

**UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, SCIENCES DE
GESTION ET SCIENCES COMMERCIALES**

Département des Sciences Economiques

**Mémoire
En vue de l'obtention du diplôme
De magistère en Sciences Economiques
Option: Economie de la Santé et Développement Durable**

Thème

**Contribution à l'étude de la gestion des ressources humaines et de
l'intégration de la formation continue en milieu hospitalier en
Algérie: Cas du CHU de Tizi-Ouzou**

Présenté par: OULD ABDESLAM Sabrina

Sous la direction de: Dr. KAID TLILANE Nouara

Devant le jury composé de:

Président : Pr. BRAHAMIA Brahim, Université de Constantine

Rapporteur : Dr. KAID TLILANE Nouara, M.C., Université de Béjaia

**Examineurs: Pr. AINOUCHE Mohand Cherif, Université de Béjaia
Dr. TESSA Ahmed, M.C., Université de Tizi-Ouzou**

2008

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Docteur KAÏD Tlilane Nouara pour son encadrement et son soutien tout au long de la réalisation de ce travail.

Je tiens également à remercier tous les membres du jury (le professeur BRAHAMIA Brahim, le professeur AINOUCHE Mohand Cherif et le docteur TESSA Ahmed qui ont bien voulu se donner la peine pour juger ce modeste travail.

Que tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin, trouvent ici, l'expression de ma sincère reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

AFNOR	Association Française de Normalisation
ANDS	Agence Nationale de Documentation de la Santé
CNFC	Comité National de Formation Continue
CDD	Contrat à durée déterminée
CHU	Centre Hospitalo-universitaire
DIM	Département d'Information Médicale
DRH	Direction des ressources humaines
DSIO	Direction des Système d'Information et d'Organisation
DSP	Direction de Santé et de la Population
EFP	Ecole de Formation Paramédicale
EHS	Etablissement Hospitalier Spécialisé
ENA	Ecole Nationale d'Administration
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
EQS	Evaluation de la Qualité des Soins
FIH-W	Fondation des Institutions Hospitalière de Wallonie
FRH	Fonction Ressources Humaines
GHM	Groupe Homogène de Malade
GPEC	Gestion prévisionnelles des emplois et des compétences
GPPEC	Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences
GPRH	Gestion prévisionnelle des ressources humaines
GRH	Gestion des ressources humaines
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INSP	Institut National de Santé Publique
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
MSPRH	Ministère de la Santé, de la Population et de la réforme hospitalière
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OST	Organisation scientifique du travail
PMSI	Projet Médicalisé du Système d'information
RH	Ressources humaines
SSU	Secteur Sanitaire Universitaire

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	I
LISTE DES ABREVIATIONS.....	II
SOMMAIRE.....	III

INTRODUCTION GENERALE.....	1
-----------------------------------	----------

CHAPITRE 1: CADRE HISTORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (GRH) EN MILIEU HOSPITALIER.....5

Introduction.....	5
-------------------	---

I- POSITIONNEMENT STRATEGIQUE DE LA FONCTION "RESSOURCES HUMAINES" ET SA CONTRIBUTION A L'EVOLUTION DES ORGANISATION.....	6
---	---

II- CADRE CONCEPTUEL DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES A L'HOPITAL.....	24
---	----

Conclusion.....	34
-----------------	----

CHAPITRE 2: CONTRIBUTION DE LA GRH A LA QUALITE DES SOINS ET CADRE CONCEPTUEL DE LA FORMATION CONTINUE A L'HOPITAL.....36

Introduction	36
--------------------	----

I- CONTRIBUTION DE LA GRH A LA QUALITE DES SOINS.....	37
---	----

II-CADRE CONCEPTUEL DE LA FORMATION CONTINUE EN MILIEU HOSPITALIER.....	53
---	----

Conclusion.....	73
-----------------	----

CHAPITRE 3: LES RESSOURCES HUMAINES ET LA FORMATION CONTINUE DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ALGERIENS.....	74
Introduction.....	74
I- L'OFFRE DE SOINS:	75
II- LA FORMATION CONTINUE EN MILIEU HOSPITALIER EN ALGERIE....	87
Conclusion	107
CHAPITRE 4: ESSAI D'ANALYSE DE L'INTEGRATION DE LA FORMATION CONTINUE AU NIVEAU DU CHU DE TIZI- OUZO.....	109
Introduction.....	109
I- PRESENTATION DU CHU DE TIZI-OUZOU.....	110
II- CONCEPTION ET REALISATION DE L'ENQUETE.....	118
III- ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE.....	122
Conclusion.....	148
CONCLUSION GENERALE.....	150
ANNEXES.....	154
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	181
TABLES DES MATIERES	
RESUME	

Introduction générale

L'hôpital, à l'image de son environnement socio-économique, a connu un véritable bouleversement qui s'est matérialisé par l'expansion de l'appareil de soins et le développement sans précédent du progrès technique. Cependant, la complexité croissante des prestations sanitaires induites par une telle évolution s'est traduite par des aspirations nouvelles de la part des personnels. Si dans le passé, une difficulté de fonctionnement pouvait être résolue par l'appel à des moyens financiers et matériels supplémentaires, c'est désormais par la mobilisation du personnel hospitalier que résident les futurs progrès.

Ainsi, la gestion des ressources humaines pourra, dès lors, évoluer pour devenir plus participative et s'inscrire dans une stratégie globale du changement. Le capital de l'hôpital étant l'homme, il est donc prioritaire que le gestionnaire des ressources humaines concentre son action sur l'homme au travail afin de mobiliser son potentiel, son énergie et sa créativité. Chaque acteur doit trouver au sein de l'institution hospitalière, une identité. Sa place et son utilité doivent être reconnue afin qu'il puisse se considérer non comme un simple exécutant, mais un agent actif. Ainsi, La GRH à l'hôpital pourra se doter d'outils et concourir à l'élaboration d'une politique cohérente et innovante des ressources humaines. Ces outils sont amenés à devenir les nouveaux processus de régulation de l'organisation.

Depuis la décennie 1970¹, les modifications de l'environnement socio-économique des hôpitaux ont fait évoluer les modalités et les enjeux de la gestion des ressources humaines hospitalières, qui aujourd'hui, se situe au premier rang des politiques de chaque établissement hospitalier. En effet, on ne peut faire abstraction de la performance sociale car elle a un impact direct sur la performance économique mais aussi et principalement sur les soins de qualité en faveur de la population.

¹ Collombet, F, les problèmes de ressources humaines et la coopération hospitalière, mémoire pour l'obtention d'un diplôme de directeur d'hôpital, édition: ENSP, Rennes, 2000. P.7

Actuellement, beaucoup de pays dans le monde réforment leurs systèmes de santé. Ces réformes peuvent adopter différentes formes ou approches et intéressent plusieurs structures. L'Algérie n'échappe pas à cette réalité et les réformes mises en œuvre, depuis les années quatre-vingt à nos jours et le passage d'une économie planifiée à une économie de marché, exigent aux établissements de santé algériens de s'orienter vers un véritable changement organisationnel et managérial et adopter d'autres modes de comportements et de gestion. L'amélioration de la gestion hospitalière est une composante essentielle et se voit comme pierre angulaire de la réforme.

Par ailleurs, le facteur humain est au cœur même de la politique nationale de santé. Une nécessité de mettre en place et d'assurer la motivation des personnels de la santé à travers, notamment, l'élaboration des statuts particuliers de la santé, la sécurisation, l'amélioration des conditions de travail et la formation des personnels.

Bien que, les formations aient été toujours présentes dans le pays, la formation continue a été insuffisamment intégrée dans le développement des ressources humaines. Elle est en effet l'un des processus qui participent à leur performance.

Pour cette raison, maintenant rendue nécessaire, et d'autant plus qu'elle est devenue un impératif de mise à niveau du personnel, la formation permanente des personnels des établissements de santé permet d'améliorer davantage leurs qualifications, leurs attitudes et leurs comportements. Il est capital d'encourager les professionnels de la santé à se former tout au long de leur carrière et à acquérir des compétences leur permettant de faire face aux exigences de l'heure.

En Algérie, la formation continue est devenue, un droit concrétisé par le décret exécutif n° 96-92 du 03 Mars 1996 élargi au secteur de la santé par l'instruction ministérielle n° 002 du 18 Février 1998. Elle doit apparaître comme un véritable investissement et être intégrée pleinement à une politique de gestion des ressources humaines, managériale et anticipative. Une formation adéquate au sein d'un établissement hospitalier permettra, non seulement de développer les compétences

individuelles, mais aussi d'intégrer ces compétences dans un ordre cohérent qui déterminera la performance globale.

L'objectif de notre recherche est de tenter de montrer l'importance de l'intégration de la formation continue dans la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers algériens et son rôle dans le développement personnel et professionnel, et partant dans la qualité des soins. Un certain nombre de questions mérite réflexion à savoir:

- Comment entretenir les compétences et les améliorer pour faire face à l'évolution des métiers?
- Quelles sont les connaissances et les capacités que les personnels hospitaliers ont acquises au cours de l'action de formation continue?
- Les savoir-faire acquis en formation continue sont-ils utilisés dans la pratique professionnelle en milieu hospitalier ?
- La formation continue assure-t-elle l'adaptation des compétences des personnels à l'évolution de leurs emplois, sachant que cette adaptation est déterminante dans la qualité des soins?

La contribution que nous apporterons n'a pas pour ambition de répondre à toutes les questions que nous nous posons, mais de tenter de réunir quelques éléments de réflexion sur la problématique de gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers publics algériens, notamment l'intégration de la formation continue, en se basant sur les hypothèses suivantes :

- La gestion des ressources humaines est un moyen qui permet aux établissements hospitaliers une meilleure adaptation notamment par voie de la formation continue.
- La formation continue permet d'entretenir et de développer les compétences acquises en formation initiale tout au long de l'exercice professionnel.
- Elle est l'un des outils efficaces pour optimiser le développement et le fonctionnement des hôpitaux.

En outre, la démarche méthodologique adoptée pour la réalisation de ce travail consiste en une recherche bibliographique et des collectes d'informations effectuées au niveau des bibliothèques universitaires et des écoles à savoir: l'Université de Bejaia, l'Université de Tizi-Ouzou, l'Université d'Alger, la bibliothèque nationale d'El Hamma, l'INSP, l'ENSP, l'INFPF, ainsi que les données statistiques relatives au thème qui ont été recueillies auprès du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Outre la recherche documentaire et la collecte de données portant sur le sujet, des entretiens ont été réalisés auprès du Sous Directeur de la Formation Continue au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière et du Directeur de l'Institut National Pédagogique de Formation Paramédical. Pour combler les insuffisances des références bibliographiques et le manque de données au niveau local, nous avons procédé à une enquête par questionnaire auprès des personnels du CHU de Tizi-Ouzou.

Pour atteindre l'objectif fixé, ce présent travail est structuré en quatre chapitres présentés comme suit:

Le premier chapitre traite d'une brève présentation de l'historique de la gestion des ressources humaines ainsi que son cadre conceptuel dans des établissements hospitaliers.

Le second chapitre portera sur la contribution de la GRH à la qualité des soins tout en développant la notion de gestion prévisionnelle des ressources humaines et du cadre conceptuel de la formation continue en milieu hospitalier.

Le troisième chapitre sera consacré à l'étude de l'évolution des ressources humaines et de la formation continue dans les établissements hospitaliers algériens, son cadre réglementaire, son financement et évaluation, ses contraintes et perspectives.

Enfin, le quatrième et dernier chapitre concerne une étude empirique basée sur une enquête par questionnaire effectuée auprès des personnels du CHU de Tizi-Ouzou, pour montrer l'importance de l'intégration de la formation continue dans la gestion des ressources humaines.

CHAPITRE 1: CADRE HISTORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (GRH) EN MILIEU HOSPITALIER

Introduction

Dans un monde en perpétuelle évolution et changement et où les progrès technologiques sont rapides, il importe aux organisations de positionner et de centrer leurs préoccupations sur la gestion des ressources humaines (GRH). De plus, dans un contexte où les ressources immatérielles jouent un rôle de plus en plus déterminant pour la pérennité et le bon fonctionnement des organisations, la GRH devient un enjeu stratégique majeur du management. D'autant plus que la fonction ressources humaines (FRH) est sans cesse considérée sur la nature de sa production immatérielle pour l'organisation, sa contribution à l'évolution des services et ses apports potentiels au développement du professionnalisme des acteurs².

Si l'organisation évolue dans le temps, la fonction « personnel » s'accroît et s'enrichit de même. En effet, elle passe de la direction du personnel à la direction des ressources humaines³. D'une approche juridico-administrative, puis budgétaire et économique, elle évolue par l'intégration progressive de la dimension ressources humaines dans les orientations stratégiques des établissements. De plus, l'organisation hospitalière n'échappe pas à ce mouvement.

A l'instar de toute autre organisation, l'hôpital a besoin des ressources immatérielles notamment humaines, du savoir faire et du sens de l'anticipation pour son développement, son organisation et sa pérennité. L'établissement hospitalier est une

² Gunia N.: la fonction ressources humaines face aux transformations organisationnelles des entreprises: impact des nouvelles technologies d'information et de communication. Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Toulouse, 2002. PP 69-73

³ Pigeyre F.: Les modèles d'analyse de la GRH. Actes du séminaire national sur management et gestion des ressources humaines : stratégies, acteurs et pratiques. Cité internationale universitaire, Paris, 23, 24, 25 et 26 août 2005. P.7

organisation à part qu'il faut gérer scrupuleusement afin de lui permettre d'être plus performant et de répondre à ses objectifs et ses missions. L'hôpital est confronté à de nombreux changements qui ont bouleversé l'exercice de ses missions. Le progrès technique et technologique est le plus marquant de ces changements. Il est au cœur des problèmes liés aux qualifications de son personnel. De ce fait, si les changements et les évolutions sont perçus comme une contrainte dans les institutions hospitalières en raison de leur accélération et du fait de la difficulté pour y remédier, une gestion des ressources humaines plus stratégique et plus structurée reste une solution irréversible.

L'objectif de ce chapitre est de tenter d'étudier dans une première section, la fonction ressources humaines et sa contribution à l'évolution des organisations. Puis, dans la seconde section, le cadre conceptuel de la GRH à l'hôpital.

I- POSITIONNEMENT STRATEGIQUE DE LA FONCTION "RESSOURCES HUMAINES" ET SA CONTRIBUTION A L'EVOLUTION DES ORGANISATIONS

Certains, font remonter la fonction personnel aux débuts de la société industrielle, quand s'imposait un mode de production et une conception du temps qui transforment les apports sociaux. Les vagues d'industrialisation se caractérisent par un fort mouvement de concentration des hommes et des machines, liés aux évolutions technologiques. Cette concentration rend nécessaire l'instauration d'un ordre disciplinaire dans lequel on peut voir les prémices d'une fonction d'allocation et de contrôle de main-d'œuvre. Ainsi, se crée un règlement intérieur, visant à contrôler et sanctionner les comportements des travailleurs: contrôle à l'entrée de l'usine, amendes en cas de retard ou de négligence au travail, etc.

Les années 1910 à 1912 marquent l'émergence d'une fonction autonome avec les chefs du personnel⁴. Mais la pénurie de personnel issue de la première guerre mondiale incite les entreprises à créer un service spécialisé, chargé d'embaucher et d'affecter les personnels. Par ailleurs, les événements politiques de 1936 marquent une étape importante dans la construction d'une dimension sociale de la fonction.

⁴ Sekiou L., Blondin L., Fabi B., Bayad M., Peretti J.M., Alis D., Chevalier F.: la gestion des ressources humaines, 2^{ème} édition: De Boeck, Montréal, 2002. P.5

L'enrichissement du droit social (loi sur le temps de travail avec la semaine de 40 heures, l'octroi de deux semaines de congés payés, la prise en compte de l'hygiène et de la sécurité) alourdit la gestion administrative. De ce fait, se diffuse l'idée d'un rôle social de l'encadrement, devant assouplir les méthodes de directions. Les éléments sont réunis pour que se construise, dès la fin de la seconde guerre mondiale, un modèle de gestion dominant, le modèle fordien qui caractérise la période des trente glorieuses⁵ (1945-1975). C'est contre les caractéristiques de ce modèle que se construit la GRH, dans les années 1980, avec la prise de conscience des limites du modèle taylorien-fordien⁶ et la difficulté avérée à juguler la crise économique.

En effet, avant les années 1980, dans le domaine du management des entreprises, la variable « ressources humaines » apparaît tout au plus comme une variable d'adaptation (homme/poste). La conception dominante est celle du « personnel coût ».

Après les années 1980, deux conceptions du potentiel humain s'opposent: celle du « personnel coût » et celle du « personnel ressource ». La conception d'un personnel considéré comme une ressource qu'il faut mobiliser davantage prime sur celle traditionnelle du personnel perçu comme une source de coûts qu'il faut minimiser⁷. « Le personnel ressource » devient une variable au cœur des décisions stratégiques complexes de la réalité. La détection des potentiels et de leur développement, les investissements massifs de formation en vue de reconversion deviennent des préoccupations majeures des chefs d'entreprises. La conception renouvelée, du personnel perçu comme une ressource qu'il faut optimiser, entraîne une synergie entre le social et l'économique⁸.

⁵ Bouchez J.P.: "1880-1975, Emergence de la fonction personnel", revue française de gestion, n°9, Septembre-Octobre 1992, p.5. In Weiss D., les ressources humaines, édition d'organisation, Paris, 2003. P.22

⁶ Pigeyre F.: Les modèle d'analyse de la GRH. Actes du séminaire national sur management et gestion des ressources humaines : stratégies, acteurs et pratiques. Cité Internationale Universitaire, Paris, 23, 24, 25 et 26 août 2005. P.8

⁷ Besseyre des Horts C.H.: « Vers une gestion stratégique des ressources humaines », Edition d'organisation, Paris, 1990. In Faisant J. P., Développement d'une gestion des compétences en contexte de changement organisationnel. Cas d'expérimentation industriel. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Université Lumière Lyon 2. Juin 2003. PP 118-124.

⁸ Savall H.: « *Enrichir le travail humain : l'évaluation économique* », Edition Economica, nouvelle édition augmentée, Paris, 1989. In Faisant J. P., Développement d'une gestion des compétences en contexte de changement organisationnel. Cas d'expérimentation industriel. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Université Lumière Lyon 2. Juin 2003. P 111

Les analyses se sont multipliées et les théories des organisations se sont construites d'une part, autour de l'analyse du fonctionnement de l'organisation et d'autre part, autour de l'étude du comportement des individus.

1- L'approche classique des organisations : une vision mécaniste et scientifique de l'organisation du travail

Les théories classiques s'appuient sur l'organisation scientifique et bureaucratique avec la préoccupation de rationaliser le facteur humain. D'après leur conception des entreprises, Taylor, Fayol et Weber, proposent une seule façon de gérer le personnel ; elle doit être mécaniste.

En effet, *Frederick Windsor TAYLOR⁹ (1856-1915)* : l'un des fondateurs de l'école classique du management, crée « l'organisation scientifique du travail » (OST). Sa position et sa contribution à l'étude des organisations est stigmatisée par sa volonté de lutter contre la flânerie des travailleurs. Il s'est penché davantage sur l'organisation des ateliers de production. Il a développé une conception mécaniste de l'organisation du travail selon les principes suivants :

- Une division verticale et horizontale du travail : dans un contexte américain de manque de main d'œuvre, notamment qualifiée, il y a distinction entre concepteur et exécutant. Une spécialisation des tâches et une parcellisation du travail permet d'aboutir à une seule solution rationnelle, ce qui l'a appelé « The one best way » au niveau des processus du travail.
- La mise en place de contremaîtres pour contrôler la performance individuelle et collective.
- Le salarié est considéré comme un agent rationnel assurant la prospérité de l'entreprise. De ce fait, seul un salaire au rendement peut le motiver et garantir l'augmentation de la productivité.

⁹ De Coster M.: Sociologie du travail et gestion des ressources humaines, édition: De Boeck université, Paris, 1999. Pp.55-56

L'organisation scientifique du travail a été la première étude sérieuse qui ait été faite sur le fonctionnement des organisations sur laquelle sont venues s'appuyer les autres analyses. En effet, l'OST considère que la spécialisation de l'homme, fondée sur la division du travail, permet d'améliorer la productivité de l'organisation et donc sa réussite. L'analyse porte avant tout sur l'organisation du travail comme support de développement de l'organisation sans intégration de la dimension humaine, et la productivité de l'homme passe par son adaptation au poste de travail¹⁰.

Cependant, ce système a créé des dysfonctionnements au niveau des organisations à savoir¹¹:

- La sélection et la spécialisation excessives des salariés ont entraîné la déshumanisation du travail et la réduction de la créativité humaine aux simples tâches d'exécution ;
- Le besoin de pouvoir et de contrôle des dirigeants a accru le climat de méfiance entre les ouvriers et la hiérarchie et a engendré un accroissement des coûts administratifs en raison de la multiplication des postes de surveillance et d'inspection ;
- La dichotomie conception-exécution a créé deux ensembles antagonistes au sein d'un même corps, les managers d'une part et les employés ou les ouvriers d'autre part.

Quand à **Henri Ford**¹² (1863-1947), son mérite a été dans l'application des idées de Taylor dans deux domaines qui ont contribué à la naissance du Fordisme à savoir:

- le travail à la chaîne : c'est une idée de génie car ce n'est plus l'homme qui fixe la cadence mais le convoyeur et chacun est contraint de suivre le rythme sous peine d'être éliminé.

¹⁰ Taylor F. : " La direction scientifique des entreprises ". Paris, Dunod, 1975. In, Prunet G. Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999. P.15-16

¹¹ Aktouf O.: "le management entre tradition et renouvellement", 3^{ème} édition, Gaëtan morin éditeur, 1994. Pp.61-63

¹²Mottay D.: La Structuration du travail, Cahier de recherche n° 2001-05, Université Nancy 2, 2005. P.5

- l'application de la pensée de Taylor (organisation scientifique du travail) : Ford considérait ses salariés comme ses premiers clients, ils sont les ouvriers les mieux payés des Etats-Unis.

Pour ce qui est d'*Henri FAYOL*¹³ (1841-1925), il s'est principalement intéressé aux problèmes de direction de l'entreprise et a lancé les bases de la théorie administrative. Selon lui, la gestion d'une entreprise consiste à mettre en œuvre les principes d'organisation (organiser, coordonner, contrôler, commander, prévoir et planifier)¹⁴. Ces principes constituent encore aujourd'hui les fondements de la référence managériale. Cependant, l'entreprise doit répartir ses activités selon les six fonctions suivantes : techniques, commerciales, financières, comptables, de sécurité et enfin administratives. La fonction ressource humaine est réduite au commandement, à la coordination et au contrôle des individus au travail.

Toutefois, Fayol met l'accent sur le principe de l'unité de commandement selon laquelle chaque subordonné ne doit répondre qu'à un seul supérieur hiérarchique. L'autorité est déléguée par le haut et respecte les niveaux hiérarchiques.

Malgré son apport incontestable au management, certaines faiblesses théoriques sont reprochées à la théorie administrative de Fayol:

- D'une part, la centralisation naturelle à laquelle s'attache Fayol peut asseoir une vision complètement dépassée ;
- D'autre part, le caractère universel et scientifique de sa théorie est remis en cause du fait qu'il est fondé sur le cas particulier de l'entreprise minière qu'il dirigeait et qui correspondait à une époque bien précise.

Fayol a affirmé les principes de base de Taylor en précisant quelques différences :

¹³ Fayol H. : " Administration Industrielle et Générale ". Paris, 1916, réédité par Dunod, 1979. In, Prunet G.: Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999. P.14

¹⁴ Laroche H.: Management : aspects humains et organisationnels, PUF, 1991. Pp. 468-470

- L'unité de commandement est préconisée par Fayol alors que Taylor dénonce l'impossibilité de trouver "un supérieur universel";
- Fayol admet une polyvalence croissante au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie alors que Taylor insiste davantage sur une spécialisation organisationnelle.

Enfin, **Max Weber**¹⁵ (1864-1920) dépasse la simple vision mécaniste de l'organisation et remet en cause l'autorité traditionnelle et charismatique. Pour lui, la bureaucratie correspond à un type idéal en matière organisationnelle. C'est l'une des situations et constructions optimales qu'il convient de comparer à la réalité. Ce modèle d'autorité est le plus égalitaire pour Weber en le comparant aux deux autres modèles:

L'autorité charismatique : en fonction de laquelle on pense qu'un individu possède des dons exceptionnels qui lui accordent une sorte de droit naturel de commander.

Le modèle traditionnel : se base sur une succession des droits de propriété. C'est une autorité léguée de père en fils dans une entreprise familiale.

Pour l'auteur, le premier type d'autorité (bureaucratique) permet une administration de masse où chaque acteur se situe en terme de hiérarchie, de fonctions, de compétences et voit son travail contrôlé. Il s'agit là de la forme d'organisation la plus efficace. Pour lui, les principes de la bureaucratie sont :

- Les responsabilités sont attribuées sans ambiguïté et les droits inhérents aux postes sont déterminés avec précision ;
- La hiérarchie est clairement définie ;
- Les responsables ont des fonctions spécifiques et appliquent des règles universelles dans un esprit de formalisme impersonnel.

La bureaucratie, telle qu'elle était utilisée au début du vingtième siècle, était plutôt valorisante. Elle définissait le modèle d'une structure idéale vers laquelle les organisations pouvaient tendre pour obtenir des actions rationnelles et efficaces.

¹⁵ Nizet J.: Pichault F. : Introduction à la théorie des configurations. Du "one best way" à la diversité organisationnelle, Québec/Bruxelles, Gaëtan Morin/De Boeck Université, 2001.P.11

Cependant, de nos jours ce terme a pris une connotation péjorative. En effet, les organisations ayant adopté le modèle de gestion bureaucratique ont dû se heurter au fil du temps à certaines situations perverses :

- La discipline et les comportements standardisés font que les agents considèrent les règlements comme un moyen de fonctionnement ;
- Au lieu de réduire les tensions bureaucratiques provoquées par la subordination et le contrôle, la bureaucratie a fini par accroître les tensions et la démotivation ;
- Les applications inefficaces des règles, trop générales, conduisent souvent à concevoir d'autres règles spécifiques, créant ainsi des situations complexes pour le décideur, entachées d'exceptions et de contradictions ;
- L'élément humain face aux contraintes bureaucratiques développe des stratégies personnelles visant à développer des mécanismes d'autodéfense ou à améliorer sa position.

Bien que, les apports des théories classiques soient importants, plusieurs critiques ont été adressées à ce type de théories, du fait de leur caractère normatif, de la non prise en compte des interactions entre les individus et l'organisation et les interrelation entre l'entreprise et son environnement. Par ailleurs, on peut reprocher à ces théories d'évoluer vers la bureaucratie et le cloisonnement et d'avoir été plus adaptées à des systèmes fermés et des environnements stables, d'avoir négligé par ailleurs les facteurs de pouvoir et de conflits humains. Les théories administratives et scientifiques du travail se sont limitées à l'étude de l'organisation technique du travail et adoptent une vision très mécaniste de l'homme tout en faisant abstraction du facteur humain. La seule motivation de l'homme reste son salaire. Cependant, la nécessité d'une humanisation des relations de travail et la prise en compte du facteur humain vont se manifester, en particulier sous l'essor du courant des relations humaines.

2- Mouvement des relations humaines

Dans le courant des relations humaines, la position centrale que tient l'homme s'oppose à celle de Taylor dans un mouvement réactionnel à l'idée de « l'homme mécanicus ». L'étude de l'homme dans ce courant, met davantage l'accent sur l'origine

des comportements humains au travail en termes de besoins, de motivations, de relations formelles ou informelles et leur influence sur les modèles d'organisation.

Ce mouvement va se développer principalement à la fin des années 30, partant d'une critique radicale du système taylorien qui réduit l'homme au niveau de la machine. Bien au contraire, c'est en privilégiant l'homme que la productivité du travail sera augmentée. Cette école trouve ses fondements dans les travaux menés dans l'usine de Hawthorne de la Western Electric Company à Chicago, par Elton Mayo¹⁶ (1880-1949) et ses élèves qui ont permis de mettre en évidence l'importance du facteur humain dans la productivité. Ces expériences ont montré qu'il n'y a pas que les conditions matérielles du travail qui influent sur la productivité, mais cette dernière est tributaire aussi des conditions sociales. De plus, la rémunération n'est pas le seul moyen de motiver les travailleurs. Ainsi, la coopération et l'intégration de la dimension interpersonnelle reste une solution déterminante sur le comportement. L'auteur et son équipe ont conclu à l'importance des facteurs d'ambiance et relationnels sur le rendement. Ils montrent le lien réel qui existe entre ces facteurs et le fonctionnement de l'entreprise et ont contribué ainsi à humaniser les relations de travail.

