

## La gestion de la ressource humaine face aux exigences du service public de soins

### Cas d'un hôpital public algérien

**BOUGHENEM Farida**

Maitre assistante A, université Mouloud Mammeri,

Faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion.

Membre du laboratoire LAREMO

(laboratoire de recherche en management des organisations)

[faridaboughanem@yahoo.fr](mailto:faridaboughanem@yahoo.fr)

**SOUKI Hakima**

Maitre assistante A, université Mouloud Mammeri, Faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion

Membre du laboratoire LAREMO

(laboratoire de recherche en management des organisations)

[souki\\_hakima@yahoo.fr](mailto:souki_hakima@yahoo.fr)

#### Résumé

L'amélioration de la qualité des soins constitue un objectif essentiel des organisations hospitalières. Cette exigence de qualité s'impose car elle met en jeu la vie humaine. De ce fait, on assiste à la variabilité des pratiques de soins, la multiplicité des techniques, des innovations et des connaissances nouvelles. Khatri et Baveja et alii (2006) affirment que si de nombreuses actions ont été entreprises dans de nombreux pays, sur les médicaments, le matériel et les procédures pour améliorer la qualité des soins, cette dernière est en deçà des espérances. Ces deux auteurs suggèrent une amélioration des pratiques de management des ressources humaines dans les établissements étant donné que le personnel joue un rôle primordial dans la délivrance des soins. La politique de gestion des ressources humaines, dans la sphère publique, est souvent jugée comme peu innovante et pas dynamique ; et ce, alors même que nombreux sont les experts qui affirment que la réforme de l'Etat et la qualité du service public passent par la mise en place d'une gestion des ressources humaines stimulante, efficace et motivante pour les agents publics.

Cet article a pour objectif de mettre l'accent sur le rôle fondamental sinon capital de la gestion des ressources humaines dans le fonctionnement des institutions hospitalières. L'enquête que nous avons menée au niveau du CHU de Tizi Ouzou vise à établir l'état des lieux des pratiques liées à la ressource humaine et leur impact sur la qualité du service public de soins en Algérie.

**Mots clés :** service public, organisation hospitalière, ressource humaine, qualité des soins

ملخص  
يعتبر تحسين نوعية الخدمة الصحية الهدف الرئيسي للمنظمات الإستشفائية لأنها عنصر ضروري في حياة الإنسان. لذلك يعرف هذا القطاع تباين في الممارسات الصحية، تعدد التقنيات و الابتكارات و المعارف الجديدة. أكد خاطري وبافيجا وآخرون (2006) أن على الرغم من الإجراءات العديدة المتخذة في العديد من البلدان فيما يخص الأدوية، المعدات و

الإجرائات لتحسين جودة الخدمة الصحية، إلا أن التوقعات لم تتحقق. يقترح كلا المؤلفين تحسين ممارسات إدارة الموارد البشرية في المؤسسات لأن للموظفين دوراً رئيسياً في تقديم الرعاية الصحية. غالباً ما يحكم على سياسة تسيير الموارد البشرية في المجال العام على أنها قليلة الابتكار و الديناميكية. العديد من الخبراء أكدوا أن تحقيق إصلاح الدولة و نوعية الخدمة العامة يتم عبر تسيير الموارد البشرية بطريقة محفزة و فعالة. هذا المقال يهدف إلى تسليط الضوء على الدور الرئيسي لتسيير الموارد البشرية في آلية المؤسسات الإستشفائية. هدف الدراسة التي أجريتها في المستشفى الجامعي لتيزي وزو هو تقييم الوضع الحالي للموارد البشرية و تأثيرها على جودة الخدمة الصحية العامة في الجزائر. كلمات البحث: الخدمة العامة، للمنظمات الإستشفائية، الموارد البشرية، جودة الرعاية

## Introduction

Il est souvent évoqué, à partir des années 50, que le service public est en crise. Le service des soins n'échappe pas à cet état de fait. Face à ce bouleversement, de nombreux pays ont déjà entamé la réforme de leur système de santé pour l'adapter à une transition plurielle qui se traduit par la réduction de la mortalité, le recul de la fécondité, la montée des besoins nouveaux en matière de santé, l'amélioration des techniques de soins. Cela n'est pas sans conséquences sur les coûts et la qualité des soins ainsi que leur accessibilité. En effet, à la rigueur budgétaire qu'a subit le secteur de la santé à l'instar des autres secteurs publics, s'ajoutent la baisse des salaires des personnels de santé et la compression d'effectifs. Ces pratiques peuvent mettre en péril la mission même du service public de soins à savoir offrir à tous les usagers un service de soins permanent et de qualité. Quels sont les indicateurs permettant de mesurer la qualité des soins dans un établissement de santé?

Pour répondre aux impératifs de l'efficacité économique du service public, les pratiques de management de la ressource humaine jouent un rôle primordial. Or la politique de gestion des ressources humaines, dans la sphère publique, est souvent jugée comme peu innovante et peu dynamique ; et ce, alors même que nombreux sont les experts qui affirment que la réforme de l'État et la qualité du service public passent par la mise en place d'une gestion des ressources humaines stimulante, efficace et motivante pour les agents publics. Est-ce que la gestion de la ressource humaine au sein CHU de Tizi-Ouzou, objet de notre étude, répond elle à ces impératifs pour porter une appréciation sur la qualité des soins prodigués ?

Pour répondre à ces questions nous avons structuré notre travail comme suit : dans un premier temps nous allons définir le concept du service public sous toutes ses acceptions, ensuite nous nous intéresserons au service public de soins ainsi que les indicateurs permettant d'en mesurer la qualité. Dans un second temps, en présentant brièvement les pratiques de gestion de ressource humaine dans le secteur public, nous identifierons, au niveau du CHU de Tizi-Ouzou, celles qui ont le plus fort impact sur la qualité des soins.

