

La Gestion des Ressources Humaines en Milieu Hospitalier: Analyse par la Culture Organisationnelle

CHEMOUKHA Arezki : Maître assistant classe A
Université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou

Introduction

En quête de l'adaptation des organisations publiques aux nouvelles exigences de l'environnement, certains auteurs de la science administrative proposent une interprétation optimiste et unificatrice de l'introduction du management au sein des administrations publiques (Debbash 1989). Ce nouveau mode de gestion se caractérise par une volonté des acteurs publics de dépasser la conception traditionnelle de la gestion publique caractérisée par une forte soumission au droit administratif et l'exclusive attention portée au respect des procédures officielles vers une conception managériale ayant pour objectif, selon Chevalier et Loschack (1982) d'utiliser au mieux les moyens dont elle dispose et d'améliorer l'efficacité de son action.

Dans cette même perspective, le management public dans l'hôpital se retrouve entre deux logiques conflictuelles; la logique juridique d'une part qui répond aux impératifs de garantie, de stabilité et d'équité¹ et d'autre part, d'une logique managériale, poursuivant des objectifs d'efficacité, de compétitivité et de rentabilité. Ces différents modèles de gestion des administrations publiques sont véhiculés par différents aspects de l'organisation publique notamment la gestion des ressources humaines. Pour le secteur public de santé, la gestion de la ressource humaine est une fonction essentielle et au même temps particulière. Essentielle, car l'élément humain est le facteur de production pivot et le plus prépondérant dans la production du service de santé. Elle est particulière car elle touche plusieurs aspects distincts et contradictoires qui sont d'ordre humains, sociaux, économiques, financiers et réglementaires. Mais, la spécificité de la GRH hospitalière est sans aucun doute liée à la particularité du service de santé pour lequel l'éthique et la déontologie doivent être la base de la

¹ Cette logique se double d'une rationalité bureaucratique d'administration fondée sur une définition stricte et une prévisibilité des comportements par des codifications réglementaires contraignantes.

gestion du comportement des agents hospitaliers.

De ce fait, dans l'hôpital, le changement du modèle de gestion nécessite des actions sur les pratiques de gestion des ressources humaines. Dans l'optique de passage d'une gestion administrative à une gestion managériale, il s'agit de passer d'une GRH basée sur une logique statutaire, administrative et rigide vers une GRH motivante, incitative et basée sur la coopération et l'adhésion des fonctionnaires. Ces dernières sont considérées comme des pratiques propres au secteur productif privé. Pour ce faire, il est indispensable d'adapter la culture de l'organisation ou la culture organisationnelle au contexte, car il s'agit dans ce cas d'agir sur les comportements d'un agent public ou de groupes d'agents. Aussi, la culture organisationnelle est un concept autour duquel se focalise toutes les explications et toutes les définitions sociologiques du monde du travail notamment la GRH.

En Algérie, les réformes hospitalières engagées depuis plusieurs années n'ont pas fait évoluer les logiques et les pratiques de la GRH en milieu hospitalier longtemps caractérisée par une logique égalitariste, administrative et statutaire. Au contraire, la logique mécaniste statutaire demeure et constitue la règle de gestion du personnel des établissements de santé. L'objectif de cet article est d'essayer de comprendre et d'identifier le type et les caractéristiques de la culture organisationnelle en vigueur dans l'hôpital en Algérie et de voir si elle est propice à la réussite des réformes de la gestion des ressources humaines au sein de l'hôpital.

Aborder la culture d'une organisation hospitalière revient à parler d'une organisation particulière. Cette particularité peut être expliquée par deux faits réels qui caractérisent cette organisation : d'un côté, elle est une organisation à part entière dont l'objectif principal est la réalisation du service public de santé, de l'autre côté, elle est l'association de plusieurs groupes d'agents dont les préoccupations ne se rejoignent pas toujours. Cette distinction nous amène à distinguer entre la culture d'un « hôpital public » comme étant une entité complète, sans prise en considération des sous-groupes d'agents qui la composent, et les « cultures dans l'hôpital public » dans le cas contraire.

Pour mieux répondre à la problématique, nous avons pris conscience de l'intérêt de lier la recherche théorique et les

études ponctuelles sur la question afin de comprendre le modèle hospitalier et son mode de régulation dans son ensemble. Ainsi, nous avons structuré le travail de recherche en trois points. Il sera question d'abord de la définition du concept de culture organisationnelle, ses caractéristiques et ses formes, en faisant un détour par la culture organisationnelle de l'entreprise (I). Pour cela nous avons utilisé les travaux d'Ouchi W.G (1980), Mintzberg H. (1990), et Wilkins (1983) et Poupard R. et Hobbs B. (1991). Ensuite, nous présentons, la particularité de la culture organisationnelle dans un hôpital public d'une manière générale tout en essayant de faire une synthèse des différentes approches de la culture hospitalière (II). Enfin, nous terminerons notre article par étude du cas d'un CHU en Algérie dont il sera question de déceler les caractéristiques de la culture organisationnelle au sein du dit Hôpital.

I- La notion de culture organisationnelle: Origine et typologie

La notion de culture organisationnelle est apparue pour la première fois au niveau des entreprises avant qu'elle soit transposée à d'autres formes d'organisations. Pour mieux cerner le concept de la culture organisationnelle, nous avons trouvé important de remonter aux origines de son utilisation avant d'aborder sa particularité dans l'hôpital.

I-1- La culture d'entreprise : essai de définition

La notion de culture d'entreprise passe relativement inaperçue jusqu'au début des années soixante-dix. L'avènement de la notion est associé à la résistance des entreprises japonaises, face à une situation de crise pendant que des entreprises américaines et européennes ont été ravagées. A partir de là, l'approche américaine rationnelle et scientifique qui a dominé ne parvenait plus à faire ses preuves. Les nombreux chercheurs qui se sont penché sur l'étude du phénomène japonais Deal et Kennedy [1982], Ouchi [1982], Pascale et Athos [1984], Peters et Waterman 1983 , sont arrivés à la conclusion que les entreprises japonaises tirent leurs succès de la culture commune que partagent les membres de chaque entreprise. Depuis le début des années 1980, les expressions « Culture d'entreprise » et « Culture organisationnelle »

envahissent les revues et ouvrages de gestion et les travaux consacrés au concept se multiplient.

