer d'énergie psychique entretenue au cœur même d'un individu. Au-delà de la satisfaction de ses besoins, l'homme se trouve accroché sur ses désirs (désire de puissance, désir d'accomplissement,...). Le passage de la notion de besoin à la notion de désir fondamental, permet de passer de la motivation extrinsèque (instrumentale) à la motivation intrinsèque. Cette dernière est la plus difficile à déclencher car elle met en jeu toute une série de facteurs. C'est la raison pour laquelle tout manager doit être en mesure de bien analyser la situation à laquelle il est confronté.

Afin de déterminer avec précision les leviers d'action qu'il peut utiliser pour obtenir les modifications de comportement qu'il attend de ses collaborateurs. Donc l'efficacité de l'action dans un hôpital public passe par une animation et une mise en mouvement des hommes et des femmes pour tenter de faire coïncider les finalités de l'organisation et les aspirations collectives et individuelles.

L'étude menée nous permet de formuler la proposition d'une vision pour améliorer la motivation des ressources humaines d'un hôpital public. L'articulation de cette vision repose sur deux principes :

- Le développement de la loyauté des ressources humaines des hôpitaux publics ;
- L'émergence de valeurs communes auxquelles on se réfère le plus couramment : le service du malade, le respect de la personne, l'esprit d'équipe, l'excellence, le professionnalisme, la participation.

A.L'adoption et la décentralisation de la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publiques

La gestion des ressources humaines nécessite la mise en place d'un cadre de référence définissant les principes et les orientations permettant le passage d'une gestion du personnel basée sur une logique juridique à une véritable gestion des ressources humaines basée sur une logique managériale. Elle a pour finalité de chercher à obtenir la meilleure adéquation entre les besoins de l'hôpital et ses ressources humaines. Et donc de prendre en compte les attentes du personnel, leurs aspirations et leurs projets pour augmenter sa motivation.

La gestion des ressources humaines de nos hôpitaux publics accuse une concentration excessive puisque la prise de décision est centralisée à un niveau plus élevé de la hiérarchie administrative.

La décentralisation de la GRH dans les hôpitaux publics va permettre : l'amélioration des décisions prises. Et l'éviction de long circuit de transmission d'information. Les décisions sont prises par des personnes connaissant mieux les problèmes locaux. Ceci constitue un élément qui est susceptible d'améliorer la motivation au travail des ressources humaines d'un hôpital public, car les multiples conflits susceptibles de se produire entre le siège lointain d'une part, et les hommes sur le terrain d'autre part, ont de bonne chance d'être nettement réduits.

B. L'élaboration et la mise en œuvre, d'une stratégie de développement des ressources humaines pour chaque CHU

- L'adoption de la formation continue comme moyen d'acquérir de nouvelles compétences et de renforcer celles qui existent. Mais aussi comme un outil de formations complémentaires afin que les ressources humaines d'un hôpital public peuvent accéder à une meilleure qualification qui leur permettrait d'obtenir une promotion ;

- L'adoption d'une nouvelle vision de promotion des RH des hôpitaux publics.

Cette vision devrait s'inscrire dans une logique du principe de mérite. Ce principe doit être institué comme règle générale tout en précisant que le changement de niveau doit être accompagné d'un changement de fonction ;

- L'adoption du dialogue social comme étant une source permettant de cerner les problèmes de la formation, de la mobilité et de l'environnement du travail ;

- L'adoption du management participatif par le staff administratif des hôpitaux publics : la politique administrative est perçue comme une source de démotivation pour les ressources

humaines. Le personnel des hôpitaux publics doit pouvoir participer à l'élaboration des objectifs de leur organisation. Cette opportunité sera perçue comme une occasion de créativité qui peut améliorer la motivation au travail de ces ressources humaines.

C. L'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de développement des compétences

L'adoption d'une stratégie de développement des compétences vise l'adaptation professionnelle des personnels à leur emploi et leur développement au travers de parcours professionnels adaptés à leur évolution et à celle de l'hôpital. Ceci sera opérationnel par l'adoption de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) comme un outil de gestion des ressources humaines dans nos hôpitaux publics.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences recouvre l'ensemble des démarches, procédures et méthodes ayant pour objectif de décrire et d'analyser les divers avènements possibles de l'entreprise en vue d'éclairer les décisions concernant les ressources humaines.

La mise en œuvre de la démarche GPEC dans le secteur hospitalier public permet l'appréciation des performances du personnel, l'identification des aspirations du personnel et l'évaluation des potentiels de chaque personnel. La démarche implique la prise en compte des diverses dimensions de la gestion des ressources humaines et la recherche de cohérence entre formation, promotion, croissance, mobilité et recrutement.

D. Le développement d'une politique sociale

Le développement d'une politique sociale pour contribuer au bien-être des ressources humaines des hôpitaux publics et de leurs familles.

E. L'élaboration et la mise en œuvre d'un système de reconnaissance

Si la personne ressent une indifférence totale, il peut se sentir renié et souffrir de cet état de fait car il se trouve déstabilisé dans sa propre identité. La reconnaissance n'est pas une revendication marginale, elle est décisive dans la dynamique de la mobilisation subjective de l'intelligence et de la personnalité dans le travail. La personne peut utiliser cette reconnaissance pour renforcer son image de soi, son identité.

L'élaboration et la mise en œuvre d'un système de reconnaissance sous forme d'une récompense symbolique va permettre la prise en considération de l'ampleur des efforts

fournis par le personnel des hôpitaux publics et par conséquent un engagement affectif de ces derniers à l'égard de l'organisation.

Le besoin de reconnaissance occupe une place particulièrement importante chez les personnels d'un hôpital public (facteur de motivation). Donc le témoignage de la reconnaissance constitue une source fondamentale de leur motivation.

Les récompenses symboliques peuvent prendre plusieurs formes :

- Participation à un colloque ;
- Accès à des programmes de formation ;
- Rencontre sociale spontanée (une pause collective, un dîner collectif) ;
- Remerciements publics pour les efforts déployés par un personnel ;
- Lettre personnalisée de félicitation ;
- Soutien lors d'un événement difficile ;
- Remerciements verbaux.

F. La mise en place d'un système d'information et de communication interne

Les managers et les personnels sont les deux pôles de toute politique de communication.

La stratégie, en matière de communication interne, adoptée par le staff administratif influera sur les comportements des ressources humaines d'un hôpital public (facteur de motivation). L'information et la communication interne dans un hôpital public algérien mérite, pour être crédible et efficace, une politique cohérente qui s'articule autour des intérêts des personnels et de l'organisation.

Le développement de la convivialité aux niveaux des hôpitaux publics. Des plannings de rencontre sont à envisager par la direction de chaque hôpital public. A fin de souder les équipes, de développer la cohésion et la communication au niveau de l'établissement. Ces rencontres réunissent l'ensemble des personnels au sujet de l'organisation du travail et des pratiques professionnelles. Dans ce cadre, les ressources humaines de l'hôpital public doivent pouvoir s'exprimer sur leur travail, dans le but de faire évoluer l'organisation d'une part, et d'autre part de pouvoir être écoutées, entendues et d'avoir la possibilité de parler pour évacuer leurs tensions nerveuses, leur ressenti voir leur mal-être dans certaines situations.

2. Améliorer les conditions de travail

A. L'adéquation des ressources et des besoins en vue de l'amélioration des conditions de travail

Il s'agit de remédier aux difficultés actuelles de la gestion des effectifs, en prévenant l'absentéisme et en introduisant des éléments de souplesse dans cette gestion.

- La prévention de l'absentéisme : Le fort taux d'absentéisme pourrait être utilement réduit afin d'augmenter les effectifs soignants effectivement à l'œuvre et améliorer ainsi les conditions de travail.

Certes, les facteurs explicatifs du taux d'absentéisme d'un établissement sont variés, et trouvent d'ailleurs souvent leur source dans les conditions de travail que nous cherchons précisément à améliorer en réduisant l'absentéisme. Mais nous nous intéresserons ici plutôt à l'utilisation que pourrait faire la responsable des ressources humaines du relevé régulier du taux d'absentéisme prévu au sein des tableaux de bord évoqués ci-dessus. La mise en place de ces tableaux de bord gagnerait ainsi être suivie de deux types d'effets.

D'une part, des objectifs ciblés pourraient être fixés en matière d'absentéisme aux équipes de pilotage des fédérations et couplés avec des « entretiens d'absentéisme » réunissant le responsable des ressources humaines et les équipes de pilotage, visant à comprendre de manière précise les fluctuations du taux d'absentéisme et à décider de concert des mesures à prendre pour les juguler.

D'autre part, des sanctions plus lourdes pourraient être mises en place dans le cadre de la rémunération des personnels, en revoyant par exemple le poids du facteur « absence » dans la répartition de la prime.

- L'assouplissement de la gestion du travail : L'assouplissement de la gestion des effectifs est également une réponse à envisager pour atténuer les insatisfactions liées à sa rigidité actuelle. Cette mesure doit avoir une double visée : à la fois satisfaire l'établissement (en développant les moyens d'atteindre les objectifs cibles fixés dans les tableaux de bord) mais aussi satisfaire le personnel.