### 1. Le service public en question

La notion du service public a des significations qui varient selon les circonstances et selon l'utilisateur (juristes, économistes et sociologues). Cela fait du service public un concept polysémique. Chevalier J observe que « le service public est saturé de significations multiples qui se superposent, s'entrecroisent, renvoient les unes aux autres » (1994, p3)

#### 1.1. Service public : multiplicité de conception

Le service public ou le service d'intérêt général peut être conçu de deux manières : fonctionnelle ou organique. La première met l'accent sur les objectifs, les missions et les finalités du service public alors que la seconde s'intéresse à l'entité publique qui rend le service. Par ailleurs, trois grandes approches sont utilisées pour expliciter la notion du service public. L'approche juridique rattache le service public à trois principes : l'égalité, la continuité et l'adaptabilité. Ces principes dénommés la « loi de Rolland » du nom du juriste Louis Rolland qui les a formalisés signifient que tout service public est tenu de fonctionner de manière continue, accessible à tout le monde et modifiable selon l'évolution des attentes et des besoins des usagers.

Les défenseurs de l'instauration du service public considèrent l'action publique comme supérieure à l'action privée dans la mesure où elle est entièrement tournée vers la satisfaction des besoins du collectif sans aucune volonté de faire du profit. Dans ce cadre Bauby (2011) affirme que l'action de l'État est la plus efficace socialement en raison de son accessibilité, la recherche de la maîtrise des coûts et la satisfaction des intérêts des administrés sans aucune distinction. Quant à l'approche économique, elle met en exergue la défaillance et l'imperfection du marché concernant la production d'un certain bien notamment les grands réseaux d'infrastructure. Les mécanismes du marché en l'occurrence les règles d'échanges et de formation des prix ne peuvent jouer, compte tenu de la nature de certains biens. En effet, les lois du marché sont inadaptées : aux produits nécessitant des financements considérables pas forcément rentables à court terme et à la préservation d'un bien pas toujours aisément valorisable. Dans ce cadre, on assiste à l'apparition de nouvelles pratiques et structures de marché à savoir les externalités positives et négatives, le monopole naturel, l'effet du « club »<sup>1</sup>... L'approche politique vise à concilier efficacité économique et sociale qui s'inscrit dans un modèle de société donné. Ce modèle se forge dans un rapport de force entre militants, syndicats, usagers, politiques et contexte socioéconomique.

Parmi une large panoplie de service public, nous nous sommes intéressées à un service essentiel qui est « la santé » du fait qu'il met en jeu la vie humaine.

### **1.2. La particularité des services sociaux**

Par services sociaux, on entend les services de santé, la protection sociale et d'autres services essentiels effectués directement à la personne tels que l'endettement, toxicomanie, rupture familiale, réinsertion professionnelle.

Dans un rapport établi par la communauté européenne (2006), les services sociaux occupent une place spécifique comme pilier de la société et de l'économie. De ce fait, ils répondent à des caractéristiques organisationnelles de types : principe de solidarité, caractère personnalisé du service, absence du but lucratif, recours au bénévolat, relation asymétrique entre le prestataire et le bénéficiaire du dit service.

Selon le même rapport, les exigences d'intérêt public sont vécues plus intensément dans le domaine de la santé : assurer l'égalité la plus complète possible entre les individus, et la nécessité du pilotage public pour encadrer, orienter l'activité des soins et organiser la répartition de cette activité.

Parmi les missions du service public que les établissements de santé sont appelés à assurer sont : la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, l'enseignement et la recherche médicale, l'éducation à la prévention, la lutte contre l'exclusion sociale...Cependant ces spécificités ne font pas du secteur de la santé une activité à l'abri d'une difficulté ou d'une crise.

### **1.3. Service public de santé en crise : quels effets sur la qualité des soins?**

La crise du service public en général et le service des soins en particulier se traduit par une demande sociale de plus en plus forte et des finances publiques de plus en plus fragiles. Dans les domaines de la santé et de l'éducation, on voit bien que l'augmentation du nombre de chômeurs va mettre en avant des besoins sociaux très importants. La crise amène les tenants du libéralisme à s'attaquer à tous les échanges non marchands, et à les soumettre à la loi du marché. Ils défendent l'idée du retrait de l'État de tout rôle économique et social avec le risque d'une dégradation de la vie quotidienne des millions de personnes. Le secteur de la santé est dans la ligne de mire de décideurs politiques confrontés à la nécessité d'efforts budgétaires sans précédent. Dans un rapport annuel de l'OCDE (2011) intitulé « [Redresser les finances publiques](#) », la moitié des pays de l'OCDE ont, en effet, indiqué que le secteur de la santé serait, à des degrés divers, affecté par les plans d'assainissement des finances publiques. Est-ce que cela signifie nécessairement et invariablement une dégradation de la qualité du

---

<sup>1</sup> Appelé également effet de réseau, effet de club résulte de la nécessité d'augmenter le nombre d'utilisateurs d'un service donné pour augmenter son utilité

service public de la santé ? La réponse est oui, si le secteur de la santé garde le même mode de fonctionnement. Des réformes structurelles<sup>2</sup> doivent permettre de réconcilier préservation de la qualité de service public et assainissement des finances publiques. Ces réformes comprennent, par exemple, l'amélioration de l'efficacité des services publics et la recherche déterminée et systématique de sources d'efficience au sein de l'administration et des prestataires de service public. Mais la plupart des pays ont fait des efforts pour réduire les dépenses de santé :

- Plusieurs pays ont tenté d'agir sur l'offre de soins et de médicaments, et notamment sur son coût, en cherchant à réduire la « facture médicaments » (La Grèce, l'Irlande, l'Italie, l'Espagne et le Portugal) ;

- Puisque le coût de la main d'œuvre représente en moyenne 70% des dépenses totales de santé, plusieurs pays ont imposé des baisses de salaires du personnel de santé, de 15% en Grèce, de 10% en République tchèque, de 5 à 10% en Irlande et de 5% en Espagne. Parallèlement, les pays les plus touchés par la crise ont réduit le nombre de salariés dans le secteur. En Espagne, par exemple, seulement 1 départ sur 10 est remplacé dans le secteur public de la santé. Les diminutions de salaires et les réductions drastiques des effectifs risquent d'affecter l'attractivité du secteur de la santé alors même que les besoins en personnel qualifié ne cessent de croître ;

- Certains pays ont adopté des réformes profondes et « structurelles » des systèmes de santé afin de contrecarrer la crise de financement. Par exemple, l'Irlande a organisé la fusion de plusieurs administrations de santé, la Grèce, celle de multiples caisses d'assurance maladie, solution préconisée depuis plusieurs années par l'OCDE. Le Portugal et la Grèce ont fusionné des hôpitaux afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins hospitaliers. L'Espagne et le Portugal ont organisé un système central d'achat pour obtenir de meilleurs prix sur les biens médicaux et ont systématisé la délivrance de génériques. En Espagne, la part de ces derniers dans les ventes de médicaments est passée de 22% en volume en 2008 à 39% en 2011.