Au cours des trente dernières années, bon nombre d'études ont tenté d'une part de définir ce concept et, d'autre part, d'identifier ses fonctions (Deal et Kennedy, 1982; Hofstede, 1993; Lee et Yu, 2004). Malgré l'existence d'une multitude de définitions de la culture organisationnelle, il est possible de lui dégager des éléments communs. Ainsi, Mintzberg, qualifie la culture de « L'idéologie ». Pour lui, cela représente un système riche, développé et profondément enraciné de valeurs et de croyances qui distinguent une organisation particulière de toutes les autres. Hofstede dans ses travaux sur la culture de l'entreprise a intégré la dimension nationale à cette variable. Il considère la culture de l'entreprise comme étant une programmation de la mentalité collective des membres de cette organisation.

La culture d'entreprise est une notion extrêmement complexe, en témoignent la multitude de définitions que l'on peut en trouver. Pour une définition de synthèse nous retenons celle de (Gérard Ouimet, 2005) qui renvoie la culture d'entreprise à un système de valeurs et de croyances partagées par ses membres et dont l'effet principal réside dans l'homogénéisation durable de leurs paradigmes (interprétation et signification des choses) et, conséquemment, de leurs pratiques. Concrètement, la culture d'entreprise est composée de valeurs, des croyances, de mythes et de symboles.

I-2- Typologie de cultures organisationnelles

La majorité des typologies produites émane d'un tableau de contingence 2 X 2, à savoir l'identification de quatre types de culture à partir du croisement de deux variables. Ces typologies sont le résultat de deux types de modèles : les modèles matriciels et les modèles non matriciels.

Les modèles matriciels sont le produit de l'assemblage de deux variables indépendantes. Les modèles non matriciels émergent soit d'une classification aléatoire, soit d'un positionnement sur le continuum d'une seule variable, cela veut dire sur un cas extrême sous lequel se présente une variable. A titre d'exemple, la variable division du travail peut se présenter sous deux situations différentes, fortes division verticale et horizontale d'un côté, et travail en équipe de l'autre côté.

Parmi les modèles de classification des typologies de culture organisationnelle nous avons choisi la typologie de POUPART

R. et HOBBS B. (1991) car, elle est à la fois le résultat des recherches théoriques et pratiques. Les deux auteurs ont élaboré leur typologie sur la base de critères de classifications de WILKINS (1983). Ce dernier définit la culture organisationnelle du point de vue de ses dimensions. Celles-ci sont mesurées par rapport à un ensemble de critères qu'il qualifie de postulats qui sont relatifs aux moyens utilisés par les membres de l'organisation et aux fins poursuivies. Les postulats relatifs aux moyens sont d'ordre structurel (division du travail, hiérarchie), relationnels (mécanismes de contrôle, de circulation de l'information) et humains (la base du pouvoir, les plans de carrière, et les procédures de résolution des conflits). Les postulats portant sur les fins de l'organisation concernent les critères de succès et la préoccupation majeure de l'organisation. Nous expliciterons ces critères dans ce qui suit.

- **La division du travail** : Il existe deux situations extrêmes de division du travail, soit que les tâches sont hautement définies, spécialisées et formalisées (Taylor W, Fayol), soit au contraire flexibles et variées.

- **Lieu d'identification des membres de l'organisation** : Le membre peut s'identifier par rapport à toute l'organisation, à une unité, au patron, à la profession, au client etc....

-**Les mécanismes de contrôle** : Ceux sont des mécanismes utilisés par l'organisation pour inciter les membres d'agir dans le sens des objectifs de l'organisation et que les efforts des différentes unités soient coordonnés.

-**La circulation de l'information** : Elle peut être plus ou moins libre ou contrôlée, formelle ou informelle.

-**La typologie du pouvoir** : Elle concerne le fondement de la légitimité du pouvoir et de son exercice au sein de l'organisation. Weber distingue trois catégories de légitimité du pouvoir hiérarchique dans l'organisation classique : L'autorité charismatique, l'autorité traditionnelle et l'autorité rationnelle et légale. Crozier (1964), en analysant le phénomène bureaucratique a démontré que le pouvoir n'est pas limité aux rapports hiérarchiques, mais peut être exercé aussi par les salariés. En effet, selon lui, il existe une autre source de pouvoir dans l'organisation, celle émanant de la zone d'incertitude. Le salarié cherche à récupérer et à exploiter les « sources d'incertitude » pour exercer une influence sur son organisation.

De ce fait, en plus des modes d'expression formels (hiérarchie), il se développe entre les salariés dans l'entreprise un réseau d'information informel qui leur permet de résoudre les problèmes au quotidien.

-Les plans de carrière et la promotion : Ils correspondent aux chemins de carrière qui sont identifiés et valorisés par l'administration. Ces derniers peuvent prendre une direction verticale ou latérale.

-La résolution des conflits : Trois principales méthodes peuvent être utilisées dans une organisation pour résoudre les conflits : la négociation, la médiation et l'arbitrage. Sur la base de tous ces éléments POUPART et HOBBS (1991) ont proposé cinq type de cultures organisationnelles : la culture du père fondateur ; la culture bureaucratique administrative ; la culture participative ; la culture professionnelle et la culture entrepreneuriale.

Mintzberg (1990), en faisant une approche contingente des organisations, signale que divers types d'organisations ou de cultures peuvent se côtoyer au sein d'une même entreprise. Il divise une organisation en cinq parties principales. La culture de l'entreprise peut être propre à la partie qui prédomine dans l'organisation. Pour Mintzberg, l'existence de plusieurs sous-systèmes dans une organisation est un facteur déterminant dans le développement de sous cultures notamment celles des groupes informels.