Sous l'impulsion de Kurt Lewin (1890-1947), les courants relatifs à la dynamique des groupes apportent des pistes nouvelles pour comprendre et intégrer l'action collective, notamment les phénomènes de leadership et le fonctionnement des groupes restreints. Grâce à ses études sur le phénomène du groupe, menées sur un groupe d'enfant, Kurt Lewin distingue trois styles de commandement¹⁷:

- Le leader autoritaire qui dirige les travaux sous forme d'ordre,

- Le leader laisser-faire qui participe peu aux activités du groupe et s'abstenait de tenir des relations avec le groupe,

- Le leader démocratique qui émet des suggestions et encourage les éléments du groupe. L'auteur constatait que ce dernier style de management (démocratique) est le

¹⁶ Mayo E.: "The social problems of an industrial civilisation ". London, Routledge and Kegan Paul, 1949. In, Prunet G. : Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999. P.16

¹⁷ Faisant J. P.: Développement d'une gestion des compétences en contexte de changement organisationnel. Cas d'expérimentation industriel. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Université Lumière Lyon 2. Juin 2003. P.112

plus performant. Il instaure la dynamique de groupe reposant sur le dialogue, l'autonomie et la confiance.

Dans le prolongement des travaux de Mayo et Lewin, Rensis Likert¹⁸ (1903-1981) va mettre en évidence l'importance de la satisfaction des besoins d'accomplissement et d'estime.

Pour se faire, il va mener des enquêtes dans les grandes compagnies d'assurances américaines. Il va distinguer, grâce à ces enquêtes, quatre styles de management¹⁹:

- Le style autoritaire qui se définit par l'utilisation de la sanction et la crainte comme moyen de motivation et une forte centralisation. Ces facteurs vont sans doute créer un faible esprit du groupe ;
- Le style paternaliste où les dirigeants utilisent menaces et récompenses comme moyen de motivation. Ici, les intérêts personnels sont au détriment d'un véritable esprit d'équipe ;
- Dans le style consultatif, le travail en équipe est encouragé, les relations interpersonnelles sont développées, mais la participation à la prise de décision reste limitée ;
- Le style participatif quant à lui, se caractérise par la participation de l'individu à la prise de décision et à la définition d'objectifs, ce qui crée et développe l'esprit d'équipe. De ce fait, ce dernier style (participatif) apparaît le plus efficace, car il entraîne une plus grande satisfaction des salariés et un résultat économique satisfaisant.

Douglas Mac Gregor²⁰ (1906-1964) : dans son ouvrage « la dimension humaine de l'entreprise 1960» propose un nouveau style de management des hommes. Il oppose deux conceptions de l'homme au travail, dites de théorie X et théorie Y.

¹⁸ Nizet J., Pichault F.: Introduction à la théorie des configurations. Du "one best way" à la diversité organisationnelle, Québec/Bruxelles, Gaëtan Morin/De Boeck Université, 2001.P.13

¹⁹ Idem.P.15

²⁰ Mc Gregor, D. : La dimension humaine de l'entreprise, édition: Gauthier-Villard, Paris, 1969. In, Mottay D., La Structuration du travail, Cahier de recherche n° 2001-05, Université Nancy 2, 2005. P.5

La théorie X s'inspire des pratiques et de l'idéologie dominante de l'époque. Elle repose sur trois postulats : l'homme est paresseux et n'aime pas travailler. Il préfère être dirigé et évite toute forme de responsabilité, il cherche la sécurité et fuit le changement. Cette conception, selon Mac Gregor, considère que le seul système de motivation est de nature économique et que l'individu n'a qu'un seul niveau de besoin. A la différence de la théorie X, la théorie Y repose sur des motivations plus profondes et considère que l'individu a des besoins supérieurs, qu'il veut satisfaire, et qui sont l'accomplissement et la reconnaissance. Dans cette deuxième théorie, l'auteur met en adéquation les besoins de l'individu et ceux de l'organisation et développe une vision positive de l'homme au travail. Cette théorie repose sur les postulats suivants : l'individu au travail peut se contrôler lui-même et se fixer ses propres objectifs. Il possède un potentiel de savoir qu'il veut bien exploiter et un pouvoir d'imagination et de créativité.

Abraham Maslow²¹(1908-1970) : selon lui, les motivations de l'individu sont conditionnées par la recherche de la satisfaction des besoins. Il propose sa fameuse pyramide des besoins en présentant de la base au sommet les besoins primaires et secondaires : les besoins physiologiques sont ceux de nourriture, de vêtements, d'habitation, etc. Les besoins de sécurité concernent tout ce qui a trait à la protection des biens et des personnes. Les besoins sociaux mettent en jeu les besoins d'appartenance et d'acceptabilité par les autres. Les besoins de reconnaissance qui montrent bien que l'homme a besoin de considération d'estime, de respect et de prestige.

Et enfin, les besoins d'accomplissement qui présentent la recherche de l'application de soi, où l'individu souhaite mettre à contribution ses talents car il est en quête d'un développement personnel. Maslow apporte une nouvelle tonalité au

fonctionnement des organisations. Selon lui, en donnant plus de responsabilités et plus d'autonomie aux salariés, on accroît leur motivation. En complétant la théorie de

²¹ Maslow AH. : "A theory of human motivation ", Psychological Review, 1943. In, Prunet G. Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999. P.17

Maslow, Frederick Herzberg²² (1923-2000) démontre dans sa théorie bi-factorielle deux catégories de facteurs en milieu du travail qui sont:

- Les facteurs sources de satisfaction appelés aussi « facteurs moteurs » et sont liés à la réalisation de besoins secondaires tels que la reconnaissance et l'accomplissement. Ces facteurs qui permettent un développement personnel, ne provoquent pas d'insatisfaction lorsqu'ils ne sont pas pris en compte, mais déclenchent de la satisfaction lorsqu'ils sont utilisés à bon escient. Il s'agit des possibilités de carrière, de la responsabilité, de la bonne appréciation des performances, du sentiment de pouvoir se réaliser et surtout du contenu même de la tâche.

- La seconde catégorie de facteurs sont sources d'insatisfaction. Ils sont considérés comme facteurs d'hygiène ou de conditionnement. Ils provoquent de l'insatisfaction quand ils ne sont pas pris en considération, mais ne provoquent pas pour autant la satisfaction quand ils le sont. Ils constituent la base de la bonne santé des relations humaines dans l'entreprise. Il s'agit des relations avec les supérieurs ou les subordonnés, des avantages sociaux et du salaire, des conditions matérielles du travail, du statut, etc. Pour Herzberg, le contenu de la tâche est un facteur motivant. L'enrichissement des tâches permettra aux salariés d'être plus responsables, plus autonomes et plus efficaces. Pour ce faire, la conception et l'exécution forment des activités indissociables à l'inverse du processus de taylorisation.

Chris Argyris place l'individu et ses savoirs au centre de l'organisation²³. La structure pyramidale n'est pas abandonnée, mais elle n'est plus conçue comme devant être l'unique structure de l'organisation hiérarchique. Argyris veut accroître les responsabilités du travailleur de l'organisation: "il faut que les dirigeants de l'organisation fassent un effort pour élargir les tâches de chacun des agents, cet élargissement est nécessaire pour que les membres de l'organisation s'intéressent à son bon fonctionnement"²⁴. Or, l'accomplissement personnel des salariés est un acte qui sert la dynamique organisationnelle. Pour lui, l'efficacité des organisations repose sur leur faculté à intégrer le changement et l'apprentissage organisationnels pour transformer la structure en organisation apprenante.

²²Michel S.: Motivation, satisfaction et implication. In, Laroche H., Management: aspects humains et organisationnels. PUF, 1991 Pp. 175-181

²³ Argyris, C.: *Integrating the individual and the organization*, John Wiley, New York, 1964. Mottay D., La Structuration du travail, Cahier de recherche n° 2001-05, Université Nancy 2, 2005.

²⁴ Idem. P.9

Les explications relatives aux motivations des hommes en situation de travail ont abouti à un regroupement des théories de la motivation en théories dites "du contenu" et théories dites "de processus". Les premières portent sur la teneur de la motivation. Les secondes cherchent à déterminer ce qui peut créer ou susciter la motivation.

Le courant des ressources humaines favorise la dynamique des groupes. Il est caractérisé par la coexistence et l'influence des structures informelles sur les structures formelles et de l'influence de la motivation de l'homme au travail sur la productivité et l'efficacité de l'organisation. Mais ce courant a été critiqué à partir des années 60²⁵, du fait, d'une part qu'il s'est intéressé aux organisations industrielles de l'époque, ce qui ne peut être appliqué à toute forme d'organisation, par ailleurs, limite ses prétentions à constituer une théorie générale des organisations. D'autre part, le courant des relations humaines a privilégié le facteur humain au détriment d'autres facteurs²⁶.

La fonction "personnel" apparaît au début du XX^{ème} siècle. Avant cette période, la fonction n'existait pas, elle est exercée par les patrons eux mêmes. Le développement des lois sociales entre 1918 et 1936, le renforcement syndical, les nouveaux besoins de gestion de personnel (formation, recrutement,...) ont conduit à l'apparition et à la progression du service du personnel dans les grandes entreprises qui sont chargées de faire respecter la discipline et d'administrer le personnel.

Entre 1936 et 1940, c'est la période où la fonction "personnel" s'organise et devient plus politique, grâce à la réaction sociale ayant entraînée une vague de grèves et un renforcement syndical. Le noyau de la fonction s'organise autour de l'embauche, de la paie, de l'administration et des délégués²⁷. Cette fonction s'est transformée dans la période de guerre (1940-1946) en une fonction d'assistance et des œuvres sociales pour subvenir aux besoins des familles et de s'occuper de la scolarité des enfants.

²⁵ Gruere J.P.: "Introduction " de " Management : aspects humains et organisationnels". Op cité, p. 22.
Prunet G. Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999. P.20

²⁶ Idem.

²⁷ Mac Carthy D.: « *La fonction personnel* », Edition d'Organisation, 1983. In, Faisant J. P., Développement d'une gestion des compétences en contexte de changement organisationnel. Cas d'expérimentation industriel. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Université Lumière Lyon 2. Juin 2003. P.122

Durant la période 1947 et 1970, les entreprises commencent à élaborer leur code de bonne conduite et à s'éveiller à la responsabilité sociale. On constate également l'émergence d'une grande croissance que Jean Fourastié a appelé les « trente glorieuses »²⁸, dont on note la hausse du pouvoir d'achat, du niveau de vie et le plein emploi, ...etc. les années 1950 et 1960 voient le développement de la législation sociale de plus en plus contraignante, à forte dominante juridique. Les services du personnel sont dirigés par des administratifs, soucieux de faire respecter les lois. Les principaux textes portent sur la création du comité d'entreprise (1945), la sécurité sociale (1945), les délégués du personnel (1946), la liberté de négocier les salaires et le SMIG (1950), la troisième semaine de congés payés (1956), l'ordonnance sur l'intéressement (1959).

3- Les nouvelles théories à partir de 1960

A partir des années 60, et plus particulièrement aux Etats-Unis, ces nouvelles théories vont remettre en cause les principes universels des théories organisationnelles traditionnelles et la prescription d'un « one best way »: ils n'existent pas de structures optimales, idéales mais des configurations organisationnelles qui s'adaptent en fonction des influences de leurs différents environnements.

3.1 Le courant de la contingence et de la planification (1960- 1970)

L'organisation est considérée comme un système ouvert sur l'environnement. Elle est soumise aux aléas et aux incertitudes liées à cet environnement. Par ailleurs, il importe aux managers d'adapter la structure à ces contraintes, car la survie et le développement de l'organisation dépendent des facteurs exogènes qu'il convient de repérer avec soin²⁹. L'adaptation de la structure à son environnement constitue la pièce maîtresse de la « théorie de la contingence » initiée par Lawrence et Lorsch³⁰. Ces deux auteurs montrent qu'à des environnements différents devraient correspondre des

²⁸ Perretti J.M.: « *Ressources humaines* », Edition: Vuibert, 7^{ème} édition, 2002. In, Faisant J. P., Développement d'une gestion des compétences en contexte de changement organisationnel. Cas d'expérimentation industriel. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Université Lumière Lyon 2. Juin 2003. P.122

²⁹ Prunet G. : Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999. P.21

³⁰ Lawrence P.R., Lorsch J.W.: " Adapter les structures de l'entreprise ", Edition: D'Organisation, Paris, 1973. In, Prunet G.: Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999. P.21

structures d'organisation différentes³¹. L'organisation peut être alors segmentée en sous-systèmes fonctionnant de manière autonome. L'entreprise différencie d'autant ses modes de fonctionnement en son sein que le degré d'instabilité de l'environnement est important. Il convient alors de prévoir des mécanismes d'intégration, c'est à dire des procédures qui coordonnent l'action.

Ces auteurs écartent définitivement le principe du "one best way", ils montrent en fait que, le contexte économique, culturel et technologique, dans lequel une organisation opère conditionne en grande partie son mode de fonctionnement. Pour le dirigeant, il ne s'agit plus en réalité que d'adapter la structure et son organisation aux contraintes du contexte, sous peine de voir ses performances diminuer. Son rôle s'efface donc sous le poids des déterminations de l'environnement.

Les théories contingentes apportent un éclairage nouveau aux théories des organisations en cherchant à comprendre les raisons des correspondances entre le type d'environnement et la forme de la structure et le lien avec la performance. Mais elles ont été critiquées pour ne pas avoir pris en compte les comportements des individus qui constituent l'organisation, notamment de la psychologie des dirigeants et de leur style de direction. Toutefois, la vie de l'organisation ne peut se réduire à des aspects purement formels, ni à des relations aussi mécaniques entre contexte et structure. Par ailleurs, la mise en application de la théorie de la contingence présente cependant le risque d'amplifier l'incidence de l'environnement et de le promouvoir en déterminisme absolu. Ainsi, entre 1960 et 1970 dominant la fonction RH, c'est la période de la satisfaction au travail et l'expression des salariés³².

3.2 Le management stratégique à partir de 1970

A partir des années 70, l'organisation est reconnue comme un système ouvert et la place des hommes dans l'entreprise est repensée. C'est à cette période que Michel

³¹ Gunia N.: la fonction ressources humaines face aux transformations organisationnelles des entreprises: impact des nouvelles technologies d'information et de communication. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion, Toulouse, 2002. P.46

³² Gunia N.: la fonction ressources humaines face aux transformations organisationnelles des entreprises: impact des nouvelles technologies d'information et de communication. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion, Toulouse, 2002. P.46

Crozier véhicule le courant stratégique et systémique³³, dépassant les visions partielles de la réalité observées au travers des courants précédents. En effet, le courant de l'organisation scientifique du travail a ignoré la place de l'affectif et le poids des individus dans l'organisation où l'individu au travail est motivé exclusivement par le gain. Le courant des relations humaines a fait comme si les individus évoluaient dans un champ neutre, et a placé l'organisation comme une simple contrainte extérieure aux individus et sans interaction sur leurs comportements.

Quant au courant de la contingence, il focalise son énergie, sa réflexion et son action sur l'environnement. Pour l'analyse stratégique, l'acteur et le système sont en permanente interaction. Il n'y a plus deux pôles séparés avec prééminence de l'un ou de l'autre, mais deux pôles en constante interaction.

Selon M. Crozier et E. Friedberg³⁴, l'organisation n'est pas un phénomène naturel qui s'imposerait de l'extérieur aux hommes en vertu de lois générales. L'organisation n'existe pas indépendamment des acteurs qui la construisent en permanence, à travers leurs stratégies et leurs relations de pouvoir faites de conflits et de négociations. Ils rejettent le modèle bureaucratique qui ne repose que sur des relations de pouvoir, empêchant l'organisation d'éliminer ses dysfonctionnements et qui ignore l'influence des relations et des jeux stratégiques que peut développer tout salarié. De plus, ils démontrent que le salarié ne subit pas passivement son environnement ; il se comporte comme un acteur stratégique dans l'organisation pour en tirer le meilleur parti. De fait, le véritable pouvoir pour tout individu dans une organisation correspond à sa capacité à réduire les incertitudes de son environnement.

Entre 1970 et 1990, les pratiques de gestion des ressources humaines s'inscrivent dès 1974 dans un environnement externe perturbé où les entreprises ont été progressivement confrontées aux mutations technologiques, à un environnement économique incertain et à des évolutions démographiques. Ce nouveau paysage a profondément modifié les enjeux de la gestion des ressources humaines. La décennie

³³ Crozier M., Friedberg E.: " L'acteur et le système ". Paris, Le Seuil, 1977. In, Prunet G. Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999. P.22

³⁴ Crozier M., et Friedberg E.: L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective, Paris, Seuil, 1977, p.246. In, Nizet J., Pichault F.: Introduction à la théorie des configurations. Du "one best way" à la diversité organisationnelle, Québec/Bruxelles, Gaëtan Morin/De Boeck Université, 2001.P.17

1975 et 1985 a fait rentrer la fonction ressource humaine dans le domaine de la gestion des ressources humaines sur l'emploi, les rémunérations, la formation et la durée du travail. Ainsi, les cadres de la fonction ressource humaine deviennent de véritables gestionnaires.

3.3 La théorie socio-économique des années 90

Quand à l'approche socio-économique³⁵, elle se conçoit dans l'interaction entre les structures et les comportements humains. Dans ce cadre, la performance sociale est indissociable de la performance économique. Cette théorie considère l'entreprise comme un ensemble complexe comprenant cinq types de structures (physique, technologique, organisationnelle, démographique et mentale) en interaction avec cinq types de comportements (individuel, de groupe d'activités, catégoriel, de groupe d'affinités et collectif).

L'évaluation de la performance économique n'a de sens que si elle s'exprime par des variables économiques et des variables sociales et sociologiques. Les variables sociales sont des critères comportementaux de nature psychologique, physiologique, et sociologique capables d'avoir un effet sur l'interaction structures-comportements. L'acteur dans l'entreprise tient une position centrale avec toute sa capacité d'action sur son environnement. Une unité est dite active, si par son action propre et son intérêt propre, elle est capable de modifier son environnement, c'est à dire modifier le comportement des unités avec lesquelles elle est en relation.

Etant donné, l'évolution des idées que les organisations se font de l'homme au travail à travers les différentes analyses, nous allons nous pencher sur la question de savoir quel est le sort réservé à la fonction « Ressources humaines », sa position stratégique et sa contribution à l'évolution des organisations?

Afin de mieux comprendre les liens qui rapprochent la fonction ressources humaines de la stratégie des organisations et d'évaluer sa contribution dans la gestion des ressources humaines et de l'homme au travail, il est nécessaire de s'interroger sur la place qu'elle a toujours tenue au cours de l'évolution des organisations.

³⁵ Faisant J. P.: Développement d'une gestion des compétences en contexte de changement organisationnel. Cas d'expérimentation industriel. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Université Lumière Lyon 2. Juin 2003. P.116

De toutes les grandes fonctions des organisations, la fonction « personnel » est celle qui a connu la mutation la plus importante au cours des deux dernières décennies traduisant des modifications profondes de la perception qu'ont les entreprises de leur personnel. Avant 1980, l'homme est perçu comme une charge financière qu'il faut minimiser. Mais cette conception s'est rénovée, l'instauration d'une vision qui entraîne une synergie entre l'économique et le social était une solution sans précédent. A cet effet, l'homme n'est plus considéré comme une charge financière, mais plutôt comme un investissement qu'il faut optimiser davantage.

Ainsi, depuis 1990, la fonction « Ressources humaines » devient de plus en plus stratégique. Elle est intégrée dans les décisions stratégiques des organisations et devient le reflet d'un lien entre le social et l'économique. On passe progressivement de la gestion du personnel à la gestion des personnes. Le changement de problématique fait passer du couple poste-qualification au couple fonction-compétence. En fait, c'est sur le développement des personnes que se tourne de plus en plus la fonction « Ressources humaines ».

Nous compléterons le développement historique de la fonction ressources humaines, que nous venons d'étudier, par les différentes appellations de la fonction sociale dans l'entreprise qui, implicitement, nous renseigne sur l'approche de la GRH et la vision de l'homme au travail. Ces appellations correspondent à des perceptions propres de ce que représente le personnel et donc à des modes de gestion différents. Elles sont liées en partie à l'histoire de la fonction³⁶ :

- Direction de l'administration du personnel : respect des règles internes et de la législation ;
- Direction des relations sociales ou industrielles : relations avec les partenaires sociaux ;
- Direction des relations humaines : aspect de motivation et de satisfaction du personnel par le salaire et la promotion par la formation ;

³⁶ Besseyre Des Horts C.H.: « *Vers une gestion stratégique des ressources humaines* », édition d'Organisation, 1990. In, Faisant J. P., Développement d'une gestion des compétences en contexte de changement organisationnel. Cas d'expérimentation industriel. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Université Lumière Lyon 2. Juin 2003. P.123

- Direction du personnel : vision généraliste de la fonction, intégration de techniques de gestion du personnel pour accroître la productivité globale de l'entreprise, souci de passer d'une logique de coût à une logique des ressources ;

- Direction du développement social : la gestion du personnel doit être organisée pour développer les personnes motivées qui contribueront aux performances de l'entreprise. La formation et la participation sont des pratiques clés mais restent essentiellement réactives ;

- Direction des ressources humaines : vision contemporaine, les hommes et les femmes sont des ressources qu'il faut mobiliser, développer, dans lesquelles il faut investir. Ce sont des ressources stratégiques.

L'évolution de la fonction et son rôle dans la mise en œuvre de la stratégie l'amènent à remplir trois missions : acquérir, stimuler et développer les compétences de l'entreprise. La direction des ressources humaines doit assurer la gestion des compétences en développant des pratiques pour les acquérir, les stimuler et les développer. Ces trois missions ne sont pas indépendantes, elles constituent un ensemble de pratiques inséparables. Cela suppose que les pratiques de gestion des ressources humaines soient cohérentes entre elles pour pouvoir répondre aux exigences de l'entreprise dans la mise en œuvre de sa stratégie.

Dans la notion de gestion stratégique des ressources humaines la fonction « personnel » adopte une vision dynamique des ressources humaines qu'elle a à gérer. Ceci implique qu'elle soit capable de planifier et de mettre en œuvre des actions cohérentes entre elles, et d'en contrôler les résultats. Cela nécessite que la fonction « personnel » utilise des processus, des méthodes et des outils de même nature que ceux employés pour concevoir et mettre en œuvre la stratégie générale de l'entreprise.

L'analyse des différents courants de pensée qui se sont penchés sur les organisations montre que la notion de poste et les logiques qui en découlent restent une notion persistante et imprègnent toujours le management des organisations. La place qui est faite à l'homme tout au long de ces évolutions organisationnelles nous renseigne sur

l'importance de la flexibilité et de l'ajustement de la fonction « Ressources humaines » dans les années quatre vingt face aux préoccupations des entreprises. A cet effet, la pratique de gestion des ressources humaines consistait à recruter et à maintenir l'effectif dont l'entreprise avait besoin et permettre un contrôle de leur activité afin d'en minimiser les coûts.

Au terme de cet inventaire rapide et non exhaustif des différentes approches et théories, nous nous posons la question de savoir quel est le sort réservé à la notion de ressources humaines à l'hôpital aujourd'hui?

II- CADRE CONCEPTUEL DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES A L'HOPITAL

Le secteur de la santé semble marquer le pas comparativement au secteur économique. Les dysfonctionnements des établissements de santé, en particulier hospitaliers, les problèmes de gestion et la raréfaction des ressources constituent des motivations qui poussent à se pencher sur l'étude de la gestion des ressources humaines de différentes structures. La gestion du personnel hospitalier est encore bureaucratique, administrative et souffre d'un manque d'outils de gestion qualitatifs et d'anticipation³⁷ et constitue un système contraignant et démotivant pour le personnel hospitalier dans son ensemble.

Les besoins organisationnels et le contexte de l'amélioration de la performance de l'hôpital nécessitent la mise en place d'une gestion structurée des ressources humaines. Sa légitimité réside dans sa contribution à son efficacité et sa pérennité. La

gestion des ressources humaines n'est pas une fin en soi; c'est un moyen efficace d'aider l'institution hospitalière à motiver, fidéliser et mobiliser son potentiel humain. La GRH occupe une place de plus en plus éminente dans la politique et la stratégie de l'hôpital. Le personnel considéré comme simple facteur de production dans les années

³⁷ Prunet G. : Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999. P14

soixante-dix, deviendrait alors une ressource humaine, pierre angulaire du changement et de la nouvelle gestion de l'hôpital des années quatre-vingt dix.

Les ressources humaines sont considérées comme la principale richesse de l'hôpital et l'outil de son développement. L'hôpital public consacre près de 80% de ses charges d'exploitation à la rémunération et à la formation des personnels. Jusqu'à la fin des années 1980³⁸, la gestion des personnels hospitaliers conservait la main sur deux approches traditionnelles qui sont : l'approche juridico-administrative, dominée par la gestion des grades, plus que des individus. L'approche budgétaire, économique et financière qui a pour finalité la gestion des effectifs dans le respect des limites budgétaires (gestion de la masse salariale, étude des postes avec la quantification des postes de travail, analyse de la pyramide des emplois du turn-over).

Ces deux approches font naître une gestion quantitative du personnel mais montrent l'absence d'une logique qualitative. Ainsi, les prémisses d'une démarche prévisionnelle sont basées essentiellement sur le quantitatif. La modernisation de l'institution hospitalière exigeait de rompre avec la conception traditionnelle basée sur le modèle taylorien³⁹ (division du travail, répartition des tâches, spécialisation de chacun), car dans cette conception, le management c'est faire passer les idées des patrons (le sommet) dans des mains des exécutants (qui sont la base). Par ailleurs, il faut mettre en œuvre une organisation stratégique par la mobilisation de l'intelligence de chaque individu au service de l'ensemble, par conséquent de l'institution toute entière.

Aujourd'hui, la gestion de personnel s'est modernisée. Une logique qualitative s'instaure à côté de celle quantitative. La gestion du personnel hospitalier repose sur deux approches :

- L'approche psycho-professionnelle qui a pour finalité la valorisation des individus et la réponse aux attentes de l'institution. Cette approche suscite une implication et une motivation des individus;

³⁸ Arnaud J.O.et Barsacq G.: la dynamisation des ressources humaines à l'hôpital, édition ESF, Paris, 1989. P.20

³⁹ Idem. P.21

- L'approche socio-organisationnelle qui a pour finalité l'assouplissement du système d'organisation du travail et la création d'un système de dynamisation des ressources humaines.

En plus des soins traditionnels, l'hôpital public est confronté aujourd'hui au développement des missions de recherche et d'enseignement. Ce qui engendre, un caractère basé sur des structures inadaptées aux nouvelles missions de santé. Cela rend inéluctable une modification en profondeur de la gestion qualitative des ressources humaines.

Toute tentative d'amélioration des établissements de santé et des hôpitaux en particuliers ne va pas sans reconnaître l'importance fondamentale de maintenir, dans tous les services, un personnel adéquat composé de professionnels de santé hautement qualifiés, compétents et motivés. La GRH est ainsi la clé de la performance hospitalière.

Dans son rapport "Modernisation, mode d'emploi"⁴⁰, A. Riboud a montré qu'on ne réussit le changement technologique et plus largement le changement économique que si l'on réussit avec les hommes: L'équilibre entre le projet économique et le projet humain est nécessaire à l'efficacité de l'entreprise. Selon lui, la clef de l'efficacité d'une organisation réside dans la synergie de deux projets:

- le projet économique dont les objectifs principaux sont d'améliorer la qualité et d'innover constamment dans le but de satisfaire le client.
- le projet humain visant la valorisation et l'épanouissement des hommes par la concertation, la négociation et l'information.

Toutefois, les choix stratégiques d'une organisation ne doivent plus être conditionnés par les seules logiques technique, financière et économique. En effet, la GRH est une composante essentielle pour la réussite et l'élaboration de ces stratégies, compte tenu de l'importance croissante accordée à la fonction personnel. Les

⁴⁰ Riboud A.: Modernisation: mode d'emploi, la documentation française ,1989. In Igalens J., La GRH: principes, pratiques et critiques. Actes du séminaire national sur "*Management et gestion des ressources humaines: stratégies, acteurs et pratiques*". Cité internationale universitaire, Paris, 23, 24, 25 et 26 août 2005. Pp.26-27

compétences disponibles, la capacité de s'adapter rapidement à l'évolution des métiers et des produits, la flexibilité d'adaptation à de nouveaux marchés sont autant de facteurs qui jouent sur l'efficacité de l'organisation et sont en amont et en aval des décisions stratégiques.

1- Définition et objectifs de la GRH

La définition de la GRH n'est pas aussi simple qu'il y paraît. Tous les acteurs engagés dans ce domaine concourent à des titres divers à la définition de la GRH. Leurs discours traitent, d'une manière ou d'une autre, des ressources humaines, à des degrés divers, prétendent dire ce qu'il convient de faire et comment, afin de fournir à l'organisation les ressources dont elle a besoin pour atteindre, en temps voulu, les objectifs qu'elle s'est fixés dans un contexte d'incertitude accrue. De ce fait, ces auteurs mettent l'accent sur une activité de service indispensable au fonctionnement de l'organisation (satisfaire les besoins en main d'œuvre, mais aussi en amont, définir ce besoin et, en aval, maintenir l'efficacité de la main d'œuvre), sur ses contraintes temporelles (que signifie en temps voulu quand la demande fluctue, quand la concurrence s'exacerbe ou quand les qualifications sont rares sur le marché du travail). La GRH se définit donc comme un ensemble de pratiques s'élaborant au sein de l'organisation. La substitution du terme de la "GRH" à celui "d'administration du personnel" met l'accent sur des activités de pilotage et de contrôle participant au management de l'entreprise et à l'amélioration de son fonctionnement⁴¹.

La GRH d'une organisation peut se définir comme "*l'ensemble des activités d'acquisition, de développement et de conservation des ressources humaines, visant à fournir aux organisations une main-d'œuvre productive, stable et satisfaite*"⁴².