A présent, nous nous intéressons à la qualité des soins en Algérie, mais avant cela nous allons mettre en lumière le concept de la qualité du service santé.

## **2. La qualité du service de santé**

La définition et la mesure de la qualité des soins sont une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Selon l'OMS (1993), certains pays disposent du meilleur système de santé au monde, mais sont en retard sur l'étude de la qualité de soins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins, les données demeurent partielles, parfois contradictoires et difficilement accessibles.

### **2.1. Qu'est-ce que la qualité des soins?**

Il existe de nombreuses définitions qui permettent de mesurer et de décrire la qualité en termes clairs. En effet, la définition de la qualité des soins a évolué au cours de deux dernières décennies en intégrant les points de vue des différents acteurs, celui des patients en particulier. La qualité est donc une notion multidimensionnelle.

Donabedian (1988, p1744) s'intéresse à la qualité des soins qui « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins ».

L'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM) a donné une définition, la plus largement employée, qui considère la qualité comme « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux

---

<sup>2</sup> « Les réformes structurelles consiste à modifier les arbitrages et les politiques économiques en changeant les institutions qui leur sont sous jacentes » Benassy-quéré et al, 2009, p40

populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » (2001, p2). Cette définition est favorisée grâce à sa flexibilité et à son adaptabilité à des contextes différents. Elle regroupe l'éventail de services qui touchent la santé, y compris les maladies mentales et s'applique à tous les types de fournisseurs de soins (médecins, infirmiers, paramédicaux...) et d'établissements (hôpital, maison de repos, domicile).

La qualité est ainsi appréhendée d'une part, par l'amélioration de la qualité des soins fournis par les professionnels de santé, d'autre part, par l'attention qui doit être prêtée à la qualité du soin à travers le système entier.

En outre, la qualité résulte de différentes exigences : celles du patient, celles du médecin et celles de l'environnement. Pour pouvoir l'apprécier il paraît indispensable de la mesurer.

## **2.2. La mesure de la qualité du service santé**

La qualité peut être abordée de façon positive : qualité existante et son amélioration ou d'une façon négative par la non-qualité : ses conséquences et sa nécessaire réduction.

La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) a défini en 1991 les différentes composantes de la qualité des soins et des services qui sont regroupées dans cinq catégories : efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficience. Ces dimensions englobent souvent une série d'autres dimensions parfois nommées différemment selon les cadres, telles que la pertinence, la ponctualité l'aptitude (patient), la continuité, la satisfaction, la compétence technique, etc.

Outre les différentes dimensions de la qualité des soins, son appréciation distingue trois domaines pouvant se baser sur des mesures relatives à la structure de soins, aux procédures de soins ou aux résultats finaux (Donabedian, 1988). La qualité des structures s'intéresse aux ressources employées (humaines et matérielles), notamment aux normes des établissements et des équipements. La qualité du processus de soins est centrée sur l'interaction entre les professionnels de santé et les patients. La qualité des résultats présentent des données ou des témoignages en termes d'amélioration de l'état de santé des patients.

Une évaluation entière de la qualité des soins doit comprendre ces trois types de mesure puisqu'ils considèrent différents aspects complémentaires pour donner une vision complète. Néanmoins, la qualité des résultats est le plus précis et le plus important indicateur de la qualité des soins, mais souvent impossible en raison de difficultés techniques ou de délais d'observation trop longs.

Cependant, les trois dimensions de la qualité (structure, processus et résultats) peuvent être appréhendées au travers d'indicateurs qui permettent les comparaisons malgré l'hétérogénéité des systèmes de santé et la disparité entre pays.

## **2.3. Les indicateurs de mesure de la qualité des soins**

Pour Lawrence (1997), un indicateur de qualité est un élément mesurant la performance de la pratique médicale. Il fournit une preuve de la pertinence dans l'évaluation de la qualité des soins dispensés.

En 1999, une étude menée par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé portant sur l'évaluation de la qualité des soins a dégagé certains indicateurs qui fournissent une certaine estimation de la performance globale d'un système de santé d'un pays et permettent également des comparaisons entre les États, les systèmes de santé, les régions. Citons quelques-uns d'entre eux, à titre indicatif :

- indicateurs structurels : densité médicale et nombre de patients par médecin ;
- indicateurs économiques : dépenses de santé par habitant ;
- indicateurs de résultats : mortalité et morbidité globale, obstétricale, néonatale, liées à certaines pathologies ; espérance de vie, etc. Par ailleurs, La qualité des résultats au sein des établissements de santé peut être appréciée en termes de guérison, séquelles,

durée des séjours hospitaliers, mauvaise santé et complications liées à la maladie ou au traitement, événements indésirables ; prescriptions inappropriées ; interventions injustifiées ; hospitalisations non justifiées ; défauts du circuit des médicaments ; non-adéquation du nombre de patients aux nombre de lits d'hospitalisation, etc.

En dépit du foisonnement des indicateurs de mesure, la démarche qualité peut être freinée ou favorisée par de certains facteurs.

#### 2.4. Obstacles et facteurs favorisant la démarche qualité

De nombreux obstacles freinent l'implémentation de la démarche qualité dans le service de santé (Lafonte, 1997 ; Goupy, 1980). Ils sont d'ordre culturel, psychologique, sociologique et juridique. Les principaux obstacles décrits sont :

- difficultés théoriques : les critères et les méthodes d'évaluation choisis ne sont pas forcément représentatifs de la qualité des soins, manque de temps, manque de culture en évaluation ;
- difficultés techniques : absence de dossier clinique utilisable, insuffisance de moyens (secrétariat, financements, etc.), absence de culture critique par rapport à sa propre pratique ;
- difficultés politiques : elles sont essentiellement dues au fait que les professionnels acceptent mal une remise en cause de leur pratique et de leur autonomie et n'en voient guère l'intérêt.