I-3-Groupes informels : profil d'une sous-culture organisationnelle

Les groupes informels sont des groupes qui existent en parallèle à l'organisation formelle (Scott, 1981), et se développent par des relations interindividuelles non voulues par les responsables officiels de l'organisation (Zaremba, 1988). Ces groupes développent leur propre culture. L'organisation informelle est d'autant plus importante que l'organisation formelle car elle peut influencer positivement ou négativement sur cette dernière. Elle peut avoir une force pouvant aller jusqu'à renverser les objectifs de l'autorité officielle, ou de rendre l'organisation plus efficace.

Les études de l'Equipe de Recherche sur les Groupes Informels, du département de psychologie à l'université de Montréal, Brunet L. et André Savoie (2003) ont montré que les groupes

informels dans une organisation ont les caractéristiques suivantes : ils sont des groupes de cinq membres en moyenne, leur durée de vie est de cinq ans, leur composition peut être autant intra qu'interdépartemental ou service, et de même niveau hiérarchique que de niveaux différents, appartenant à la même profession ou de professions différentes. Au plan comportemental, les membres du groupe informel semblaient avoir tendance à se fréquenter hors du travail et à s'offrir un soutien mutuel au regard du travail ou d'autres problèmes.

La formation des groupes informels dans les organisations peut être expliquée par plusieurs facteurs :

- des similitudes : les valeurs de vie (amitié, partage...), les caractéristiques personnelles (ambition, franchise...), les goûts et des préférences (sport, politique, culture...), et les statuts socioéconomiques (revenu, statut social).
- la proximité physique (unité de travail) est un facteur d'émergence relevé dans près des deux tiers des cas.
- les besoins individuels jouent un rôle important dans l'émergence des groupes et les besoins de complémentarité et de protection (soutien social, instrumental ou politique) sont les principales fonctions du groupe.

Trois axes émergent principalement dans les comportements des groupes informels : les activités, les interactions et les sentiments qui se développent entre les membres.

Sur le plan des activités, les membres des groupes informels développent des activités hors travail et des relations interindividuelles comme l'amitié pour se rendre service.

Il règne entre les membres des groupes informels la franchise, la sincérité et le respect mutuel. De plus, les rencontres entre ces membres sont considérées comme un lieu de liberté d'expression et d'échange d'informations qui n'a absolument rien avoir avec le travail.

Les groupes informels se distinguent par des artefacts comme fêter les événements familiaux et des caractéristiques sociodémographiques comme l'âge, la situation de carrière similaire, des événements vécus en commun comme la formation...etc

Les groupes informels se particularisent aussi par le caractère dépendant de ses membres. Cette dernière va même jusqu'au développement des normes et des lignes directrices de

fonctionnement. Ces normes définissent également les sanctions en cas de déviance¹ d'un membre. Ces dernières, contrairement à l'organisation formelle sont négociables et négociées. Les intérêts du groupe ne priment pas sur les besoins de ses membres. Le groupe informel ne connaît pas de phénomène de résistance au changement et de bureaucratisation.

Les travaux de Cooke et Rousseau (1988) sur « l'inventaire des cultures organisationnelles (ICO) »² ont identifié douze dimensions pour caractériser la culture des groupes informels : l'entraide humaniste, l'affiliation, l'approbation, la conformité, la dépendance, l'évitement, l'opposition, l'acquisition de pouvoir, la compétition, la compétence, l'accomplissement personnel et la réalisation de soi. Ces dernières sont regroupées en trois facteurs déterminants de la culture : des valeurs de conformismes, d'acquisition de pouvoir et de réalisation de soi. Les membres des groupes informels sont davantage orientés vers la réalisation de soi (actualisation de soi, accomplissement personnel, entraide humaniste, et affiliation) que les membres des groupes formels. Alors que l'acquisition de pouvoir n'est guère plus importante que dans l'organisation formelle. Les groupes informels poussent les membres à être eux-mêmes, à innover et rejettent le conformisme. Cela leur confère une mauvaise réputation auprès des dirigeants, car en étant eux-mêmes et en innovant, ils ne répondent pas au besoin de l'organisation de se conformer aux procédures et aux règles établies par l'organisation.

II- la culture organisationnelle hospitalière : une mosaïque de sous cultures

Les travaux les plus importants réalisés sur les organisations hospitalières (Smith, Mintzberg, Saintsaulieu et Hofsted) font tous référence à la complexité des organisations hospitalières. Cette complexité est due à l'existence de plusieurs types de groupes d'agents ayant chacun une culture distincte et qui peut

¹ Une notion de sociologie désignant des comportements non conformes aux normes sociales.

² L'inventaire des cultures organisationnelles est un modèle de classification des cultures organisationnelles. Il s'inspire du concept « Life Style Inventory » qui est utilisé pour évaluer les 12 façons d'être et d'agir des gestionnaires. L'ICO intègre le modèle de la personnalité de Leary (1957), les recherches de Mc Clelland, Rogers et Horney sur la personnalité, et les études de Maslow sur les besoins et les théories du leadership de Blake et Mouton.

être contradictoire avec celles des autres. Cet état des faits rend la gestion de l'hôpital très délicate, ce qui réduit l'efficacité de l'hôpital dans sa tâche de service de soins public. Pour cela, ces dernières années nous assistons à l'émergence de nouvelles valeurs ou de nouvelles pratiques organisationnelles censées limiter le cloisonnement entre les différents groupes d'agents hospitaliers et encourager le rapprochement et la coopération entre ces groupes, pour une meilleure performance de l'organisation. Dans ce qui suit, nous allons essayer de faire une synthèse de ces différentes approches de la culture hospitalière.