L'évolution de la gestion des ressources humaines dans le sens d'une meilleure gestion prospective de ses aspects quantitatifs devrait permettre d'atténuer les tensions liées au sentiment de manque de personnel et ainsi d'assurer le socle d'une plus grande stabilité du

personnel. Ce premier pas doit cependant être complété par d'autres mesures.

Il y a quatre objectifs à atteindre avec ces mesures :

- développer les connaissances des dangers, des risques, et des expositions en milieu professionnel;
- renforcer l'effectivité du contrôle;
- refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail;
- encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail ;

Ces mesures s'articulent autour de 4 axes principaux:

- disposer d'une expertise scientifique forte et indépendante ;
- mobiliser la recherche et la formation sur la santé au travail ;
- améliorer l'efficacité et le ciblage du contrôle du respect de la réglementation ;
- encourager la prévention dans les entreprises.

a. Disposer d'une expertise scientifique indépendante

Cet axe part du constat que de nombreux risques font l'objet de sous-évaluations scientifiques:

- en matière de risques chimiques, beaucoup de substances ont été classées « cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction » ;
- l'accroissement des troubles musculo-squelettiques, les cancers professionnels ou les troubles psychosociaux nécessitent le développement d'études spécifiques.

La création d'une agence publique chargée de la santé au travail est prévue.

L'agence aura deux missions principales:

- Un rôle d'évaluation des risques pour l'homme en milieu de travail. -
- Un rôle de veille scientifique et technique sur les risques en milieu de travail recouvrant notamment l'organisation de l'expertise nécessaire, la définition de valeurs limites d'exposition et la substitution des produits dangereux.

Le renforcement des moyens de veille scientifique doit permettre de favoriser la détection avancée des risques épidémiologiques et des maladies professionnelles.

La mise en œuvre d'expertises prioritaires doit permettre:

- L'organisation d'une veille scientifique renforcée;
- L'évaluation des expositions professionnelles aux substances les plus préoccupantes;
- L'amélioration de la surveillance de la santé des travailleurs;
- L'évaluation des risques sanitaires de plusieurs produits chimiques;
- Les expertises préalables à l'élaboration de valeurs limites d'exposition en milieu professionnel.

b. Mobiliser la recherche et la formation sur la santé au travail

Cette mobilisation passe tout d'abord par la mobilisation des chercheurs par la création de « pôles scientifiques pluridisciplinaires», mais également par le renforcement de la connaissance:

- Des substances toxiques, renouveler les méthodes d'approches et développer de nouvelles méthodes de mesure; -
- Des différents déterminants de la santé au travail: évolutions technologiques, organisation du travail, interconnexions des risques, parcours d'emploi.

Est également prévu le renforcement de la connaissance des données sur les populations au travail et sur les expositions au risque par:

- La mise en place d'un conseil scientifique national pour définir les orientations de la recherche et les priorités;
- La mise en place d'un comité partenarial (réunissant les acteurs économiques, partenaires sociaux et acteurs territoriaux) qui recueillera les demandes des acteurs, favorisera les financements collectifs de projets et diffusera mieux les connaissances scientifiques.

Quatre pôles sont envisagés:

- Risques industriels et risques professionnels: facteurs humains dans la sécurité des systèmes à risques, prise en compte de la prétention dès la conception des processus.
- Organisation du travail et santé: facteurs psychosociaux des risques professionnels, psychopathologie du travail, organisation du travail et pathologies professionnelles.

- Santé et itinéraire professionnels, environnement de travail et santé: observation statistique de la santé au travail, vieillissement au travail, construction des métiers...
- Transformation industrielle et protection de la santé en milieu de travail: toxicologie professionnelle, gestion des transformations industrielles et des reconversions au regard de la santé.

B. Le développement des ressources humaines

a .Former de jeunes chercheurs pour la prévention de demain

Conforter la place de la formation en santé au travail des professionnels de santé:

- la mobilisation des professionnels de santé dès leur formation initiale;
- le renforcement de la place de la formation initiale en santé au travail des praticiens généralistes et spécialistes;
- l'ajustement des effectifs d'enseignants dans la spécialité médecine du travail.

b. Améliorer l'efficacité et le ciblage du contrôle du respect de la réglementation

Cette amélioration passe par la mise en place de cellules d'appui territoriales de l'inspection du travail. Ces cellules sont animées par des ingénieurs de prévention et des médecins inspecteurs du travail qui répondront aux besoins méthodologique, scientifique et technique des contrôleurs et inspecteurs.

Est également prévu le renforcement de la formation initiale et continue des contrôleurs et inspecteurs.

c. Encourager et mieux coordonner la prévention dans les entreprises

Cet objectif doit se concrétiser par la passation de contrats d'objectifs avec les services de santé au travail permettant:

- de promouvoir des programmes de prévention des risques émergents-en entreprise;
- de contribuer à adapter l'organisation du travail pour viser la réduction de pathologies identifiées tels les troubles musculo-squelettiques ou psychologiques;
- d'accompagner les entreprises dans leur démarche d'évaluation des risques.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Les données qui émergent de l'investigation du terrain nous ont permis de dresser un portrait plus clair de la gestion des ressources humaines dans le CHU d'Oran.

Le besoin d'un management des ressources humaines efficace qui intègre les principaux processus du management des ressources humaines est nécessaire et pressant.

Les principales faiblesses qui entravent la mise en place d'un management des ressources humaines performant se situent à trois niveaux :

-La fonction ressources humaines, elle-même à travers son organisation actuelle, sa mission qui reste à définir et le peu de moyens dont elle dispose ;

-La politique de gestion des ressources humaines qui n'est pas totalement définie et qui reste loin de piloter les processus de ressources humaines tels que la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, le recrutement, l'évaluation des compétences et la formation.

-Le support à la gestion des ressources humaines à travers l'organisation et le style du management, la communication et dialogue social, la motivation et la satisfaction en améliorant les conditions de travail.

Nos recommandations ont été dictées par la réalité de la gestion des ressources humaines dans le CHU d'Oran et ajustées de façon à remédier aux déficiences précitées plus hauts en s'appuyant notamment sur les axes forts dégagés lors de nos analyses. Ces recommandations ne peuvent en aucun cas être mises en œuvre s'il n'y a pas un changement qui prend en considération le statut juridique et institutionnel des CHU en Algérie.

CONCLUSION GENERALE

Dans un contexte de plus en plus contraignant à la fois en terme de grands défis économiques et sociaux à relever et en terme de développement et diversification des exigences des patients, le CHU ne peut être géré comme avant, il devient par la force des choses une entreprise prestataire de service ayant une charge une ville ou une région et en face des clients à satisfaire.

Pour ces CHU, s'adapter au nouveau contexte passe forcément par l'entrée dans un projet de modernisation via un processus difficile, certes, mais nécessaire. Pour ce processus de changement la dimension humaine reste la plus délicate et la plus incertaine, mais aussi la plus à même de rendre ce changement possible.

Malgré l'importance de la taille du personnel hospitalier et son rôle central pour impulser une véritable dynamique du changement vers la modernisation de la gestion hospitalière, la situation actuelle dénote l'existence de presque un dilemme. En effet, et alors que les hôpitaux souffrent de la faible efficacité des ressources humaines et des insuffisances et dysfonctionnements qu'elles présentent, une faible prise de conscience est constatée dans la plupart des hôpitaux.

Pour le CHU d'Oran, objet de notre travail, cette recherche a tenté d'explorer la situation des ressources humaines et de leur management. Elle avait ainsi pour objectifs de dresser la structure actuelle des ressources humaines du CHU d'Oran et de faire une analyse des différents aspects opérationnels de la politique de la gestion des ressources humaines et identifier les insuffisances et les dysfonctionnements avant de proposer des axes de développement d'une nouvelle politique de gestion des ressources humaines dans le CHU d'Oran et les recommandations opérationnelles pour sa mise en œuvre.

Les données qui émergent de l'investigation du terrain nous ont permis de dresser un portrait plus clair de la gestion des ressources humaines dans le CHU d'Oran. L'analyse de ces données et l'étude des différents processus liés à la gestion des ressources humaines montrent des déficits et des dysfonctionnements à plusieurs niveaux, ce qui nous a permis d'éclairer la réalité de la problématique et de mesurer les écarts en terme de pratiques par rapport au référentiel que nous nous sommes construit, tout en vérifiant nos hypothèses de départ.

En effet, le CHU d'Oran souffre d'une faible maîtrise des ressources humaines existantes d'une part, et de l'absence d'une véritable politique de gestion des ressources humaines qui lui permettrait de tirer le meilleur profit des ressources humaines disponibles pour relever les défis de la gestion du CHU d'Oran d'autre part.

Les principales faiblesses qui entravent la mise en place d'une gestion des ressources humaines performante se situent aux niveaux suivants :

-La fonction ressources humaines, elle-même, à travers son organisation actuelle, sa mission qui reste à définir et le peu de moyens dont elle dispose.