La GRH peut être définie comme une recherche de la meilleure articulation entre les situations de travail et les hommes qui les occupent afin d'obtenir la meilleure efficacité possible de l'organisation. Elle est une fonction essentielle dans

⁴¹ Faisant J. P.: Développement d'une gestion des compétences en contexte de changement organisationnel. Cas d'expérimentation industriel. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Université Lumière Lyon 2. Juin 2003. PP.124-130

⁴² Belanger L., Benabou C., Bergeron J-L., Foucher R et Petit A.: Gestion stratégique des ressources humaines. Bourcherville, Gaëtan Morin, 1988, p.5. In Gunia N.: la fonction ressources humaines face aux transformations organisationnelles des entreprises: impact des nouvelles technologies d'information et de communication. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion, Toulouse, 2002. P.63

l'organisation, quelque soit sa nature, notamment hospitalière, car elle est considérée comme une institution complexe dont le facteur humain doit être géré de manière efficace et harmonieuse⁴³.

Ces définitions permettent de mettre en évidence le degré de complexité de la fonction "ressources humaines". Cela devrait inciter les organisations à reconnaître que la gestion des ressources humaines constitue une fonction à part entière.

Concernant les Objectifs de la GRH, pour faire face aux évolutions technologiques et aux exigences de l'institution hospitalière, il est primordial d'opter pour une GRH qui a une dimension stratégique permettant de doter l'établissement d'un personnel capable d'activer, qualifié et compétent. Sa principale mission est de fournir à l'établissement les ressources humaines dont il a besoin pour atteindre en temps voulu les objectifs qu'il s'est fixés⁴⁴.

La GRH vise plus spécifiquement: l'implantation de la gestion prévisionnelle des ressources humaines reposant successivement sur les étapes de détermination des objectifs; la prévision des ressources humaines, leur inventaire, le choix des programmes; un recrutement rationnel basé sur un programme défini sur la politique de l'emploi, l'analyse de l'emploi, le contrôle de recrutement et la sélection des ressources humaines; ensuite, un développement qualitatif et quantitatif par le biais de la formation continue, de perfectionnement et de recyclage; et enfin, une évaluation objective des performances des ressources humaines.

Si le capital humain investi à l'hôpital constitue la richesse et le bien le plus précieux mais aussi le plus coûteux, la fonction ressources humaines a pour tâche de tirer le meilleur parti de la force de travail disponible avec le souci constant d'optimiser le potentiel humain existant.

⁴³ Bonmati J.M.: Les ressources humaines à l'hôpital : un patrimoine à valoriser, édition: Berger-Levrault 1998. Pp.20-27

⁴⁴ Dietrich A., Pigeyre F.: La Gestion des Ressources Humaines, édition: la Découverte, 2005. P.8. In Pigeyre F., Les modèle d'analyse de la GRH, Actes du séminaire national sur management et gestion des ressources humaines : stratégies, acteurs et pratiques. Cité internationale universitaire, Paris, 23, 24, 25 et 26 août 2005. P.8

2 La fonction ressources humaines à l'hôpital

Actuellement, l'étude de la fonction personnel à l'hôpital se définit au travers de deux thématiques. Elle concerne, d'abord et prioritairement, une approche globale touchant à la gestion des ressources humaines entendues au sens large. C'est celle qui aborde l'examen de la réalisation de l'adaptation, la meilleure possible, des ressources en personnel aux besoins de la collectivité. Elle touche, en particulier, aux règles qui président à la mise en place de la meilleure organisation dans un environnement en changement. L'autre aspect de la fonction personnel s'intéresse à l'administration des personnes. Elle cherche à définir, pour chaque membre de la collectivité, l'application la plus judicieuse des règles qui organisent clairement sa fonction au sein de celle-ci et à satisfaire ainsi les aspirations individuelles et légitimes de chacun.

Selon Chambrier L. et Henriët B⁴⁵, la fonction « Ressources Humaines » a tendance à évoluer d'une position organisationnelle peu influente vers une centralisation de la fonction au profit de ce que l'on appelle traditionnellement l'administration du personnel. Cette dernière, souvent associée à l'appellation "Direction du Personnel", évolue ensuite vers une plus grande intégration aux décisions stratégiques de l'organisation et prend alors le nom de "Direction des Ressources Humaines". La fonction RH n'est pas reconnue comme une fonction stratégique dans l'hôpital, elle est au début de son cycle de vie et se voit réduite à des tâches administratives et accessoires.

D'après les résultats d'une enquête réalisée en 1994 auprès de 35 établissements de la Fédération des Institutions Hospitalières de Wallonie (FIH-W.)⁴⁶, différents indices permettent de conclure à un modèle plutôt "traditionnel" de la GRH. Comme par exemple, les termes utilisés dans le rapport d'enquête, à savoir "responsable du personnel", "fonction personnel", "service du personnel", font référence à un modèle de GRH plutôt traditionnel et peu stratégique.

⁴⁵ Chambrier L. et Henriët B.: "Le partage de la fonction Ressources Humaines et ses dangers : Pour une fonction partagée mais autonome". In Durieux D., la décentralisation des hôpitaux: un enjeu pour la gestion des ressources humaines, revue hospitalière n° 246. Université de Liège, 2001. P.6

⁴⁶ Hees M. et Roucloux I.: "La fonction personnel dans les institutions hospitalières. Enquête auprès de 35 Institutions de la F.I.H.-W.". In Durieux D., la décentralisation des hôpitaux: un enjeu pour la gestion des ressources humaines, revue hospitalière n° 246. Université de Liège, 2001. P.6

Les responsables du personnel interrogés pour l'enquête sont conscients de la "faiblesse" de leur rôle. Ils souhaitent réagir par une intensification de leurs relations avec certains services qui ont tendance à développer leur propre GRH, ainsi qu'en inversant l'ordre de leurs tâches pour se consacrer davantage à un "développement" d'une GRH intégrée à la gestion stratégique de l'organisation. Les tâches dévolues à leur service sont traditionnellement administratives : paie et rémunération, participation dans les structures internes et externes, gestion prévisionnelle à court terme et enregistrement des départs. Les missions plus stratégiques (information, stratégie, qualité et les relations sociales) sont souvent assumées par la direction générale. Ce qui montre, clairement, le rôle marginal associé à la fonction RH à l'hôpital.

2.1 L'organisation de l'administration du personnel à l'hôpital

Une fonction de gestion du personnel à l'hôpital requiert une claire connaissance des règles et des actes administratifs qui président à une administration de personnel de qualité et une gestion prévisionnelle bien maîtrisée⁴⁷.

Une des premières applications des actions fondamentales à conduire est le choix d'une procédure administrative qui permet l'exécution des actes de gestion individuelle⁴⁸. La démarche se découle selon un processus qui s'ouvre sur une série d'information pour se terminer par une décision, suivie d'une notification. Chaque processus doit être assorti d'un échancier attentif à déclencher, au moment voulu, les opérations nécessaires à la réalisation d'un acte administratif (notation, avancement, mise en retraite, etc.). Elle doit répondre au but qui lui est assigné, qui est celui de chercher l'efficacité optimale. Ce souci d'efficacité requiert la mise en place d'un système de coordination placé sous la responsabilité de la Direction des Ressources Humaines assurant une bonne articulation et une bonne liaison de la gestion individuelle et collective.

L'organisation administrative repose sur la qualité de l'outil statistique et informatique; l'existence d'une documentation statistique permet de suivre tous les

⁴⁷ Brunner J.M.: intégration de la stratégie des ressources humaines à la stratégie globale. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences Economiques, Neuchâtel, 1991. P.40

⁴⁸ Brouwers I., Cornet A., Gutierrez L., Pichault F., Rousseau A., Warnotte G.: Management humain et contexte de changement, pour une approche constructiviste, édition: De Boeck université, 1997. Pp.16-22

indicateurs de gestion médico-administratifs, comme par exemple, l'analyse de l'ensemble des effectifs par catégorie et par service. De plus, l'apport de l'informatique est nécessaire pour la réalisation de diverses tâches telles que les avancements d'échelon ou la préparation de l'avancement de grades. La qualité des informations statistiques est liée à celle du plan d'automatisation qui doit garantir, en permanence, la fiabilité des enregistrements. C'est à cette condition que l'on pourra élaborer et exploiter des tableaux de bord qui aideront à une gestion prospective des ressources humaines; suivi des effectifs à court et moyen terme, étude de la pyramide des âges, appréciation permanente des emplois budgétaires et réels, départs à la retraite par catégorie et par grade, absentéisme, évolution du recrutement. De nombreux autres points doivent être traités pour un examen plus complet et plus pertinent de la gestion du personnel. La connaissance des besoins, la confection des tableaux de bord, le contrôle permanent des effectifs et leur évolution sont autant de préalable à une bonne administration du personnel.

En outre, les fonctions administratives peuvent être regroupées au nombre de quatre activités interdépendantes⁴⁹ à savoir : la planification qui consiste à rechercher, choisir, préparer et élaborer des plans; l'organisation qui vise la mise en place d'une répartition opérationnelle et équitable des activités; la direction a pour mission d'influencer positivement le personnel et enfin le contrôle permet d'évaluer les progrès réalisés afin de les comparer aux objectifs établis lors de l'étape de planification.

La planification : c'est une action qui permet à l'hôpital d'agir sur le futur, de faire des anticipations. C'est une opération de conception, d'analyse, de prévisions et de prise de décisions. La planification peut être aussi un moyen de mise en place d'un programme de personnel (déterminer en premier lieu les objectifs à réaliser et souligner les politiques à conduire pour atteindre les objectifs visés).

L'organisation : il est opportun de mettre en place une organisation adéquate à l'exécution du programme (plan d'action) déjà conçu. A ce titre, l'organisation devient un moyen pour atteindre les objectifs fixés. L'objectif de l'organisation est de former des équipes, de coordonner les activités, d'établir des liens organisationnels et d'élaborer un réseau de communication efficace et bien structuré entre les personnes qui composent l'organisation.

⁴⁹ O'brien J.: les systèmes d'information de gestion, édition: De Boeck Université, 1995. Pp.364-365

La direction : c'est une opération qui permet au manager de s'assurer de la réalisation des plans d'action, de la mise en œuvre des projets et de l'accomplissement des tâches. Il doit aussi diriger, inciter et entraîner son personnel pour réaliser les objectifs visés et travailler conjointement avec efficacité et en harmonie.

Le contrôle : c'est une phase ultime qui vise la comparaison entre les résultats réalisés et ceux soulignés dans le plan ou le programme.

2.2 L'administration des ressources humaines à l'hôpital

Dans un nouveau modèle de gestion managériale, la fonction « personnel » à l'hôpital est davantage centrée sur l'individu, défini à travers ses compétences et ses projets. L'importance de la dimension humaine qui traverse l'organisation apparaît sous la forme de nouvelles interrogations et préoccupations. Les personnels sont-ils ou non motivés par le travail? Quels sont leur degré d'adhésion aux objectifs de l'établissement? Sont-ils ou non satisfaits des conditions de travail? Quel est le degré de développement des analyses sur la culture interne de l'organisation et sur le degré de mobilisation du personnel autour de valeurs communes? Autant de questions qui interpellent le manager des ressources humaines et qui conduisent à une meilleure gestion des ressources humaines.

La conception ouverte et naturelle⁵⁰ telle que la définit W.R.Scott redécouvre le fait que bien gérer les hommes de manière rationnelle n'est pas suffisant, d'autres

⁵⁰Scott W. R.: "Organisations rational natural and open systems", Prentice-hall international édition, 1981. In Prunet G. Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999. PP.20-22

Pour SCOTT, la gestion des ressources humaines est le système de gestion le plus élaboré parmi les différentes conceptions de l'organisation. Cet auteur distingue trois conceptions de l'organisation.

1-Un *système rationnel et fermé* où le maître mot est « administrer ». Dans le *système rationnel et fermé*, les relations humaines amorcent leur développement. On commence à donner de l'importance à l'individu et à sa motivation. Le personnel se situe au centre des décisions.

2-Dans le *système rationnel et ouvert*, le concept de « gestion » prend toute son importance. Il est pratiqué une approche segmentée selon les différentes catégories de personnel. Ce système de gestion est à l'écoute du marché et des concurrents. La caractéristique principale de la GRH devient la dimension sociale.

3-Le dernier courant que Scott qualifie d'*ouvert et naturel*, découvre que l'on ne peut pas gérer les hommes seulement de manière rationnelle, d'autres tensions sont en jeu, qui échappent aux règles et aux procédures. Il faut motiver, mobiliser les énergies, travailler en équipes. Dans ce schéma, le social prime sur l'économique, ou plus exactement le développement du social permet l'essor de l'économique. C'est une autre conception du travail. Une opposition entre stricte productivité du travail et productivité sociale. Un rejet de l'idée qu'en période de difficulté économique, la seule issue de survie d'une organisation passe par une diminution du personnel et par des licenciements.

facteurs entre en jeu. Il faut aussi mobiliser les énergies, éveiller la motivation. Au concept de gestion des ressources humaines sont liés le projet d'établissement, la culture interne, le développement social, les pratiques participatives, les compétences et le savoir-être de l'individu. Le thème du changement devient prioritaire. Selon lui, la gestion des ressources humaines n'a de sens que parce qu'elle correspond à une stratégie de l'organisation. Elle ne peut se développer au sein d'un établissement donné que si elle s'inscrit dans un système de gestion global, participatif et stratégique. La gestion des ressources humaines devient le cœur du système de gestion et le principal levier du changement en supplantant la gestion financière et le quantitatif dominant dans les années quatre-vingt.

De plus en plus la fonction ressources humaines est intégrée dans les grandes orientations stratégiques des établissements s'inscrivant dans une perspective de développement à long terme. De ce fait, aussi bien à l'hôpital que dans toute autre organisation, elle couvre plusieurs préoccupations et activités opérationnelles. Ces activités consistent d'abord à rechercher des employés, ensuite développer leurs compétences et évaluer leur rendement pour enfin garantir leur intégrité et leur préservation.

La recherche des employés : c'est la phase première et plus importante pour l'exécution de toutes politiques de GRH. Cette procédure consiste à rechercher des postulants compétents et capables d'exercer les fonctions d'une manière efficace. Elle englobe quatre étapes à savoir : le recrutement qui a pour but d'inciter les personnes qualifiées de se rapprocher de l'établissement et de poser leur candidature aux postes inoccupés, la sélection qui consiste à choisir et sélectionner parmi plusieurs candidats ceux qui répondent le mieux aux exigences de l'hôpital, l'accueil est une étape qui facilite l'intégration du nouvel employé dans l'établissement par une série de rencontres avec le personnel et enfin la probation est la période dans laquelle le directeur des ressources humaines prend sa décision de recruter l'employé s'il est apte à assurer son poste.

Le développement des compétences des employés : ce sont les activités qui permettent aux personnels hospitaliers de maintenir, de parfaire et d'acquérir des compétences nouvelles par le biais des cycles de formation et de perfectionnement.

L'évaluation du rendement : il ne suffit pas à l'hôpital de choisir son personnel, le former et le développer, il faut en outre contrôler son évolution, l'aider à être rentable et rationnel dans son travail. Cette fonction permet de porter des jugements sur les performances et les habilités du personnel dans son travail. L'évaluation du travail d'un employé est une activité essentielle du management et a pour but de l'aider à se valoriser et de l'orienter adéquatement en fonction de ses capacités et de ses aspirations.

Conclusion

La capacité qu'a l'hôpital de relever les énormes défis auxquels il fait face est fortement liée au développement professionnel de ses ressources humaines. Pour assurer des soins de qualité et répondre aux attentes des usagers, on doit mettre à profit l'intelligence et la créativité de tout le personnel qui compose l'hôpital. Chaque personne doit être responsable de l'acquisition et du développement de ses propres compétences et toutes doivent participer à l'enrichissement du patrimoine collectif.

Ainsi, la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers devra intégrer le contenu des projets élaborés dans la concertation et répondre aux attentes des personnels et des équipes des services dans leurs rapports de travail. Cette politique doit permettre d'améliorer simultanément les conditions de travail du personnel et la qualité des soins aux patients, tout en réduisant les dysfonctionnements de l'organisation.

CHAPITRE 2: CONTRIBUTION DE LA GRH A LA QUALITE DES SOINS ET CADRE CONCEPTUEL DE LA FORMATION CONTINUE A L'HOPITAL

Introduction

Les comportements professionnels et les modes relationnels hérités du passé se révèlent obsolètes. L'hôpital doit connaître une amélioration de la communication et de l'évaluation des soins et avancer dans la recherche de la qualité. Cependant, dans des périodes de grands changements, la formation continue s'avère le moyen le plus utile et le plus adapté pour remédier à ces problèmes. Elle est devenue indispensable avec le renouvellement incessant des connaissances et des moyens disponibles. La formation continue est l'objet d'une attente importante, un moyen d'acquérir et de développer les compétences. D'autant plus que ces compétences sont perçues comme l'élément capital pour subvenir aux besoins individuels et collectifs.

Par ailleurs, la formation continue est un élément central de la modernisation des structures hospitalières et de la valorisation des potentialités des personnels. Elle devient, en effet, un véritable outil de développement institutionnel et individuel au cœur des démarches stratégiques de l'hôpital.

L'objectif de ce chapitre est de traiter dans une première section de la notion de gestion prévisionnelle des ressources humaines (GPRH) en tant qu'outil indispensable pour prévenir et manipuler l'avenir. Le grand objectif de l'hôpital est d'assurer une meilleure qualité des soins et satisfaire les usagers. Or, cette condition devient de plus en plus tributaire d'une gestion des ressources humaines. Ainsi, la contribution des outils de la GRH pour assurer une meilleure qualité des soins est indispensable. La seconde section est consacrée au cadre conceptuel de la formation continue à l'hôpital.

I- CONTRIBUTION DE LA GRH A LA QUALITE DES SOINS

La réussite de l'organisation à l'hôpital tient à la convergence de plusieurs facteurs: l'affirmation d'une gestion participative, la qualité des prestations et de la technologie, le professionnalisme des agents et le style de management des hommes. La clé de la réussite repose ainsi sur la nécessité de s'attacher à l'évolution des hommes en même temps qu'à celle de leurs outils.

En effet, il est aujourd'hui souvent admis que l'établissement hospitalier ne peut pas toujours répondre rapidement à ses besoins en personnel, ne serait-ce qu'à cause des qualifications spécifiques nécessitant des investissements importants en formation. En conséquence, la gestion stratégique des ressources humaines nécessite la mise en place d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines.

1- La gestion prévisionnelle des ressources humaines en milieu hospitalier

Il est nettement établi, aujourd'hui, que la gestion prévisionnelle est un impératif majeur d'optimisation de l'activité administrative. Toutes les institutions se sont engagées, au cours du dernier quart du siècle, dans les travaux d'analyse et d'anticipation du contenu des emplois et de gestion des compétences. Largement reconnue comme une nécessité, la gestion prévisionnelle des ressources humaines (GPRH) demeure marginale dans les hôpitaux publics. Elle peut se définir comme l'ensemble des méthodes et des procédures permettant à une organisation d'intégrer, dans ses décisions de gestion des hommes et des emplois, des informations sur les futurs probables⁵¹. Plus précisément, la GPRH vise à accroître, par l'anticipation, la capacité de l'hôpital à maîtriser l'adéquation permanente entre ses besoins et ses ressources, d'un point de vue quantitatif et qualitatif⁵².

⁵¹ Mallet L. : La gestion prévisionnelle de l'emploi, éditions Liaisons, 1991. In Vulliamy M., La gestion des ressources humaines en rupture: De la gestion social à la gestion des ressources. Acte du séminaire "changement et intervention dans les organisations", Genève, 2003. P.8

⁵²Ecole Nationale d'Administration, La gestion des ressources humaines, élément de performance des administrations publiques. Paris, Juillet 1999. P.5

A l'hôpital, les premières préoccupations sont centrées sur les personnels des services généraux et techniques. Elles se sont ensuite généralisées à toute la structure. La GPRH à l'hôpital occupe ainsi une place prépondérante dans les évolutions attendues. Le nouveau management hospitalier sera jugé par sa capacité à la promouvoir au rang de levier essentiel du volet social. La performance de l'hôpital, comme celle de toute autre entreprise, passe par les compétences de ses agents, mais également par leur motivation et leur implication.

Le cadre de la planification des ressources humaines consiste à mieux adapter les ressources en personnel aux besoins de l'hôpital. A court terme, il a pour finalité d'assurer l'adéquation régulière entre les besoins de l'hôpital et le personnel au travail en utilisant la politique de l'emploi flexible (le travail temporaire, les contrats à durée déterminée CDD, la sous traitance et le recours aux heures supplémentaires) qui constitue un moyen approprié pour répondre aux variations de l'activité hospitalière. Inversement à la gestion à court terme, la gestion prévisionnelle, à moyen terme, répond à une grande nécessité dans un environnement économique difficile. Elle doit être menée rigoureusement à partir des informations disponibles et fiables tant sur la population actuelle que sur les perspectives d'emploi. Quant à la gestion prévisionnelle à long terme, elle a pour objectif de rechercher et d'examiner les politiques du personnel à un niveau global qui s'étale sur un horizon de 10 à 20 ans.

La GPRH permet d'abord de prévoir à la fois les besoins et les ressources en personnel dans l'horizon pour apporter par la suite des ajustements des ressources et des emplois. En effet, elle passe nécessairement par des étapes qui conditionnent sa mise en œuvre⁵³:

- *La détermination des objectifs*: l'hôpital doit dresser le bilan de ses forces et faiblesses, exprimer ensuite ses options sous forme d'objectifs prévisionnels, pour ce faire, il y a lieu de rechercher le maximum d'informations et de données concernant son propre environnement.

⁵³Ecole Nationale d'Administration, La gestion des ressources humaines, élément de performance des administrations publiques. Paris, Juillet 1999. Pp.5-6

- *L'inventaire des ressources humaines existantes.* Il importe aux responsables de l'hôpital d'inventorier les ressources en personnel disponibles et de déterminer le nombre de personnes nécessaires pour chaque fonction.

- *L'évaluation des besoins futurs.* Cette étape consiste à prévoir le nombre de personnes requises pour remplir les postes, qui seront créés lors de la réalisation des projets à moyen et à long terme. Elle vise à traduire en besoins futurs, les options fondamentales définies au cours de la première étape (détermination des besoins). Dans cette étape le service des ressources humaines fait une comparaison des besoins futurs des ressources humaines et de l'offre en personnel afin de cerner les actions qui s'imposent pour réduire les écarts entre besoins et ressources. Une fois l'écart est connu, l'institution hospitalière passe à l'élaboration des programmes d'action sous une optique de plan de carrière répondant aux questions suivantes⁵⁴ :

- Que fait-on avec des employés qui ne répondent pas en termes de qualifications aux postes occupés ?
- Dans quelle mesure doit-on recourir au recrutement et à la sélection ?
- Dans quelle mesure les programmes de développement sont-ils nécessaires, pour permettre aux employés d'accéder à des promotions?

Ce plan de carrière passe par trois étapes qui sont: d'abord, « l'évaluation » des plans individuels de carrière des employés; ensuite, le « développement »: l'hôpital doit fournir à chaque employé un plan de développement pour l'aider à acquérir des connaissances et des habilités nécessaires pour accéder à d'autres postes; et enfin, l'intégration: cette étape vise à bien intégrer les ressources humaines au poste de travail. Le plan de carrière représente un outil essentiel dans la GPRH.

- *L'implantation et l'évaluation de la GPRH,* Comme dernière étape, la première consiste en l'intégration de la GPRH aux autres activités hospitalière, la seconde consiste à déterminer le degré de l'adéquation des programmes d'action mise en œuvre avec les objectifs visés, vérifier ensuite les résultats de ces programmes, et faire des ajustements et apporter des correctifs.

⁵⁴ Ecole Nationale d'Administration, La gestion des ressources humaines, élément de performance des administrations publiques. Paris, Juillet 1999. P.5

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) est le lien où se côtoient toutes les approches conceptuelles de l'étude. Elle marque le caractère opérationnel de la GPRH. Elle postule la recherche d'un meilleur management des ressources humaines et d'une réorganisation de l'hôpital. Elle doit être appliquée dans les établissements hospitaliers dans la perspective d'orienter les politiques de l'emploi (recrutement, mobilité) en cohérence avec les politiques de formation, d'évaluation et d'intéressement. Elle est une activité de gestion qui permet à l'hôpital d'accroître ses compétences, sa réactivité et son adaptabilité aux fluctuations de son environnement, par une analyse sur le contenu des métiers, l'évaluation de qualification en relation avec l'organisation du travail, la validation de la compétence et du potentiel individuel et collectif du personnel.

Les interrelations qui rattachent la GPEC aux autres outils de management sont de quatre niveaux:

1.1 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et l'organisation du travail à l'hôpital

La GPEC n'est pas née par hasard, dans l'entreprise, dans les années 80. Les restructurations, les licenciements collectifs pour motifs économiques, les difficultés de recrutement, les mutations des technologies, l'exigence de la qualité totale, etc.; ont conduit les entreprises à rechercher les moyens d'ajustement de leurs besoins et de leurs ressources humaines⁵⁵.

La GPEC s'est, progressivement, imposée dans l'entreprise en raison de sa capacité à anticiper les mutations lourdes, à s'organiser comme une fonction stratégique indispensable.

Elle joue un rôle particulièrement déterminant dans la préparation de l'avenir. Pour cela, elle développe des outils d'anticipation qui lui permette de programmer les investissements nécessaires à la modernisation de l'entreprise et à l'évolution des emplois et des besoins en qualification.

⁵⁵ Babore X., la gestion des ressources humaines. Cahier français n°263, juillet-septembre, 1993.

L'hôpital public s'est inspiré de cet outil en tant que levier dynamisant des ressources humaines et l'a adapté aux exigences de valorisation, de performance et d'adaptation imposées par le contexte économique et social. Toutefois, les conditions de modernisation du travail passent par une généralisation de la réorganisation du travail et par l'enrichissement de son contenu. Il y a une marge de choix qu'il convient d'exploiter dans les domaines qui concernent l'emploi, la gestion du personnel, le contenu des tâches, les qualifications, les possibilités d'évaluation professionnelle, les horaires et les conditions de travail. En tant que outil stratégique, la GPEC suppose que les projets d'investissements, d'équipements, de restructuration s'accompagne d'une réflexion prospective sur les choix d'organisation du travail.

1.2 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et le projet social

Les projets et les actions humaines peuvent être divergents et risquent de mettre en péril les relations humaines. La GPEC semble être une réponse possible à ce constat. Sa place, au sein de la GRH est prépondérante pour développer la dynamique nécessaire à l'amélioration de la qualité hospitalière. Elle sert, au cœur du réseau social, le projet collectif. Elle participe, par la diversité de ses leviers, à la mise en œuvre d'une stratégie sociale coordonnée autour de trois modes d'action:

➤ Une faculté d'anticipation:

Face à la nécessaire adaptation du tissu hospitalier au contexte socio économique, la gestion hospitalière requiert une actualisation en continu des ressources et des compétences disponibles. L'atteinte des objectifs sociaux contenus dans le projet d'établissement suppose l'existence de moyens managériaux qui servent la stratégie. La GPEC est l'outil qui participe à la conduite du changement et l'enrichissement des connaissances.

➤ Une faculté de valorisation des compétences:

La GPEC est un outil de pilotage et d'accompagnement de la politique de formation. Elle permet l'adaptabilité des ressources humaines aux contraintes hospitalières et à la réalisation des besoins futurs. Elle facilite les voies de passage aux nouveaux métiers,

met en œuvre les plans de mobilité professionnelle et les plans de formation adaptés aux missions de l'établissement. Elle a pour objet l'adaptation, à moyen terme, des besoins aux ressources pour laquelle elle requiert l'utilisation d'outils d'identification des besoins futurs et de projection de la ressource.

➤ Une aide à la motivation, au dialogue et la communication:

Le projet social a pour vocation de répondre aux attentes du corps social et des patients, en agissant sur les modes d'organisation du travail. L'outil GPEC participe à cet effort de motivation en mettant en valeur les différentes compétences et en pesant, ainsi, sur l'organisation dans la perspective d'améliorer l'assouplissement et la réduction du temps de travail, les charges de travail, les conditions de vie au travail, l'accueil et la prise en compte des besoins individuels. L'instauration d'un dialogue fructueux et durable dans l'hôpital est l'un des objectifs de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

1.3 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et la formation

A l'instar de la GPEC, la formation continue constitue le deuxième niveau majeur de la performance. Elles concourent, ensemble, à réduire les écarts entre compétences actuelles et celles requises. Les deux démarches participent, en commun, à l'identification des priorités qui structurent les plans de formation pluriannuels. Les démarches GPEC/formation sont indissociables. Pour analyser des besoins en formation, la GPEC fournit une base de données sur les emplois, leur structure et leurs évolutions, un référentiel de compétences, une identification des priorités et une aide à l'élaboration des plans de formation pluriannuels en fonction de l'analyse des besoins.

L'analyse qualitative et prospective des emplois permet d'identifier, emplois par emplois, les exigences et les compétences requises. Le référentiel de compétences se présente généralement sous trois dimensions: les connaissances, les expériences et pratiques maîtrisées, les attitudes et comportements souhaités. Il doit être exploitable en termes d'identification des besoins de formation à satisfaire et permettre de traduire les écarts constatés en plans de formation.