II-1- L'hôpital et bureaucratie professionnelle de Mintzberg

Pour Mintzberg, les organisations sont toutes constituées de cinq parties, à partir de l'importance relative de chacune d'elles, il identifie cinq types d'organisations : les organisations entrepreneuriales, mécanistes, divisionnaires, professionnelles et innovatrices. Selon lui, l'hôpital est considéré comme une bureaucratie professionnelle, caractérisée par l'existence de deux lignes hiérarchiques, l'une pour les professionnels (le corps médical) qui va du bas vers le haut qui est démocratique; l'autre pour les fonctions de support logistique (fonctionnaires), elle va du haut vers le bas et elle est une bureaucratie mécaniste.

L'organisation hospitalière est dominée par le noyau opérationnel qui est représenté par l'ensemble des services. Ces derniers à leurs tours ont comme noyau le corps médical et des soignants. Cette prédominance du niveau opérationnel fait de l'hôpital une organisation à culture professionnelle. Le corps des professionnels est à son tour divisé entre les professionnels qui représentent les médecins et les semi professionnels représentés par les infirmiers. Le pouvoir au sein de ce groupe revient aux connaissances et à l'expertise. Ceci dit, Mintzberg n'a pas nié l'existence d'une hiérarchie respectant le niveau des compétences et l'ancienneté dans la profession. A titre d'exemple, au sein des hôpitaux en Algérie, les médecins commencent leur carrière dans un hôpital comme interne, ensuite ils deviennent assistants, maître assistants, docteur et enfin professeurs.

Au niveau de la culture médicale règne une bureaucratie professionnelle dans laquelle l'autorité est basée sur les compétences, autrement dit le pouvoir est aux compétences alors que le corps des gestionnaire crée lui-même sa structure et

sa hiérarchie, à l'intérieur de l'hôpital. Par contre, la bureaucratie médicale est créée en dehors de l'hôpital, dans les universités, écoles...etc. Cela rend difficile le contrôle et le suivi du travail des médecins car ils s'autocontrôlent.

II-2- Une dichotomie entre culture de moyens et culture de fin selon Hofsted

Hofsted G (1985) a identifié un ensemble d'éléments permettant d'analyser le système de valeurs dominant dans l'entreprise et de mesurer les facteurs qualificatifs du niveau de relations humaines. Ces éléments sont regroupés en six catégories : les symboles, les héros, les rites et les valeurs. Par rapport à tous ces éléments, Hofsted identifie plusieurs dualités dans la culture : dualité entre culture de moyens et culture de résultats, dualité entre culture rigide et culture pragmatique, enfin l'esprit de corps qu'il oppose à l'esprit d'équipe. L'analyse de la culture d'une organisation hospitalière, à travers tous ces éléments, nous a permis d'arriver à ce qui suit :

-Dans une institution, la priorité peut être accordée soit à la gestion des moyens ou à l'atteinte des résultats. Selon cette distinction un hôpital est composé de ces deux logiques de fonctionnement, d'un côté le personnel médical et paramédical (infirmier) qui fonctionne dans un cadre élevé d'homogénéité car ils privilégient tous les deux les résultats dans le domaine des soins ; de l'autre côté le personnel administratif qui mise sur les moyens de l'organisation. Les fonctionnaires travaillent assez souvent dans des services généralement éloignés des centres de soins. Ils s'organisent bureaucratiquement, avec une faible communication avec les personnels soignants (médecins et infirmiers).

-L'attitude pragmatique et rigide des acteurs envers l'environnement : l'hôpital peut être appréhendé par deux catégories de personnel. Le personnel soignant (médecins et infirmiers) sont plus ouverts envers les malades, et plus proches de leurs besoins de santé. Pour cela, ils font de grands efforts pour s'adapter à leurs besoins et améliorer la qualité du service. Le personnel administratif est caractérisé par une rigidité dans l'application des règles et de la législation. Il adapte de ce fait une organisation bureaucratique et hiérarchisée.

-La dualité entre l'esprit d'équipe et l'esprit de corps : l'esprit de corps pour Hofstede correspond au corporatisme, le fait que les individus s'identifient à leurs professions. C'est le cas du personnel médical par exemple. L'esprit d'équipe est le fait que les agents s'identifient par rapport à l'environnement de travail. Ce dernier est rarement développé dans les hôpitaux, car il existe un cloisonnement entre les différents corps (gestionnaires et soignants) qui le compose.

II-3- L'hôpital et la culture des groupes informels

Selon la théorie des incitations (Bureau D. et Mougeot M., 2007), les agents publics, de par leur nature, quel que soit leur métier, se divisent en deux catégories. La première catégorie est composée d'agent ayant l'esprit de service public et d'intérêt général, ils exercent leurs devoirs sans avoir besoins de moyens d'incitation et de motivation. La deuxième catégorie est composée d'agents exerçant leur devoir. Ils ne peuvent le faire sans avoir des contres partis (des moyens d'incitation et de motivation), comme les promotions, l'évolution dans la carrière, la rémunération...etc

Comme toute organisation publique, l'hôpital est caractérisée par un ensemble de relations de type « principal-agent » dans lesquelles les asymétries d'information jouent un rôle déterminant (Mougeot, 2007). En effet, la structure hiérarchique de l'administration contribue à l'émergence de relations de ce type à plusieurs niveaux. A chaque échelon, un responsable supervise les actions de ses subalternes, et rend compte de cette activité à son supérieur hiérarchique. Ce mode de fonctionnement crée des possibilités de collusion entre les agents dans le but d'accroître et de partager la rente informationnelle. Dans le même sens, pour Crozier, les agents sont considérés comme des acteurs. Ils exploitent les zones d'incertitudes dans l'organisation, développent des stratégies pour atteindre leurs intérêts personnels au détriment de l'intérêt général. Certains agents se constituent en groupes, voire en clans, afin de renforcer leur pouvoir et se protéger des « griffes » de l'administration. Ces groupes sont le produit de la culture informelle dans l'organisation. A titre d'exemple, un médecin hospitalier universitaire peut opter pour la recherche afin d'avancer dans sa carrière médicale, et de progresser dans le grade, au détriment des obligations pédagogiques dans le

cadre de la formation médicale. D'un côté il bénéficie de la stabilité de l'emploi offerte par l'hôpital, de l'autre, des opportunités ouvertes à la recherche dans l'université dans laquelle il est sensé former de futurs médecins.