-La politique de gestion des ressources humaines qui n'est pas totalement définie et qui reste loin de piloter les processus ressources humaines tels que la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, le recrutement, l'évaluation des compétences et la formation.

-Le support à la gestion des ressources humaines à travers le mode d'organisation, le style de management, la communication, le dialogue social, la motivation et les conditions de travail qui n'œuvrent pas tous dans le sens de l'émergence d'une gestion des ressources humaines efficace.

Nos recommandations ont été formulées en tenant à la fois du cadre juridique et institutionnel des hôpitaux en Algérie. Elles ont été dictées par la réalité de la gestion des ressources humaines et ajustées de façon à remédier aux déficiences précitées plus haut en s'appuyant notamment sur les axes forts dégagés lors de nos analyses. Nous avons articulé ces recommandations autour des axes d'amélioration.

-Le premier axe étant relatif à la mise à niveau de la fonction gestion des ressources humaines pour qu'elle puisse normaliser son fonctionnement et remplir ses missions de base et par suit accompagner le changement voulu par le management.

-Le deuxième axe recommande la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qui est absente dans les établissements publics de santé. Ce manque d'intérêt, dû probablement au manque de résultat, s'explique essentiellement par l'excès d'instrumentalisation et le manque de pragmatisme des méthodes utilisées.

Certes, le lancement d'une politique de GPEC comporte nécessairement la définition de quelques concepts et une appropriation méthodologique, mais ce n'est qu'une garantie de rigueur dans la démarche. Son développement doit s'inscrire dans la réalité des besoins de l'hôpital.

Aujourd'hui, elle pourrait être plus largement utilisée dans les hôpitaux. En devenant presque une obligation, elle ne pourrait plus être considérée comme une mode éphémère. La GPEC ne peut durablement et efficacement se mettre en œuvre que si elle s'inscrit dans le prolongement d'une démarche stratégique. Elle reste un outil, mais au service des objectifs institutionnels et au bénéfice de chaque agent. La GPEC prouvera alors toute sa force et son intérêt, dans une combinaison des aspects quantitatifs et qualitatifs qui valorise le patrimoine

humain de l'entreprise. Outil d'aide à la décision, elle permet d'adapter les ressources humaines en nombre et en qualité. Elle vise à réduire les écarts entre les ressources telles qu'elles sont actuellement et les besoins futurs.

Dans l'établissement qui l'utilise comme pratique courante et consensuelle, la GPEC devient plus qu'un outil. Elle est un état d'esprit qui permet à l'institution d'évoluer vers une structure qualifiante et responsabilisante. « Une organisation est dite qualifiante si elle se donne les moyens de son développement en devenant plus anticipatrice, plus responsabilisante, plus apprenante et plus riche de ses ressources humaines »²²⁵. Cependant, un état d'esprit ne se décrète pas, et il faut accepter que la démarche s'inscrive dans les perspectives à moyen ou long terme.

-Le troisième axe recommande le recrutement, acte de management majeur, il représente investissement lourd pour l'institution. C'est pourquoi la mise en place d'une procédure de recrutement doit s'efforcer de coordonner les actions des professionnels concernés, de permettre le choix du meilleur candidat et d'adapter ses compétences aux besoins de l'institution.

-Le quatrième axe recommande l'évaluation des compétences, la mise en œuvre d'un tel système d'évaluation des compétences concourt à une plus grande objectivité, plus de transparence, une participation et une responsabilisation de tous les acteurs. La professionnalisation et l'engagement de tous demandent une réelle force de conviction et du temps. Dès lors que le dispositif est intégré, nous assistons à une opération de management où le contrat gagnant-gagnant est indéniable.

Un système d'évaluation s'appuyant à la fois sur l'activité, les champs de compétences, la communication, la confiance, la contractualisation pour anticiper la réponse aux besoins individuels et collectifs est garant de réactivité, d'efficacité et de cohérence.

Convaincre les personnels que la qualité est bien le fruit de la compétence et de l'implication professionnelle de chacun d'eux, au profit de la raison d'être de l'institution hospitalière, induit inévitablement une réelle culture de l'évaluation et du management par la qualité.

-Le cinquième axe recommande la formation qui nécessite, une organisation bien identifiée, structurée et globale. Elle appelle nécessairement une formation spécifique à sa conduite afin de rendre tous les effets possibles. Cela suppose pour le manager un travail de remise en perspective de ses connaissances en matière de formation. Bien plus revue dans sa finalité et sa conduite, la formation est un gage pour le manager de fidéliser un personnel

²²⁵ Gérard ROPERT, Michel BAYE, Gérer les compétences dans les services publics, Les Editions d'Organisation.

qui se raréfie. Nécessairement, des difficultés surgissent à la mise en place d'une telle démarche. Ces difficultés sont liées, nous l'avons vu dans l'exemple du CHU d'Oran, à une gestion des besoins plutôt immédiate que prospective. Néanmoins, le potentiel qu'elle est susceptible d'apporter du point de vue de dynamique interne et externe est important et contient des promesses de performance de l'établissement.

Les aménagements proposés prendront leur sens en s'inscrivant dans un schéma d'ensemble de management des ressources humaines qui vise à mettre les qualifications des personnels au cœur de la qualité des établissements.

Sans nul doute, la formation est un élément fort qui va permettre aux établissements et aux agents de la fonction publique de développer des compétences permettant de répondre au mieux aux besoins des usagers. Elle est un gage de réussite au regard des changements qui s'opèrent dans le domaine sanitaire et social.

-Le sixième axe recommande une réorganisation du CHU, la réforme attendue doit être porteuse de nouvelles règles de gestion, de nouvelles procédures qui sont dans le sens des règles universelles de management et des règles de gestion modernes qui consistent en une prise en charge des prestations de soins effective, rationnelle, efficace et à des coûts économiquement acceptables, compétitifs et supportables par les possibilités financières du pays.

L'élaboration d'un statut spécifique de l'établissement sanitaire est une nécessité incontournable pour lui permettre de remplir convenablement sa mission de service public chargé de la santé et ce en adéquation avec notre système national de la santé.

De par le monde, on assiste à des mutations importantes dans ce domaine, les pays maghrébins voisins enregistrent une avancée intéressante dans ce domaine, par rapport à nous.

Cela suppose bien entendu, la mise en place des règles de gestion plus souples à l'instar des entités économiques et plus particulièrement au moment où l'Algérie commence à rentrer dans l'économie de marché où seuls dominent et pris en considération les critères d'efficacité, d'efficience, de rigueur de qualité et de maîtrise des coûts.

Cela suppose en outre, la codification et la normalisation des activités de l'établissement sanitaire qui doivent être inscrits dans des projets judicieusement élaborés.

La tutelle dans ces conditions retrouvera son véritable rôle de conception, d'animation, de coordination, de planification et d'évaluation.

C'est ainsi que l'adoption d'organigrammes souples, mobiles et adaptables aux spécificités du terrain est plus que souhaitable avec une responsabilisation effective des différents organes de gestion.

Le directeur général, pivot de la gestion sera libéré des contraintes actuelles et deviendra un manager au sens le plus noble du terme.

Le conseil délibérant, dans le cadre d'une véritable autonomie de gestion doit être à même de prendre toutes les décisions concernant la vie de l'établissement sanitaire qu'il s'agisse de l'organisation, du fonctionnement, de la restructuration des finances, des ressources humaines, des infrastructures, des équipements, des produits stratégiques, des différents projets à réaliser, de la performance, de l'analyse des coûts etc... tout en restant à l'écoute de l'environnement et des techniques modernes qui se développent dans le monde.

Le conseil consultatif jouera un rôle irremplaçable puisqu'il se prononcera en toute responsabilité sur l'ensemble des aspects médico – techniques et des activités médicales, de formation et /ou la recherche.

L'introduction d'un flux financier dans les différents rouages de l'établissement sanitaire avec la diversification des sources de financement finira par introduire des changements de comportement, et une nouvelle dynamique à la gestion préalables à l'amélioration de la qualité des prestations en soins et à la satisfaction de la clientèle.

Ce n'est que dans ces conditions que nous pourrions espérer relever le niveau de notre établissement sanitaire pour lui permettre de rejoindre les autres établissements sanitaires dans le monde, en quête toujours d'un meilleur savoir- faire en vue d'accomplir correctement leur mission de soins.

-Le septième axe recommande un management en définitive, le directeur d'un CHU se doit de promouvoir une gestion managériale participative dans une vision éthique claire et communicable. Il doit susciter l'engagement, fédérer les énergies de telle sorte que la participation des acteurs à l'amélioration continue de l'organisation soit une réalité. C'est une valeur centrale du management, orienté sur la qualité du service rendu à la personne. Afin d'y parvenir, le directeur n'a pas d'autres choix que, d'une part, centrer l'action sur les objectifs de l'établissement et, d'autre part, être clair et rigoureux sur la notion de pouvoir et de délégation, sur les fonctions et places de chacun, sur les prestations servies aux usagers et les droits et devoirs de ces derniers.