Les éléments nécessaires pour implémenter une amélioration systématique de la qualité des soins sont des ressources suffisantes et disponibles et une attitude positive des médecins, des politiciens et des enseignants de médecine vis-à-vis des méthodes d'amélioration de la qualité.

En Algérie, il existe un certain nombre d'indicateurs qui peuvent nous renseigner sur la qualité ou la non qualité des soins. Nous les présentons dans ce qui suit.

### 3. Les indicateurs de la qualité des soins en Algérie

La santé est un droit universel fondamental et une ressource majeure permettant le développement social, économique et individuel. L'article 54 de la constitution stipule que « tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques ». La santé est, certes, un droit, mais la qualité de ce service est-elle une préoccupation des autorités concernées ?

#### 3.1. Indicateurs de résultats

Nous constatons à partir du tableau suivant, que les principaux indicateurs qui nous renseignent sur l'état de santé des algériens sont en nette amélioration. L'espérance de vie à la naissance s'est amélioré (elle est passée de 72 ans à 76 ans entre 1999 et 2010) et le taux de mortalité des enfants a baissé considérablement (de 180 ‰ à 26 ‰ en 50 ans).

**Tableau 1: Données démographiques**

	1962	1999	2007	2010	2012
Population générale (millions)	10,40	29,7	34,1	34,1	37,2
Esperance de vie à la naissance	47	72	75,7	76,2	
Risque de décès maternel au cours d'une vie		0,75 (1990)	0,25	0,26	0,26
Taux de mortalité infantile (pour 1000 habitants)	180	36,9	30,7	27,4	25,8

Source : MSPRH

### 3.2. Indicateurs structurels

En retraçant l'évolution de la couverture en médecin, pharmacien et personnel paramédical (tableau 2), nous constatons qu'elle est en nette amélioration. On a recensé un médecin pour 640 individus en 2010 (156 médecins pour 100 000 hab.), un dentiste pour 3093 personnes (32 dentistes pour 100 000 hab.) et un pharmacien pour 3963 individus. Cependant, ces chiffres cachent les disparités qui existent sur le plan géographique et des spécialités. En effet, on enregistre une insuffisance en praticiens spécialistes et en paramédicaux dans de nombreuses Wilayas des Hauts plateaux et du Sud. Cette situation affecte la qualité des soins de certaines régions et dégage des écarts de satisfaction.

**Tableau 2: Couverture en personnels médical et paramédical**

Année	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Chirurgie Dentiste	Pharmacien	Paramédical
1962	1 pour 25 643		1/72 848	1/ 41 667	1/2979
1999	1/1750	1/3594	1/3752	1/6134	1/346
2009	1/1457	1/2052	1/3241	1/4492	1/370
2010	1/640		1/3093	1/3962	

Source : MSPRH

Si on compare ces données à ceux des pays ayant le même niveau de développement durant la même période, l'Egypte a une meilleure couverture en personnels médical et paramédical (283 médecins pour 100 000 habitants et 353 infirmiers pour le même nombre), la Tunisie et le Maroc, quant à eux, ont une faible couverture comparativement à l'Algérie : 122 médecins pour 100 000 habitants et 328 infirmiers pour 100 000 habitants en Tunisie, le Maroc réalise de faibles performances, 62 médecins et 89 infirmiers pour 100 000 habitants (données OCDE, 2014).

Concernant les infrastructures de soins qui constituent une dimension de la qualité, les données suivantes traduisent une très faible augmentation du nombre des établissements de soins publics malgré l'augmentation de la population. Le nombre de lits par habitants reste faible (1 lit pour 576 habitants) créant, ainsi, une inadéquation entre l'offre et les besoins des usagers (tableau 3). La mauvaise qualité des soins, dans ce cas, est appréciée par les délais trop longs pour l'accès aux soins.

**Tableau 3: Les infrastructures sanitaires publique et privée**

	2008		2009		2010	
	nombre	Nombre de lit	nombre	Nombre de lit	nombre	Nombre de lit
Infrastructure publique	265	60532	271	61690	276	61779
Infrastructure privée	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2013</b>		
	77	203	308	381		

Source : MSPRH

### 3.3. Indicateurs économiques

Lors d'une enquête que nous avons effectuée au sein du CHU de Tizi-Ouzou, nous avons constaté que cette organisation manque considérablement de moyens qu'ils soient matériels ou humains. Cela dit, le budget affecté au secteur de la santé en Algérie ne représente que 4,5% du PIB en 2012, un chiffre inférieur à la moyenne africaine qui s'élève à 5,9% en 2011 (voir le tableau 4)

**Tableau 4 : Budget de la santé**

	1970	2003-2007	2008	2011	2012
Budget de la santé (% PIB)	4	2,5	3,06	3,61	4,41

Source : Ministère des finances

Le tableau 5 montre que le Maroc et la Tunisie consacrent respectivement 6 % et 6,5% du PIB en 2011.

**Tableau 5 : Dépenses de santé en % du PIB (2011)**

Égypte	Maroc	Tunisie	Moyenne Afrique
4,5	6	6,5	5,9

Source : OCDE, 2014

Mais en faisant une comparaison en terme absolu, nous constatons que l'Algérie réserve 224,8 \$ au taux de change moyen par habitant, une somme plus élevée que celle consacrée par l'Égypte (105\$ par habitant) et celle du Maroc (185,9 \$ par habitant). Une autre différence distingue l'Algérie de ses voisins à savoir les dépenses totales par secteur (public ou privé). En Algérie, le secteur public se taille la part de lion (80,8% de l'ensemble des dépenses totales) contre 34,3% au Maroc, 40,5% en Egypte et 55,1% en Tunisie (OCDE, 2014). Cet état de fait, montre que les soins sont davantage accessibles par toutes les tranches de la société que dans les pays du benchmark. Cependant, la question de la qualité des soins reste posée. L'étude faite par le forum économique mondial (tableau 6) classe l'Algérie au rang de 101<sup>ième</sup> sur 122, l'accès aux soins au rang 74<sup>ième</sup> ce qui peut altérer son bien être et par ricochet sa performance économique.