In fine, d'après ces approches traditionnelles les organisations d'une manière générale, notamment hospitalières, sont sans cesse à la recherche de modèle organisationnel et culturelle la mieux adaptée à sa particularité et/ou à son environnement. Certaines adaptations ne sont pas toujours faciles à réaliser pour le contexte hospitalier à cause de tensions liées à la culture médicale et gestionnaire.

II-4- La nouvelle culture organisationnelle de l'hôpital public

Toutes les réformes hospitalières ont l'objectif commun de développer une logique de rationalité dans la gestion de ces organisations. L'introduction de cette logique se manifeste par l'apparition du travail en pôles d'activités. Sur le plan des valeurs et de la culture hospitalière trois changements majeurs sont constatés: la transformation de la relation de l'hôpital avec le patient, notamment la relation patient-médecin, les transformations des identités professionnelles, et la nouvelle gouvernance hospitalière.

La transformation du rapport patient-médecin rend compte de l'évolution de la place du patient dans l'institution, de la redéfinition de l'image du patient qui passe d' « usager » à « client » ou à « citoyen », selon les cas et les contextes (Jolivet et Vasquez, 2011). Cette place qui revient au patient dans les organisations hospitalières aujourd'hui se manifeste dans l'apparition de plusieurs concepts et pratiques dans ces organisations. En France, nous assistons à l'apparition de la notion de démocratie sanitaire. Concrètement, cela se traduit par une participation active du patient au système de santé. L'accent est mis sur le respect de libertés fondamentales du patient et son droit à l'information (Rousset, 2009). Au Canada, c'est la notion du patient-partenaire qui s'intègre aux formations de futurs professionnels de la santé, aux nouvelles structures organisationnelles des hôpitaux et au discours entourant le suivi de certaines maladies, particulièrement les maladies chroniques. Dans le contexte de la complexification du système de santé et du développement des réseaux, le patient n'est plus un simple

bénéficiaire du système de soins, mais peut y participer en agaçant les rapports entre les acteurs (Contandriopolous et al., 2001). Ainsi, « la relation de soin est de plus en plus vue comme une coproduction entre les professionnels et les malades » (Bercot et Mayère, 2009).

L'introduction de la logique de rationalité, le changement du rôle du patient et le facteur technologique sont autant de facteurs qui ont contribué à la redéfinition des différentes catégories professionnelles à l'instar de l'activité médicale. Ainsi, le rôle du médecin dans les nouvelles organisations hospitalières ne se limite pas uniquement à soigner les patients, mais coordonner son travail avec ceux des autres acteurs de façon à optimiser son action (Grenier, 2007).

L'intégration des TIC au sein des organisations a transformé la distribution des rôles et les identités professionnelles. A titre d'exemple, le renforcement des compétences individuelles de certains acteurs grâce à l'utilisation des TIC peut conduire, d'un côté à la suppression de certaines tâches et d'un autre côté, à l'émergence de nouvelles tâches et de nouvelles responsabilités, notamment pour le personnel infirmier.

Le concept de nouvelle gouvernance s'est répandu dans les organisations de santé vers les années 1990. Le développement de la gouvernance dans les hôpitaux s'explique selon (Contandriopoulos, 2008) par la volonté de transformer la régulation des organisations de santé dans un contexte caractérisé par deux facteurs : l'augmentation de l'efficacité de la médecine avec le développement de la technologie et la transformation des besoins de santé avec le vieillissement de la population. La gouvernance est une forme d'action collective qui est basée sur le développement des valeurs communicationnelles. L'objectif d'introduction de cette nouvelle valeur dans les hôpitaux est d'encourager le travail en groupe, moyennant des processus de négociation entre les différentes logiques et acteurs qui composent les organisations de santé, de manière à ce que les décisions prises par l'un des acteurs qui participe à l'activité de l'organisation, soient comprises et perçues légitimes par tous les autres acteurs. Les initiateurs du projet de la nouvelle gouvernance sont arrivés à un constat que le modèle hiérarchique, les cloisonnements

professionnels et les corporatismes étaient la cause des crises des organisations hospitalières. Le remède serait donc d'instaurer une nouvelle gouvernance au sein de ces structures. Par cette dernière, il faut associer les médecins à la décision, leur déléguer des pouvoirs de gestion, sortir des services pour se constituer en pôles ; autrement dit, passer d'une culture d'administration à celle du management.

III- Le CHU de Tizi-Ouzou : nature et caractéristiques de la culture organisationnelle

Dans le sillage de la problématique de recherche, par ce présent point nous allons essayer à travers une étude de cas d'un hôpital algérien « CHU de Tizi-Ouzou » de comprendre et d'identifier le type et les caractéristiques de la culture organisationnelle du dit hôpital.

III-1-Méthodologie de recherche

L'hôpital en question est le centre hospitalo-universitaire NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou. Il est considéré comme l'un des dix grands hôpitaux de l'Algérie.

La structure de cet effectif par statut est représentée dans le tableau ci-dessous :

Statut	Grades et spécialité	Nombre
Personnel non médical	Personnel administratif	175
	Personnel médicotechnique	957
	Personnel technique et service général	449
	Personnel contractuel	239
	Autre	182
Personnel médical	Personnel médical hospitalier	155
	personnel attachés	135
	Externe, interne et résident	1524
	Personnel médical hospitalier universitaire	184
Personnel d'encadrement	Administration	8
	Médical	2
	Paramédical	98

-L'organisation de la Direction des Ressources Humaines : la DRH est composée de deux sous directions :

-La sous-direction des personnels composée

-La sous-direction de la formation et de la documentation

L'enquête réalisée au niveau du CHU en 2013 est faite en deux phases : la première a pour objectif d'explorer le terrain d'étude, la deuxième sous forme d'un questionnaire. Nous avons choisi de réaliser dans la phase exploratoire des entretiens semi-directifs auprès du personnel de l'hôpital. Nous les avons réalisés à travers une grille de questions ciblant des thèmes liés à

la GRH dans l'hôpital.