Le management participatif a pour vertu de valoriser les agents individuellement et collectivement et de s'appuyer sur la force de la dynamique de groupe. Il permet en cela une évolution vers une forme d'auto-organisation, nécessaire à rendre le CHU suffisamment réactif pour affronter l'imprévu. Cette évolution ne peut être efficace globalement que si elle est animée par la conscience, à tous les niveaux, des buts supérieurs des missions confiées. C'est d'ailleurs pour satisfaire à cela que les finalités des CHU doivent être redécouvertes et redéfinies à travers des démarches participatives et consensuelles lors de l'élaboration notamment du plan d'établissement, temps fort de la vie de l'établissement.

Contrairement à ce que certains pourraient penser, tendre vers une organisation du travail fondée sur l'auto-organisation de l'établissement par les équipes n'affaiblit pas mais au contraire, renforce le rôle de la direction et de l'encadrement, leur permettant de s'attacher pleinement à la vérification des finalités des missions et de la validité des objectifs, de procéder à leurs ajustements, et d'évaluer la pertinence des processus internes destinés à les atteindre et en auto-évaluer les écarts. La traduction en actes, dans la réalité quotidienne des agents et de l'établissement, suppose aussi et surtout que le directeur et le cadre investissent pleinement leur rôle d'animateur, de leader et d'accompagnement des individus et des groupes.

Les méthodes de management développées par le directeur doivent épouser les contextes et leurs évolutions. Dans le secteur sanitaire, social et médico-social, la souplesse sera définie en fonction par exemple de la capacité à diversifier les offres de prestations de l'établissement afin de répondre aux demandes concernant des pathologies de plus en plus diversifiées et de la promptitude à s'accorder avec les différents interlocuteurs de CHU, notamment les autorités de contrôle, et leurs exigences pour faire valoir les évolutions de la demande et des besoins locaux. Entre les deux écueils de l'immobilisme et de la dispersion, le directeur d'un CHU en phase avec son époque doit maintenir un perpétuel équilibre, de nature à maintenir l'établissement en éveil mais sans l'amener vers une forme d'insécurité permanente et c'est en cela que le management exercé reste avant tout un véritable art.

-Le huitième axe recommande la motivation, le CHU se trouve confronté à de nombreuses mutations concernant le mode de financement, le mode de gestion et l'évaluation de la qualité. Le tout dans un contexte général où les exigences de la société sont croissantes à son égard.

Ces mutations du monde hospitalier ont un retentissement fort sur les conditions de travail, sur les caractéristiques du travail et sur l'environnement professionnel dans l'hôpital.

Dans un tel contexte qu'en est-il de la motivation au travail des ressources humaines de nos hôpitaux publics ? Cette interrogation prend de l'ampleur du fait de la connexion entre la motivation du personnel au travail et la qualité de la prise en charge des patients. Donc il apparaît fondamental, dans une logique de gestion des ressources humaines, de connaître les facteurs de motivation au travail pour pouvoir y remédier.

Si l'hôpital public algérien veut répondre au mieux à sa mission de service public, à dispenser des soins de qualité, la question de la motivation au travail de ses ressources humaines doit faire l'objet d'une attention particulière de la part des gestionnaires locaux et des responsables centraux.

-Le neuvième axe recommande un système de communication pertinent, fiable, précis et rapide. Si de tels critères sont réunis, l'établissement peut en tirer trois avantages principaux :

- * La diffusion d'une information pertinente permettant à chacun de comprendre l'établissement, de s'adapter en permanence aux aléas, d'être autonome et efficace à son travail ;

- * L'échange, l'enrichissement réciproque, la coordination et l'interactivité entre personnes ou services ;

- * L'adhésion à une ambition, des valeurs, des projets communs et la solidarité de tous²²⁶.

Si la communication est souvent vécue comme un mal nécessaire, c'est aussi parce que la gestion des ressources humaines est une difficulté majeure dans les organisations. En effet, les hommes sont raisonnables et affectifs et on ne peut prévoir lequel de ces deux aspects sera mobilisé dans une situation. Les réactions et les comportements ont une part d'imprévisible.

Afficher une volonté de communication est le point de départ d'un dispositif qui devra se structurer en tout point de l'organisation. Les outils et techniques sont des moyens au service d'une politique. Sans cette politique, ils risquent de se sédimenter au gré des modes et des évolutions des supports de communication, et de devenir rapidement aux yeux des employés, des symboles d'opacité plus que des éléments de transparence. Une des tâches essentielles du management sera alors de faire en sorte que l'approche globale des problèmes soit plus souvent présente, le mode de relations observé de manière dominante étant souvent réactionnel à l'environnement.

²²⁶ P. BEON, Comment développer la communication interne, Editions Nathan, Paris, 1995, p9

Toutes ces réactions peuvent être efficacement contrôlées par la communication interne. E. DUPUY et I. RAYNAUD²²⁷ distinguent par exemple douze principes de communication pouvant impulser la responsabilisation et l'engagement du personnel :

- La lucidité : Elle consiste à comprendre la contingence de la communication interne ;
- a volonté réelle : Elle se traduit par la formalisation de la fonction communication et l'attribution du budget ;
- La transparence : S'oppose à la manie du secret ;
- La simplicité : Elle permet de coller la compréhension du message ;
- La rapidité : Elle permet de coller à l'événement ;
- La durée : Elle assure que la communication est bien un processus durable et évolutif ;
- La ténacité : Elle vise à affermie la portée du message ;
- Le développement de la communication : Il doit être perçu comme un lourd investissement ;
- L'adaptation : Elle exprime que la communication interne s'appuie sur une culture d'entreprise et ne saurait se réduire à une sorte de gadgets importés ;
- L'adaptation : Elle précise que la communication n'est pas neutre et qu'elle véhicule des intentions ;
- L'anticipation : Elle stipule que la communication s'inscrit aussi dans un devenir qu'il faut identifier, même s'il prend des contours incertains.

La majorité de nos recommandations impliquent un changement-en particulier de pratiques-qui est un objectif difficile à atteindre. Malgré tout, « *sans nier l'importance des difficultés à résoudre, il existe de réelles possibilités d'évolution du système hospitalier pour peu qu'on se donne la peine d'en comprendre les composantes, de mettre en application des méthodes adaptées et de s'impliquer dans un style de management d'un nouveau genre* » (ARBUZ et DEBROSSE).

Face aux multiples « recettes » qui prétendent délivrer une solution « clés en mains » pour conduire et gérer le changement, notre propos est beaucoup plus modeste.

Il n'entend pas être une vérité mais simplement un corpus de propositions fondées sur l'analyse d'une situation spécifique, celle du CHU d'Oran.

L'enquête que nous avons menée dans cet établissement nous conduit à penser, comme certaines théories le sous-entendent, que l'appropriation du changement par le personnel est

²²⁷ E. DUPUY, I. RAYNAUD, La communication interne, vers l'entreprise transparente, Editions d'Organisations, Paris, 1988, p.52

un élément fondamental pour faire évoluer les pratiques des hospitaliers, dans un environnement sanitaire en mouvement permanent.

Dès lors, le management du changement ne peut être appréhendé comme une fonction de conception, de commandement et de contrôle mais doit plutôt tendre à créer les conditions favorables pour une appropriation du changement : participation des individus, investissement des cadres de proximité, accompagnement humain à travers la formation et la communication, accompagnement structurel par l'institutionnalisation du changement et la mise en adéquation de l'environnement.

En l'absence de cette responsabilisation des personnels et de ce long processus d'accompagnement, la simple diffusion de recommandations professionnelles ne suffit pas à obtenir l'adoption de nouvelles pratiques.

Nous sommes conscients que nos conclusions peuvent avoir une portée polémique, dans la mesure où elles reviennent à considérer en un sens que le directeur doit partager son pouvoir et faire une place plus large à la contribution des personnels.

Cependant, il nous semble d'une part qu'il ne s'agit pas d'un « sacrilège », car le pouvoir n'est pas une fin en soi et, d'autre part, que cette voie est utile et nécessaire pour que l'hôpital continue à satisfaire au mieux les exigences sans cesse évolutives de la population et de l'environnement.

Plus que jamais, le directeur a un rôle d'exemplarité : il ne peut promouvoir l'évolution des pratiques professionnelles sans réviser lui-même ses méthodes de management...

Ce travail de recherche n'est sûrement pas exempt de limites que ce soit au niveau de la théorie, de la méthodologie ou au niveau de la formulation des conclusions.

Toutefois, l'une des limites de ce travail est celle liée aux frontières de notre recherche. En effet, l'étendu du thème de la gestion des ressources humaines, nous a amené chaque fois et au fur et à mesure de l'avancement de notre travail à recadrer les principaux objectifs de notre recherche.

Autre limite, celle relative à notre portefeuille d'investigation du terrain et dans lequel nous n'avons pas pu avoir contact avec quelques entités cibles de notre recherche notamment le ministère de la santé et de la réforme hospitalière.

Autre limite, celle relative à l'absence de recherches dans le management et le management des ressources humaines dans les établissements de santé en Algérie.