**Tableau 6 : Classement de l'Algérie par les indicateurs du bien être**

Indicateur	Rang/122
Stress (% des personnes interrogées)	<b>38</b>
Dépression (% des personnes interrogées)	<b>97</b>
Accès à l'eau, santé et hygiène	<b>70</b>
Qualité des soins	<b>101</b>
Accès aux soins	<b>74</b>

Source : WEF (2014)

#### **4. La gestion de la ressource humaine : pilier de la qualité des soins**

La gestion des ressources humaines est un des piliers du management hospitalier car elle a un retentissement immédiat sur : la qualité des soins, la satisfaction des patients, la sérénité des personnels et l'efficacité globale de l'institution hospitalière en tant que composante significative des coûts.

Le domaine de la ressource humaine est vaste et chaque étape doit faire l'objet d'une attention particulière de la part des responsables hospitaliers : le recrutement, la formation, l'évaluation, la rémunération, etc. L'implantation de nouvelles méthodes de gestion des ressources humaines afin de la moderniser est tributaire de plusieurs exigences à satisfaire au préalable. Parmi ces exigences, il y a le climat social et les conditions du travail, le salaire, l'évaluation, la carrière et la formation.

Avant de discuter les résultats de l'enquête que nous avons menée au niveau du CHU de Tizi-Ouzou, nous allons présenter les particularités de la ressource humaine publique et en particulier la ressource humaine hospitalière.



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

La gestion de la ressource humaine dans les administrations publiques est un enjeu majeur pour améliorer la qualité du service public. En effet, l'Etat est le premier employeur, le nombre de fonctionnaires en Algérie, est d'environ 2 millions de personnes en 2011 dont 86% sont permanents (la Direction Générale de la Fonction Publique (DGFP)). Ces chiffres illustrent parfaitement l'intérêt que nous portons à la ressource humaine publique. La gestion des ressources humaines dans les administrations publiques a pour objectif de satisfaire au mieux et au meilleur coût les besoins en personnel des services publics, de valoriser les compétences de leurs agents et de les gérer en anticipant afin de mettre la bonne personne au bon poste (Chemela-Lafay et al. 2006). Cependant, la GRH publique en l'occurrence la ressource humaine hospitalière fait face à plusieurs contraintes pour répondre à la demande de la population en service public.

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

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

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

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

L'étude comparative faite par l'institut de gestion publique et de développement économique à Paris en 2005 : « Performance, l'ère des RH », sur la GRH dans huit pays (Suède, France, Australie, Danemark, Etats-Unis, Canada, Pays-Bas et Royaume-Unis) a conclu que : malgré les différences culturelles, les réformes engagées dans ces pays se partagent plusieurs critères communs ; la gestion se

décentralise en procurant aux managers locaux plus d'autonomie dans la gestion de la ressource humaine de leurs agences ; la gestion des collaborateurs répond aux nouvelles méthodes axées sur l'individu (recrutement, rémunération, formation, carrière, gestion des compétences...). En outre, l'étude constate que le droit public des pays étudiés se rapproche de plus en plus du droit privé. Cette situation ne se vérifie pas en Algérie, d'ailleurs, la GRH est fortement régie par une réglementation qui encadre ses pratiques. Qu'en est-il de la ressource humaine au sein de l'hôpital ?

#### **4.2. La GRH hospitalière en Algérie : la contrainte des statuts**

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

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

- Dans l'hôpital public, les autorités sanitaires exigent souvent des qualifications de spécialistes et font subir des concours aux candidats aux postes hospitaliers. Pour certains corps, les savoirs étant supposés acquis, les autorités sanitaires s'orientent de plus en plus vers la prise en compte de l'expérience professionnelle. Celle-ci peut être validée par un diplôme et remplace par conséquent les connaissances dispensées dans les établissements scolaires et universitaires.
- Quel que soit leur corps d'appartenance, l'évolution de carrière des fonctionnaires est quasi mécaniquement déterminée par l'ancienneté. Cette dernière, est considérée comme un élément régulateur de la carrière dans le sens où elle fixe le temps d'emploi nécessaire pour qu'un agent soit admis pour postuler à un avancement.
- Dans le cadre réglementaire, chaque fonctionnaire doit être soumis à l'évaluation en fonction des missions qui peuvent lui être confiées eu égard à son grade. Le fonctionnaire est soumis tout au long de sa carrière à une évaluation continue et périodique. Celle-ci est destinée à apprécier, selon des méthodes appropriées, ses aptitudes professionnelles pour estimer ses besoins en termes de formation et d'avancement.
- Les fonctionnaires sont titulaires d'un grade. Ce dernier est divisé en échelons. A chaque échelon est attribué un indice brut auquel correspond un indice majoré qui sert à calculer le traitement de salaire. Le fonctionnaire a droit à une rémunération qui comprend : le traitement, les primes et indemnités.
- La gestion de la carrière des fonctionnaires est assurée dans le cadre d'une politique de gestion prévisionnelle à travers des plans annuels de gestion des ressources humaines et des plans annuels ou pluriannuels de formation et de perfectionnement. La valorisation de l'expérience professionnelle acquise par le fonctionnaire se traduit par un avancement d'échelon. L'avancement consiste dans le passage d'un échelon à l'échelon immédiatement supérieur, de façon continue, dans la limite de 12 échelons selon une durée variant de 30 à 42 ans. Le fonctionnaire bénéficie d'un avancement lorsqu'il réunit, à l'année considérée, l'ancienneté requise dans les durées minimale, moyenne ou maximale.
- La durée légale de travail applicable dans les institutions et administrations publiques y compris les hôpitaux est fixée à quarante (40) heures dans les conditions normales de travail. Elle peut être réduite pour les fonctionnaires exerçant des activités particulièrement pénibles

et/ou dangereuses ou impliquant des contraintes sur le plan physique ou moral. De plus, sous réserve de l'amplitude journalière de travail effectif, prévue par la législation, les fonctionnaires peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires. Le recours aux heures supplémentaires doit répondre à une nécessité impérieuse de service et revêtir un caractère exceptionnel.