La GPEC doit apparaître clairement comme une aide à la décision permettant de visualiser et de hiérarchiser les besoins en formation. Elle est aussi un facteur déterminant d'intégration de la formation dans la stratégie globale de l'établissement. Elle permet, à travers l'analyse de l'anticipation des besoins, de mieux finaliser les efforts et les moyens de la formation professionnelle et, en particulier, de déterminer, en fonction des objectifs de développement, quels sont les emplois sensibles:

- ceux pour lesquels l'hôpital risque de manquer des ressources humaines;
- les emplois qui évoluent qualitativement exigeant de leur titulaire un nouveau profil de compétences;
- les autres emplois prioritaires du fait des choix et orientations stratégiques, notamment ceux liés aux nouvelles activités.

1.4 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et

l'évaluation

Il ne peut y avoir une gestion des emplois et des compétences sans une politique d'évaluation organisée. Toute la stratégie de la GPEC repose sur sa capacité à anticiper les besoins futurs et l'évolution des emplois, de manière à identifier les écarts quantitatifs (évalués en nombre) et/ou qualitatifs (compétences à acquérir) par emploi. Le système d'évaluation doit permettre de mesurer des actes et des faits par rapport à des rôles définis et à des objectifs. Les exigences en matière de compétence, qui sont à la base du processus de la GPEC, ont pour conséquence la mise en place d'un système d'évaluation en cohérence avec les obligations de résultats que se fixe l'institution. Il convient donc d'évaluer mais aussi d'apprendre à formaliser le résultat d'une évaluation, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. Le cadre général autour duquel sera organisée cette évaluation portera sur:

- une gestion individuelle et collective des compétences nécessaires pour connaître l'évolution des emplois au plan collectif et individuel;
- l'entretien d'évaluation qui permet de constituer une base de données individuelle et collective pour anticiper sur l'évolution des métiers et les évolutions des carrières;
- l'évaluation des compétences liées aux promotions professionnelles.

Les Directions des Ressources Humaines (DRH) doivent apprendre à élaborer les indicateurs qui permettront de repérer des niveaux de prestations globales ou l'évolution de la qualité.

2- La contribution des outils de GRH à l'amélioration de la qualité des soins dans un établissement hospitalier

Pour l'hôpital, l'objectif final est d'améliorer la qualité des soins⁵⁶. Or, dans la pratique, il faut noter l'extrême difficulté à mesurer voire à appréhender le concept de qualité des soins. Comme tout concept qualitatif, il est difficile d'élaborer des paramètres ou des indicateurs d'évaluation. En réalité, le concept de qualité est complexe à l'hôpital car le soin n'est pas un produit au même titre qu'un produit industriel. En France par exemple, le Projet de médicalisation du système d'information (PMSI)⁵⁷ est une première tentative d'évaluation des soins grâce à des paramètres quantitatifs et financiers.

A des groupes homogènes de malades (GHM)⁵⁸ correspondent des coûts : coûts d'actes de soins, coûts de structures et coûts de produits pharmaceutiques.

⁵⁶ L'Association française de normalisation (AFNOR) définit la qualité comme "l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts ou les erreurs". Cette définition générale peut s'appliquer aux établissements de santé qui offrent un service, des soins, des consultations, un hébergement à des utilisateurs exprimant clairement un certain nombre de besoins et attendant de l'hôpital un certain niveau de résultats et de moyens.

Dans le cadre de la formation professionnelle, la démarche qualité s'est structurée dans les années 1990, à partir des méthodes et des outils exprimés dans le milieu industriel. AFNOR est l'une des normes qui encadre la formation professionnelle.

⁵⁷ Lenay O., Moisdon J.C.: Croître à l'abri de la gestion? Cas du système hospitalier public français, cahiers de recherche du CGS, N° 17, France, octobre 2000, P.17

⁵⁸ La description de l'activité d'un établissement hospitalier repose sur la classification en "groupes homogènes de malades", c'est-à-dire en classes de patients rassemblés pour avoir connu des séjours similaires en termes médicaux (diagnostics, actes) et en termes de consommation de ressources. Homogènes non pas sur le plan clinique, mais sur celui de la consommation des ressources, les groupes homogènes de malades sont censés représenter la totalité de la pathologie hospitalière aiguë. Ils représentent le regroupement de tous les diagnostics hospitaliers codés à partir des résumés de sortie standardisés émis par les établissements hospitaliers. Ils constituent donc un mode de classification des séjours hospitaliers établi sur la base des moyens mis en œuvre pour le diagnostic et le traitement des malades. Les GHM sont répartis en catégories majeures de diagnostic correspondant aux grands champs de la pathologie par appareil. Aux Etats-Unis, les GHM s'appellent Diagnosis Related Group ou DRG. Ils sont utilisés pour la tarification hospitalière. La première version des DRG a été élaborée en 1973 par l'équipe de R. FETTER à l'université de Yale. En France, la direction des Hôpitaux a décidé en 1982 d'introduire un programme de médicalisation des systèmes d'information hospitalier calqué sur le modèle américain. La mise en place progressive de ce programme a aboutit en 1986 à la publication officielle de la liste des GHM français avec leur libellé.

L'objectif prioritaire serait, en fait, de créer un indicateur global d'évaluation d'un phénomène purement qualitatif qui est la qualité des soins. L'OMS⁵⁹ a d'ailleurs défini une procédure scientifique systématique d'évaluation de la qualité des soins (EQS) visant à mesurer l'écart entre la réalité et un référentiel puis à le corriger si nécessaire. Pour mesurer cet écart, il semble indispensable de mettre en place des indicateurs directs ou indirects pouvant apprécier le système de soins et le service rendu aux patients.

Dans plusieurs expériences menées aux Etats-Unis, le même constat de la difficulté d'évaluer la qualité des soins a été fait. La volonté de mieux comprendre les variations entre les indicateurs portant sur la qualité des structures et les procédures de soins d'une part, et les indicateurs de résultats de l'hospitalisation d'autre part, s'est traduite par de nombreux travaux mettant l'accent sur des relations telles que: le niveau d'expérience du personnel médical et infirmier et le type de recrutement des patients dans les services d'urgence, le volume d'actes chirurgicaux réalisés par une équipe et le taux de succès des interventions⁶⁰.

Pour cela, la définition des objectifs intermédiaires (améliorer l'accueil du personnel, développer la participation du personnel, encourager le travail en équipe, favoriser la reconnaissance de chacun dans son travail, améliorer les conditions de travail et l'organisation, accroître la motivation des agents, développer la communication interne, développer la coopération et la complémentarité inter-établissement) permet d'atteindre cet objectif final grâce à des moyens qui sont des outils de gestion⁶¹. Il sera en effet plus facile d'évaluer les résultats si l'on se fixe des objectifs intermédiaires car si l'on cherche à évaluer directement la qualité des soins, on risque de se heurter à des difficultés majeures telles que le manque d'outils d'évaluation.

⁵⁹ OMS, assurance de la qualité dans les services de santé, Bureau Régional de l'Europe, 1982. In Hubinon M., Management des unités de soins: De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité, Hospital administration, édition: De Boeck université, 1998. P.52

⁶⁰ Hubinon M.: Management des unités de soins: De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité, Hospital administration, édition: De Boeck université, 1998. P.54

⁶¹ Franchisteguy I.: Gérer le changement organisationnel à l'hôpital. Thèse pour l'obtention d'un doctorat en sciences de gestion. Université Jean Moulin-Lyon 3, Octobre 2001. Pp.78-80

Par contre, il est possible de mettre au point des paramètres quantitatifs ou qualitatifs d'évaluation des objectifs intermédiaires tels que la mesure des écarts entre les prévisions et les réalisations afin de contrôler le changement et de mesurer ses évolutions.

Pour atteindre ces objectifs, trois moyens semblent être particulièrement efficaces; ce sont les politiques de communication et d'information, la politique de formation, la politique d'intéressement. Cette dernière dépasse à peine le stade de l'expérimentation à l'hôpital mais elle pourrait contribuer à terme à la réalisation des objectifs poursuivis.

2.1 La politique de communication et d'information à l'hôpital

Pour réaliser l'objectif d'améliorer la communication à l'hôpital, il est nécessaire de mettre en place une démarche globale et participative. Ce n'est qu'ainsi que l'on pourra parler de politique de communication concertée et volontariste⁶². La communication est à la fois un ensemble d'actes plus au moins structurés, un objet, mais elle est aussi censée être un moyen de motivation, de stratégie, voire de performance. Elle permet la mise en commun ou la transmission d'informations⁶³.

Sur le plan des relations interpersonnelles, l'hôpital public connaît des difficultés liées au problème de communication entre les différentes catégories de personnel. Au plan politique et managérial, l'hôpital détermine ses objectifs de transmission de l'information ainsi que ses orientations en matière de communication afin d'améliorer ses performances globales. La communication doit assurer, en continu, l'articulation projet d'établissement/stratégie ressources humaines. Elle est un outil opérationnel au service de la conduite du changement et une incitation au dialogue social. Elle participe à la recherche d'un équilibre relationnel qui favorise la concertation et le développement des hommes⁶⁴.

⁶² Montserrat X. :« L'impact de la réforme hospitalière sur la communication à l'hôpital », Techniques hospitalières, édition ENSP - 1995.P.96

⁶³ Brunner J.M.: Intégration de la stratégie des ressources humaines à la stratégie globale. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences Economiques, Neuchâtel, 1991. P. 63

⁶⁴ Le Gall J. M.: La gestion des ressources humaines, édition: PUF. Paris, 1992. P.117.

L'amélioration de la communication et la flexibilité de l'organisation et du système de gestion peuvent avoir un impact positif sur la motivation du personnel. Ces deux évolutions vont dans le sens d'une responsabilisation des agents et d'une amélioration de l'intérêt au travail. Le fonctionnement traditionnel de l'hôpital, qui ne permet pas toujours la communication interne, entraîne la démotivation du personnel. Inversement, une politique de communication cohérente va pouvoir renforcer le sentiment d'appartenance à l'hôpital, encourager l'initiative, l'implication et l'intégration des agents et donc stimuler leur motivation. Pour assurer une telle politique, l'hôpital a besoin de cohésion interne qui ne peut s'obtenir que si l'encadrement est suffisamment dynamique et l'ensemble du personnel partie prenante à des objectifs compatibles avec les finalités de l'hôpital.

Une politique de communication constitue un des éléments décisifs d'une politique générale d'un établissement hospitalier du fait de la transversalité existant entre communication, organisation et système de gestion. Il paraît donc souhaitable de définir et de mettre en œuvre des plans d'actions combinant la communication avec les autres politiques de gestion.

Dans l'organisation hospitalière tri-polaire, médicaux, paramédicaux, administratifs, la création d'une Direction des systèmes d'information et de l'organisation (DSIO) et d'un Département d'information médicale (DIM) peut aider à réduire les tendances au cloisonnement qui subsistent entre ces trois catégories de personnel⁶⁵. Cette réduction s'appuie sur la nature des données qui sont à la base du système d'information. Ces données sont de trois ordres: médicales, infirmières et administratives.

Le système d'information d'un hôpital est constitué de l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires au fonctionnement quotidien, au mode de gestion et d'évaluation ainsi qu'au processus de décision stratégique. Ce système d'information était pluridisciplinaire, il est donc logique de prévoir un double niveau structurel pour le gérer: une structure composée de personnels gestionnaires, d'administratifs et de techniciens informatiques (la DSIO), une structure composée du personnel des services médicaux (le DIM).

⁶⁵ Giraud A.: Synthèse sur les rôles et missions des DIM, DESMS. France, 2005-2006. PP.1-4

- La DSIO qui fait partie intégrante de la direction de l'établissement, est une structure de type horizontal et transversal en liaison avec l'ensemble des acteurs hospitaliers. Son objectif prioritaire est de rapprocher les médecins et les équipes soignantes avec l'équipe de direction. Elle a aussi un rôle d'expert et de conseil.
- Le DIM est une structure de gestion de l'information médicale et le lieu privilégié de dialogue entre les médecins eux-mêmes et entre l'administration et le corps médical.

Les objectifs de la DSIO et du DIM sont les mêmes :

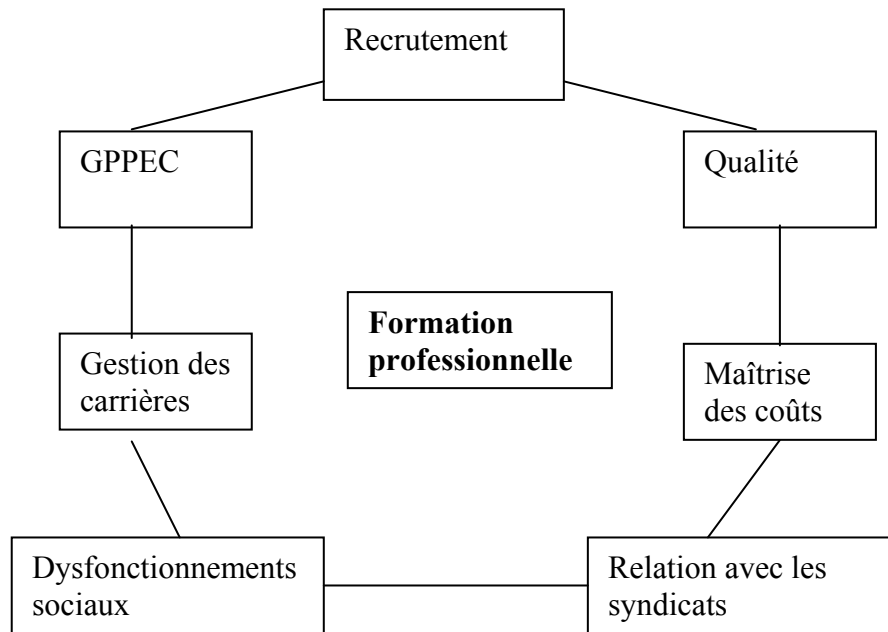
- Assurer la mise en cohérence de la partie "administrative et gestionnaire" avec la partie "médicale et paramédicale" grâce à un contact constant avec les autres directions (Direction des finances et analyse de gestion, Direction des services de soins infirmiers, par exemple) ;
- Mettre en place des processus d'évaluation s'appuyant sur des critères quantitatifs et qualitatifs ;
- Créer des indicateurs d'activité nouveaux plus représentatifs que ceux existants déjà ;
- Elaborer des indicateurs d'aide à la décision et à la gestion.

Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, la DSIO et le DIM peuvent aider à rendre les outils de GRH opérationnels en assurant un relais entre la Direction des ressources humaines et l'ensemble des acteurs de l'hôpital. Ces deux cellules peuvent donc être considérées comme des structures opérationnelles privilégiées de mise en place des outils de GRH dans le cadre de la politique générale de l'établissement.

2.2 La politique de formation au sein de la gestion hospitalière

La formation apparaît directement liée à de nombreux impératifs de gestion des hôpitaux. Leteurtre H. et J.P. Saju ont présenté schématiquement le rôle central de la formation au sein de la gestion des hôpitaux⁶⁶.

Schéma 1: La formation au centre de la gestion hospitalière



Source: Leteurtre H., Saju J.P. « La formation des personnels hospitaliers », Edition ENSP - 1995

La formation a un rôle très spécifique au sein du système de gestion des ressources humaines et au centre de toute démarche qualité. Une politique de formation peut devenir un outil de gestion performant et aussi un outil moteur des autres politiques. La formation continue apparaît essentielle⁶⁷ :

En amont de la gestion prévisionnelle du personnel, des emplois et des compétences (GPPEC) dans la mesure où elle aide à situer chaque agent en fonction des formations reçues et des qualifications acquises, dans un groupe d'emplois et de compétences, ce qui permet au gestionnaire d'anticiper tout mouvement de personnel tel qu'une mutation ou un départ à la retraite grâce à des paramètres quantitatifs ou qualitatifs. Par ailleurs, la prospection et l'anticipation des métiers et des compétences

⁶⁶ Leteurtre H., Saju J.P. : « La formation des personnels hospitaliers », Edition ENSP, 1995. P.11

⁶⁷ Idem. P.11

futures nécessaires pour faire face aux changements, ou encore pour répondre aux besoins de l'institution se traduit en besoins de formation. Cette dernière doit s'articuler avec la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. C'est à dire que les orientations pluriannuelles de formation continue doivent être reliées à l'évolution des tâches et des métiers en tenant compte des redéploiements structurels éventuels.

En aval des procédures de recrutement dans la phase initiale de gestion des carrières, la formation continue permet d'adapter chaque agent recruté à l'emploi qu'il va occuper. De ce fait, La gestion des carrières ne peut être construite qu'avec l'aide de l'outil formation. Par ailleurs, La formation pourrait préparer l'agent à son nouveau métier, faciliter son adaptation aux évolutions de son emploi et accroître ses capacités de mobilité pour un éventuel changement de poste. Elle peut régler certains dysfonctionnements de l'organisation ayant pour origine le manque de connaissances ou de démotivation.

Sans perdre de vue son rôle moteur dans toute démarche de qualité avec comme exemple, en matière de qualité des soins, la sensibilisation des professionnels au risque des infections nosocomiales ou par une formation à des procédures qui sont assimilables à l'usage des soins, la formation peut aussi intervenir sur la maîtrise des coûts. Elle est donc un moyen privilégié de réalisation des plans d'action. Tout à la fois outil de gestion propre et support d'autres outils de gestion, la formation apparaît au centre de la gestion des ressources humaines de l'hôpital, voire au centre de la gestion hospitalière toute entière⁶⁸.

2.3 La politique de l'intéressement dans les hôpitaux

La mise en place du mécanisme d'intéressement dans les hôpitaux est encore rare. La notion d'intéressement collectif est à l'heure actuelle, l'objet de nombreuses réflexions, notamment au niveau du choix des critères d'intéressement (économiques, qualitatifs) et au niveau du mode de financement. Il n'y a pas de moyens financiers, pas de fonds d'intéressement officiellement prévus au niveau du budget alloué aux hôpitaux. De plus, la question d'un intéressement individuel reste encore sans réponse.

⁶⁸ Leteurtre H., Saju J.P. :« La formation des personnels hospitaliers », Edition ENSP, 1995. P.12

L'intéressement collectif consiste en la reconnaissance collective d'un mérite, lorsqu'un certain objectif a été atteint, au profit d'un établissement ou seulement d'un service, voire au profit de tous les personnels ayant atteint l'objectif prévu avec, dans ce cas, distribution d'une rémunération individuelle égale pour tous. L'intéressement entraîne donc un retour et des avantages soit sous forme d'amélioration des conditions de travail, soit sous forme d'avantage monétaire. C'est un moyen qui vient à l'appui des efforts fournis afin d'atteindre un but précis⁶⁹.

La mise en place d'une politique d'intéressement suppose de fixer préalablement des objectifs au niveau du ou des services concernés. Il faut ensuite déterminer un montant d'intéressement en fonction de l'atteinte des objectifs. La mise en œuvre de ce mécanisme est basée sur:

- Une démarche contractuelle intégrée dans une politique d'établissement, qui prévoit l'élaboration de contrats d'objectifs négociés entre les acteurs de l'hôpital et ses partenaires institutionnels ;
- La nécessité d'une réflexion et d'une négociation avec les services concernés sur les objectifs à définir aussi bien au niveau quantitatif que qualitatif (amélioration des conditions de travail, hygiène, sécurité) ;
- La mise en place d'une politique d'évaluation négociée avec les services qui permettra de mesurer les écarts entre les objectifs fixés et les réalisations.

Des actions de formation peuvent être nécessaires pour faciliter la mise en œuvre de ces innovations. La mise en place d'un intéressement sur contrat d'objectifs au niveau d'un service avec des indicateurs de performance choisis, nécessite un suivi régulier de ces outils pour que l'intéressement fonctionne, motive le personnel et développe l'esprit d'équipe. Il faut donc un effort de communication à tous les niveaux de la hiérarchie avec une participation active de l'encadrement. Au niveau d'un service, la communication peut se faire dans le cadre des conseils de service qui donneront lieu à l'élaboration de projets de service construits de manière participative.

⁶⁹ Couanau R.: l'organisation interne de l'hôpital, Rapport d'information, 2003. Pp. 51-52

Une politique d'intéressement repose sur la création de projets de services. Mais ces derniers sont encore rares. En fait, la mise en place d'une politique d'intéressement ne peut réussir que si trois conditions sont remplies. D'une part, la démarche doit être acceptée par l'ensemble des services et à tous les niveaux de la hiérarchie. D'autre part, l'intéressement doit être vécu par les services comme une incitation à la maîtrise de leurs dépenses. Enfin, le point le plus important est que l'intéressement doit être un outil de management inscrit dans une démarche globale et participative, c'est-à-dire un élément de motivation et de renforcement de l'esprit d'équipe.

Par ailleurs, dans le cas où l'intéressement se fait au profit d'une collectivité, il peut constituer un moyen de faire face à certaines dépenses d'investissement et de fonctionnement de l'hôpital ou d'un service. Dans le cas où l'intéressement donne lieu à une rémunération individuelle identique pour chaque agent (avantage monétaire), il peut être un moyen de diminuer l'absentéisme et le taux des accidents du travail. Dans ces deux cas, l'évaluation fait appel à des critères quantitatifs. D'autre part, l'intéressement peut permettre d'améliorer l'organisation, la qualité de vie des agents et ainsi d'améliorer la qualité du service rendu aux malades. Au niveau de la qualité de vie des agents, l'intéressement permet d'une part, de mobiliser et de motiver le personnel en l'associant à la définition et à la réalisation des objectifs et d'autre part, de favoriser le travail en équipe.

En outre, dans les établissements de santé, l'omniprésence de la technologie et les spécialisations de plus en plus marquées entraînent une obsolescence rapide des savoirs des professionnels. Il est alors nécessaire de trouver le vecteur qui permet aux personnels de santé d'évoluer vers une plus grande efficacité, vers des modalités de fonctionnements assurant mieux la qualité, la continuité et l'amélioration du service rendu. Comment alors s'adapter à l'évolution des professions hospitalières et du contexte socio économique ?

III- CADRE CONCEPTUEL DE LA FORMATION CONTINUE EN MILIEU HOSPITALIER

La valeur d'une institution, quelque soit sa nature, réside d'abord dans les hommes et les femmes qui la composent. L'investissement dans les ressources humaines, notamment dans la formation continue des agents, est la base du management d'un service de contrôle. Aujourd'hui, la formation continue des personnels hospitaliers est vue comme un outil de management à double vocation : d'une part, elle permet l'évolution individuelle et professionnelle, d'autre part, elle est l'opportunité de rencontre entre les besoins de la hiérarchie et les besoins de l'agent. La formation continue est un passage incontournable à l'optimisation des ressources humaines de l'établissement⁷⁰.

Par ailleurs, face à l'extension du domaine de connaissance et d'intervention de la médecine, à la technicisation et à la diversification des pratiques et des métiers, le champ d'intervention des professionnels de la santé doit s'élargir également. De ce fait, la formation continue doit conduire à mettre à la disposition de chaque service la force de travail qui lui est nécessaire. Elle doit aussi favoriser la mobilité pluridisciplinaire des professionnels, de les munir d'aptitudes qui leur donnent les moyens et l'opportunité d'utiliser des systèmes d'information et de communication qui facilite ces apprentissages. Les professionnels doivent être en mesure de s'adapter aux évolutions d'une médecine et des pratiques qui changent en permanence. Ils sont de ce fait, le moteur du changement.

Sur un plan plus général, la formation professionnelle continue peut se définir comme l'harmonisation entre les objectifs institutionnels, les objectifs individuels et les besoins évolutifs de l'environnement et la coordination des démarches et procédures mises en œuvre pour réaliser cette harmonisation. Elle est le complément indispensable de la formation initiale à un moment de la vie des individus. Elle est fondée sur des considérations d'ordre philosophique (maîtriser son épanouissement personnel),

⁷⁰ Prunet G.: Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999. P.245

institutionnel (référence à la théorie des organisations) et psychologique (importance des problèmes personnels et affectifs). Elle met à la disposition des agents les moyens de prolonger, au cours de leur vie active, les méthodes, les connaissances et les savoir-faire acquis au cours de leur formation initiale⁷¹.

Le développement de cette fonction est une condition d'enrichissement collectif pour une double raison. D'abord, parce qu'on ne peut pas limiter l'acquisition des connaissances indispensables tout au long de la vie à une phase de l'existence, ensuite, en raison de la rapidité des progrès scientifiques qui peut exposer les savoirs à une obsolescence s'ils ne sont pas régulièrement actualisés.

Les personnels doivent acquérir et développer des compétences tout au long de leur carrière. L'avancement des connaissances, l'évolution des missions de l'hôpital ainsi que celle du marché du travail et de la société, l'émergence de nouvelles attentes chez les patients et les changements qui surviennent dans le système de santé constituent des défis professionnels qui inciteront le personnel à s'adapter constamment pour construire un environnement propice dans une société en perpétuelle évolution. De plus, la formation continue est une variable de gestion des ressources humaines de première importance pour l'établissement hospitalier. Grâce à elle, le personnel peut s'adapter et se préparer aux changements de natures diverses auxquels il est toujours confronté.

De ce fait, les contenus et les modalités de la formation continue doivent être clairement identifiés comme sources de participation collectives à des actions de changement et être assortis d'un objectif de résultat de qualité. La formation continue est un investissement, ce qui suppose que l'évaluation de la formation doit demeurer une préoccupation constante en termes de définition de méthodologies et d'indicateurs pertinents d'appréciation des résultats⁷².

⁷¹ Leteurtre H., Saju J.P.: « La formation des personnels hospitaliers », Edition ENSP, 1995. P.14

⁷² Barzucchetti S., Claude J. F.: "Evaluation de la formation et performance de l'entreprise", Editions liaisons, 1995. Pp.14-15

1 .Le fondement de la formation continue

La formation continue est très vite apparue indispensable à la réussite de missions dévolues à l'hôpital public. Elle occupe une place essentielle dans la gestion des ressources humaines et sert de lien à l'ensemble des champs d'action qui participe au développement du progrès social. Son influence sur l'ensemble des décisions qui affectent l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital et sa capacité à se projeter dans le temps l'assimilent à un investissement individuel mais aussi collectif par l'importance de son coût économique. La formation continue est, enfin, productrice et facteur de qualité.

1.1 Les spécificités de la fonction formation

La formation est un facteur de dynamisation et de participation des salariés à la vie collective et constitue un élément déterminant du développement de l'intérêt au travail. Elle tient au sein de l'institution, une place privilégiée par les potentialités qu'elle développe à savoir l'enrichissement des capacités des agents, la meilleure adaptation aux évolutions de l'hôpital public et l'amélioration de l'efficacité globale. La formation, comme d'autres fonctions managériales, constitue un des enjeux principaux d'une bonne gestion des compétences. Les conditions de réussite sont liées à la nécessité d'une gestion rationnelle et à la mise en place de structures organisationnelles permettant une politique de formation plus performante.

1.1.1 La formation continue: facteur d'efficacité globale

Les perspectives qui ressortent d'une politique de formation sont nécessairement de caractère prospectif: utilisation rationnelle planifiée des ressources disponibles, orientation et projection d'un meilleur système de formation conforme aux axes stratégiques⁷³. Analysée sous cet aspect global, la formation continue devient un élément essentiel de qualification et de valorisation de l'individu, un levier déterminant d'une politique efficace de gestion des ressources humaines, et partant, de la qualité hospitalière dans son ensemble. Selon Donnadiou G., "L'efficacité globale de

⁷³ Brunner J.M.: intégration de la stratégie des ressources humaines à la stratégie globale. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences Economiques, Neuchâtel, 1991. P. 59

l'entreprise résulte de l'efficacité stratégique ou institutionnelle, de l'efficacité organisationnelle et de la capacité des hommes à mettre en œuvre cette politique et faire fonctionner cette organisation, condition de l'efficacité humaine. La qualité de la formation continue est à la fois la condition et la résultante, la cause et l'effet des équilibres inhérents aux trois modes de régulation qui définissent l'efficacité générale de l'entreprise: la régulation par l'institution, la régulation par l'organisation, la régulation par les hommes"⁷⁴.

Ainsi, le mode de gestion de la formation est inséparable des politiques mises en œuvre, dans le cadre de l'élaboration de projet d'établissement, des contrats d'objectifs et des démarches d'accréditation. La formation a progressivement acquis un rôle de dynamisation sociale et concourt avec d'autres fonctions, à rassembler et fédérer les énergies.

1.1.2 La formation continue: investissement individuel et collectif

La formation continue est le complément indispensable de la formation professionnelle; elle est le moyen de faire face au progrès technologique et à l'érosion des ressources humaines⁷⁵. Elle est, aujourd'hui, considérée comme un investissement au service des hommes et de l'institution hospitalière. Elle occupe, de ce fait, une place prépondérante dans la stratégie de l'établissement. En tant que source d'enrichissement de la collectivité, elle participe à la production de la qualité totale du produit hospitalier. C'est au niveau des hommes que se situe le formidable enjeu de la flexibilité des hôpitaux, c'est –à-dire leur capacité d'adaptation aux évolutions économiques, sociales et techniques. La justification de l'investissement formation réside, par ailleurs, dans la qualité des actions produites: accroissement de la productivité et du facteur travail, efficacité de la force de travail.