Le déroulement de ce travail n'a pas été également sans rencontrer certaines entraves, dont nous citons :

-La première réalité que nous avons du confronter dès le départ est l'absence de données sur le personnel du CHU d'Oran. La direction s'occupant de la gestion des ressources humaines ne dispose d'aucun système d'information capable de produire des données chiffrées sur la structure des ressources humaines.

-Le manque de référence et d'écrits sur le management de santé public en Algérie en général et sur la gestion des établissements hospitaliers en particulier, et le manque d'études, surtout indépendantes, sur les ressources humaines en Algérie et sur la problématique de gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics en Algérie.

En fin et étant donné que la problématique de la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux en Algérie, et en particulier les CHU est ^presque la même, nous estimons possible de généraliser les enseignements tirés de cette recherche à une bonne partie des hôpitaux publics.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBAD. J, Organisation et management hospitalier, Berger-Levrault, Paris, 2001.
- ABRAHAM.J, Les obstacles à la modernisation de la gestion des ressources humaines hospitalière, Actes AGRH, Poitiers, 1995.
- AKTOUF.O, Les sciences de la gestion des ressources humaines : une analyse critique, Edition, 1986.
- ARNAUD.J-O et BARSACQ.G, La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital, Paris, Gérer la santé, Edition ESF, 1989.
- BABORE.X, « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en entreprise », Cahiers Français, n°263, juillet - septembre 1993.
- BARTHES R. « La GPEC » Document ENSP. Novembre 2003
- BARTHES.R, module gestion des ressources humaines, ENSP, 2005
- BATAL C. « Evaluation des compétences et ses enjeux », revue soins cadres, n°41, février 2002
- BATAL.C, La gestion des ressources humaines dans le secteur public, tome 1, Edition Organisation, 2000.
- BATAL.C, La gestion des ressources humaines dans le secteur public, Tome 2, Editions d'Organisation, 2000.
- BERNOUX P., Sociologie des organisations, Paris, Editions Le Seuil, 1983
- BOSQUET R., Fondement de la performance humaine dans l'entreprise, Paris, Editions de l'Organisation, 1989.
- BOUCHEZ.J-P, « La gestion des ressources humaines : son histoire et son devenir », in Les Ressources Humaines, coordination Dimitri WEISS, Editions d'Organisation, 1999.
- BOURNOIS F., Gérer et dynamiser ses collaborateurs. 2e édition, Paris, Editions Eyrolles, 1989
- BOUTINET JP, Anthropologie du projet, Paris, Edition Presses Universitaires de France, 1990.
- BOUTLY-SALOU. M. Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière .Tome 2 le développement des ressources humaines, ENSP, 2002, section II, la politique de recrutement.
- BROCHER.D et ROMAN.B, Fonction personnel et changement dans l'entreprise : nouveaux rôles, nouveaux outils, nouveaux savoir, AGRH 1991, Cergy.

- CADIN L et GUERIN F. « La gestion des ressources humaines », DUNOD, 2003.
- CEREQ, Evolution du travail et des emplois dans les services administratifs et logistiques, Collection des Etudes, n° 84, mars 199
- CHAMINADE B. « Classer les compétences » dans l'ouvrage « Enjeux et définitions du management des compétences AFNOR, mars 2004.
- CHARLLOT B. et STECH S. « A la recherche du concept » in « Le transfert des connaissances en formation initiale et continue », CRDP, Académie de LYON, 1994.
- CHARRON.J-L et SEBARI.S, Management, Editions Dunod, Paris, 2007.
- CHEREL.F, « Développement des politiques du personnel », Personnel, octobre 1969, n°128, p.28, cité par JP BOUCHEZ.
- CITEAU.J-P, Gestion des ressources humaines, principes généraux et cas pratiques, Edition Dalloz, Paris, 2000.
- CLEMENT j. Le fonctionnaire hospitalier, Paris, Edition Berger-Levrault, 1989.
- CREMADEZ M., GRATEAU F., Le management stratégique hospitalier, Paris, Editions Masson 1997.
- CROZET.P et HERMEL.P, La gestion des ressources humaines dans les administrations publiques : une fonction éclatée ? Actes AGRH, Yvelines, 1998.
- CROZIZE .M, FRIEDBERGE.E, L'acteur et le Système, Paris, Sociologie politique, 2dition du Seuil, 1977.
- D'IRIVANE P., La logique de l'honneur : gestion des entreprises et traditions nationales, Paris, Editions du Seuil, 1989.
- DENNERY.M., Piloter un projet de formation, Paris, Edition ESF, 2008.
- DERENNE.O, LUCAS.A & coordonnateurs, le développement des ressources humaines, Rennes, ENSP, 2002.
- DONIUS.B, in Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, tome 2 : Le développement des ressources humaines, Edition ENSP, 2002.
- DUBOIS.M et RETOUR.D, La représentation sociale, fondement d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : Le cas des trois caisses d'allocations familiales, Actes AGRH, 1995, Poitiers.
- DUMONT A. «Un individu devient compétent lorsque l'entreprise lui en donne les moyens », revue personnel, 2000/08-09, n°412.
- DURAND.T, « L'alchimie de la compétence », dossier « Compétence, de la théorie au terrain », Revue Française de Gestion, n°127, janvier - février 2000.

- FALQUE L. « Juger la performance ou l'individu : le dilemme de l'évaluation » Revue Personnel N°437, Février 2003.
- FLÜCK.C, « Le terrain... bousculeur de génie, évolution des pratiques actuelles de la gestion et du management des compétences », Personnel, n° 439, mai 2003.
- FRANCOIS P.H. « Sentiments d'efficacité et compétences : une approche sociale cognitive », éducation permanente, n°135, février 1998.
- FRIEDBERG E. « Pouvoir et la règle », PARIS Editions du seuil, 1993.
- GANTIER .M « gestion des compétences et démarche qualité dans les hôpitaux » Gestions Hospitalières. Mars 2005.n°444.
- GENIN M., Les outils pour le recrutement et la sélection du personnel infirmier, ENSP, 1989.
- GOSELIN.L, Actes AGRH, Bordeaux, 27-28 Novembre 1990.
- GRAWITZ M., Lexique des sciences sociales, Paris, Edition Dalloz, 1994
- HADJI C, L'évaluation, règles du jeu, Paris, ESF, 1995.
- IGALENS.J et ROUSSEL.P, Méthodes de recherches en gestion des ressources humaines, Editions Economica, Paris, 1998.
- JOUVENOT C. et PARLIER M. «Elaborer des référentiels de compétences », édition ANACT 2005.
- KAUFMANN JP. « La trame conjugale : analyse du couple par son linge » Edition Nathan 1992.
- KENNEDY.K, Toutes les théories du management, Editions Maximum, Paris, 2003.
- KREBS G. ressources humaines /nouvelles pratique selon l'ISO 9001, Saint Denis AFNOR, 2004.
- LACONNO.G, Gestion des ressources humaines, Edition Casbah, Alger, 2004.
- LE BOTERF.G, De la compétence à la navigation professionnelle, Les Editions d'Organisation, 1998.
- LE BOTERF.G, L'ingénierie des compétences, Editions d'Organisation, 2ème tirage 1999.
- LETEUTRE. H, L'évaluation des performances du personnel à l'hôpital, Paris, ESF ,1991.
- LEVY-LE BOYER « Le cœur à l'ouvrage », revue sciences humaines, mars 1999, n°92.
- LICHTENBERGER « De la qualification à la compétence et vice et versa », revue personnel, 2000/08-09, n°412.
- LOUART P., Gestion des ressources humaines, Éditions Eyrolles, 1991.

- MANDON.N, Analyse des emplois et gestion anticipée des compétences, CEREQ, Bref n°55, 1990.
- MARTIN D., Accueil, insertion pourquoi faire ?, Gestions hospitalières, Mai 1995.
- MITRANI A. et collaborateurs « des compétences et des hommes, le management des ressources humaines en Europe », les éditions d'organisation, 1992.
- MOISDON JC « Du mode d'existence des outils de gestion », édition Seli Arslam, 1997.
- PARLIER « Reconnaître les compétences », revue personnel, août -septembre 2002, n° 412.
- PENSO-LATOUCHE A. « Pour en finir avec le savoir être » Revue Soins Cadres, N°41, février 2002.
- PERREAU-SAUSSINE MA., Le Directeur et l'éthique à l'hôpital, ENSP, 1998.
- PEYRE P. Encadrement n° 5, 1e trimestre. , “ L'évaluation : l'outil et le système ”,1993.
- PIVETEAU.J, L'entretien d'appréciation du personnel, p. 206, Paris, INSEP, 1996.
- POLETTI R., Valeurs professionnelles et éthique professionnelle, Les soins infirmiers, Paris, Le Centurion 1983.
- RAOULT.N, Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier, L'harmattan, 1991.
- Répertoire des métiers dans la fonction publique hospitalière, DHOS, 2004.
- ROUSSEAU.M, « La pratique des entreprises en matière d'anticipation des qualifications », Travail et emploi, n°57 bis.
- SALON.S, Administration : évolution de la GRH dans les administrations publiques, Cahiers de la fonction publique, Edition Berger Levrault, n°191, juin 2000.
- SAPIN.M, Préface du Guide méthodologique « Gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences », Ministère de la Fonction Publique et de la réforme de l'Etat, DGAFP, juin 2001.
- SCHEID.J-C, Les grands auteurs en organisation, Edition Dunod, 1980.
- SEYRIEX H., Zéro mépris, Paris, Inter Edition
- TEULIER R. « Construire ensemble des connaissances pour nourrir les compétences », Revue soins cadres, n°41, février 2002.
- THIERRY.D, La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et compétences, L'Harmattan, 1990.