- Malgré une réglementation dont l'intérêt est de garder le plus longtemps possible les bons agents, des moyens légaux existent afin de se séparer des agents coupables de fautes professionnelles ou devenus inaptes à leur emploi. Les agents peuvent aussi de leur propre initiative quitter le service public.

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

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

### **4.3. La ressource humaine au sein du CHU de TIZI OUZOU**

Pour illustrer l'impact de la gestion de la ressource humaine sur la qualité des soins en Algérie, nous avons opté pour une étude de cas qui est celle du CHU de Tizi Ouzou. Les résultats auxquels nous avons aboutis sont généralisables aux cas similaires à savoir les CHU relevant d'autres régions.

#### **4.3.1. Méthodologie de l'enquête**

Pour mener notre enquête nous avons distribué un questionnaire sur un échantillon de 200 salariés complété par des entretiens semi-directifs pour affiner davantage les réponses obtenues. Le choix de l'échantillon a été réalisé par la méthode des quotas. Ainsi, on a pris le soin de respecter les mêmes proportions des différents statuts telles qu'elles figurent dans la population cible (personnel médical, paramédical et administratif en omettant expressément le personnel technique et les ouvriers).

#### **4.3.2. Résultats et discussion**

L'hôpital NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou est un centre hospitalo-universitaire (CHU). Il est constitué de deux unités : l'unité de NEDIR Mohamed et l'unité de BELLOUA. Le CHU de Tizi-Ouzou est considéré comme l'un des dix grands hôpitaux de l'Algérie en 2013, il détient 962 lits et totalise 4184 effectifs en 2012.

##### **4.3.2.1. La gestion centralisée du CHU : peu propice à l'exercice de l'activité des soins**

En se référant à l'analyse de Mintzberg (1982) sur le secteur hospitalier, l'organigramme du CHU de TIZI OUZOU, illustre l'existence d'une ligne hiérarchique unique chapeauté par le Directeur Général. Il est assisté par un comité consultatif dans l'accomplissement de ses missions et plus particulièrement dans la mise en œuvre des propositions du conseil scientifique.

La structure organisationnelle du CHU est donc une structure staff and line ou hiérarchico-fonctionnelle. Le staff regroupe le comité consultatif et conseil scientifique, la hiérarchie est constituée d'un sommet hiérarchique (le conseil d'administration et le directeur général) et d'une ligne hiérarchique (les différentes directions créées selon la spécialité ou la fonction).

Nous pouvons avancer, sur la base de ces données que le CHU est une organisation très grande et complexe composée des sous systèmes avec diverses catégories de personnels (médecins, universitaires, administratifs, soignants). De surcroît, l'équipe médicale est hiérarchisée ce qui ne facilite pas le relationnel, la communication, la prise d'initiative et par ricochet la qualité du service

santé. Dans les services administratifs, les acteurs sont des détenteurs d'influence et forment ensemble une coalition interne. La hiérarchie s'efface par rapport à la nature et le poids de cette coalition. Néanmoins, le CHU a une gestion centralisée. Ce mode de management pourrait avoir un effet négatif sur la qualité des soins rendus.

Nos enquêtes renforcées par l'étude théorique nous permettent d'avancer les points suivants :

- Le CHU représente une configuration mécaniste : les dirigeants de la ligne hiérarchique ont tendance à concentrer leur pouvoir dans des unités distinctes là où les différentes directions sont elles-mêmes structurées sous la forme de configuration mécaniste.
- La répartition des fonctions est de type taylorien : Le CHU souffre des cloisonnements hiérarchiques où les flux d'échanges horizontaux sont difficiles à cause d'une absence de la transversalité.
- Une déresponsabilisation en cascade constatée et pas mesurée.

A tout prendre, le CHU est une institution très centralisée et hiérarchique (71.2 % des salariés interrogés affirment qu'il n'existe pas de délégation de gestion).

Les flux d'information se limitent souvent aux flux d'ordre ou d'injonction sans tenir compte des remontés d'information et des échanges entre les acteurs à la base de la hiérarchie.

Le service personnel gère un potentiel humain important, l'effectif actuel (2012) est de 4184 ce qui représente 94 % d'effectifs gérés et 6 % d'effectifs gérant selon la direction des RH de l'hôpital.

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

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

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

Le système d'information de l'hôpital, comme nous l'avons déjà décrit, est non fiable. Cette faiblesse est constatée sur le terrain par des défauts de transmission d'informations entre les services et un manque de transparence entre les activités. 32,4% des salariés enquêtés déclarent que l'information qu'ils transmettent est étouffée par des pesanteurs administratives ; 31,1 % affirment que l'information est bloquée par des intermédiaires hiérarchiques ; 27 % estiment qu'ils transmettent trop d'information et ont du mal à suivre, ce qui confirme les conclusions relatives à la surcharge du travail. Ceci dit, l'hôpital est loin d'être un lieu propice à la bonne circulation et l'exploitation de l'information.

Cette défaillance du système d'information a rendu difficile l'élaboration des bilans de réalisation du service de personnel. Compte tenu du volume des activités accomplies au niveau du service du personnel, l'existence d'un système d'information pertinent s'avère indispensable pour le fonctionnement de l'hôpital.

La diversité des métiers et des logiques d'acteurs ne favorise pas l'émergence de comportements gestionnaires. La tutelle à travers le conseil d'administration est pesante. Ce qui a généralisé une

passivité et un attentisme quand il s'agissait de résoudre des problèmes de gestion. Cette passivité est un frein à l'émergence de comportements managériaux et une difficulté majeure dans le renouvellement des pratiques de gestion.

#### **4.3.2.2. Contexte culturel inadéquat pour prodiguer des soins de qualité**

Il faut signaler que les méthodes de travail sont fortement imprégnées de pratiques informelles comme l'amitié et le régionalisme malgré l'existence de règles formelles de travail. On peut qualifier la culture hospitalière de négative. Pour imprégner positivement une culture hospitalière, il faudrait que la GRH s'oriente vers l'harmonisation des valeurs de l'hôpital (valeur culturelle du corps médical et celle du corps administratif) et la délégation de gestion.