1.1.3 La formation continue: axe du progrès social

Le projet social est un axe essentiel du projet d'établissement en tant que moyen de développement des ressources humaines. Face aux mutations technologiques,

⁷⁴ Donnadiou G.: "un nouveau regard sur l'entreprise", Entreprise et Personnel, ANDCP, n°286, mai 1987. Pp.20-22

⁷⁵ Brunner J.M.: intégration de la stratégie des ressources humaines à la stratégie globale. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences Economiques, Neuchâtel, 1991. P. 57

organisationnelles et sociologiques, il importe d'identifier, en permanence, les besoins en compétences et de porter l'attention sur les écarts existants entre l'évolution de l'emploi et celle des individus. Le rôle de la formation continue est d'accompagner l'adaptation des personnes au changement profond de l'hôpital. De ce fait, son évolution est devenue source de progrès social et de prise de conscience individuelle.

La formation est un moyen privilégié pour réaliser le projet d'établissement. La liaison projet d'établissement et plan de formation est une réalité sur plusieurs aspects. Le plan de formation, tout comme le projet d'établissement, obéit à une démarche largement participative lors de son élaboration. Il est important que ces deux entités soient issues d'une participation large et active. Le personnel de l'établissement doit se sentir partie prenante et se reconnaître dans le contenu et les principales orientations⁷⁶.

Ainsi, la réalisation des plans d'action inscrits dans un projet d'établissement est de plus en plus dépendante de formations suivies par le personnel. Cela est particulièrement significatif dans le projet social et de gestion. La modification de l'organisation, le mode de gestion ou les conditions de travail imposent une évolution dans les comportements, dans la manière de communiquer et de travailler. Le vecteur formation permet une transition progressive de ces éléments culturels. Les objectifs de formation doivent être clairement exprimés, hiérarchisés sur plusieurs années et s'inscrire dans le cadre des grandes orientations de l'hôpital déclinées dans le projet d'établissement⁷⁷.

1.2 La typologie de la formation continue

La définition des grands types d'actions de formation au regard des objectifs semble un préalable afin d'assurer une plus grande visibilité des objectifs assignés aux actions de formation. Et aussi, de permettre, d'une part, une égalité effective d'accès aux formations qui représentent des droits et, d'autre part, un arbitrage clarifié entre besoins de l'hôpital et aspirations de son personnel⁷⁸. Les conséquences devraient en

⁷⁶ Desplanches M.N.: La formation continue à l'hôpital: Acteurs, méthodes et outils. Editions Lamarre, Paris, 2003. Pp3-4

⁷⁷ Prunet G.: Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999. P256

⁷⁸ Leteurre H., Saju J.P. : « La formation des personnels hospitaliers », Edition ENSP, 1995. Pp93-94

être déduites en termes d'organisation et de financements. Le dépassement des formes traditionnelles, le recours à toutes les modalités ouvertes et informelles des organisations sont également indispensables et passent par une implication forte de l'encadrement et une autonomie suffisante des entités de travail.

L'insuffisante distinction des actions de formation selon leurs objectifs est source de profondes inégalités entre les différents agents. Elle rend également difficile l'identification des droits et des devoirs de chacun et l'exercice des responsabilités. Dans ces conditions, il ne semble plus possible de penser la politique de formation continue dans son ensemble, sans distinguer les différents objectifs qu'elle poursuit et sans associer des types d'actions de formation avec ces objectifs⁷⁹. Ces éléments militent en faveur d'une distinction des types d'actions de formation continue en fonction de leur finalité. Un découpage des actions de formation en quatre grands types est possible⁸⁰ :

1.2.1 La formation d'accompagnement des évolutions techniques, réglementaires et organisationnelles, ou liées à la mise en œuvre de projets spécifiques : Il s'agit le plus souvent de formations courtes, dont la mise en œuvre est à la fois immédiate et indispensable pour la bonne exécution par le personnel de ses tâches ordinaires. Ces formations sont souvent mises en œuvre dans un cadre collectif, lorsque le changement affecte l'ensemble d'un service ou un ensemble d'agent ayant les mêmes fonctions. Il peut s'agir de formations qui font suite à l'acquisition d'un nouveau matériel informatique, à un changement dans la réglementation, à la mise en place de nouvelles procédures (par exemple les procédures qualité) ou la mise en œuvre d'un projet particulier (projet d'établissement, projet de soins, projet médical, etc.)⁸¹.

Ce type de formation constitue une double obligation : pour l'hôpital, celle de définir les moyens nécessaires au personnel pour remplir sa mission ; pour le personnel, celle d'utiliser tous moyen mis à sa disposition pour remplir sa mission. Elles sont jugées indispensables au bon fonctionnement du service. Pour le financement de ce type de

⁷⁹ Desplanches M.N.: La formation continue à l'hôpital: Acteurs, méthodes et outils. Editions Lamarre, Paris, 2003. Pp.24-25

⁸⁰ Leteurre H., Saju J.P. : « La formation des personnels hospitaliers », Edition ENSP, 1995. Pp17-18

⁸¹ . Idem. P17

formation, il n'y a pas lieu de fixer un objectif de dépense ou de jour de formation par agent. Ce qui explique bien que l'hôpital n'a pas à justifier un minimum de dépenses. En revanche, leur coût doit être imputé sur le budget des actions pour lesquelles cette formation a eu lieu.

Par exemple, si les formations font suite à la mise en place d'un nouveau logiciel, leur coût doit être imputé sur le budget associé à la mise en place de ce logiciel. De même, si les formations font suite à une réorganisation du service ou à la mise en œuvre d'une nouvelle procédure, le coût de ces formations doit être imputé sur le budget associé à la réorganisation du service ou à la mise en œuvre de la nouvelle procédure. La réussite du projet signifie généralement que la formation a porté ses fruits.

L'évaluation des effets de ce type de formation est donc inséparable de l'évaluation de la réussite du projet ou de l'impact de l'évolution que la formation accompagne.

1.2.2 Les formations « au métier »: Ces formations ont pour objectif le maintien et le perfectionnement à moyen terme des personnels. Elles doivent être programmées dans le cadre d'un plan de formation individuel, dont l'horizon serait pluriannuel. L'objectif de ce plan de formation est de donner de la visibilité au déroulement de carrière de personnels tant pour eux même que pour l'établissement et rendre concrète la prise en compte de la formation dans le déroulement de leur carrière. Le plan devrait incarner l'expression de deux volontés: d'une part celle de l'administration d'investir dans ses ressources humaines à moyen terme et de valoriser l'effort de formation des personnels, et d'autre part celle de personnel de formuler un projet de parcours professionnalisant.

Il importe que la mise en œuvre de ce type de formation soit l'occasion de rendre, enfin, réalisables les parcours individualisés de formation, l'articulation de la formation continue avec la formation initiale et avec les exercices de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Par ailleurs, pour rendre ces formations motivantes, il est primordial qu'elles soient prises en compte dans le déroulement de

carrière des agents. Pour aller dans ce sens, il faut tout d'abord éviter que la formation continue ne soit conçue indépendamment de la formation initiale des agents.

Pour éclairer les choix des personnels et renforcer l'articulation entre ce type de formation et leur carrière, les filières devraient faire apparaître clairement les formations qui sont obligatoires pour pouvoir prétendre accéder à certaines fonctions ou à des grades supérieurs.

Pour ce type de formation, l'évaluation des effets est beaucoup plus difficile à réaliser, même si une première étape consiste à les évaluer dans le cadre de l'entretien annuel d'évaluation de personnel. Il serait souhaitable qu'une évaluation sur les retombées des formations suivies soit formulée par le personnel et par le supérieur hiérarchique. Les évaluations ainsi formulés, rendues anonymes, pourraient faire l'objet d'une analyse à posteriori par les services de formation.

1.2.3 Les préparations aux concours et examens : Elles n'appellent pas de recommandations particulières. Elles sont à l'initiative de l'agent et ses droits sont bien établis dans ce domaine. Les actions de préparation aux concours, peuvent être organisées totalement ou partiellement pendant les heures de service. Leur financement est imputé sur le budget recrutement de l'administration de l'hôpital.

1.2.4 Les formations correspondant à un projet personnel: Le dernier type de formation s'inscrit dans le cadre d'un droit à la formation tout au long de la vie. Il regroupe des formations qui ont pour objectif l'épanouissement personnel et qui, en tout état de cause, relèvent spécifiquement des choix personnels des agents.

1.3 L'investissement - formation

La formation continue dans un sens plus étroit est l'investissement productif, au même titre que les autres investissements, elle est considérée comme l'instrument de gestion de l'institution toute entière et non seulement celui de gestion des ressources humaines⁸². Dans une logique de compétence, l'investissement formation est un facteur clé de compétitivité, d'amélioration de la qualité des soins et de performance. Cette

⁸² Brunner J.M.: intégration de la stratégie des ressources humaines à la stratégie globale. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences Economiques, Neuchâtel, 1991. P. 55

approche est appelée à renforcer les compétences individuelles et collectives. La formation continue doit être considérée comme un investissement rentable et non pas un coût qu'il faut supporter. De ce fait, l'investissement dans la formation devrait accroître la performance et la durabilité de l'hôpital, et permettre à ce dernier de répondre au bien aux attentes des usagers.

1.3.1 La notion de l'investissement - formation

Cette conception ne signifie pas forcément un asservissement pur et simple des ressources humaines au service d'objectif exclusivement économique. Il est désormais admis que, dans la lutte pour la qualité, l'économique et le social ne peuvent plus permettre d'être antagonistes. Une bonne gestion économique repose sur une politique sociale hardie et novatrice. De même, une telle politique ne se conçoit que dans le cadre d'une saine gestion économique, performante et productrice de richesse.

Aujourd'hui, nul ne peut contester l'importance de la formation dans le développement des organisations. Aussi, plusieurs auteurs s'accordent à considérer la formation parmi les composantes de l'investissement immatériel. Néanmoins, les points de vue des auteurs diffèrent lorsqu'il s'agit de définir les éléments qui composent l'investissement-formation.

Meignant A. qualifie d'investissement en formation toute dépense immédiate de temps de travail, de salaire et de coût d'inscription, dont aussi bien l'organisation que le personnel espèrent un bénéfice futur, en termes de maîtrise du métier, de carrière, de performances, de développement et d'évitement du risque⁸³.

Afriat C. incorpore dans l'investissement-formation, les dépenses de formation liées à des projets stratégiques de changement et les dépenses d'investissement de prévention articulées autour d'un projet global de changement. En revanche, les dépenses courantes de formation qui visent à maintenir et à entretenir le portefeuille des compétences sont classées parmi les dépenses de fonctionnement⁸⁴.

Boisselier P. appuie les restrictions de Afriat C. en ne considérant comme un investissement que la formation décidée dans une optique stratégique. Les frais de

⁸³ Meignant A.: manager la formation, Editions Liaisons, 1997. P.76

⁸⁴ Afriat C.: L'investissement dans l'intelligence, édition: PUF. Paris, 1992. Pp.33-34

formation visant à maintenir la compétitivité des compétences de l'organisation sont classés dans la catégorie des dépenses courantes d'exploitation⁸⁵.

En ce qui nous concerne, nous entendons par investissement toute dépense de formation continue visant à améliorer l'adéquation entre les formations des individus et les emplois qu'ils occupent au sein de l'organisation, développer la polyvalence et par conséquent les compétences des membres de l'organisation, atténuer la vulnérabilité des services relevant de l'organisation.

Investir, c'est agir sur les facteurs de production, qu'ils soient matériels ou immatériels. Les établissements hospitaliers ont tout intérêt à cibler le type d'investissement des différentes actions qui composent leur plan de formation.

L'évaluation des impacts, qui en dépend, nécessiterait la formalisation d'une critériologie spécifique et adaptée⁸⁶:

L'investissement-formation centré sur le savoir-faire expérimentiel : Tout ce qui est en rapport avec la santé de l'Homme n'autorise pas l'erreur. De ce fait l'expérience est vécue comme sécurisante et réductrice de dommages et de risques inhérents aux nombreux dysfonctionnements auxquels sont confrontés les établissements hospitaliers du fait des évolutions rapides des métiers et la complexité de leur fonctionnement.

L'investissement-formation centré sur la maîtrise d'une nouvelle technologie : L'hôpital est confronté à l'adaptation de son personnel à la machine, compte tenu des fortes avancées technologiques et leur rapidité d'obsolescence. Pour les surmonter, la validation d'un processus de formation est nécessaire.

L'investissement-formation centré sur le développement personnel et la communication : L'amélioration de la performance de l'hôpital passe d'abord par son potentiel humain avant même son potentiel technologique et financier. Cette formation permet de développer le potentiel créatif des personnels et d'avoir rupture avec les

⁸⁵ Boisselier P.: "L'investissement immatériel. Gestion et comptabilisation", édition: De Boeck Université. Bruxelles 1993. P.60

⁸⁶ Pnet G.: Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse pour l'obtention d'un Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999. Pp.256-257

méthodes et techniques anciennes. De plus, la complexité des structures hospitalières et l'existence de nombreuses spécialités exigent une collaboration active de tous les acteurs de santé et une bonne qualité des relations interpersonnelles.

1.3.2 Les dimensions de l'investissement - formation

L'investissement-formation s'inscrit dans quatre préoccupations qui accompagnent sa mise en œuvre : la dimension stratégique de la formation, sa dimension opérationnelle et sa dimension psychologique, et enfin, sa dimension sociale⁸⁷.

- **Dimension stratégique** : L'investissement-formation est une fonction stratégique et doit être intégré au projet de développement de l'établissement au même titre que les autres composantes⁸⁸. Il demeure et par excellence l'outil privilégié pour satisfaire les grandes orientations qui ont pour mission essentielle d'identifier et d'anticiper les besoins futurs.

La finalité stratégique de l'investissement-formation ne doit pas être considérée seulement comme un moyen d'assurer l'adéquation entre le profil des individus et les postes actuels qu'ils occupent (la conception qui répond à une logique taylorienne). Sa dimension d'anticipation est intégrée pour renforcer la formation et sa dimension stratégique. Cette dernière lui permet de dépasser la logique thérapeutique pour emprunter une logique préventive⁸⁹. C'est ainsi qu'il pourra contribuer à préparer les évolutions et l'avenir dont la maîtrise se construit, en partie, à travers l'acquisition de nouvelles compétences. L'élaboration et la mise en œuvre du plan de formation devront tenir compte de ces perspectives qui dépassent les seules considérations opérationnelles.

L'interaction entre la réflexion stratégique et l'investissement-formation se caractérise aussi par le passage de l'offre de formation à travers les catalogues à l'instauration d'une logique d'audit et d'ingénierie de la formation⁹⁰. En effet, les plans de formation distribués à la place des catalogues constituent une alternative facilitant l'introduction d'une nouvelle logique de l'ingénierie de formation, définie comme étant

⁸⁷ Sonntag M.: Développer et intégrer la formation en entreprise, Editions liaisons, Paris, 1994. P.8.

⁸⁸ Levy-Leboyer C.: La Gestion des compétences, Editions d'organisation, Paris, 1996. P.131.

⁸⁹ Sonntag M.: Développer et intégrer la formation en entreprise, Editions liaisons, Paris, 1994. P.19

⁹⁰ Le Boterf G.: Comment évaluer les actions de formation, Les Editions d'Organisation, Paris, 1990. P.61

un ensemble coordonné de travaux méthodiques, de conception et de mise en place de systèmes de formation⁹¹. Elle consiste à traduire d'une manière opérationnelle les orientations générales définies dans la politique de formation. Concrètement, elle se traduit par le passage de la politique de formation au plan de formation.

- **Dimension opérationnelle:** L'investissement-formation s'inscrit dans une optique opérationnelle qui vise essentiellement l'acquisition, la conservation et le développement des compétences ou des qualifications professionnelles. Sa finalité opérationnelle vise ainsi la maîtrise des activités professionnelles.
- **Dimension psychologique :** Elle est difficile à appréhender car les projets de l'établissement et les attentes des professionnels peuvent être contradictoires et peu explicites, marqué par des facteurs culturels et personnels qui ne peuvent pas être conciliés avec les exigences du développement de l'organisation⁹². L'investissement-formation doit également prendre en considération les aspirations de ses acteurs, car il est considéré comme une mesure d'accompagnement des projets de développement de l'établissement ayant pour finalité de leur assurer les compétences professionnelles nécessaires.
- **Dimension sociale :** L'ouverture de la formation sur des questions autres que la logique économique est encore peu courante dans les faits. Si les progrès technologiques et organisationnels permettent au système de production de devenir encore plus performant. La dimension sociale de l'investissement-formation recouvre les préoccupations de la société et les difficultés liées à la désarticulation de la relation traditionnelle entre l'emploi et la formation.

La stratégie de tout établissement hospitalier doit nécessairement comporter des objectifs de création de potentiel matériel et immatériel, condition indispensable, pour atteindre à la fois les objectifs économiques et sociaux de cette structure de haute technicité.

⁹¹ Pain A.: l'ingénierie de la formation: état des lieux, Edition: L'Harmattan, Paris, 2003. Pp.28-30

⁹² Sonntag M.: Développer et intégrer la formation en entreprise, Editions liaisons, Paris, 1994. P.34

2- La politique et la mise en œuvre de la formation continue

La réalisation des objectifs stratégiques de l'hôpital ainsi que son développement repose sur une politique idoine de formation, notamment continue. Cette dernière est indispensable pour permettre de déterminer et d'assurer les innovations et les changements à mettre en place pour assurer le développement de l'hôpital et de ses missions, et aussi permettre d'adapter le personnel aux changements structurels et aux modifications des conditions de travail. Pour ce qui est de la politique de formation, elle doit prendre en compte deux éléments : la détermination des besoins et l'élaboration d'un plan de formation⁹³.

2.1 L'analyse des besoins de formation

L'élaboration du plan de formation est un moment privilégié et déterminant de l'action de la direction des ressources humaines (DRH). Avant toute démarche de son élaboration, il est recommandé aux DRH de procéder à une démarche consciencieuse d'identification et d'analyse des besoins de formation couvrant la période définie par le plan annuel et pluriannuel. Le service de formation doit disposer, pour cette mission, de compétences et de moyens appropriés afin de recueillir les informations indispensables, aux bonnes sources et au bon moment, puis, de les organiser selon une méthodologie éprouvée.

Si l'objectif de la formation est l'adaptation au poste, aux nouvelles technologies, aux réorganisations, la logique voudrait que les actions de formation soient conçues après une analyse des besoins. En ce qui concerne les besoins individuels, ils devraient faire l'objet d'une analyse lors d'un entretien entre l'agent et son supérieur hiérarchique ou le chef de service, ou bien avec des questionnaires permettant d'exprimer les attentes des personnels. La hiérarchisation des besoins va dépendre du degré de concertation existant à l'hôpital entre les différents acteurs. Les besoins de formations sont induits par deux sources distinctes: sont par l'individu, dites « besoins individuels » ; sont par l'organisation toute entière, dites « besoins collectif ».

⁹³ Desplanches M.N.: La formation continue à l'hôpital: Acteurs, méthodes et outils. Editions Lamarre, Paris, 2003. P.15

L'analyse des besoins en formation devrait résulter de l'évaluation de l'écart entre les compétences dont disposent les agents et celles requises par l'évolution des missions de l'établissement. Cette analyse permettrait à la formation d'être un outil de gestion préventive des compétences. Or, l'établissement éprouve des difficultés à connaître précisément les compétences de ses agents. Les services du personnel n'ont, en effet, qu'une connaissance administrative des personnels, en fonction de leur appartenance statutaire. De plus, le recrutement par voie de concours privilégie le plus souvent des critères académiques et empêche l'administration de l'établissement hospitalier de bien évaluer les compétences initiales de ses agents. Par ailleurs, le nombre élevé de surdiplômés ne facilite pas la distinction entre qualifications et aptitudes professionnelles. Enfin, la pratique des fiches de compétences, retraçant l'expérience acquise par les agents, demeure peu répandue. De plus, la réflexion sur les besoins en formation dans la fonction publique hospitalière (FPH) se limite encore souvent au court terme. La formation reste orientée vers la satisfaction des besoins immédiats.

L'établissement analyse encore trop rarement ses besoins en formation dans un cadre collectif. Il privilégie, en effet, une logique de poste au détriment de la constitution d'un capital de compétences collectives. Dans certains cas, il est pourtant nécessaire qu'une formation soit suivie par l'ensemble d'un service pour qu'elle soit réellement efficace.

Par ailleurs, le travail de l'agent s'inscrit de plus en plus dans le cadre d'une équipe où la présence d'agents non formés implique une charge de travail accrue pour les autres. Ainsi s'expliquent les réticences des personnels soignants de la FPH à travailler en équipe avec des collègues non formés. Car, la prise en compte de l'utilisateur et de la qualité de l'accueil nécessite que soient développées des formations collectives s'adressant à l'ensemble du service et non seulement au personnel médical.

Dans le domaine de la santé, les besoins sont induits par différents facteurs interactifs tels que la situation sanitaire et épidémiologique d'un pays, de laquelle découlent les besoins de santé de la population. Ils sont également issus de l'organisation sanitaire mise en place, des réformes et politiques sanitaires en cours, des

objectifs de santé publique à atteindre, et des besoins de formation exprimés par les professionnels eux-mêmes. Mais, l'offre de formation existante constitue également un facteur important agissant directement sur les besoins en formation. Cependant, cette offre est-elle suffisante? Répond-elle au référentiel d'activités de ces professionnels de santé ?

L'objectif de l'analyse des besoins est de recueillir mais aussi de réguler, d'émettre des priorités et de valider la demande en relation avec les différentes fonctions de la formation continue et des objectifs de l'établissement. Elle devra s'exprimer en termes de finalité et non seulement en fonction du contenu thématique de la formation. Il s'agit soit :

- D'une adaptation au poste de travail pour mieux répondre aux tâches prescrites;
- D'actions liées à l'évolution de l'emploi (mettre à jours ces compétences, intégrer une nouvelle réglementation, une modification des procédures de travail, etc.)

L'identification des besoins en formation constitue la pierre angulaire de tout édifice d'ingénierie de formation. Lorsque les besoins sont déterminés d'une manière précise et ciblée, les actions de formation qui seront prescrites, auront beaucoup de chance de réussir.

La problématique majeure sur laquelle se construit la démarche de détection et d'analyse des besoins est principalement d'inspiration stratégique et systématique. Elle consiste, prioritairement, en une recherche d'amélioration de l'organisation dans sa globalité, de satisfaire sans discernement les intérêts individuels ou de service⁹⁴.

2.2 Le plan de formation

L'analyse et la détection des besoins ont pour objectif de renseigner les responsables de formation sur l'inventaire, juste et synthétique, de l'ensemble des besoins à satisfaire mais, également, sur les contraintes à respecter, les difficultés à surmonter et les planifications à opérer. La phase de l'élaboration du plan est l'acte par

⁹⁴ Desplanches M.N.: La formation continue à l'hôpital: Acteurs, méthodes et outils. Editions Lamarre, Paris, 2003. P.17

lequel la DRH définit la politique de formation de l'hôpital pour l'année $n + 1$. La philosophie du plan doit permettre d'inscrire, sur le moyen terme (deux à trois ans), des actions à engager et à conduire de manière à positionner le plan dans une démarche prospective qui permet d'intégrer les évolutions attendues, affichées dans la stratégie globale de l'établissement⁹⁵.

Le plan de formation doit être validé et présenté aux instances, il doit répondre à des dispositifs d'ordre réglementaire et constitue un acte de management fondamental pour l'institution. Le débat qui s'instaure avec les partenaires sociaux, les administrateurs, le corps médical et le personnel infirmier, est l'occasion d'un échange sur la qualité de la politique de la formation et sur les perspectives d'évolution de la structure. C'est un moment privilégié pour asseoir et crédibiliser le souci de dialogue, de concertation et de transparence de la direction face à ses interlocuteurs institutionnels.

Le plan de formation est un programme, qui dans le cadre de la formation continue, regroupe un ensemble coordonné d'actions de formation. Il recense et hiérarchise les actions de formation qui seront organisées pour le personnel de l'hôpital. Il indique les publics visés, le budget et les résultats attendus. Il est la traduction opérationnelle de la politique de formation, il guide le passage des besoins aux réalisations. Le plan de formation doit permettre d'intégrer la formation aux projets réels de l'hôpital et de faire de la formation une ressource indispensable pour une gestion prévisionnelle des compétences⁹⁶.

2.3 L'évaluation de la formation continue

La diffusion d'une activité de formation occasionne des investissements importants en énergie, en temps, en argent et en ressources pour l'hôpital. Il est donc essentiel pour l'organisation de procéder à une évaluation de la formation et de mesurer les rendements obtenus sur ces investissements. Plus spécifiquement, l'évaluation de la formation permet de vérifier si les objectifs fixés au départ ont été atteints. En

⁹⁵ Meignant A.: "manager la formation", Editions Liaisons, 1997.Pp.191-193

⁹⁶ Leteurtre H., Saju J.P.: « La formation des personnels hospitaliers », Edition ENSP, 1995. Pp.27-28

comparant les objectifs d'apprentissage aux résultats obtenus (la situation de départ à la nouvelle situation), il est possible d'évaluer à quel point l'activité de formation a été bénéfique pour les agents et si celle-ci s'est traduite par des retombées concrètes pour l'hôpital.

De plus, l'évaluation est un domaine qui intéresse la mesure de la satisfaction au regard de la qualité et de la quantité de la formation suivie. Un domaine vaste qui intéresse à la fois la gestion et l'acquisition de formation. L'évaluation de la formation est un moyen puissant pour accroître l'efficacité globale de la formation, et par conséquent, l'optimisation des compétences. L'évaluation dans la formation continue est une procédure spécifique qui peut avoir des intentions multiples. Cette procédure d'évaluation est une des phases du processus de formation : Que cherche-t-on à évaluer ? Qui évaluer ? Pour qui évaluer ? Quand évaluer ? Comment évaluer ?

L'évaluation de la formation continue nécessite de s'interroger tant sur les résultats obtenus, que sur la qualité des moyens mis en œuvre pour piloter le processus de formation. Toutefois, l'obtention des résultats renvoie à la pertinence et à l'impact des actions entreprises, quant à la qualité des moyens mis en œuvre renvoie à la cohérence et l'efficacité des modes d'organisation et de fonctionnement du système de formation. Deux niveaux d'évaluation sont à distinguer⁹⁷:

2.3.1 L'évaluation interne: Elle comporte deux modes d'évaluation réalisés dans le temps de formation à savoir:

- L'évaluation de satisfaction, qui permet de mesurer l'appréciation des stagiaires sur les qualités pédagogiques et organisationnelles des actions de formation.
- L'évaluation des acquis, qui permet de mesurer l'appropriation des savoirs et des capacités.

Bien que ces deux modes d'évaluation ne permettent pas de mesurer l'impact des actions de formation dans la pratique professionnelle, ils permettent néanmoins de garantir le développement de capacités potentiellement mobilisable en situation de

⁹⁷ Desplanches M.N.: La formation continue à l'hôpital: Acteurs, méthodes et outils. Editions Lamarre, Paris, 2003. Pp.55-72

travail. Il convient, de ce fait, de rechercher dans les deux cas des méthodes et des outils adaptés et efficaces, de sorte à obtenir des informations pertinentes.

➤ *L'évaluation de satisfaction*: Réalisée en fin de formation par le responsable de formation. Elle est souvent formalisée sous forme de questionnaire auto-administré par les formés. En outre, il s'avère utile d'élaborer quelques questions ouvertes permettant d'éclairer le responsable de la formation sur les motifs de satisfaction et d'insatisfaction des formés à savoir:

- Quels sont les points forts et les points faibles de l'action à laquelle vous venez de participer?
- Quelles suggestions d'amélioration proposeriez-vous?
- Quelles sont les capacités que vous pensez pouvoir mettre en pratique?
- Quelles les capacités qui vous paraissent difficilement utilisables? Pourquoi?

Ce premier niveau correspond à l'évaluation de la réaction des formés par rapport à la formation suivie. Il convient de ce fait, de mesurer la satisfaction des personnels. Ce niveau d'évaluation génère des informations utiles mais incomplètes.

➤ *L'évaluation des acquis*: L'objectif de ce niveau d'évaluation consiste à mesurer le niveau d'appropriation des savoirs et des capacités. De ce fait, l'évaluation des acquis d'une formation est réalisée par le formateur. Elle peut prendre des formes diverses:

- L'évaluation pronostic: c'est une action qui doit être faite avant la formation pour repérer le niveau de départ.

- L'évaluation formative dite « à chaud »⁹⁸ : c'est l'action qui va avoir lieu pendant l'action de formation. Elle permet de mesurer les acquis et les connaissances durant

⁹⁸ Barbier J.M.: L'évaluation en formation, 3ème éditions, Pédagogies d'aujourd'hui, PUF, 1994. In Barouche A. : diagnostic de la mise en application de l'évaluation des effets de la formation continue des agents de soins infirmiers à l'EPSM de Saint-André, France. Séminaire sur « la formation, production de compétences et GRH : Quelles perspectives ? Université d'Oran-Es-Sénia Les 04, 05, 06 juin 2005. Pp.5-6

l'action éducative. Elle consiste à interroger les stagiaires à leur sortie de formation sur leur degré de satisfaction par rapport à l'action de formation. Il est de fait, demandé aux participants de remplir un questionnaire classique comportant plusieurs rubriques, notamment : (le programme, les méthodes pédagogiques, l'animation : qualité des exposés, la documentation pédagogique, la durée du cycle et la prise en charge matériel). Les résultats du questionnaire serviront aussi bien le centre de formation (améliorer ses besoins et les conditions de prise en charge), que le demandeur (évaluer systématiquement les besoins en formation de son personnel). L'évaluation formative à chaud, dans les actions de formation continue, permet très souvent d'obtenir un point de vue des stagiaires sur la formation, et de là renforcer les acquisitions et susciter les compléments nécessaires. Mais cette évaluation ne permet pas, à elle seule, de mesurer l'impact de la formation.