-WITTORSKI R. « De la fabrication des compétence », éducation permanente, n°135, février 1998.

-ZARIFIAN Ph. « objectif compétence », Editions liaisons, 2001.

ANNEXES

LE QUESTIONNAIRE

RECOMMANDATIONS

- Nous vous conseillons de remplir ce questionnaire dans un endroit calme, en prenant le temps de bien lire chaque question.
- De même, il est préférable de le remplir seul, pour ne pas être influencé par des collègues, de façon à ce que les réponses soient vraiment spontanées.
- Pour chaque question, une seule réponse est demandée, sauf dans certains cas qui vous sont signalés.

Ce questionnaire est à remplir de manière anonyme. Le nombre de questions relatives à vos caractéristiques personnelles (corps, service, statut, ancienneté) est limité, et est indispensable à l'exploitation statistique des résultats.

Nous vous rappelons que **vos réponses ne seront jamais traitées individuellement**, mais de façon collective.

TOUT D'ABORD QUELQUES QUESTIONS SUR VOUS-MEME

Q1-Votre âge :

Q2-Sexe : Homme Femme

Q3-Dans quel corps appartenez-vous ?

Corps administratifs Corps médicales Corps paramédicales

Q3-en ce qui concerne votre statut, êtes-vous :

Titulaire Contractuel

Q4-Depuis combien d'années êtes vous dans votre corps:

Moins d'un an Plus d'un an Plus de 10 ans

PARLONS MAINTENANT DES MISSIONS DE VOTRE SERVICE

Q5-Avez-vous connaissance des textes réglementaires qui régissent votre service ?

Oui Non

Q6-Connaissez-vous clairement les missions de votre service ?

Oui Non

**PARLANT MANITENANT DES CARECTERISTIQUES DE LA GESTION
ACTUELLE**

Q7-Connaissez-vous les responsables de votre établissement ?

Oui La majorité Quelques uns Non

Q7-Connaissez-vous les membres des différents conseils ?

Oui La majorité Quelques uns Non

Q8-Etes-vous au courant des objectifs déterminés par la direction générale d'une manière claire et nette?

Oui Partiellement Pas du tout

Q9- Etes-vous au courant des principaux projets pris en charge par votre établissement ?

Oui La plupart Quelques uns Pas du tout

Q10-Parmi les caractéristiques sous-mentionnés, dites quelles sont les quelles qui caractérise votre établissement ? (L'évaluation portera sur 10).

- a- Le sérieux...../10
- b- Quête continue de la qualité...../10
- c- Intéressement...../10
- d- Le respect réciproque..... /10
- e- Le respect et la considération accordés à chaque citoyen entant que client méritant cela...../10
- f- La confiance dans la gestion...../10
- g- L'ouverture sur le projet...../10
- h- Autres-Précisez ?...../10

Q11-Parmi les caractéristiques citées ci-dessus, indiquez celles qui vous distinguent ? Evaluez dans les cases correspondantes selon la numérotation proposée.

a. b. c. d. e. f. g. h.

Q12-Parmi les qualités suivantes, indiquez celles qui caractérisent votre établissement ?

Evaluez l'existence de ces qualités de 1 à 10.

	La gestion en générale	La gestion dans votre service
a. Délégation de missions	/10	/10
b. Travail collectif et concertation	/10	/10
c. Encadrement continu	/10	/10
d. Organisation continue	/10	/10
e. Méthodologie de prise de décision	/10	/10
f. Respect des cadres et fonctionnaires	/10	/10
g. Encouragement de la communication interne	/10	/10
h. Encouragement des compétences et des initiatives	/10	/10
i. Intérêt pour les ressources humaines	/10	/10
j. La gestion par objectifs	/10	/10
k. Autres-Précisez	/10	/10

Q13-Votre impression générale sur le mode de gestion ?

Très bonne Bonne Moyenne Médiocre Je ne sait pas

PARLANT DE LA MOTIVATION

Q14-Ressentez-vous la prise en charge de la motivation ?

Oui Partiellement Pas du tout Non

Q15-Les causes de la motivation. Evaluez l'existence de ces qualités de 1 à 10.

- a. Le traitement/10
- b. Intérêt général...../10
- c. Respect de la gestion actuelle...../10
- d. Mode de gestion actuel...../10
- e. Travail collectif...../10
- f. Mobilité entre les services...../10
- g. Avantages collectifs...../10
- h. Responsabilité...../10
- i. Reconnaissance...../10
- j. Innovation...../10
- k. Formation continue...../10
- l. Communication de qualité...../10
- m. Autres-Précisez...../10

Q16-Ressentez-vous une quelconque reconnaissance de la part de votre hiérarchie ?

Parfois Oui Non Un peut

Q17-Pensez-vous que votre travail présente de l'intérêt pour vous même et pour votre entourage ?

Oui Non Partiellement

Q18-Que représente votre travail pour vous-même ?

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Plaisir personnel | Oui | Partiellement | Non |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Réalisation de soi-même | Oui | Partiellement | Non |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Fierté | Oui | Partiellement | Non |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Par nécessité | Oui | Partiellement | Non |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Q18-Effectuez-vous des réunions avec vos supérieurs ?

Mensuellement Trimestrielle Semestrielle Annuellement Pas du tout

PARLANT DE RECRUTEMENT

Q19-Comment-avez-vous été recruté ?

Concours sur titre Par examen Autre-Précisez

Q20-Comment avez-vous été accueilli après votre recrutement ? Mettez une croix dans la case correspondante.

- a.Présentation et visite des services
- b.Affectation directe au service concerné
- c.Il vous a été donné une durée pour entrainement
- d.Vous avez été placé pour une durée déterminée sous tutelle du responsable direct où celle de fonctionnaire expérimenté
- e.Autres procédés. Précisez.

Q21-Pensez-vous que votre poste est adapté à votre formation et vos qualifications ?

Oui Un peu Le poste est surqualifié Le poste est sous- qualifié

Q22-Avez-vous été affecté au poste par lequel vous avez été recruté ?

Oui Non

Q23-Avez-vous été affecté à un poste dont les missions et les prérogatives sont clairement définies ?

Oui Un peu Non

Q24-Pensez-vous que les missions dont vous été chargé soit adaptées avec votre formation et vos qualifications ?

Oui Un peu Les missions sn surqualifiés Les missions sont sous- qualifiés

PARLANT DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Q25-Etes-vous satisfait des conditions de votre travail ?

Très satisfait Satisfait Satisfait partiellement Insatisfait

Q26-Que pensez-vous de la disposition des locaux des bureaux ?

Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise

Q26-Que pesez-vous du niveau des équipements de votre bureau ?

Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise

Q26-Que pesez-vous du niveau d'hygiène de votre bureau ?

Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise

Q27-Utilisez-vous l'outil informatique au sein de l'établissement ?

Quotidiennement Souvent Parfois Jamais

Q28-Disposez-vous 'un système d'information ?

Oui Non Je ne sais pas

Q29-Pensez-vous que votre travail serait lus performant avec l'existence d'un système d'information ?

Oui Non Je ne sais pas

Q30-Etes-vous motivé pour apprendre l'utilisation des nouvelles techniques d'information et de communication ?

Oui Partiellement Un peu Non

PARLANT DE LA FORMATION

Q31-Avez-vous bénéficié d'une formation durant les cinq dernières années ?

Oui Non

Q32-SI oui :

-Indiquez le nombre de session durant les cinq dernières années ?.....

-Indiquez les domaines concernés.....

-Indiquez le nombre de journées de formation.....

Q33-Est-ce – que votre besoin de formation continue a été satisfait ?

Oui Non Partiellement

Q34-Est-ce-que vos points de vue ont pris en considération en matière d'organisation des sessions de formation ?

Oui Non Partiellement

Q35-Est-ce-que l'évaluation de la formation est prise en charge à la fin des sessions ?

Toujours Souvent Parfois Non

Q36-Comment évaluez-vous d'une manière générale les sessions de formation dont vous avez bénéficié ?

Très bonne Bonne Moyenne Sans moyenne

Q37-Percevez-vous une méthodologie où une stratégie quelconque lors des sessions de formation dont vous avez bénéficié?

Oui Non Je ne sais pas

PARLANT DE LA COMMUNICATION

Q38- Percevez-vous une quelconque communication entre vous et vos responsables ?

Toujours Souvent Parfois Non

Q39-Percevez-vous l'existence d'une communication interne méthodique dans votre établissement ?

Oui Non Partiellement

Q40-Ressentez-vous une quelconque difficulté pour accéder à l'information ?