L'objectif principal de nos entretiens auprès du personnel (toutes catégories professionnelles confondues) est d'étudier la structure organisationnelle de l'hôpital et de mettre en relief les valeurs culturelles et leur poids dans la gestion quotidienne du CHU. Les entretiens sont complétés par un questionnaire. La population cible est comme l'indique le tableau ci-après :

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

Source : Etabli par nos soins

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

III-2-Discussion et analyse des résultats

Pour présenter l'état des lieux de la culture de l'hôpital étudié, nous avons utilisé deux références en la matière : La grille d'analyse de Mintzberg des organisations hospitalières et l'étude des groupes informels de Bureau D. et Mougeot M. (2007). Au cours de notre étude de cas, nous avons constaté que l'hôpital répond, sur le plan organisationnel et culturel, aux éléments identifiés par ces deux auteurs.

Premièrement, l'hôpital est composé de plusieurs types de groupes d'agents, chacun d'eux concerne un corps de métier. Ainsi, nous identifions :

- Les professionnels : Qui sont représentés par les médecins ; ils représentent 62.22 % de l'effectif.
- Les semi professionnels : Ils correspondent à l'ensemble du personnel infirmier qui représente 30.81%
- Les non professionnels : C'est le corps administratif, avec un pourcentage de 6.95 %.

Au sein de ces groupes, des relations informelles se développent. De ce fait, l'étude du contexte culturel du l'hôpital est appréhendée par :

- L'aspect formel de l'organisation : Il s'agit de décrire la culture

du CHU en tant qu'unité complète assurant le service public de santé. Aussi, il sera question des différents groupes de travail, à l'instar des médecins, infirmiers et le personnel administratif.

-L'aspect informel dans lequel nous allons décrire les caractéristiques des groupes informels propres à cet hôpital.

III-2-1- L'organisation du CHU : structure favorisant une culture bureaucratique

La structure organisationnelle du CHU est constituée de cinq niveaux hiérarchiques et de deux organes représentant le staff. De ce fait, cette structure organisationnelle est de types staff and line ou hiérarchico -fonctionnelle.

- Le staff est représenté par les organes suivants : Comité consultatif et le comité scientifique.
- La hiérarchie est constituée d' :
- Un sommet hiérarchique : le conseil d'administration et le directeur général.
- Une ligne hiérarchique : les différentes directions créées selon la spécialité ou la fonction. Nous distinguons une Direction des ressources humaines, une Direction des finances et contrôle, une Direction des moyens matériels et une Direction des activités médicales et paramédicales.
- Unités paramédicales.

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

Nous pouvons avancer, sur la base de ces données que l'hôpital étudié est une organisation très grande et complexe composée de sous-systèmes avec diverses catégories de personnel (médecins, universitaires, administratifs, soignants). Néanmoins, l'hôpital a une gestion centralisée.

-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.

-D'après les résultats de H. Mintzberg et selon la variable structure organisationnelle, nous avançons que l'hôpital est un cas singulier ; il y a présence de deux configurations au poids égale : une configuration mécaniste pesante représentée par

l'administration et la tutelle (fournisseur de règles et procédures) et une bureaucratie professionnelle constituée des médecins et infirmiers. Celle-ci s'impose par le métier et opte souvent pour une autonomie complète.

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

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

Le CHU de Tizi-Ouzou est composé :

- D'une hiérarchie des professionnels de la santé ;
- D'une hiérarchie des fonctions administratives,
- D'une logistique.

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

Quant à la deuxième hiérarchie, la coordination est axée sur la supervision directe et la standardisation des procédés. Ces deux mécanismes de coordination sont mal utilisés et inefficaces vu la taille de l'organisation. Dès 1984, Mintzberg montrait qu'au-delà d'une certaine complexité, les organisations ne peuvent plus fonctionner par la superposition directe et la standardisation classique du travail et qu'à ce stade, seuls les dispositifs d'ajustement mutuel étaient opérants. Cependant, au niveau de l'hôpital, même ce mécanisme se trouve inefficace à cause du contexte culturel que nous développerons plus loin.

A tout prendre, l'hôpital est une institution très centralisée et hiérarchique, les flux d'information se limitent souvent aux flux d'ordre ou d'injonction sans tenir compte des remontés d'information et des échanges entre les acteurs à la base de la hiérarchie. L'hôpital a subi maintes fois des pertes d'information et de déformation de messages créant ainsi plusieurs conflits et malaise social interne. Ce qui confirme la critique de la mise en pratique du modèle wébérien de l'administration.

L'hôpital public constitue le principal intermédiaire entre les pouvoirs publics et la population. Aussi, pour arriver à atteindre

les objectifs de la politique de santé public, on a introduit dans les hôpitaux une culture bureaucratique administrative.

Pour Weber (1995), le type le plus pur de domination légale est la domination par le moyen de la direction administrative bureaucratique car cette dernière est la forme d'organisation qui répond le mieux à la nécessité d'appliquer des normes impersonnelles. Pour Mintzberg, la culture bureaucratique est une forme de culture parmi d'autres que peut développer une organisation en étant confrontée à des contraintes internes et/externes.

La culture bureaucratique administrative dans un hôpital, selon l'analyse de Weber, est caractérisée par les éléments suivants:

- la division du travail : Elle est de rigueur, autant verticalement que horizontalement. Cette division est souvent le résultat de réflexions de la technostructure dont le rôle est de formaliser les procédés, d'établir des normes et des méthodes, qui constituent aussi les seuls outils de coordination.

- l'engagement individuel est absent, sauf dans un cadre limité par les normes et méthodes fixées à l'avance.

- l'information est hautement formalisée et circule principalement dans un seul sens, celui de la ligne hiérarchique. Elle est souvent soumise à des mécanismes de rétention vu les mécanismes de contrôle mises en place par la hiérarchie.