- L'évaluation dite « à froid »⁹⁹ : c'est l'évaluation réalisée après quelques semaines (ou mois) de la fin de formation. On cherche à savoir si les connaissances acquises lors d'une action de formation sont transférées sur la situation de travail. Elle permet d'introduire les changements et les correctifs dans le futur plan de formation mais aussi, à travers des entretiens de carrière, de déterminer ce qui a été réalisé et les besoins pour l'année suivante. Par ailleurs, elle vise à prendre des décisions d'orientation ou de sélection en fonction des acquis.

2.3.2 L'évaluation externe: Elle est réalisée à distance de la formation, appelée aussi "évaluation différée". Cette évaluation comporte deux niveaux:

- L'évaluation du transfert en situation de travail des acquis de formation continue,
- L'évaluation des effets de la formation continue.

L'évaluation différée des actions de formation continue sera mise en œuvre, en fonction des enjeux et de la nature des actions, en raison notamment de l'investissement qu'elle représente pour les évaluateurs.

⁹⁹ Barbier J.M.: L'évaluation en formation, 3ème éditions, Pédagogies d'aujourd'hui, PUF, 1994. In Barouche A. : diagnostic de la mise en application de l'évaluation des effets de la formation continue des agents de soins infirmiers à l'EPSM de Saint-André, France. Séminaire sur « la formation, production de compétences et GRH : Quelles perspectives ? Université d'Oran-Es-Sénia Les 04, 05, 06 juin 2005. Pp.5-6

➤ *L'évaluation du transfert en situation de travail des acquis de la formation:* ce niveau d'évaluation permet de mesurer l'opérationnalité des actions de formation continue dans les pratiques professionnelles. Il est utilisé de 3 à 9 mois après la formation, il nécessite l'élaboration d'une démarche dès la conception de l'action de formation. Il s'agit du niveau de la mise en œuvre des compétences. La compétence c'est d'abord la capacité à bien réaliser les activités relatives à l'emploi, mais c'est aussi les ressources qu'il est nécessaire de combiner et de mobiliser pour agir ou pour résoudre un problème. Ces ressources correspondent aux connaissances générales (savoir comprendre), aux connaissances spécifiques à l'environnement professionnel, aux connaissances procédurales (savoir procéder), aux savoir-faire opérationnels (savoir comment opérer), aux savoir-faire expérientiels (savoir y faire), aux savoir-faire relationnels (savoir se comporter, se conduire), aux savoir-faire cognitifs (savoir traiter l'information), mais la compétence est aussi basée sur des ressources physiologiques et émotionnelles de la personne, sur ses aptitudes et ses qualités.

L'essentiel de ces multiples ressources constitue le référentiel de compétence, lui même issu du référentiel d'emploi. Le référentiel de compétences va générer le référentiel de formation, c'est-à-dire l'énoncé des capacités à acquérir ou à développer pendant et par la formation. Il s'agit d'enquêter sur des faits pour savoir dans quelle mesure les acquis de la formation sont effectivement et efficacement utilisés dans la situation de travail et d'identifier les leviers et les obstacles à la mise en œuvre des compétences.

➤ *L'évaluation des effets de la formation:* Elle correspond à l'évaluation des résultats de la formation sur la performance individuelle et collective. Elle concerne la contribution de la formation à l'évolution de la qualité du service rendu. Il faut rappeler que les effets de la formation peuvent être à court terme, ce qui n'est pas toujours évident, et les effets à moyen et long terme, ce qui est difficile à évaluer.

Néanmoins, pour évaluer les effets de la formation, il est nécessaire de prendre en compte un certain nombre d'aspects déterminants trop souvent négligés à savoir : les conditions de management (dimensions comportementales, relationnelles...) et les critères apparemment plus objectifs d'amélioration des résultats (conditions de travail, organisation,...).

Conclusion

La formation continue doit permettre non seulement d'acquérir de nouvelles compétences mais aussi de capitaliser les acquis procurés au moyen des formations initiales et des expériences professionnelles. Elle porte sur un vaste éventail d'objets que l'on peut regrouper autour de trois axes de développement : le développement professionnel, le développement au regard des besoins organisationnels et le développement personnel.

Qu'en est-il de la formation continue dans les établissements hospitaliers publics algériens?

CHAPITRE 3: L'EVOLUTION DES RESSOURCES HUMAINES ET LA FORMATION CONTINUE EN MILIEU HOSPITALIER EN ALGERIE

Introduction

Sur un effectif d'environ 1 526 710 de fonctionnaires que recèle la fonction publique, l'Algérie compte en 2006, 177 896 de personnels dans la fonction publique hospitalière, soit près de 12% de la population totale de la fonction publique. Ce contingent d'actifs nous oblige à s'interroger sur les charges financières supportées, sur le mode de gestion et sur la nécessité d'agir de manière à éviter toute défaillance préjudiciable à la collectivité.

Entre 1996 et 2006 l'effectif total de la fonction publique hospitalière a augmenté de 6,1%. L'organisation du travail doit s'assurer à tout moment que les gains ainsi acquis en volume viennent en complément d'une amélioration significative, visible dans l'efficacité et l'efficience du travail ainsi que de la qualité du service rendu.

Il suffit de souligner que 70 à 80% des charges sont consacrées au personnel pour prendre conscience de l'énorme potentiel en moyens humains que recèlent les établissements hospitaliers algériens. Il devient donc urgent de valoriser la variable "Ressource Humaine" et de développer cette ressource par l'intégration de la formation continue qui est considérée comme l'un des outils les plus adaptés et les plus efficaces pour assurer aux établissements hospitaliers une main d'œuvre qualifiée et compétente.

Ce chapitre a pour objectif d'embrasser dans la première section un bref état de l'évolution des ressources humaines, matérielles et budgétaires dans les établissements hospitaliers publics algériens. La seconde section traite de la formation continue en milieu hospitalier en Algérie en tentant d'analyser son historique et cadre réglementaire, son financement et son évaluation, ses contraintes et ses perspectives.

I- L'OFFRE DE SOINS

Avant de traiter de l'évolution des ressources humaines dans les établissements hospitaliers algériens, nous allons d'abord présenter l'évolution des ressources matérielles (infrastructures, équipements médicaux et le parc auto) et du budget dont ont bénéficié les établissements hospitaliers durant la période allant de 1996 à 2006.

1 - Infrastructures

Compte tenu des restructurations qui ont touché les infrastructures sanitaires, au cours de l'année 1998, à savoir la création de nouveaux secteurs sanitaires et EHS ainsi que l'éclatement de certains CHU (décrets exécutifs n° 97-467, n° 97-465, n° 97-466 du 02 décembre 1997, portant les règles de création des CHU, des EHS et des secteurs sanitaires respectivement)¹⁰⁰. Le secteur de la santé se compose: des infrastructures publiques hospitalières, des infrastructures extra hospitalières et des infrastructures privées. En effet, L'infrastructure hospitalière publique compte, au 31/12/2006, 185 hôpitaux relevant des secteurs sanitaires, 13 Centres hospitalo-universitaires (CHU) et 36 Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) totalisant près de 60003 lits, soit une augmentation de 5692 lits par rapport à l'année 2000. De plus, nous comptons 3666 lits de maternités autonomes ou intégrées à des polycliniques et centres de santé dont 132 lits non fonctionnels¹⁰¹.

Le nombre d'unités extra hospitalières continue à augmenter également, ce qui montre bien la priorité accordée par l'Etat aux soins de base. En effet, elles passent de 482 polycliniques en 1998 à 512 en 2006, de 1 150 centres de santé à 1 275, de 4 390 salles de soins à 4 545 durant la même période.

Le secteur privé compte, au 31/12/2006, 160 Cliniques médico chirurgicales, 24 Cliniques médicales et 57 Centres d'hémodialyse, totalisant près de 4000 lits. 13 Centres de diagnostic, 07 Centres de procréation médicalement assistée, 85 Unités de transport sanitaire, 4573 Cabinets de consultations spécialisées, 5990 Cabinets de

¹⁰⁰ MSP, statistiques sanitaires, Edition 1999

¹⁰¹ MSPRH, statistiques sanitaires, Edition 2008

consultations généralistes, 3832 Cabinets de chirurgie dentaire, 5849 Officines pharmaceutiques et 812 Laboratoires d'analyses médicales¹⁰². Alors que le secteur public est de plus en plus attractif et un nombre important de médecins quitte le secteur public pour les avantages qu'ils présentent, en terme surtout de rémunération ou encore de conditions de travail. Le secteur public connaît des difficultés dans le fonctionnement de ses secteurs.

Au cours de notre travail, nous allons nous intéresser uniquement aux établissements publics hospitaliers (secteurs sanitaires, CHU et EHS).

2- Equipement médicaux et parc auto

Les moyens matériels, notamment les équipements médicaux n'ont pas connu de renouvellement significatif depuis 1982¹⁰³. Le nombre global d'appareils médicaux, au 31/12/2006, toutes catégories confondues, est de 24.268 dont 3259 sont en panne, soit un taux d'immobilisation de 13,43%. Ce taux de panne diffère selon les structures hospitalières. Il est de 19,15% au niveau des secteurs sanitaires, de 23,76% dans les CHU et de 14,57% dans les EHS (Cf. Tableau 1).

Tableau 1: Evolution du taux de panne globale des équipements médicaux au niveau national (en %)

Années	Secteur sanitaires	CHU	EHS	Total de panne	
				Nombre	%
1996	17,41	23	17	3250	17
1997	18	24	20	3915	20
1998	17,78	25,84	17,48	4058	20
1999	17,40	23	15,58	1719	18,96
2000*	17,51	22	14,70	4167	19
2001*	16,72	20,30	17,88	3597	17,74
2002*	16,74	17,35	12,61	3577	16,64
2003*	17,72	12,56	11,81	3180	15,84
2004*	15,63	15,40	11,37	3492	15,29
2006*	19,15	23,76	14,57	3259	13,43

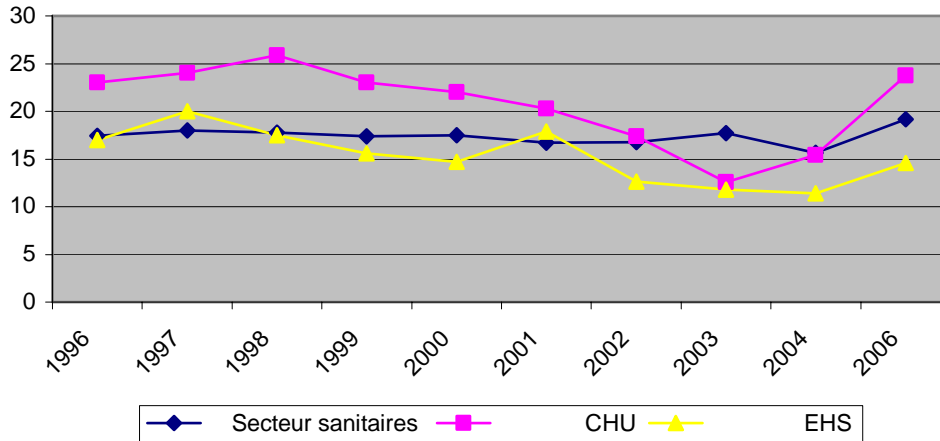
Source: Kaïd Tlilane N.: système de santé algérien entre efficacité et équité: Essai d'évaluation à travers la santé de l'enfant. Enquête dans la wilaya de Bejaia. Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques, Université d'Alger 2003.

*: Ratios calculés par nos soins à partir des statistiques sanitaires MSPRH, Ed. 2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008

¹⁰² MSPRH: statistiques sanitaires, Edition 2008

¹⁰³ Kaïd Tlilane N.: système de santé algérien entre efficacité et équité: Essai d'évaluation à travers la santé de l'enfant. Enquête dans la wilaya de Bejaia. Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques, Université d'Alger 2003. P.76

Figure 1: Evolution du taux de panne globale des équipements médicaux au niveau national (en %)



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 1

Le taux de panne qui est considéré élevé est dû en grande partie à la surutilisation et à une absence d'une politique de maintenance. En 2006, le taux de panne le plus important est enregistré au niveau du groupe des appareils suivants: "d'anesthésie et de soins intensifs" (37%), "d'imagerie médical" (19%), "d'exploration fonctionnelle" (17%), de techniques opératoires" (14%) et enfin de "stérilisation et désinfection"(13%)¹⁰⁴.

Pour ce qui est du parc auto, le secteur public compte au 31/12/2006 d'un parc roulant de 3980 véhicules, toutes catégories confondues, dont 545 en panne, soit un taux d'immobilisation de près de 14%. Comparé à celui observé dans les années précédentes, ce taux a connu une baisse considérable, de 3% comparé à l'année 2004 et de 10% comparé à l'année 1996¹⁰⁵. Le taux de panne des véhicules hospitaliers est de 13,27% au niveau des structures sanitaires. Il est légèrement plus important dans les CHU et EHS, soit près de 16% dans chacune de ces structures (Cf. Tableau 2).

¹⁰⁴ MSPRH: statistiques sanitaires, Edition 2008

¹⁰⁵ Idem.

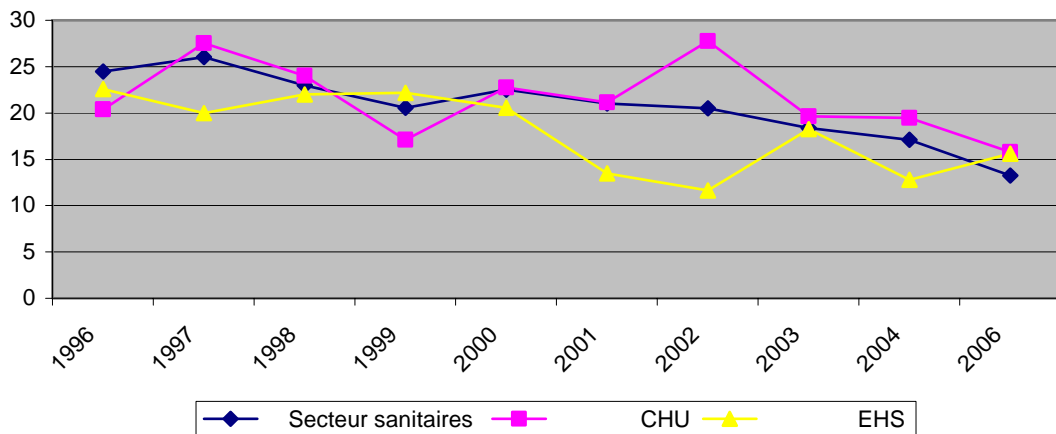
Tableau 2: Evolution du taux de panne globale du parc-auto au niveau des établissements publics hospitaliers algériens (en %)

Années	Secteur sanitaires	CHU	EHS	Total de panne	
				Nombre	%
1996	24,50	20,40	22,60	855	23,80
1997	26	27,50	20	906	26
1998	23	24	22	807	23
1999	20,58	17,11	22,16	719	20,31
2000*	22,50	22,73	20,55	774	22
2001*	21,04	21,12	13,47	727	20,53
2002*	20,48	27,76	11,61	743	20,64
2003*	18,38	19,61	18,28	687	18,51
2004*	17,13	19,48	12,80	657	17,07
2006*	13,27	15,80	15,61	545	13,69

Source: Kaïd Tlilane N.: système de santé algérien entre efficacité et équité: Essai d'évaluation à travers la santé de l'enfant. Enquête dans la wilaya de Bejaia. Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques, Université d'Alger 2003.

*: Ratios calculés par nos soins à partir des statistiques sanitaires MSPRH, Ed. 2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008

Figure 2: Evolution du taux de panne globale du parc-auto au niveau des établissements publics hospitaliers algériens (en %)



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 2

3-Budget

Globalement, les dotations budgétaires des établissements sanitaires concernant la période allant de 1996 à 2006 ont connu une croissance considérable en dinars courant, puisque elles passent de 43.616.473.638 DA en 1996 à 111.003.110.000 DA en

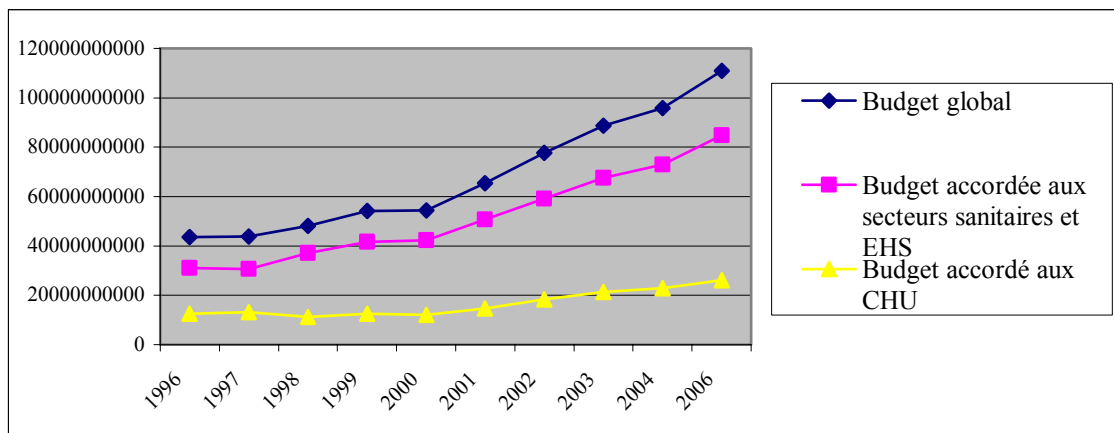
2006. Soit un indice d'évolution de 254,50 sur la base de 100 en 1996¹⁰⁶ (Cf. Tableau 3). Cette augmentation peut être expliquée par le phénomène de l'inflation.

Tableau 3 : Evolution des dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissement au niveau national en DA courant

Année	Budget total	Indice d'évolution (A)	Budget accordé aux secteurs sanitaires et EHS			Budget accordé aux CHU		
			En DA	En %	(A)	En DA	En %	(A)
1996	43.616.473.638	100	31.009.550.000	71,09	100	12.606.923.000	28,91	100
1997	43.764.610.000	100,33	30.701.010.000	70,15	99,01	13.063.600.000	29,85	103,62
1998	48.189.206.422	110,48	37.033.430.000	76,85	119,42	11.155.776.422	23,15	88,49
1999	54.150.700.000	124,15	41.683.473.983	76,97	134,42	12.467.226.017	23,03	98,90
2000	54.323.850.892	124,55	42.231.394.662	77,74	136,19	12.092.456.230	22,26	95,92
2001	65.477.450.000	150,12	50.736.022.000	77,49	163,61	14.741.428.000	22,15	116,93
2002	77.657.049.700	178,04	59.231.045.700	76,27	191,01	18.426.004.000	23,73	146,16
2003	88.810663.492	203,62	67.471.180.727	76,00	217,58	21.339.482.765	24,03	169,27
2004	95.775.085.000	219,58	72.983.654.000	76,20	235,36	22.791.431.000	23,80	180,78
2006	111.003.110.000	254,50	84.807.845.000	76,40	273,50	26.195.265.000	23,60	207,78

Source: Ratios réalisés par nos soins à partir de : MSPRH, statistique sanitaire, Ed. 2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008

Figure 3: Evolution des dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissement au niveau national en %



Source: graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 3

L'étude des dotations par type d'établissement sanitaire montre que, la part relative aux secteurs sanitaires et EHS tend à la hausse durant la période allant de 1996 à 2004. Cela peut être expliqué par le nombre important de secteurs sanitaires existants (185), mais aussi et surtout par le renforcement des soins de santé de base comme

¹⁰⁶ MSPRH: statistiques sanitaires, Edition 2006,2008

principe fondamental de la politique nationale de santé¹⁰⁷. On peut constater aussi que les secteurs sanitaires et les EHS bénéficient de près des trois quarts des dotations contre un quart allant aux CHU durant cette même période (Cf. Tableau 3).

Néanmoins, l'étude de l'évolution des dotations budgétaires par poste de dépenses confirme la part importante des dépenses des personnels et la place marginalisée de la formation et de la recherche médicale (Cf. Tableau 4).

Tableau 4: Evolution des parts budgétaires par nature de dépenses au niveau national (en %)

Nature des dépenses	1974	1982	1990	1992	1993	1995	1996	1997	1998	1999
Personnel	64,82	62,61	74,40	75,30	74,54	72	65	66	68,5	67,1
Formation	-	-	-	3,72	3,31	3	3	3	3	2,8
Alimentation	5,42	5,93	4,74	2,68	2,66	3	3	2	2,2	2,0
Médicaments	17,70	12,65	6,30	10,02	9,78	12	15	16	14,3	16,2
Prévention	4,11	-	1,45	0,94	1,15	1	3	2,5	2	1,8
Matériel médical	-	-	-	1,46	1,46	2	2	2,5	2,4	3,47
Entretien infrast. Sani.	-	-	-	1,03	1,11	2	2	1,5	1,7	1,6
Autres dépenses	-	-	-	4,74	4,50	5	6	5	4,8	4
Œuvres sociales	-	-	-	-	1,40	1	1	1	1,1	1
Recherches médicales	-	-	-	0,11	0,09	0,1	0	0,50	0,03	0,03

Suite tableau 4 :

Nature des dépenses	2000*	2001*	2002*	2003*	2004*	2006*
Personnel	68	69,54	65,25	60,07	61,62	60,32
Formation	3	2,62	2,12	2,73	2,49	2,34
Alimentation	2	1,73	1,55	1,73	1,89	2,29
Médicaments	15	13,36	17,4	19,66	17,62	18,78
Prévention	2	1,34	2,27	2,40	2,37	2,39
Matériel médical	3	9,91	4,1	4,09	4,86	3,64
Entretien infrast. Sani.	2	2,1	1,92	2,37	2,66	2,89
Autres dépenses	5	4,23	4,37	5,92	5,36	5,76
Œuvres sociales	1	1,13	1	0,97	1,08	1,52
Recherches médicales	0	-	-	0,03	0,03	0,03

Source: Kaïd Tlilane N.: système de santé algérien entre efficacité et équité: Essai d'évaluation à travers la santé de l'enfant. Enquête dans la wilaya

de Bejaia. Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques, Université d'Alger 2003. P.65

*: Ratios calculés par nos soins à partir des statistiques sanitaires MSPRH, Ed.2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008

¹⁰⁷ Kaïd Tlilane N.: système de santé algérien entre efficacité et équité: Essai d'évaluation à travers la santé de l'enfant. Enquête dans la wilaya de Bejaia. Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques, Université d'Alger 2003. P.64

La grande part du budget de la santé est consacrée à la rémunération du personnel. Cette part représentait 64,82% en 1974 passe à 75,30% en 1992, puis à 60,32% en 2006. Cette baisse qui a commencé à partir de 1993, peut s'expliquer par l'émergence du secteur privé, et qu'un nombre important de personnes quitte le secteur public, pour des raisons économiques (le privé est mieux rémunérant que le public), pour son extension et les conditions de travail meilleures qu'il offre.

Le médicament occupe la deuxième place en terme de niveau des dépenses de fonctionnement. Même si sa part a subi une réduction de 2/3 entre 1974 et 1990, passant de 17,7% en 1974 à 6,3% en 1990. Puis elle augmente à 18,78% en 2006. Malgré cette dépense énorme, le secteur public souffre fréquemment de pénuries de médicaments et des insuffisances pour répondre aux besoins des malades hospitalisés.

Quant à la formation, elle n'a toujours pas intéressé les politiques des structures. Elle n'est pas prise en compte et est considérée comme une fonction secondaire. Sa part dans le budget global est en régression de plus en plus. Elle passe de 3,72% en 1992 à 3% en 1999 et enfin à 2,34% en 2006. Les problèmes auxquels sont confrontées les structures hospitalières algériennes ne laissent pas d'opportunité à cette fonction importante qui doit évoluer pour répondre aux besoins des malades et des structures hospitalières. Il est de même que pour la recherche médicale qui est quasi inexistante.

Et enfin, on constate que l'aspect curatif est privilégié à l'aspect préventif¹⁰⁸. D'ailleurs, le tableau 5 montre que la part budgétaire consacré à ce volet se voit réduite de plus en plus. En effet, elle passe de 4,11% en 1974 à 3% en 1996 et enfin à 2,39% en 2006¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Kaid Tlilane N.: système de santé algérien entre efficacité et équité: Essai d'évaluation à travers la santé de l'enfant. Enquête dans la wilaya de Bejaia. Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques, Université d'Alger 2003. P.68

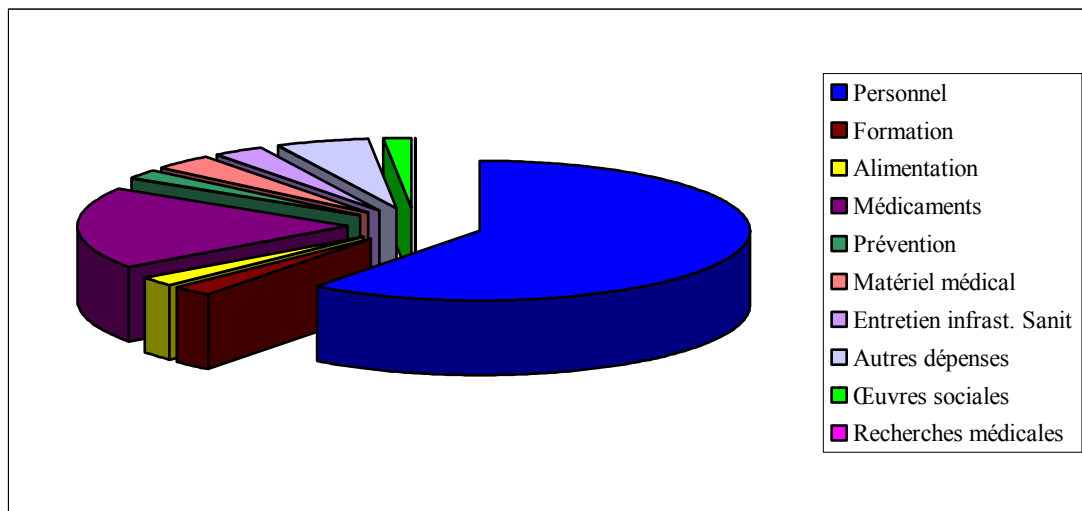
¹⁰⁹ MSPRH: statistiques sanitaires, Edition 2008

Tableau 5: Répartition des crédits alloués par nature de dépense et par structure pour l'année 2006 en Algérie

Nature des dépenses	Part budgétaire %			Total
	Secteur sanitaire	EHS	CHU	
Personnel	46,81	3,57	9,94	60,32
Formation	0,35	0,36	1,63	2,34
Alimentation	1,36	0,31	0,62	2,29
Médicaments	8,38	2,75	7,65	18,78
Prévention	2,17	0,05	0,17	2,39
Matériels médicaux	1,78	0,43	1,43	3,64
Entretien	1,96	0,33	0,6	2,89
Autres dépenses	3,89	0,58	1,29	5,76
Œuvres sociales	1,17	0,12	0,23	1,52
Recherche médicale	0,01	-	0,02	0,03
Total	67,88	8,49	23,58	100,00

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir de : MSPRH, statistiques sanitaires, Ed. 2008

Figure 4: Répartition du budget global par nature de dépenses de l'année 2006 en %



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 5

On constate aussi qu'à partir du tableau 5, les dépenses du personnel sont importantes dans tous les établissements (secteurs sanitaires (46,81%), CHU (9,94%), EHS (3,57%) par rapport aux autres dépenses. Ce qui justifie la nécessité d'une gestion optimale de cette ressource qui pèse lourdement pour la collectivité. Mais l'outil qui participe à son développement représente la part la plus petite "Formation": 2,34% et aussi "recherche médical": 0,03%¹¹⁰.

¹¹⁰ MSPRH: statistiques sanitaires, Edition 2008

4- Les ressources humaines

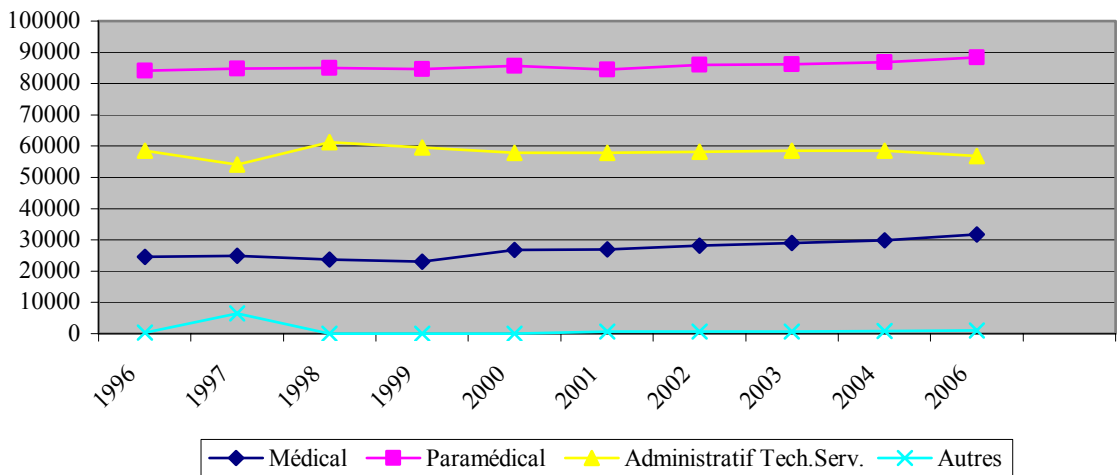
Le personnel médical représente, en 2006, 17,84% de l'effectif global (dans les établissements publics hospitaliers), le paramédical 49,66% et enfin, le personnel administratif, technique et de service 31,95% (Cf. Tableau 6).