Toujours Souvent Parfois Non

Q41-Selon-vous quel est le procédé de communication le plus répandu dans votre établissement ?

La communication formelle La rumeur

Q41-Considérez-vous qu'une communication méthodique soit en mesure d'améliorer les conditions de travail ?

Oui Partiellement

Q42-Indiquez le nombre de réunions auxquelles vous avez participé avec vos responsables ?

Chaque mois Chaque semaine Chaque jour

Q43-Quelle est la nature de ces réunions ?

- a. Donner des informations descendantes
- b. Collecter des informations ascendantes
- c. Réunions d'orientations
- d. Autres -Précisez.....

PARLANT REPRESENTATON SOCIAL

Q44-Quelle est la nature des relations sociales au sein de votre établissement ?

Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise

Q44-Connaissez-vous les membres du bureau qui représente votre corps ?

Oui La plupart Quelques uns Non

Q45-Est-ce qu'il s'ont organisé des rencontres entre vous et le bureau correspondant ?

Toujours Souvent Rarement Non

Q46-Pensez-vous que le bureau soit à l'écoute de vos préoccupation et vos revendications ?

Oui Non Je ne sais pas

Q47-Ressentez-vous une quelconque confiance en ce bureau ?

Oui Non Partiellement

PARLANT PERFORMANCE DU SERVICE RESSOURCES HUMAINES

Q48-Pensez-vous que le service ressources humaines dispose de moyens financiers et humaines pour satisfaire vos besoins ?

Oui Non Partiellement

Q49-De quelle manière sont satisfaites vos besoins ?

Rapidement Rapidité moyenne Tardement

Q50-Pensez-vous que vous soyez considéré comme client par le service ressources humaines ?

Partiellement Oui Non Je ne sais pas

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

La Liste des tableaux

Tableau n°01 : Nombre de jours d'absence par mois et par fonction .p42

Tableau n°2: Suivi mensuel du budget des agents permanents (brut + charges) .p43

Tableau n°03: Processus d'évaluation: la multiplicité des enjeux. p115

Tableau n° 04: Plan de formation continue année 2010. P216

Tableau n°05: Répartition budgétaire de la formation année 2010.p216

Liste des figures :

Figure n°1 : Pyramide des besoins selon MASLOW. p22

Figure n° 02 : Organigramme de la DRH du CHRU de Lille. p37

Figure n°3: La démarche GPEC. p58

Figure n°04: Les étapes du recrutement d'un ingénieur logisticien. p66

Figure n°05: Le déroulement de l'entretien. p68

Figure n°06: Une fiche d'entretien de sélection. p69

Figure n°07: Une démarche de tutorat dans un centre hospitalier. p73

Figure n°08: L'évaluation au cœur des pratiques de GRH. p89

Figure n°09: De la politique au plan de formation. p110

Figure n°10: Les facteurs inducteurs des besoins de formation. p112

Figure n°11: Organigramme du Centre Hospitalo-universitaire d'Oran. p224

**Figure n°12: Organigramme de la direction des ressources humaines du CHU d'Oran.
p225**

Liste des graphes :

Grappe n°01 : Effectif par corps. p207

Grappe n°02 : Répartition des effectifs par statut. p208

Grappe n°03 : Répartition des effectifs par sexe. p208

Grappe n°04 : L'évolution des effectifs sur les cinq dernières années. p209

Grappe n°05 : Evolution des recrutements. P209

Grappe n°06 : Evolution des départs. P210

Grappe n°07 : Pyramide des âges (Effectif globale). P211

Grappe n°08 : Pyramide des âges (Personnel paramédical). P211

Grappe n°09 : Pyramide des âges (Personnel administratif). P212

Grappe n°10 : Pyramide des âges (Personnel médical). P212

Grappe n°11 : Pyramide par ancienneté dans l'établissement (Effectif global). P213

Grappe n°12 : Pyramide par ancienneté dans l'établissement (Corps médical). P213

**Grappe n°13 : Pyramide par ancienneté dans l'établissement (Corps administratif).
P214**

Grappe n°14 : Pyramide par ancienneté dans l'établissement (Corps paramédical). P214

Table des matières

Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction	5
Première partie. Le management des ressources humaines dans l'hôpital public	13
Chapitre 1. La gestion de l'emploi et le développement des ressources	14
Introduction du chapitre 1	15
Section 1. La prise en compte du facteur humain dans l'hôpital	16
1. Les ressources humaines à l'hôpital	16
A. Les ressources humaines, un capital à optimiser	16
B. Les ressources humaines, un élément de la qualité	17
C. Les ressources humaines occupent une place importante	17
2. L'histoire de la gestion des ressources humaines dans les différentes théories des organisations	18
A. Les fondateurs des théories des organisations avant les années 1950	18
B. Les différents courants à partir des années 1950	23
3. La gestion des ressources humaines dans le secteur public	25
A. Les contraintes propres au secteur public	26
B. La gestion des ressources humaines dans l'hôpital	27
4. Fondements de la gestion des ressources humaines	29
A. Distinction entre la gestion des ressources humaines et l'administration du personnel	29
B. Niveaux de la gestion des ressources humaines	30
C. Les différentes dimensions de la gestion des ressources humaines	31
5. Les supports et la politique de la gestion des ressources humaines	31
A. Les supports de la gestion des ressources humaines	31
B. La politique de la gestion des ressources humaines	32
6. La fonction ressources humaines	33
A. Définition de la fonction ressources humaines	33
B. Champs d'activités et structures de la fonction ressources humaines	34
C. Les missions d'un responsable de la fonction gestion des ressources humaines	36
7. Généralités sur les tableaux de bord du directeur des ressources humaines	38
A. Les tableaux de bord: extrait du bilan social	38
B. Les tableaux de bord construits pour les besoins du service par la direction des ressources humaines	41
C. Quelques exemples de tableaux de bord sociaux	42
Section 2. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	45
1. L'émergence de la notion de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	45
A. Dans le secteur privé	45
B. Dans le secteur public	48
2. La notion de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans l'hôpital public	50
A. L'évolution conceptuelle de la définition de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	50
3. la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences une démarche claire et des outils adaptables	57
A. Les étapes de la démarche de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	57
B. L'adaptabilité de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	58

C. La préparation des outils de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	59
4. L'intégration de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans un plan stratégique	61
A. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences doit s'inscrire dans une démarche stratégique globale	61
B. la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est une démarche efficace et pratique.	62
Section 3. Le recrutement	63
1. Le processus de recrutement.	64
A. La genèse du besoin.	64
B. La candidature.	66
C. La sélection.	67
D. L'accueil.	70
E. L'encadrement et l'évaluation	74
F. La mise en stage et la titularisation.	75
2. La place de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans le processus de recrutement	76
3. La compétence et le processus de recrutement	77
Section 4. La gestion et l'évaluation des compétences	79
1. La gestion des compétences	79
A. La gestion des compétences est une approche stratégique	79
B. La gestion des compétences comme approche managériale	79
C. Les liens entre la qualification, la compétence et la performance et la gestion des compétences.	83
D. L'adaptation de l'organisation à la gestion des compétences	87
2. L'évaluation des compétences et ses outils	88
A. l'usage de l'évaluation	88
B. L'évaluation à l'hôpital	90
C. Les niveaux de l'évaluation	91
3. De la nécessité de distinguer l'évaluation et l'appréciation des compétences.	98
A. L'évaluation des compétences	98
B. L'appréciation des compétences	98
4. Les objectifs, les enjeux et les finalités du dispositif d'évaluation des professionnels	99
A. Les objectifs de l'évaluation par le biais des entretiens individuels	98
5. L'évaluation: l'effet notation	101
A. Les principales caractéristiques de la note	101
B. Dans un souci d'évolution	102
C. L'entretien annuel d'évaluation	102
Section 5. La formation	108
1. Définition	108
2. Le plan et l'évaluation de formation	108
A. Le plan de formation	108
B. Evaluation de la formation	114
3. La formation soulève d'importantes aspirations des employés et de l'établissement	118
A. Notion de base	118
B. La formation et sa place dans la carrière	119
C. Un indispensable retour sur investissement	119
4. Le rôle des acteurs de la formation	122
A. Le rôle de la direction des ressources humaines et du responsable formation	122
B. Le rôle et la place de l'encadrement	124