- le pouvoir est légitimé par des bases légales et rationnelles. Ces règles sont le résultat de luttes politiques entre groupes opposés ou entre collègues qui cherchent à étendre leur territoire ou à le protéger.

- la planification de carrière est hautement formalisée et passe par une succession d'ouvertures de postes publiques et officielles.

- La résolution des conflits se fait par le recours aux règles et méthodes, qui servent aussi de référence pour sauvegarder les droits acquis.

Dans la bureaucratie administrative, toutes les actions sont ordonnées, prévisibles, et donc planifiées. Pas de place pour les relations humaines, affectives et les sentiments des personnes qui participent à son fonctionnement. L'agent public répond aux impératifs de la déontologie administrative dont la principale valeur est « l'intérêt général avant tout ».

Si la bureaucratie administrative est traitée positivement au début du vingtième siècle par les sociologues et les chercheurs en management et en organisation, elle a fait objet de critiques car elle s'oppose à l'innovation, au changement et à la motivation. A titre d'exemple, M. CROZIER (1963) a signalé que les organisations bureaucratiques souffrent du cloisonnement des activités et la forte centralisation des décisions. J.Newhouse constate l'existence de certaines dominantes bureaucratiques comme l'absence de coordination, l'absence de la concurrence et l'inflation règlementaire. Cette forme d'organisation répond à la volonté de l'administration de codifier toutes les activités.

L'hôpital est une structure complexe composée de sous-systèmes avec diverses catégories de personnel fonctionnant parfois sur la base des métiers, des valeurs et des principes différents : médecins, infirmiers, administratifs, personnel technique et ouvrier. Cette segmentation de la population dans un hôpital rend le fonctionnement de cette organisation sur la base d'une culture bureaucratique administrative insuffisante.

III-2-2-La culture des groupes formels

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

A- La culture du corps administratif

Le rôle du personnel administratif est de veiller à l'application des règles et des normes de l'organisation.

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

B- La culture du corps infirmier

Les infirmiers souffrent d'une forme de domination par le corps des médecins et des administratifs.

La domination de la part des médecins nous l'avons constaté par les réponses des infirmiers au questionnaire et l'observation du climat de travail à l'intérieur des services lors de notre enquête. Ainsi, nous avons remarqué, à titre d'exemple, une certaine distance entre les deux corps.

La domination des administrateurs sur les infirmiers nous a été

visible lors de la répartition du questionnaire. Nous avons constaté que la plupart des infirmiers, en l'absence d'un supérieur ont refusé de répondre à notre questionnaire. Par la suite, lors de l'une des réunions de travail avec la direction, l'ensemble des infirmiers présents à la réunion étaient plus collaboratif. Cela nous pouvons l'expliquer par deux raisons :

- Le non refus en présence des supérieurs indique cette relation de domination ;
- Le sentiment de se retrouver en groupe les a motivé à renforcer leur initiative de participer à l'enquête. Cela nous fait penser à l'expérience Hawthorne de Elton Mayo, par laquelle il est arrivé à reconsidérer la perception des employés des entreprises pour augmenter leur motivation. Ce n'est qu'après avoir su que le questionnaire est anonyme que les infirmiers ont accepté de le remplir. Le fait de donner leur avis à titre individuel a provoqué en eux une peur d'éventuelles représailles de la part de la hiérarchie.

La domination exercée sur les infirmiers se manifeste par une sorte de malaise et un sentiment d'insatisfaction d'un côté, et de la méfiance de l'autre. Cela fait que ces derniers se trouvent souvent en situation de défensive.

La position critique des infirmiers a renforcé les relations de travail et la solidarité entre eux. Ce type de comportement des infirmiers se traduit par le taux élevé (80 %) de suivi du mouvement de grève qui a eu lieu à la fin de 2012 au début 2013 et auquel nous avons assisté. Nous avons constaté que leurs protestations tournent autour de la valorisation du statut de l'infirmier dans l'hôpital. Ainsi, il est question d'un système de promotion et d'accès aux postes supérieurs conformément aux textes réglementaires en vigueur, l'augmentation des indemnités, la revalorisation de la prime de contagion et de reconsidérer la relation avec la tutelle en instaurant une politique de dialogue.

L'ensemble des groupes identifiés et les relations de travail entre eux est résumés dans le tableau suivant.

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

L'hôpital a pour mission de veiller sur la santé des patients. Sur le plan formel, le rôle que doit assurer chaque agent est bien défini sous formes de procédures, de normes et de standards afin d'assurer le service public de santé.

L'hôpital est une organisation où se rencontrent deux cultures :
- une culture basée sur l'éthique médicale dont l'objectif principal est la santé des patients. Cette éthique est la prolongation de la culture de valeurs à caractère humanitaires dont sont caractérisées les premières organisations hospitalières, notamment les hospices. Ces derniers étaient des organisations à culture missionnaire comme l'a identifié Mintzberg. L'éthique médicale en Algérie a été promulguée par le décret exécutif n° 92-276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale. Elle porte sur l'ensemble des principes, des règles et des usages que tout médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien doit observer ou dont il s'inspire dans l'exercice de sa profession. D'après ce décret, un médecin est tenu de mettre la santé physique et mentale de l'individu en priorité (Articles 6 et 7 dudit décret).

- la culture basée sur les moyens (la rationalité) vient se conjuguer avec la mission humanitaire et sociale de l'organisation hospitalière. Elle impose le respect des normes et des procédures administratives pour une meilleure gestion du budget.

La rencontre de ces deux logiques dans un hôpital public peut donner lieu à deux scénarios :

-Le premier est celui où les deux groupes d'agents, soignants et administratifs, vont coordonner leurs efforts pour atteindre les objectifs fixés par l'organisation. Dans ce cas, les agents, qu'ils appartiennent au groupe des gestionnaires ou des soignants devraient travailler en équipe, sans que l'un soit renfermé dans une structure. Par conséquent, la communication devrait jouer le rôle de levier dans la culture de l'organisation. Ainsi, l'hôpital devrait développer une culture de communication, d'échange d'information et de transparence. Ce scénario correspond à l'organisation par pôles.