Tableau 6: Evolution du personnel des établissements publics hospitaliers algériens

Années	Médical		Paramédical		Administratif Tech.Serv.		Autres		Total	
	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %
1996	24.658	14,71	84.065	50,14	58.514	34,90	411	0,24	167.648	100
1997	24.950	14,65	84.780	49,77	54.171	31,80	6433	3,78	170.334	100
1998	23.726	13,95	85.040	50,00	61.321	36,05	-	-	170.087	100
1999	23.093	13,80	84.629	50,60	59.564	35,61	-	-	167.286	100
2000	26.861	15,77	85.717	50,31	57.793	33,92	-	-	170.371	100
2001	27.037	14,95	84.414	46,66	57.839	31,97	653	0,36	169.943	100
2002	28.111	16,24	86.021	49,71	58.210	33,64	703	0,41	173.045	100
2003	29.046	16,65	86.205	49,41	58.478	33,52	729	0,42	174.458	100
2004	29.929	17,00	86.803	49,30	58.554	33,26	783	0,44	176.069	100
2006	31.736	17,84	88.339	49,66	56.835	31,95	986	0,55	177.896	100

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir de: MSPRH, statistiques sanitaires, Ed. 1997, 1998, 1999, 2000, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008.

Figure 5: Evolution du personnel des établissements publics hospitaliers algériens



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 6

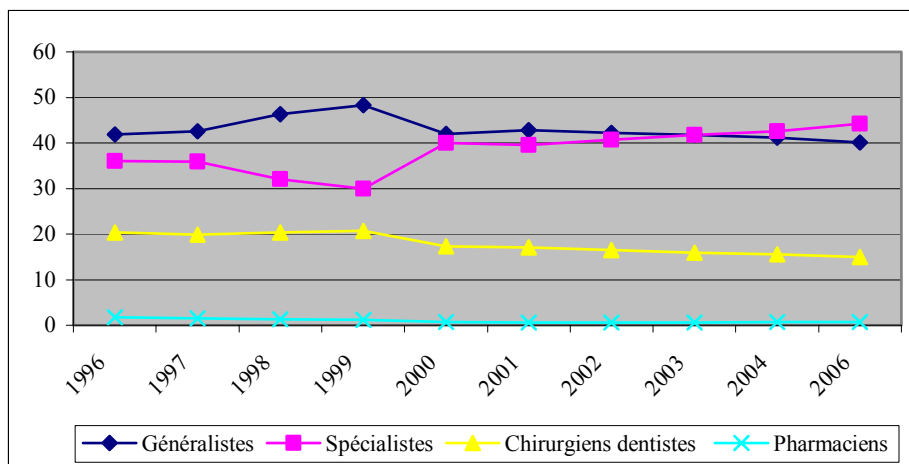
La figure 6 montre que la répartition du corps médical par statut permet de constater une tendance à la spécialisation. En effet, le nombre de spécialistes passe de 8.882 à 14.045 médecins entre 1996 à 2006, représentant respectivement 36,02% et 44,25% de l'ensemble. La tendance à la baisse est marquée pour les chirurgiens dentistes qui voient leur nombre baisser durant la période étudiée (1996 à 2006), passant ainsi de 5.029 (20,39%) à 4.742 (14,94%) chirurgiens dentistes. Quant aux pharmaciens, corps d'exercice privé par excellence, ils n'ont cessé de baisser, passant de 421 (1,71%) pharmaciens en 1996 à 198 (0,73%) en 2006 (Cf. Tableau 7).

Tableau 7: Evolution du personnel médical dans les établissements publics hospitaliers selon le statut en Algérie

Années	Généralistes		Spécialistes		Chirurgiens dentistes		Pharmaciens		Total	
	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %
1996	10.326	41,88	8.882	36,02	5.029	20,39	421	1,71	24.658	100
1997	10.635	42,62	8.955	35,89	4.973	19,93	387	1,55	24.950	100
1998	10.975	46,26	7.615	32,10	4.824	20,33	312	1,31	23.726	100
1999	11.151	48,29	6.909	29,92	4.770	20,66	263	1,14	23.093	100
2000	11.275	41,97	10.737	39,97	4.647	17,30	202	0,75	26.861	100
2001	11.569	42,79	10.689	39,53	4.608	17,04	171	0,63	27.037	100
2002	11.861	42,19	11.444	40,71	4.629	16,47	177	0,63	28.111	100
2003	12.122	41,73	12.121	41,73	4.625	15,92	178	0,61	29.046	100
2004	12.338	41,22	12.745	42,58	4.648	15,53	198	0,66	29.929	100
2006	12.717	40,07	14.045	44,25	4.742	14,94	232	0,73	31.736	100

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir de: MSPRH, statistiques sanitaires, Ed. 1997, 1998, 1999, 2000, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008.

Figure 6: Evolution du personnel médical dans les établissements publics hospitaliers selon le statut en Algérie



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 7

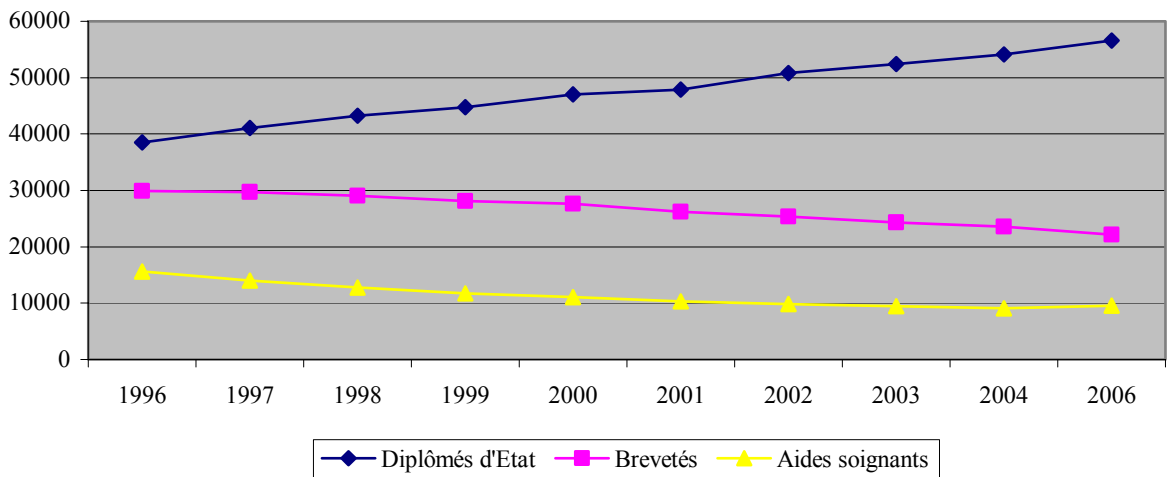
L'effectif du personnel paramédical au niveau national, enregistré au 31/12/2006, s'élève à 89.968 agents dont 88.339 agents sont comptabilisés dans les établissements publics hospitaliers (Cf. Tableau 8).

Tableau 8: Evolution du personnel paramédical public par filière en Algérie

Années	Diplômés d'Etat		Brevetés		Aides soignants		Total	
	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %
1996	38.554	45,86	29.911	35,58	15.600	18,56	84.065	100
1997	41.059	48,43	29.726	35,06	13.995	16,51	84.780	100
1998	43.238	50,84	29.061	34,17	12.741	15,00	85.040	100
1999	44.722	52,84	28.128	33,24	11.779	13,92	84.629	100
2000	47.028	54,86	27.650	32,26	11.039	12,88	85.717	100
2001	47.881	56,72	26.261	31,11	10.272	12,17	84.414	100
2002	50.800	59,05	25.369	29,49	9.852	11,45	86.021	100
2003	52.435	60,82	24.347	28,24	9.423	10,93	86.205	100
2004	54.151	62,38	23.553	27,13	9.099	10,48	86.803	100
2006	56.547	64,01	22.190	25,12	9.602	10,87	88.339	100

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir de: MSPRH, statistiques sanitaires, Ed. 1997, 1998, 1999, 2000, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008.

Figure 7: Evolution du personnel paramédical public par filière en Algérie



Source: graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 8

Une tendance à la qualification du personnel paramédical est observée durant la période étudiée. Dans sa globalité, l'effectif paramédical a connu une augmentation de 5% entre 1996 et 2006. Cette augmentation concerne uniquement les diplômées d'Etat.

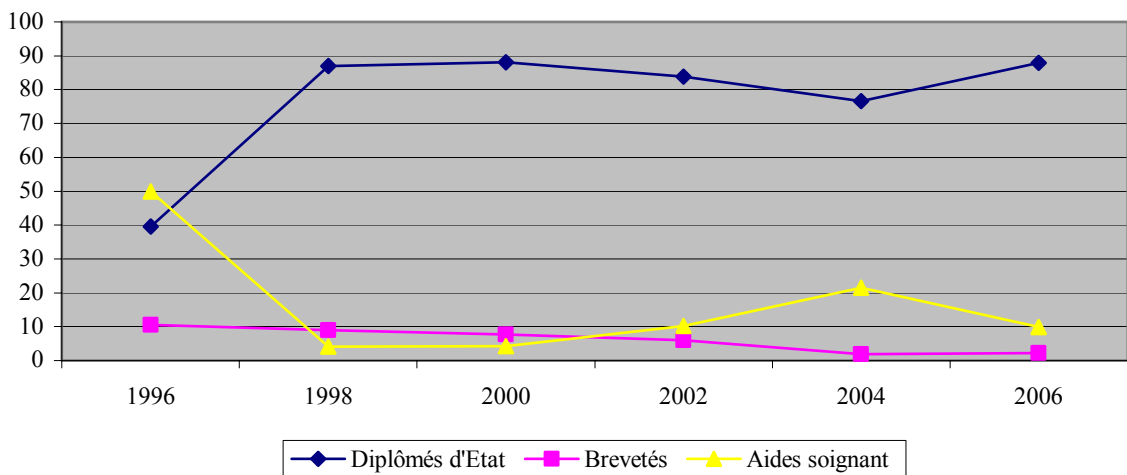
Quant aux brevetés et aux aides soignants, ils ont marqué une tendance à la baisse (Cf. Tableau 8). En effet, la politique de formation paramédicale favorise davantage des diplômés d'Etat au détriment des autres corps (Cf. Tableau 9). Et outre, l'effectif des agents paramédicaux en formation est déterminé par les structures de santé en fonction de leurs besoins.

Tableau 9: Evolution des paramédicaux en formation en Algérie

Années	Diplômés d'Etat		Brevetés		Aides soignant		Total	
	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %
1996	7145	39,50	1900	10,50	9045	50,00	18.090	100
1998	8650	87	886	8,91	406	4,08	9.942	100
2000	6719	88,10	587	7,70	321	4,21	7.627	100
2002	6505	83,86	463	5,97	789	10,17	7757	100
2004	6792	76,64	164	1,85	1906	21,51	8.862	100
2006	6433	87,97	156	2,13	724	9,90	7.313	100

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir de: MSPRH, statistiques sanitaires, Ed. 1997, 1998, 1999, 2000, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008.

Figure 8: Evolution des paramédicaux en formation au niveau national



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 9

Les personnels administratif, technique et de service regroupent un effectif de 56.835 personnes. Par structure, ces corps sont plus concentrés au niveau des secteurs

sanitaires avec un taux de 69,12% contre 21,22% pour les CHU et 9,66% pour les EHS (Cf. Tableau 10).

Tableau 10: Répartition des personnels administratif, technique et de service par type de structure pour l'année 2006 en Algérie

Structure	Personnel Administratif		Personnel Technique		Personnel de Services		Total	
	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %
Secteurs sanitaires	9.411	24	2.093	5,33	27.774	70,71	39.278	69,11
CHU	2.601	21,56	626	5,20	8.838	73,25	12.065	21,23
EHS	1.242	22,61	327	5,95	3.923	71,43	5.492	9,66
Total	13.254	23,32	3.046	5,36	40.535	71,32	56.835	100

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir de: MSPRH, statistiques sanitaires, Ed. 1997, 1998, 1999, 2000, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008.

L'évolution des ressources humaines est d'une importance capital et une nécessité indéniable pour répondre aux besoins sans cesse croissants et aux changements pouvant affecter les établissements hospitaliers algériens.

II- LA FORMATION CONTINUE EN MILIEU HOSPITALIER EN ALGERIE

La formation continue, véritable industrie du savoir, a subi ces dernières années de profondes mutations qui ont intéressé les approches méthodologiques et les modes de dispenses. Cependant, l'enseignement ancien est remplacé par des méthodes avancées basées sur l'acquisition de compétences¹¹¹. De ce fait, la formation continue s'impose comme un facteur incontournable de développement et de progrès. Elle constitue, en tant que vecteur de valorisation de la ressource humaine, l'investissement le plus important en termes de retombées positives sur l'amélioration de la qualité des soins et de la gestion des activités qui concourent, d'une manière générale, à la prise en charge de la santé de la population. Toutefois, le recours à la formation continue n'est pas une simple

¹¹¹ Ouchtati M.; Belabed K., Boulassel A.: Formation continue et requalification du médecin généraliste: le défi sociétal algérien, article du laboratoire des techniques de l'évaluation médicale, Faculté de médecine. Université de Constantine. 2004. P. 142

formalité nécessaire à satisfaire des exigences d'une loi, mais un outil de promotion sociale et professionnelle évalué en terme d'amélioration des pratiques.

La politique de formation continue menée par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), depuis l'indépendance, a évolué en fonction des besoins conjoncturels exprimés en termes d'extension du réseau infrastructurel sanitaire et de l'accroissement de la population. Cette formation a connu une phase quantitative où il fallait répondre aux besoins pressants en personnels qualifiés dans les domaines médical, paramédical et gestionnaire, pour pourvoir au déficit structurel. Pour cela, l'instauration d'une formation permanente, en adéquation avec les besoins du terrain professionnel, permet une remise à niveau pour remédier à l'insuffisance de la formation de base et aux problèmes qui ne peuvent être réglés ou maîtrisés exclusivement par l'expérience professionnelle, une acquisition de nouvelles connaissances et compétences pour se mettre au diapason du développement des techniques et méthodes scientifiques en perpétuel essor (actualisation des savoir et savoir-faire) et enfin, elle permet une adaptation à l'emploi.

La volonté des décideurs, de développer et généraliser la formation continue des personnels de santé, s'est traduite par la mise en œuvre des moyens financiers (budgets spécifiques) qu'organisationnel (mise en place d'un dispositif à tous les niveaux).

1- Fondements, historique et tendances

La formation continue des personnels de santé a connu un processus de maturation progressive qui a abouti à la dimension importante revêtue ces dernières années. Les réformes hospitalières initiées par les décideurs ont pour objectif une réhabilitation des établissements hospitaliers afin qu'ils puissent répondre aux besoins en santé de la population et satisfaire leurs exigences en matière de qualité. Dans cette restructuration du système de santé algérien, le personnel hospitalier est un acteur incontournable et sa requalification est une urgence si on veut réussir les différents changements que subissent les établissements hospitaliers.

En effet, depuis une décennie, la dimension prise par la formation continue des personnels de la santé, est le résultat d'une longue réflexion qui a abouti à la réunion des éléments favorables à la mise en œuvre d'une politique de formation qui se veut ambitieuse et pragmatique. La formation continue a connu, ces dernières années, une évolution positive, qui lui a permis d'atteindre une dimension importante de par¹¹² :

- Le nombre de personnes concernées, en quantité et en diversité ;
- L'éventail des thèmes traités chaque année, au niveau national et local, et qui intéressent l'ensemble des corps et professions exerçant dans le secteur de la santé.
- L'intérêt grandissant accordé par les pouvoirs publics à son développement et à sa généralisation s'est traduit, notamment, par la décision de l'inscrire comme axe prioritaire dans le plan d'actions du Ministère de la Santé et de la Population, et par l'allocation d'un budget spécifique pour prendre en charge les efforts entrepris dans ce domaine.

Evidemment, ce processus de maturation a connu des phases d'évolution que l'on va exposer comme suit:

Etape préliminaire: durant la deuxième moitié des années 80, le ministère de la santé et de la population a initié les premières actions de formation continue, à partir de l'exploitation des résultats d'un questionnaire de recherche qui a été élaboré auprès des structures, organisations et sociétés savantes relevant du secteur de la santé. Ce diagnostic a permis de déterminer les contraintes ainsi que les actions de formation continue à élaborer. Des insuffisances ont été mises à l'évidence comme l'inadéquation des moyens par rapport aux besoins, le manque de motivation des organisateurs et des formateurs, l'organisation éparse et spontanée d'actions de formation et surtout l'absence d'un cadre juridique ainsi que de crédits spécifiques.

Etape secondaire (1992-1995): après avoir recensé les données relatives à l'enquête, une étape de réflexion à l'élaboration d'une stratégie de formation continue

¹¹² Ministère de la Santé et de la Population, Direction de la Formation: La politique de formation continue des personnels de santé, décembre 2001

des personnels de santé commençait à naître notamment avec la création d'un organe de consultation qui avait vu le jour en 1993, régi en comité dénommé "Comité National de Formation Continue" (CNFC) selon l'arrêté ministériel n° 14 du 13 juin 1993¹¹³. Cette réforme a pour mission principale de mettre en œuvre une politique de formation continue efficiente et adaptée aux besoins émanant de la base. Après quelques décennies de travail, ce comité a montré ses limites.

En 1995, trois séminaires (20 et 21 juin 1995 à Skikda, 27 et 28 juin 1995 à Oran, 08 et 09 juillet 1995 à Alger) ont eu lieu afin d'enrichir les débats et de proposer une stratégie de formation continue. Il en ressort une dynamique de vouloir faire en matière d'organisation, de réglementation et de financement. Durant cette année, des cellules de formation continue sont installées au niveau des DSP et des structures de santé et sont chargées de recenser les besoins en formation et de coordonner les actions locales. Pour permettre une progression quantitative des actions de formation locales et nationales, et en raison de l'apport important que procure les moyens documentaires pour accompagner la réalisation d'une bonne politique de formation continue, il a été créé, en 1995, l'Agence Nationale de Documentation de la Santé (ANDS). Elle gère un réseau intranet qui relie tous les établissements de santé algériens. En outre, un réseau de centres de documentation et de bibliothèques est organisé. Il est renforcé par trois centres nationaux de documentation de référence (INSP, EFP, ENSP).

Troisième étape (1995-2001): est caractérisée par la mise en œuvre des recommandations qui ont débutés en 1996. A cet effet, il a été décidé le recensement des personnes-ressources (médicale, paramédicale et administrative) composant les cellules chargées de formation continue au niveau local (DSP et structure de santé). Puis, la constitution d'un fichier des responsables de formation continue au niveau de la direction de la formation et le recueil des besoins de formation continue locaux (il est fait obligation aux régions sanitaires et aux DSP de wilayas d'élaborer des plans de formations continues qui tiennent compte des besoins locaux). Enfin, un regroupement des représentants qualifiés des DSP, structures locales et associations de tout le pays a eu lieu suite à la note n° 65 du 17 Janvier 1996, à l'ENSP, selon un calendrier étalé

¹¹³ Ministère de la Santé et de la Population: Arrêté ministériel n° 14 du 13 juin 1993

durant les mois de Février et Mars 1996 pour discuter des plans de formation continue initiés au niveau local.

L'acquisition de la documentation est budgétisée dès 1996, en vue de permettre aux structures de santé, disposant de centres de documentation et de bibliothèques centrales, de bénéficier régulièrement d'un financement pour l'équipement et l'enrichissement de leurs fonds documentaires.

L'aspect quantitatif privilégié, en 1996, doit laisser la place au souci de rentabiliser, d'une manière optimale, les moyens financiers alloués au titre de 1997 en optant pour l'économie, la pertinence, la qualité, le caractère prioritaire des actions à réaliser au bénéfice du plus grand nombre de structures relevant d'une ou plusieurs wilayas. Conformément aux orientations données, les structures relevant du secteur de la santé, notamment les institutions de formation, doivent constituer un caractère privilégié de déroulement des actions de formation.

Durant l'année 1997, le besoin de l'amélioration des formations initiales, en les situant dans le cadre du prolongement du champ d'action de formation continue, a incité la direction de formation du MSP en relation avec le Ministère de l'enseignement supérieur et l'ENSP, à l'ouverture et le lancement de la post-graduation spécialisée¹¹⁴ dans les domaines des sciences médicales et de gestion. En effet, dans le domaine de la gestion, la post-graduation spécialisée lancée par l'ENSP en partenariat avec les institutions nationales d'enseignement supérieur (Université d'Alger, ENA...), a pour but d'élever le niveau des connaissances et des compétences des gestionnaires. Cette post-graduation porte, notamment, sur le management des organisations de santé, la gestion des ressources humaines et la gestion des finances. Concernant, le domaine des sciences médicales, le décret exécutif n° 97-291 du 27 juillet 1997¹¹⁵, relatif à la création et à la mise en œuvre de la post-graduation spécialisée en sciences médicales, a pour objectif d'apporter un complément de formation à des praticiens insuffisamment préparés pour prendre en charge certaines pathologies et secteurs d'activités. Cette

¹¹⁴ Ministère de la Santé et de la Population, Direction de la Formation: La politique de formation continue des personnels de santé, décembre 2001

¹¹⁵ Ministère de la Santé et de la Population: décret exécutif n° 97-291 du 27 juillet 1997

réorganisation est appuyée d'un ensemble de mesures censées favoriser la généralisation de la formation continue. Pour ce qui est du financement de la formation continue, l'affectation de crédits spécifiques est inscrite dans le budget de chaque structure de la santé à hauteur de 460 millions de dinars, durant les années 1996 et 1997.

Recommandations 2001-2007¹¹⁶: Il est clair que des séminaires d'évaluation n'ont pas eu lieu à partir de 2001, mais il n'en demeure pas moins que les actions de formation n'ont pas cessé d'exister. A travers des réaménagements, de mise en place de nouvelles dispositions pratiques et adaptées sur le terrain, il a été demandé aux responsables de la formation de recenser et de cerner les besoins réels locaux en matière de formation continue auprès des personnels hospitaliers. En plus de l'exécution du plan national de formation continue, ils doivent suivre les recommandations du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière qui se résument comme suit:

- Les formations doivent cibler des groupes homogènes de personnel identifié en fonction de leur niveau d'instruction, leur grade et leur activité;
- Les groupes pédagogiques à constituer ne doivent pas dépasser les 30 personnes;
- Les actions de formation doivent être programmées en priorité au niveau des écoles de formation paramédicale. Cependant, les wilayas ne disposant pas d'établissement de formation peuvent organiser leurs actions de formation au niveau de leur structure hospitalière;
- Quand les effectifs de personnel sont insuffisants pour constituer des groupes pédagogiques adéquats, les directions de santé et de population de wilaya peuvent regrouper les différentes catégories de personnel appartenant aux différentes structures de santé placées sous leur autorité.

Les actions, ne revêtant pas un caractère de formation continue (séminaires, journées d'étude, célébration de journées, etc.) ne peuvent bénéficier d'un financement dans le cadre du budget de formation continue, car il s'est avéré que l'organisation de

¹¹⁶ Entretien avec le Sous Directeur de la Formation Continue au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

manifestations scientifiques est souvent onéreuse et sans effets réels sur l'amélioration du fonctionnement des services de santé.

En outre, l'apport de la formation à l'étranger encourage le développement d'une médecine performante et de qualité, et surtout réduit le transfert pour soins à l'étranger. Il s'agit de prendre en charge certaines pathologies, grandes pourvoyeuses de soins à l'étranger et des filières insuffisamment développées en Algérie. La formation à l'étranger est actuellement accessible à tous corps de différents secteurs. Ce qui n'était pas le cas auparavant, la formation à l'étranger était réservée exclusivement aux personnels de statut hospitalo-universitaire (corps médical notamment) dans le cadre de l'octroi de bourses de coopération.

En effet, depuis le lancement du programme boursier algéro-français en 1991, le secteur de la santé a pu enregistrer au 31/12/2007, 308 praticiens spécialistes (Cf. annexe 3), contribuant de façon considérable au développement de la médecine en Algérie. Depuis, plusieurs spécialités et unités médicales ont pu voir le jour grâce aux formations réalisées suite à ce programme¹¹⁷. A titre d'exemple:

- Dans le domaine de la chirurgie cardiaque, les 5 services existants en Algérie ont pu renforcer leurs effectifs et les éléments formés qui manquent d'expérience et de précisions.
- Dans le domaine de la chirurgie orthopédique, spécialité qui a bénéficié de la plus grande part de ces bourses, l'impact est facilement vérifiable sur le terrain. En effet, plusieurs unités très spécialisées ont pu se développer et elles sont dirigées par des praticiens ayant suivi des formations dans le cadre du programme en question. dont: L'unité spinale du CHU d'Oran, l'unité spécialisée en chirurgie pédiatrique au CHU de Constantine, l'unité de chirurgie de la main au CHU Annaba, l'unité de chirurgie du rachis-adultes et enfants, créée à l'hôpital de Douéra, l'unité de chirurgie prothétique et surtout des reprises de prothèses à Douéra.

¹¹⁷ Entretien avec le Sous Directeur de la Formation Continue au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

- Dans le domaine de la radiothérapie, des services et des hôpitaux ont pu démarrer grâce au produit des formations réalisées dans ce cadre. Pour cela on peut citer le centre Anti-Cancéreux de Blida, le service de radiothérapie du CHU d'Oran.

Néanmoins, un point négatif a été enregistré au début de ce programme qui est la déperdition d'une dizaine de praticiens qui est resté en France à la fin de leur formation.

2- Cadre législatif et réglementaire

Le décret exécutif n° 96-92 du 03 Mars 1996¹¹⁸, a défini les conditions et les modalités d'organisation des actions de formation, de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires. En effet, dans toute administration moderne, la formation administrative constitue un vecteur déterminant dans l'amélioration constante des qualifications professionnelles des fonctionnaires et l'adaptation permanente de leurs connaissances à l'évolution des tâches inhérentes aux différents emplois publics, en rapport avec le développement de la société. Ce texte vient introduire deux éléments décisifs et majeurs qui devraient contribuer à dynamiser la formation continue dans tous les secteurs d'activités:

1/ L'élément prévisionnel qui se traduit par l'obligation faite à toute institution, quelque soit son niveau d'intervention (national, régional, wilaya et / ou local), d'élaborer un plan annuel de formation.

2/ L'élément de motivation, qui doit être compris dans le sens large de facteur de valorisation et de progrès, permettant une actualisation des connaissances et compétences et une meilleure maîtrise de la profession.

C'est dans cette optique que le décret exécutif n° 96-92 du 03 Mars 1996 a institué et consacré un cadre réglementaire approprié pour impulser les actions de formation, de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires, en vue de les doter des outils théoriques, méthodologiques et techniques leur permettant d'exercer efficacement les activités auxquelles ils sont destinés. Il faut aussi préciser, dans ce texte, les conditions de mise en place et de gestion des plans sectoriels annuels et pluriannuels de formation, de

¹¹⁸ Ministère de la santé et de la population: Décret exécutif n° 96-92 du 03 Mars 1996

perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires. Dans ce cadre, il convient de préciser que:

- La formation spécialisée est destinée à l'occupation initiale d'un emploi public, ou à l'accès à un corps ou grade supérieur pour les fonctionnaires en activité, ainsi qu'à la préparation aux concours et examens professionnels.
- Le perfectionnement vise à l'amélioration, l'enrichissement, l'approfondissement et la mise à jour des compétences professionnelles du fonctionnaire.
- Le recyclage a pour objectif l'adaptation d'un emploi public compte tenu de l'évolution des méthodes et des techniques, ou des changements importants intervenus dans l'organisation, le fonctionnement et les missions du service.

L'article 03 du décret exécutif n° 96-92 du 03 Mars 1996 relatif à la consécration de plans sectoriels annuels et pluriannuels de formation, de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires au niveau des institutions et des administrations publiques s'inscrit dans l'objectif d'établir une étroite corrélation entre les missions dont elles sont investis et les moyens humains nécessaires à leur prise en charge adéquate en termes quantitatif et qualitatif. En effet, le bon fonctionnement des institutions et administrations publiques est lié à la programmation de cycles et actions de formation, de perfectionnement et de recyclage des fonctionnaires. De ce fait, ces cycles et actions seront consacrés dans un document approprié dénommé "plan de formation, de perfectionnement et de recyclage".