Conclusion du chapitre 1	125
Chapitre 2. Evolution de l'organisation et accompagnement du changement	126
Introduction du chapitre 2	127
Section 1. Organisation et management dans l'hôpital	128
1. L'hôpital : l'approche d'une organisation	128
A. Les spécificités	128
B. Les particularités	128
C. La dynamique de fonctionnement	129
2. Le management à l'hôpital	131
A. La délimitation du domaine du management	131
B. Le classement des styles de management	134
C. La réalité du management dans l'hôpital	136
Section 2. Le changement à l'hôpital	142
1. L'hôpital en effervescence	143
A. Nature et caractéristiques du changement en cours dans les hôpitaux	143
B. Le changement, préoccupation majeure pour le directeur d'hôpital	148
2. Le changement : Pourquoi ? Comment ? Les apports de la psychologie sociale et de la sociologie des organisations	150
A. Le changement est possible, mais il ne va pas de soi	151
B. Le changement ne se décrète pas	155
Section 3. La communication et dialogue social dans l'hôpital	162
1. La communication dans les organisations	162
A. Le contenu des messages	162
B. La direction des messages	163
C. Les obstacles à la communication	165
D. Le point de vue des théories de la communication	167
2. La facilitation de la communication	170
A. Au niveau des individus	170
B. Au niveau des groupes	170
C. Au niveau de l'organisation	171
3. La communication au service d'une culture d'entreprise	172
A. Communication et stratégie globale	172
B. Communication et gestion prospective	174
C. Communication et culture organisationnelle	175
4. Le plan de communication interne	176
A. Les différents modes de communication	176
5. L'organisation du dialogue social	176
A. Enrichir les relations interprofessionnelles	177
6. Le cadre organisationnel de la concertation	179
A. La solidarisation des acteurs	179
B. Les groupes de concertation	179
Section 4. La motivation et la satisfaction pour améliorer les conditions du travail	181
1. Définitions et théories de la motivation au travail	181
A. Définitions de la motivation au travail	181
B. Les théories de la motivation au travail	183
2. Définition, modèles et déterminants de la satisfaction au travail	191
A. Les modèles de la satisfaction au travail	192
B. Les déterminants et les conséquences de la satisfaction au travail	194
3. Pourquoi et comment améliorer les conditions de travail à l'hôpital ?	194

A. Qu'appelle-t-on conditions de travail ?	194
B. Comment mettre en place et pérenniser une dynamique d'amélioration des conditions de travail à l'hôpital ?	195
C. Comment développer l'impact des actions d'amélioration des conditions de travail ?	196
Conclusion du chapitre 2	198
Deuxième partie. Pour un management performant des ressources humaines dans le CHU d'Oran	199
Chapitre 1. Appréciation de la gestion des ressources humaines du CHU d'Oran	200
Introduction du chapitre 1	201
Section 1. Méthodologie de déroulement de l'enquête de terrain	202
1. Domaine et outils d'investigation	202
A. Domaine d'investigation	202
B. Outils d'investigations	203
2. Les thèmes d'investigations	205
Section 2. Approche prospective quantitative	207
1. Déroulement de l'enquête	207
2. Présentation et analyse des résultats	207
A. Répartition des effectifs	207
B. Evolution des effectifs	209
C. Structure par âge	210
D. Degré d'ancienneté des ressources humaines	212
E. La formation	215
F. Assiduité du personnel	215
G. Grève	215
Section 3. Approche prospective qualitative	217
1. Consistance du travail	217
2. Présentation des résultats	218
Section 4. Analyse des résultats	224
1. L'organisation et missions du CHU d'Oran	224
A. Le cadre juridique est de conception classique	224
B. Le cadre organisationnel est inadéquat	230
C. L'activité médicale n'est pas codifiée	236
2. Etat de la culture du management des ressources humaines et de ses outils dans le CHU	238
3. Le système d'information et de communication au CHU	239
A. Aperçu sur le système d'information	239
B. Absence de plans de communication interne	239
4. La situation des conditions de travail et motivation au CHU	240
A. Insuffisances en matière de condition et de médecine de travail	240
5. Etat des lieux du recrutement et plan de gestion des ressources humaines	241
A. Etat des lieux du recrutement	241
B. Le plan annuel de gestion des ressources humaines	242
6. Etat d'évaluation des personnels du CHU	243
7. La politique de formation au CHU	244
8. La fonction ressources humaines	245
Conclusion du chapitre 1	246
Chapitre 2. Mise en place d'un management des ressources humaines performant et adapté au sein du CHU d'Oran	248
Introduction du chapitre 2	249

Section 1. La fonction ressources humaines, une fonction managériale à part entière	250
1. Reconfiguration de la fonction ressources humaines	250
A. Une nouvelle mission pour la fonction ressources humaines	250
B. Une nouvelle structure pour la fonction ressources humaines	251
C. Renforcer qualitativement l'équipe GRH	251
2. Mise à disposition des outils nécessaires à un fonctionnement optimal	251
A. Optimiser la gestion administrative des ressources humaines	251
B. Doter la fonction RH d'un système d'information	252
3. Des outils de pilotage au service de l'évolution et du partage de la fonction	252
A. Se doter des outils de pilotage	252
B. Responsabilisation des managers sur leur contribution à la gestion des RH	253
4. Le suivi des ressources et des besoins : des outils de pilotage au service d'une stratégie claire	253
A. L'amélioration du suivi des ressources et des besoins	253
B. Des outils de pilotage au service d'une stratégie partagée	254
Section 2 .Optimiser le processus de recrutement	258
1. Les préalables à mettre en place	258
A. Une gestion partagée	258
B. Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à développer	258
C. Une politique de recrutement définie et évolutive	259
D. Des profils de fonction, de service et de poste généralisés	260
2. Plan d'action institutionnel	260
A. Inscrire le plan dans une logique institutionnelle	260
B. Formaliser la procédure de recrutement	261
C. L'évaluation de l'agent	263
Section 3. Plaidoyer pour une mise en œuvre d'une politique de gestion prévisionnelle des emplois et compétences	264
1. La nécessité d'une gestion prévisionnelle	264
2. Le suivi de la GPEC	266
Section 4. Rénover l'évaluation des compétences	268
1. La place de l'évaluation des compétences dans la gestion des ressources humaines	268
A. La dimension stratégique de la gestion des ressources humaines	268
B. Le processus d'évaluation des compétences au cœur des autres processus de GRH	269
2. Les outils de 'évaluation des compétences	270
A. Le dossier d'évaluation	270
B. L'entretien d'évaluation	271
C. La banque de données pour la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	272
Section 5. Développer les compétences par la formation	273
1. Changer les pratiques	273
A. Centrer la carrière des agents autour de la formation continue	273
B. Contrôler et suivre l'investissement – formation	274
C. Créer une dynamique partenariale interne et externe	276
2. Nécessité de la mise en place d'une stratégie	277
A. Implication des acteurs, rôle fondamental du directeur	277
B. Un conséquent travail préparatoire	278
C. Des outils pour l'exploitation de la formation	280
Section 6. Moderniser l'organisation	283
1. Le statut de l'établissement sanitaire doit être plus spécifique	283

A. Nécessité d'un cadre juridique plus souple	283
B. Des missions et des programmes d'activités plus précis	284
C. La tutelle jouera son rôle de conception, d'animation et de contrôle	284
2. L'organisation des structures doit être adaptée aux réalités du terrain	285
A. Pour des organigrammes types pouvant être adaptés aux spécificités de chaque établissement de santé	285
B. Pour des organes de gestion plus responsabilisés	286
C. L'autonomie de gestion est un préalable à un excellent fonctionnement de l'établissement sanitaire	289
3. L'organisation des structures Médico-techniques plus efficaces	290
A. Au plan organique	290
B. Au plan fonctionnel	292
C. Evaluation et normalisation des activités	293
D. Développement des soins infirmier	294
Section 7. Promouvoir un style de management efficient	295
1. La préconisation d'un management situationnel	295
A. L'adaptation du management au contexte et aux individus	295
B. La compatibilité avec le choix principal d'appliquer un mode de management participatif	296
C. La formation à l'exercice quotidien du management	298
2. Vers un établissement « apprenant et écoutant »	299
A. Un modèle à renouveler de manière constante	299
B. La formation du personnel	300
C. La nécessité pour l'établissement d'instaurer une communication efficiente	302
Section 8. Approprier le changement par le personnel	305
1. Responsabiliser les individus face au changement	305
A. Jouer la mobilisation des hommes	305
B. Prendre appui sur les cadres	308
2. Accompagner humainement et structurellement le changement	310
A. Veiller à un accompagnement humain	310
B. Organiser un accompagnement structurel	312
Section 9. Instaurer un système d'information et de communication qui incite les compétences	314
1. Promouvoir l'information et la communication	314
A. Une politique de communication interne favorisant la circulation de l'information	314
B. Une politique de communication externe valorisant le CHU et ses professionnels	314
2. La gestion prévisionnelle des conflits	314
A. Les signes matériels précurseurs des conflits	315
Section 10. Motiver et améliorer les conditions de travail	317
1. Motiver le capital humain de l'hôpital	317
A. L'adoption et la décentralisation de la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics	318
B. L'élaboration et la mise en œuvre, d'une stratégie de développement des ressources humaines pour le CHU	318
C. L'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de développement des compétences	319
D. Le développement d'une politique sociale	319
E. L'élaboration et la mise en œuvre d'un système de reconnaissance	319
F. La mise en place d'un système d'information et de communication interne	320
2. Améliorer les conditions de travail	321

A.L'adéquation des ressources et des besoins en vue de l'amélioration des conditions de travail	321
B. Le développement des ressources humaines	324
Conclusion du chapitre 2	326
Conclusion générale	327
Bibliographie	337
Annexes	342
Le questionnaire	343
Liste des tableaux	352
Liste des figures	353
Liste des graphes	354
Table des matières	355