-Le deuxième est celui où les deux principaux groupes qui font partie du système hôpital travaillent pour la même organisation, mais tout en gardant chacun ses frontières vis-à-vis de l'autre.

Dans ce cas de figure nous identifions deux principales cultures dans l'hôpital : la culture bureaucratique et administrative et la culture de bureaucratie professionnelle.

Dans le CHU, nous avons constaté que le deuxième scénario trouve un terrain d'applicabilité. Les différentes structures qui composent cette organisation travaillent en cloisonnement. Les groupes des médecins et des gestionnaires se caractérisent par des valeurs et des habitudes différentes et les relations de travail à l'hôpital entre ces différents corps sont confuses

III-2-3-La culture des groupes informels

Parallèlement aux groupes formels développés au sein de l'hôpital étudié, d'autres groupes sont identifiés. Ces groupes sont formés dans des circonstances différentes :

-Les agents, comme l'avait signalé Mougeot, par opportunisme, cherchent à se former en groupes afin de pouvoir se protéger contre toute forme de sanction venant à leur rencontre. Ainsi, nous pouvons trouver des agents qui fournissent moins d'efforts, tout en étant couvert par les membres du groupe d'appartenance. Ces derniers peuvent être des infirmiers, des administrateurs et des médecins

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

Le diagnostic que nous avons réalisé au sein de l'hôpital étudié a permis de mettre en évidence les valeurs culturelles qui se traduisent par un favoritisme dans les relations entre acteurs internes. Ces derniers manquent de professionnalisme : on répond et on résout les difficultés plus facilement et plus vite aux demandes des personnes importantes (non par rapport à leur place au niveau de la hiérarchie et non plus en relation avec la compétence).

Conclusion

En guise de conclusion nous pouvons dire que s'interroger sur la culture de l'organisation hospitalière consiste en l'analyse des pratiques, des attitudes et des comportements

justifiant une déontologie adaptée à la particularité des professionnels de la santé. Au début de leur apparition, les organisations hospitalières étaient sous formes d'hospices. Ces dernières étaient caractérisées par des valeurs caritatives et de bienfaisance. Il régnait une organisation à culture missionnaire, telle qu'elle est identifiée par Mintzberg H. La mission de ces organisations était d'ordre humanitaire. Avec le temps, pour répondre aux transformations de son environnement, les hospices ont pris d'autres formes d'organisations. Actuellement on parle d'hôpital public. Pour ce dernier, la culture de rationalité budgétaire se conjugue avec la culture à caractère humanitaire et missionnaire de l'ancien hospice. Avec cette dualité de culture il n'est pas évident aujourd'hui de fonder une réflexion éthique dans les réalités de l'hôpital. En effet, par rapport à sa valeur classique et fondamentale, cette institution a suscité des controverses et semble confrontée à un cumul de mises en cause de sa vocation, voire de son mode d'organisation et de son fonctionnement. En effet, les relations de travail à l'hôpital sont dominées par une culture hospitalière négative. Pour imprégner positivement une culture hospitalière, quatre principes sont particulièrement importants :

- harmonisation des valeurs de l'hôpital ;
- délégation ;
- protection des principes dominants ;
- développement d'une culture de communication.

Pour atteindre cet objectif, Mintzberg souligne l'intérêt de raisonner en termes de réseaux d'interrelation car toute organisation est souvent une combinaison de différents systèmes et ce n'est pas le cas de l'hôpital étudié.

La culture hospitalière avait, des années durant, invétéré des valeurs, des habitudes, des comportements issus de la culture nationale sans pouvoir réussir leur transformation en culture d'organisation et de ce fait le CHU est une diversité de cultures négatives : affrontement de valeurs brutes non harmonisées et ni même reconstruites au sein d'une profession aussi noble que la prestation des services de santé.

Bibliographie

- 1- Bureau D. et Mougeot M. (2007). Performance, incitations et gestion publique. Ed. La documentation Française, Paris.

- 2- Brunet L. et André Savoie, (2003). La face cachée d'une organisation: groupes, cliques et clans », Ed. Presses universitaires de Montréal.
- 3- Crozier M., (1963) . Le phénomène bureaucratique. Ed. Seuil, Paris.
- 4- D'Iribarne P.. (1982). La logique de l'honneur : gestion des entreprises et traditions nationales. Seuil, Paris, 1989.
- 5- GODELIER Eric, (2006). La culture d'entreprise, Collection Repères, La Découverte, Paris.
- 6- Mintzberg, H. (1995). Structures et Dynamiques des Organisations. Paris: Éditions d'Organisation.
- 7- Mintzberg H. (1990). Le management- voyage au centre des organisations. Ed. Organisations. Paris,.
- 8- Morgan G. . (1989). Images de l'organisation, ESKA, Laval.
- 9- Pascale R.T. et Athos A.G. (1984). Le management est-il un art japonais?, Les Éditions d'Organisation, Paris.
- 10- POUPART R. et HOBBS B. (1991). Culture et développement organisationnels : concepts théoriques et guide pratique, in pouvoir et cultures organisationnels, sous la direction de Roger TESSIER et Yvan Teller, Presses de l'Université de Quebec.
- 11- Sainsaulieu I. (2006). La communauté de soins en question. Le travail hospitalier face aux enjeux de la société. Rueil-Malmaison: Editions Lamarre.

Articles de revues

- 1- Baron, C. Savoie, A. et Brunet, L. « Normes dans les groupes informels : mythes et réalité », Psychologie du travail et des organisations, vol.7, n°1-2, 35-45
- 2- Bercot, R.. « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles ». Négociations, 5(1). 2006. 35-49.
- 3- Contandriopoulos, A.-P.. (2008) « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance ». Santé publique, 20(2) , 191-199.
Contandriopoulos, A.-P., et al. (2001). « Intégration des soins : dimensions et mise en