En faisant référence à l'étude d'Hofstede, la gestion du CHU est confrontée à une dualité culturelle qui est source de conflit interne. En outre, certaines valeurs culturelles se traduisent par un népotisme dans les relations entre acteurs internes qui va à l'encontre de l'éthique et la déontologie professionnelle. De ce fait, dénouer ces conflits est un préalable à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital.

#### **4.3.3.3. Gestion administrative du personnel du CHU**

D'après l'enquête effectuée, le climat social et les conditions du travail, le salaire, l'évaluation, la carrière et la formation renvoient à une gestion administrative. Etudions en détails ses pratiques à l'hôpital Nedir Mohamed.

##### **• Climat social et conditions de travail défavorables pour s'occuper des patients**

**Le dialogue social** à l'hôpital est une préoccupation constante, étant donné la complexité inhérente à toute structure hospitalière dont la diversité des agents qui la compose. Il est nécessaire donc de la part des intervenants de lui accorder la plus grande attention pour instaurer un climat de confiance impératif pour effectuer l'activité de soins. Par ailleurs, il existe peu de conseil et de réunion de service. Ceci ne permet pas l'échange autour du patient et autour de la vie du service.

Le personnel hospitalier baigne dans un climat social qu'il caractérise de peu concertant. Le climat manque également d'adhésion des salariés (83,8 % déclarent ne pas être concertés et ne pas adhérer au travail, contre seulement 16,2 %). Néanmoins, les liens entre salariés ne sont pas d'opposition, 92,7 % affirment ne pas l'être.

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

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

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

**Les conditions de travail** sont insatisfaisantes d'ailleurs les salariés se plaignent de mauvaises conditions physiques de travail liées à un manque de propreté, à l'hygiène des sanitaires, à l'intensité sonore et au manque de sécurité. La part des non satisfaits représente respectivement pour chacun des facteurs 34,5 %, 43,1%, 36,6% et 52,4%. Cela signifie que la qualité des structures de soins est mauvaise.

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

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

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

- **Procédés de recrutement et de rémunération contraignants**

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

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

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

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

d'expérience se disent pas du tout satisfaits de leur salaire). Le mode de rémunération statutaire crée une démotivation de la part du personnel qui altère la qualité des soins

- **Formation et gestion des compétences : noyau de la qualité des soins**

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

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

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

Pour promouvoir la culture du management hospitalier, la tutelle a lancé en janvier 2014 un cycle de formation destiné aux managers d'une durée de 6 mois en lui réservant une enveloppe de 60 millions de dinars.

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

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

Les réunions de partage d'expérience et de savoir pour renforcer les compétences ne sont pas des pratiques courantes au sein de l'hôpital, 70,3 % du personnel ne se réunissent pas pour partager leur expérience et leur savoir. Cette tendance s'affirme encore plus chez les administrateurs et les infirmiers. La qualité des soins admet une maîtrise par le personnel de protocoles thérapeutiques complexe et changeants qui doivent être adaptés à chaque cas. L'état de la formation au CHU ne permet pas le développement des compétences et la mise en œuvre des connaissances acquises.

## **Conclusion**

L'enquête que nous avons menée au CHU de Tizi-Ouzou nous permet de conclure que les pratiques managériales et culturelles relatives à la gestion de la ressource humaine sont loin de contribuer à prodiguer un service public de soins de qualité. Malgré l'amélioration des indicateurs de mesure de la qualité du service santé à savoir les indicateurs économiques, structurels et les indicateurs de résultats, l'usager ne cesse de se plaindre de la détérioration des soins dont il bénéficie ; une mauvaise prise en charge, des files d'attente très longues, erreurs médicales, etc.

Le management de la ressource humaine hospitalière qui se limite à une pure administration du personnel est un facteur principal qui entrave la qualité du service rendu, vu que ce dernier dépend des compétences médicale, organisationnelle et managériale des salariés qui font partie de l'organisation hospitalière. Certes, les compétences existent mais si elles ne sont pas valorisées, ni intégrées dans un modèle organisationnel moderne, elles ne contribueraient pas à mettre fin à la mauvaise réputation dont souffre l'hôpital public. Dans ce cadre, la question qui reste posée : les hôpitaux publics devront-

ils intégrer et instaurer le nouveau management public comme préalable à toute amélioration de la qualité du service de soins ?

### Bibliographie

**Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.** 1998. Le coût de qualité et de la non-qualité à l'hôpital. Paris: ANAES.

**Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.** 1999. Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères. Paris: ANAES.

**Allouche, J.** 2006. *Encyclopédie des ressources humaines*. Paris : Vuibert.

**Alecian S., Foucher D.,** 2002. *Le management dans le service public*. Paris : Ed d'Organisation,.

**Alventosa J-R.,** 2006. *Serviteurs de l'État, moyens et contraintes*. *Pouvoirs* n°117, pp.77-92.

**Armstrong M., Baron A.,** 2007. *Human Capital Management: Achieving Added Value Through People*. Kogan Page Ltd.

**Aubret J., Gilbert, P. Et Pigeyre, F.,** 2005. *Management des compétences. Réalisations, concepts, analyses*. Paris :Dunod, coll. «Gestion Sup », (2ème éd.).

**Barraud J.,** 2008. *La Fonction Ressources Humaines ; Métiers, Compétences et Formation*. Paris : édition Dunod,.

**Bartoli A.,** 2006. Les nouvelles perspectives de la GRH dans la fonction publique. *Cahiers Français*, n°333,.

**Batal C.,** 1998. *La gestion des ressources humaines dans le secteur public*. Paris : Ed Organisation,

**Bauby P.** 2011. Service public, services publics. *La documentation française*, Paris.

**Bellier S. Et Trapet H.,** 2001. Panorama de la GRH : définitions, questions et convictions. *Liaisons*, coll. « *Entreprise et Carrières* », Paris.

**Benassy- quéré A., Coeuré B., Jacquet P. et al.** 2009. *Politiques économiques*. Ed Boeck.

**Bender A-F, Dejoux C., Marbot E., Normand E., Thévenet M.,** 2009. *Fonctions RH : politiques, métiers et outils des ressources humaines*. Ed Pearson Education.

**Cadin, L., Guérin, F.** 2010. *La gestion de la ressource humaine*. Paris :Ed Dunod.

**Commission des communautés européennes.** 2006. Mettre en œuvre un programme communautaire de Lisbonne : les services sociaux d'intérêt général dans l'UE. Bruxelles.

**Campion M. ,** 2006. *Le management des ressources humaines dans les établissements de soin: Quelles pistes d'amélioration pour le service public ?*, Ed. Lavoisier MSP,.

**Chemla-Lafay A., Chol C.** 2006. 25 ans de réforme de la gestion publique dans les pays de l'OCDE : convergence et systémique. *IGPDE*.

**Chevalier J.,** 1994. *Service public*. Paris :ed PUF.

**Chevalier Y.,** 2006. La réforme et la gestion des ressources humaines : quelles conséquences pour la fonction publique ?, *Actualité juridique et droit administratif*, n° 10,.

**Chrétien L., Arcand G., Tellier G., Arcand M.,** 2005. Impacts des pratiques de gestion des ressources humaines sur la performance organisationnelle des entreprises de gestion de projets. *Revue internationale sur le travail et la société* V 3, N° 1.



- Cremandez M., Grateau F.**, 1997. *Le management stratégique hospitalier*. Paris :Interéditions.
- Crozier M.**, 1997. *Le phénomène bureaucratique*. Paris :Ed LE SEUIL.
- Cuby J-F., Ghesquiere M.**, 2000. Gestion des ressources humaines, La dimension qualitative de la gestion des personnels (du mythe au quotidien). *Rapport pour le ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie*
- Dietrich A., Pigeyre F.**, 2005. *La Gestion des Ressources Humaines*. Ed La Découverte, Coll. Repères.
- Donabedian A.**, *The quality of care : how can it be assessed ?*, JAMA, 1988, Vol 260, N°12 pp. 1743-1747.
- Institute of Medicine**. 2001. *Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century*. Washington DC, National Academy Press.
- Emery Y.**, 2006. Dynamiser les ressources humaines. Une approche intégrée pour les services publiques et entreprises privées, compatible avec les normes de qualité. *Presses polytechniques universitaires romandes*.
- Esplugas P.**, 2002. *Le service public*. Paris : Ed Dalloz.
- Flaque, L.**, 2003. Juger la performance ou l'individu : Le dilemme de l'évaluation. *Revue Personnel*, N° 437, Février 2003, pp 6-11.
- Guidere, M.**, 2004. *Méthodologie de la recherche : guide du jeune chercheur en lettre, langue, sciences humaines et sociales, maîtrise, DEA, Master, doctorat*. Ed Ellipses, Paris.
- Guyon, C., et coll** .2003. *Réussir le changement dans le service public*. Ed d'Organisation, Paris.
- Hart, J., Lucas S.**, 2002. *Le management hospitalier - Stratégies nouvelles des cadres, concepts, méthodes, études de cas*. Ed. Lamarre,.
- Holcam, R.** 2007. Secteur public, secteur privé : similarités et différences dans la gestion de la ressource humaine. *Revue française d'administration publique* n° 123.
- Igalens, J.** 2006. La GRH : principes, pratiques et critiques. *Actes du séminaire national sur le Management et gestion des ressources humaines : stratégies, acteurs et pratiques*. 23, 24, 25 et 26 aout 2005. Cité international universitaire, Paris.
- Kreps, G.** 2004. Ressources humaines, nouvelles pratiques selon l'ISO 9001:2000. *AFNOR*, Paris.
- Lacono, G.** 2004. *Gestion des ressources humaines*. Casbah Editions : Alger.
- Lafont, M.** 1997. Évaluation et recherche en qualité des soins. Que faire et que prévoir? Paris: ANAES.
- Laquel, F.** 2000. Evaluer n'est pas apprécié, *Revue Personnel*, Juin, pp 11-10.
- Lawrence, M., Olesen, F.** 1997. *Indicators of quality in health care. The EQUiP working party on indicators*. Eur J Gen Pract,.
- Leboyerc, L.** 1999. *La gestion des compétences*, Ed. d'Organisation, Paris.
- Le Boterf, G.**1994. *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*, Ed. d'Organisation, Paris, 1994.
- Lethielleux, L.** 2009. *L'essentiel de la gestion des ressources humaines*. Ed Lextenso, Paris.

**Noguera, F., Chalus-Sauvannet, M. C.** 2008. La GRH dans le milieu de la santé : l'impact des pratiques sur la qualité des soins et sur les performances- cas d'une clinique privée au Bénin. *CERAG, cahier de recherche*, Grenoble.

**Mintzberg, H.** 1995. *Structures et Dynamiques des Organisations*. Éd Organisation, Paris.

**Minvielle, E.** 1999. Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ? *Revue Politiques et management public*, vol. 17 n° 4, pp. 59-84.

**OCDE.** 2001. Redresser les finances publiques. *Rapport*.

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

**OMS.** 1993. Politique des associations nationales de médecins dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins. Genève: OMS.

**Peretti, L-P.** 2013. *Gestion des ressources humaines*. Ed Vuibert, 19<sup>e</sup> édition, Paris.

**Roland, M.** 1999. Quality and efficiency : enemies or partners ? *Br J Gen Pract*, pp49-140.

**Roussel, P., Wacheux, F.** 2005. *Management des ressources humaines : Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* », Ed. De Boeck, Paris.

**Rosintal, C., Murphi, C.** 2001. *Introduction aux méthodes quantitatives en sciences humaines et sociales*. Ed Dunod, Paris.

**Stephan, JC., Goupy F.** 1980. La "qualité des soins" en médecine ambulatoire de la théorie vers la pratique des évaluations. *Cah Sociol Démogr Méd*; pp158-162.

**Thevenet, M.** 1998. Gestion des ressources humaines : La fin ou le début ? *Revue Française de Gestion*, N°98 Mars, Avril, Mai.

**Tonneau, D., Bohnoure, S., Gallet, A-M., Pepin, M.,** 1996. *L'organisation du travail dans les services des soins*. Ed ANACT, Lyon.

**Weiss, D.** 2003. *Ressources humaines*. Ed d'Organisation, Paris.