En application des dispositions de l'article 04 du décret exécutif n°96-92 du 03 Mars 1996, ce plan s'inscrit dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des ressources humaines et à ce titre, traduire à la fois les besoins en formation des institutions, dans le sens de l'amélioration des qualifications des fonctionnaires. A cet effet, les plans de formation devront préciser la nature des actions de formation envisagée, les catégories de fonctionnaires concernées, les postes de qualification et les domaines retenus, ainsi que la durée des cycles de formation projetés. Les plans peuvent revêtir un caractère annuel ou pluriannuel (3 ans), tel que prévu par l'article 14 du décret n° 96-92 du 03 Mars 1996 précité.

La formation continue est inscrite, à l'instar d'autres domaines hautement stratégiques, comme axe prioritaire dans le plan d'action du ministère de la santé et de la population. Les enjeux stratégiques du développement et de la généralisation de la formation continue des personnels de santé ont été mis par l'instruction ministérielle n° 02 du 18 Février 1998¹¹⁹. Elle concerne notamment: le droit pour chaque professionnel de la santé de bénéficier de la formation continue, l'obligation faite à toute institution d'élaborer un plan annuel de formation et enfin, le devoir d'évaluer les actions de formation pour mesurer et apprécier leur impact sur le fonctionnement des services et l'amélioration de la prise en charge de la santé de la population. Sans perdre de vue, l'introduction de mesures incitatives dans les textes réglementaires en vigueur, notamment, les statuts particuliers des personnels de santé, textes d'application de la loi sur la promotion de la santé, pour motiver et récompenser les bénéficiaires des actions de formation continue.

Quant au droit à un stage à l'étranger, il est accordé par le décret n° 03-309 du 11 septembre 2003 portant organisation et gestion de la formation et du perfectionnement à l'étranger. Cependant, le perfectionnement à l'étranger concerne les formations dont la durée est inférieure ou égale à six mois. Ces actions visent au sens du décret sus-cité:

- L'acquisition d'aspects scientifiques et technologiques nouveaux dans des domaines pointus;
- L'acquisition de connaissances et de techniques nécessaires à l'innovation ou à la modernisation d'une activité professionnelle;
- L'actualisation, la diversification et l'amélioration des connaissances dans le cadre de la formation continue;
- L'adaptation à l'utilisation d'un équipement ou à l'accomplissement d'activités nouvelles;
- La participation à des séminaires ou des rencontres scientifiques ou techniques susceptibles de contribuer au développement de l'organisme concerné.

¹¹⁹ Ministère de la Santé et de la Population: arrêté ministériel n° 02 du 18 Février 1998

3- Financement et évaluation

Sur le plan financier, la mise en œuvre en 1996¹²⁰ de l'une des recommandations des séminaires sur la formation continue de 1995: les structures de santé doivent disposer d'un budget réservé exclusivement au financement de la formation et la documentation, à hauteur de 1,5% du budget de fonctionnement des établissements de santé. Cette enveloppe budgétaire a permis de financer les actions initiées par la direction de l'administration centrale (programmes nationaux) et celles initiées au niveau décentralisé (programmes locaux). A cet effet, il était décidé l'affectation de crédits spécifiques à la formation continue (460 Millions de dinars) durant l'année 1996. En tant qu'outil indispensable à la réalisation des actions de formation continue, la documentation a fait l'objet du même intérêt de la part de l'administration centrale. En effet, plus de 115 Millions de dinars ont été alloués pour financer l'achat de livres (34 000 ouvrages scientifiques et techniques) et de moyens didactiques, et l'abonnement aux revues et périodiques. Malgré le manque de traditions et de préparation dans le domaine de la formation continue, ces dotations budgétaires ont provoqué un développement appréciable du nombre d'actions de formations réalisées.

Mais cette dotation budgétaire s'est vue réduite dans les dispositifs de formation continue applicable pour 1997 (115 Millions de dinars, représentant le tiers du budget de l'année 1996), en raison de la réduction du nombre de lieux de domiciliation. Cette réduction impose de ce fait aux opérateurs concernés par la préparation, l'organisation et le suivi de la réalisation des actions de formation continue, une rigueur dans l'utilisation des moyens financiers mis à sa disposition. Grâce à l'application du décret exécutif n°99-80 du 13 Avril 1999 et de l'arrêté interministériel du 06 Avril 1999, portant transfert des crédits et modification de la nomenclature budgétaire des établissements, que la contrainte de la domiciliation des crédits budgétaire en dehors de l'établissement qui réalise l'action de formation a été levée. De 1998 à 2007 l'enveloppe budgétaire est fixée à 170 Millions de DA¹²¹ (Cf. Tableau 11).

¹²⁰ Ministère de la santé et de la population, séminaire africain sur la formation continue des personnels: Politique de formation continue des personnels de santé (l'expérience algérienne), Alger, de 06 au 12 Mai 2000

¹²¹ Entretien avec le Sous Directeur de la Formation Continue au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Tableau 11: Evolution du budget alloué à la formation continue selon le type d'établissement en Algérie (en million de DA)

Années	Secteurs sanitaires		EHS		CHU		Total
	Valeur	%	Valeur	%	Valeur	%	
2001	77.969.000	45,86	42.228.000	24,84	49.803.000	29,30	170.000.000
2002	119.425.000		70,25		50.575.000	29,75	170.000.000
2004	99.836.000	58,73	27.270.000	16,04	42.894.000	25,23	170.000.000
2005	99.836.000	58,73	27.011.000	15,89	43.153.000	25,38	170.000.000
2006	102.076.000	60,04	28.810.000	16,95	39.114.000	23,01	170.000.000
2007	104.814.000	61,66	30.009.000	17,65	35.177.000	20,69	170.000.000

Source: Sous direction de la formation continue au ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

Le tableau 11 montre que si le budget global attribué à la formation continue est constant durant la période allant de 2001 à 2007, néanmoins, par type de structure sanitaire, les sommes allouées ont évolué différemment. En effet, le budget de formation continue attribué aux secteurs sanitaires (entre autre formation à l'étranger, documentation et prise en charge des étrangers qui assurent la formation en Algérie) a connu une augmentation entre 2001 et 2007, passant de 77.969.000 DA en 2001 à 104.814.000 DA en 2007, soit une hausse de 34,43% en 6 ans. En revanche, les montants accordés aux EHS et CHU ont subi une baisse respectivement de 28,94% et 29,37% par rapport au budget global accordé à la formation continue. L'Etat semble favoriser les secteurs sanitaires en raison de leur nombre important, du nombre de personnel qu'ils recèlent et qui sont répartis sur le territoire national et pouvant répondre aux besoins de santé de la population. Contrairement aux CHU et EHS localisés dans quelques villes seulement. Ainsi, la politique de l'Etat vise à reconsidérer et à s'intéresser aux personnels des secteurs sanitaires, qui ont été fort longtemps marginalisés au profit de ceux des hospitalo-universitaires. D'ailleurs, l'enquête effectuée au niveau du CHU de Tizi-Ouzou confirme ce constat. Au niveau des CHU, c'est la tendance à une politique nouvelle, celle d'une organisation des formations continues en petit groupe. C'est ainsi que les séminaires, les congrès et les journées d'études qui coûtent chers aux établissements hospitaliers ne sont plus considérés comme des actions de formation continue¹²².

¹²² Entretien avec le Sous Directeur de la Formation Continue au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Une nouvelle stratégie a été adoptée à partir de 2007, celle d'imposer à tous les établissements hospitaliers la programmation de cinq spécialités obligatoires dans leurs plans de formation à savoir: Hygiène Hospitalière, Affections Cardio-vasculaire, Affections Respiratoires, Diabète et la Néonatalogie (Cf. annexe 4). Cette politique qui vise une meilleure organisation des formations, pourra aider les établissements à utiliser au mieux les dépenses et donc répondre en priorité aux besoins urgents de la population.

Pour cette année 2008, le budget réservé à la formation continue est de 300 millions de DA. Ce montant est destiné exclusivement au financement des formations continues (nationales et étrangères). Quant à la documentation, elle est rattachée à la direction de la réglementation du ministère¹²³. La répartition de cette enveloppe est variable selon les établissements, en fonction du nombre d'actions de formation prévues dans chacun des établissements et de leur plan de formation. Le CHU de Tizi-Ouzou, à titre d'exemple, a bénéficié d'un budget prévisionnel de 1 million de DA. L'absence d'autres sources de financement engendre justement des ambiguïtés et des défaillances dans le système de financement des formations continues.

Pour ce qui est du financement des formations à l'étranger, il s'appuie traditionnellement sur les moyens nationaux mis à la disposition du secteur de la santé et sur les opportunités offertes dans le cadre de la coopération à l'étranger. Actuellement, l'effort est orienté vers la dynamisation et la diversification des sources de coopération, en favorisant le partenariat avec les structures hospitalières étrangères.

La formation continue, souvent source de dépenses importantes, ne saurait faire abstraction d'un souci d'efficacité et échapper aux analyses économiques. En tant qu'investissement immatériel, la formation continue ne peut limiter ses ambitions de qualité à l'obtention des résultats. Elle sera interrogée de plus en plus sur ses coûts et en particulier sur le rapport coût/efficacité. Cela devient d'autant plus pressant que les coûts de la formation tendent à devenir particulièrement élevés et pèsent lourd pour les établissements.

¹²³ Entretien avec le Sous Directeur de la Formation Continue au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Cet accroissement des coûts est d'autant plus préoccupant que les besoins de maintien et de développement des compétences vont devenir considérables, sachant que, La politique nationale actuelle vise la rationalisation des dépenses de l'Etat, la lutte contre toutes les sources de gaspillage et surtout le renforcement des instruments et moyens d'évaluation de toute action de formation continue.

Le volet évaluation doit occuper une place importante au terme du processus de formation. L'évaluation des actions de formation continue réalisées ne doit pas être exclusivement sur le plan financier et pédagogique, mais il convient de mesurer, objectivement, après chaque action de formation continue, les retombées des connaissances et compétences acquises sur le fonctionnement des services sanitaires et hospitaliers, et partant, sur l'amélioration constante de la prise en charge de la santé des malades. Elle doit faire l'objet d'une attention soutenue par l'ensemble des acteurs impliqués dans les différentes phases d'initiation, d'organisation, de suivi et de validation de la formation continue des professionnels de la santé.

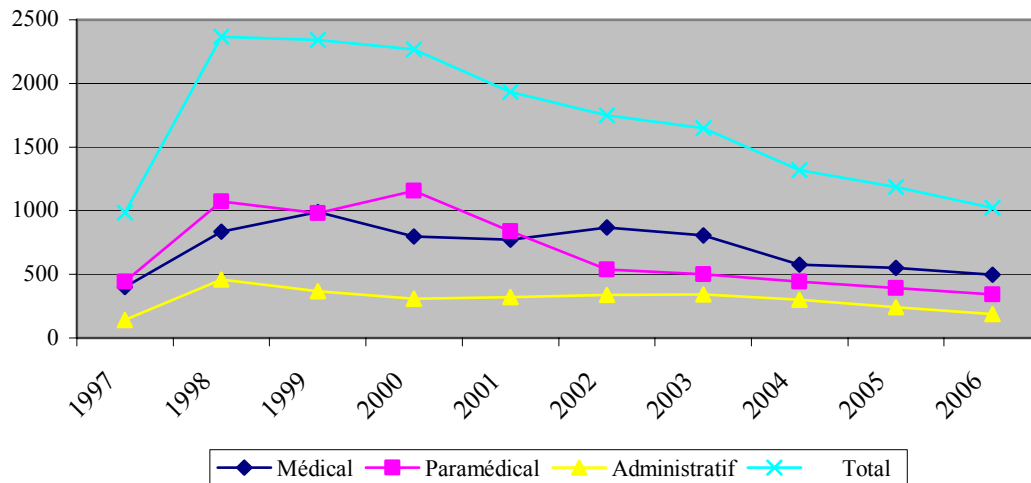
Par conséquent, l'évaluation des actions de formation ne doit plus se limiter à des données chiffrées, mais les bilans doivent inclure entre autres: Le contenu du programme de chaque action, la liste nominative des participants avec leur grade et lieu d'exercice, la durée en nombre de jours et en volume horaire de chaque action programmée, le coût de chaque action avec la nature des dépenses effectuées, la liste nominative des animateurs et leurs grades. Mais aussi et surtout, l'apport et l'impact de différentes actions de formation sur l'acquisition de connaissances et compétences et par conséquent, sur la qualité des soins de la population.

L'absence de définition des objectifs de formation quantifiables et mesurables, rend difficile l'évaluation des résultats ou les effets de la formation continue sur le personnel et l'établissement tout entier. Cependant, les responsables de formation se limitent à des bilans quantitatifs, c'est-à-dire au degré de réalisation du nombre de formations continues programmées et du nombre de personnes prévues. L'évaluation de l'impact de formation continue demeure une démarche très rare, car il existe à l'heure actuelle très peu d'indicateurs de mesure du niveau des connaissances du personnel avant la formation. S'ils

sont relativement faciles à créer pour des types de formation quantitative, ils sont difficiles, voire impossible pour des types de formation qualitative. Or, les établissements hospitaliers algériens se contentent de l'évaluation à chaud à travers laquelle les formés sont conviés à exprimer, le plus souvent par écrit en servant des fiches conçues à cette fin, leurs observations et degré de satisfaction par rapport au déroulement de la formation continue. Cependant, ce mode d'évaluation ne permet pas de renseigner valablement sur les capacités réellement acquises durant la formation. Ainsi, l'évaluation de la formation continue demeure la composante la moins maîtrisée.

Le bilan d'activité de la Direction de la Formation du Ministère de la Santé et de la Population, publié en 2001¹²⁴, ainsi que les données enregistrées relatives à la formation continue de 2002 à 2006, nous permettent de présenter une synthèse de l'activité de formation continue organisée de 1997 à 2006 au niveau national. Durant cette décennie, 16.820 actions de formation continue ont été organisées et ont intéressé 296.431 participants¹²⁵.

Figure 9: Evolution du nombre d'actions de formation continue des personnels de santé algériens (1997-2006)

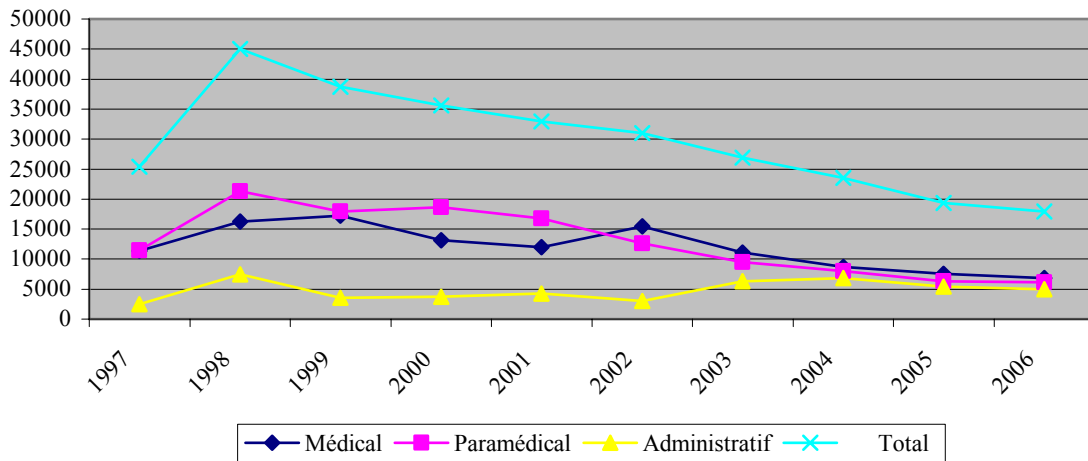


Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données de la sous direction de formation continue du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

¹²⁴ Ministère de la Santé et de la Population, Direction de la Formation: La politique de formation continue des personnels de santé, décembre 2001

¹²⁵ Direction de la Formation Continue au Ministère de la Santé, de le Population et de la Réforme Hospitalière.

Figure 10: Evolution du nombre de participants à la formation continue des personnels de santé algériens selon le corps d'appartenance (1997-2006)



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données de la sous direction de formation continue du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

Les figures 9 et 10 montre que le nombre d'action de formation continue au bénéfice du personnel médical et du corps paramédical est beaucoup plus important (même si on constate une tendance à la baisse) à celui du corps administratif durant la période étudiée. L'enquête effectuée au niveau du CHU de Tizi-Ouzou révèle cette réalité.

En se référant aux données disponibles, nous constatons qu'au regard des efforts consentis, les résultats en termes quantitatifs sont acceptables à compter de 1997 à 2002, même si on note une régression du volume de cette activité. Ce recul peut s'expliquer par le départ d'un nombre important de médecins (généralistes et spécialistes) vers une activité libérale. Sur le plan qualitatif, les résultats obtenus sont loin d'être satisfaisants et l'impact en termes d'amélioration des compétences est très modeste¹²⁶. Cette situation est dénoncée par la direction de la formation qui signale dans son rapport: l'absence des outils de contrôle

¹²⁶ Ouchtati M.; Belabed K., Boulassel A., Formation continue et requalification du médecin généraliste: le défi sociétal algérien, article du laboratoire des techniques de l'évaluation médicale, Faculté de médecine. Université de Constantine. 2004. P. 141

et d'évaluation, le manque de maîtrise dans la dispense des actions de formation et l'absentéisme des participants. Cet absentéisme est dû en partie à l'inadéquation entre l'offre en formation continue et les besoins du personnel. De ce fait, une révision des stratégies en termes de méthodes et de contenu s'avère nécessaire¹²⁷. Ainsi, ce recul s'accroît comme il apparaît sur la figure 10 à partir de 2003. Cela est dû, semble-il, à la politique prise par le MSPRH: qui opte pour le qualitatif (priorisation des actions, choix plus sélectif des thèmes, constitution des petits groupes etc.) et écarte le quantitatif en raison de ses limites d'une part et dont les actions s'avèrent très coûteuses sans effets sur l'amélioration des compétences¹²⁸.

Pour ce qui est des formations à l'étranger, avec le programme de coopération Algéro-Française, on peut constater un impact positif. Comme il a été signalé plus haut, un nombre important d'unités ont été ouvertes et dirigées par les praticiens ayant suivi une formation dans le cadre de ce programme et aussi un nombre important d'entre eux ont présenté avec succès le concours d'agrégation et sont devenus chef de service ils ont pu même accéder au grade de rang magistral et ils arrivent, surtout, à pratiquer quelques interventions chirurgicales de haut niveau d'une manière autonome comme la chirurgie cardiaque.

4- Contraintes et perspectives

Les textes réglementaires organisant les DSP et les structures de santé ne permettent pas de prendre en charge les missions nouvelles et complémentaires qui leur sont assignées dans le domaine de la formation continue. L'affaiblissement de moyens (humains, matériels et financiers) n'a pas permis aux initiateurs de formation continue de réaliser pleinement les objectifs fixés. De plus, on constate un manque de maîtrise dans la préparation et l'organisation des actions de formation continue, du fait, de l'inexpérience et de l'absence de traditions établies dans le domaine.

Dans le domaine financier, la difficulté se pose pour le financement des programmes nationaux de formation qui se déroulent au niveau des établissements de formation, grâce à la domiciliation de crédits budgétaires en dehors de ces établissements

¹²⁷ Entretien avec le Sous Directeur de la Formation Continue du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

¹²⁸ Idem.

qui réalisent l'action de formation. Cette contrainte a été levée grâce à la promulgation du décret exécutif et de l'arrêté interministériel n°02598 du 06 avril 1999 portant transfert des crédits et modification de la nomenclature budgétaire de ces structures. Ainsi, dans certains cas, il y a utilisation des crédits budgétaires à d'autres fins que la formation continue¹²⁹.

Sur le plan pédagogique, quelques insuffisances sont à relever dans l'exploitation des programmes de formation continue de l'année 2007¹³⁰ liées à titre d'exemple, au non respect par les établissements de santé des mesures fixées relatives à l'homogénéité des groupes de personnels formés devait tenir compte des niveaux d'instruction et de spécialisation des différentes catégories de personnels. Ainsi, des actions ont été organisées et financées sur le budget de formation continue, sous forme de séminaire s'adressant en même temps à des catégories de personnels de niveaux et de spécialités très hétérogènes. Il révèle que, l'organisation de telles manifestations scientifiques est très onéreuse et leur impact en terme d'acquisition de connaissances est limité, et qu'il n'y a que le personnel médical qui y bénéficie. Il faut signaler aussi, que certains thèmes de formation ont été assurés par des animateurs ne relevant pas de leur domaine de compétence.

La contrainte liée aussi à la difficulté d'évaluer l'impact des formations réalisées sur le terrain, en raison du manque d'instruments et l'absence de méthodes adéquates. Et enfin, le non respect par les structures de certaines informations demandées dans le cadre des canevas établis par l'administration centrale, ce qui rend l'exploitation des plans de formation continue locaux onéreuse.

Toutes ces contraintes ont poussé le MSP à s'engager dans des mesures qui peuvent régler en partie les difficultés rencontrées. Pour cela, il a été décidé¹³¹:

¹²⁹ Ministère de la Santé et de la Population, séminaire africain sur la formation continue des personnels: Politique de formation continue des personnels de santé (l'expérience algérienne), Alger, de 06 au 12 Mai 2000

¹³⁰ Entretien avec le sous Directeur de la Formation Continue du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

¹³¹ Ministère de la Santé et de la Population, séminaire africain sur la formation continue des personnels: Politique de formation continue des personnels de santé (l'expérience algérienne), Alger, de 06 au 12 Mai 2000

- D'abord, une révision du décret n°96-92 du 03 Mars 1996, relatif à la formation, au perfectionnement et recyclage des fonctionnaires qui conditionne en suite tout passage à un grade supérieur par la participation à une action de formation, ce qui va faire l'objet d'une révision des statuts particuliers des personnels de santé (un texte prévu a partir d'Avril 2008).
- La nécessité de l'évaluation de l'impact de la formation sur la qualité des prestations par la mise en place d'instruments d'évaluation de la pertinence des actions de formation continue réalisées.
- La révision du statut des établissements de formation et l'augmentation de leurs capacités d'accueil afin d'améliorer leur participation à la mise en œuvre des plans de formation continue.
- Et enfin, la révision définitive et complète de la nomenclature budgétaire des établissements de soins et des établissements de formation afin de prendre en considération tous les postes de dépenses nécessaires à la réalisation des actions de formation continue.

Pour ce qui est des stages à l'étranger, il a été décidé dans le cadre des perspectives du MSPRH de ramener des enseignants étrangers disponibles pour prodiguer des cours sur site. Cette décision est prise d'une part, pour que tout le personnel bénéficie des expériences et enseignements étrangers (car quelque soit le nombre d'actions réalisées et le nombre de participants, il reste toujours impossible d'embrasser tout le personnel existant). Et d'autre part, il est évident que des stages à l'étranger permettent à nos praticiens (médecins notamment) d'évoluer. Ces stages sont considérés comme des expériences très enrichissantes d'après eux mais restent insuffisants sur le plan pratique.

Pour ce qui est de la mise en œuvre du programme 2008 des mesures supplémentaires visant l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des formations dispensées sont à mettre en place, à savoir¹³²:

- Encourager les échanges inter établissements par le biais de regroupement régionaux de formation en vue d'utiliser les compétences disponibles et les moyens

¹³² Entretien avec le Sous Directeur de la Formation Continue au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière

communs pour la réalisation d'actions de formation non réalisables localement, notamment en ce qui concerne les établissements de santé issus de la nouvelles carte sanitaire.

- La Direction de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière doit s'impliquer davantage dans la coordination et le suivi de la réalisation et de la mise en œuvre des actions de formation continue des établissements de santé placé sous sa tutelle
- L'amélioration de la qualité des enseignements, en faisant appel à des intervenants de haut niveau, même les chercher en cas de besoin dans d'autres wilayas.

La tendance actuelle en matière de formation continue privilégie l'approche fonctionnelle, notamment par: la formalisation d'un contenu en terme d'évolution du métier et du savoir et la réponse au cas par cas des sollicitations individuelles pour des besoins de statut. Cette voie n'a pu améliorer les bilans des établissements qui restent à la recherche d'une meilleure efficience.

Pour surmonter les dysfonctionnements énumérés ci-dessus, les établissements de santé algériens visent à professionnaliser la formation en développant chez leurs gestionnaires une véritable ingénierie. Celle-ci devrait s'appuyer sur une bonne¹³³:

- Identification des besoins, au moyen d'un diagnostic des compétences permettant de cibler, d'une manière précise, les besoins en formation de chaque agent. L'implication de l'encadrement dans le diagnostic de compétences de ses collaborateurs est fondamentale;
- Synchronisation des activités, consistant à organiser les actions de formation au bon moment, afin que les conditions de leur déroulement soient favorables et permettent leur réussite;
- Qualité pédagogique, se traduisant par l'adoption de méthodes pédagogiques modernes permettant une mise en œuvre effective des compétences;

¹³³ Entretien avec le Sous Directeur de la Formation Continue au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

- Méthode d'évaluation, renseignant sur les impacts réels de la formation sur l'amélioration des compétences des formés, notamment dans le cadre de leur mise en œuvre effective dans des situations professionnelles.

Conclusion:

La formation continue est désormais bien identifiée comme facteur de changement efficace et un processus approprié pour une production sinon un développement des compétences. L'actualisation des connaissances est devenue indispensable dans un contexte fortement évolutif, sur le plan scientifique, technique et réglementaire.

Il apparaît nettement que des efforts notoires sont consentis par le ministère de la santé et de la population en matière de formation continue, mais cette dernière reste d'une part, insuffisante pour combler les défaillances que rencontre le personnel quotidiennement, et d'autre part, largement en deçà des besoins exigés par la conduite de la réforme hospitalière et de la réponse aux priorités de santé publique. L'efficacité de cet outil, de l'amélioration de la qualité des soins et de la maîtrise des dépenses, imposent une redéfinition des objectifs et des méthodes de dispense afin qu'on puisse échapper aux assujettissements des anciennes pratiques, qui ont fait à ce jour les preuves de leurs insuffisances en matière d'acquisition des compétences.

La formation continue est une activité d'une importance capitale pour les établissements qui souffrent de la déqualification de leur personnel. Sa réorganisation est une urgence pour réussir tout changement. Pour ce faire, un certain nombre de préalable est nécessaire:

- La reconstitution du conseil national de la formation continue. Il devrait être composé d'un nombre limité d'experts qui se chargent de l'agrément des projets de la formation continue et des intervenants, puis de l'évaluation des compétences transmises par ces formations;
- L'identification et la récupération d'autres sources de financement (CNAS, société pharmaceutiques, laboratoires, fonds de collectivités locales,...), puis création d'un fond national de la formation continue;

Contribution à l'étude de la gestion des ressources humaines et de l'intégration de la formation continue en milieu hospitalier en Algérie: Cas du CHU de Tizi-Ouzou

- la mise en place des instruments et moyens pour prendre en charge le volet évaluation de l'impact de la formation continue;
- L'implication du mouvement associatif dans la dynamique de la formation continue, et la participation des personnels et organismes privés.

Avec la raréfaction des ressources financières, il est nécessaire d'accorder une grande attention à l'élaboration des plans de formation continue et à la fiabilité des données contenues dans les bilans de réalisation des actions de formation continue. Ce qui justifie le fait de privilégier le qualitatif par rapport au quantitatif, et de se tourner vers la satisfaction du volet évaluation de l'impact de la formation sur le terrain professionnel.

La formation continue telle qu'elle est pratiquée dans les établissements de santé algériens présente d'énormes lacunes qui l'empêchent de contribuer efficacement à l'atténuation du décalage entre les profils des personnels et les emplois.

Etant donné que la formation continue au sein des établissements hospitaliers algériens constitue la problématique centrale de cette recherche, nous approfondirons son analyse dans le chapitre suivant en étudiant le cas du CHU de Tizi-Ouzou.

CHAPITRE 4: CONTRIBUTION A L'ANALYSE DE L'INTEGRATION DE LA FORMATION CONTINUE AU NIVEAU DU CHU DE TIZI-OUZOU

Introduction

Après avoir développé dans les chapitres précédents les éléments essentiels de la gestion des ressources humaines à l'hôpital, ses outils et ses instruments, la formation continue est l'un de ses outils à laquelle nous nous sommes intéressées le plus. Cette dernière reste d'un usage très limité en Algérie et sans trop d'effets sur le personnel qui y participe.

L'intégration de la formation dans la gestion des ressources humaines est d'une importance capitale. Une mise à niveau du personnel et son développement professionnel est une nécessité pour assurer des soins de qualité et pour une meilleure prise en charge des usagers. Le but de ce chapitre est de tenter de montrer le rôle de la formation continue dans le CHU de Tizi-Ouzou. Pour ce faire, nous avons procédé à une enquête de terrain par un questionnaire, avec méthodes combinées à savoir quantitatives et qualitatives, auprès d'un échantillon de personnel tous corps confondus (administratif, médical, paramédical) du CHU de Tizi-Ouzou.

Ce chapitre est composé de trois sections. Nous présenterons d'abord le terrain dans lequel a été réalisée notre enquête, à savoir le CHU de Tizi-Ouzou. Ensuite, nous présenterons la méthodologie générale de notre enquête, son objectif et les difficultés rencontrées. Enfin, nous tenterons d'analyser et d'interpréter les résultats auxquels nous avons aboutis et de tenter de tirer des conclusions utiles.

I- PRESENTATION DU CHU DE TIZI-OUZOU

Le CHU est une institution publique à caractère administratif rattaché au ministère de la santé, créée par le décret N° 86/25 du 11 février 1986, complétée et modifiée par le décret N°86/294 du 16 décembre 1986. C'est un établissement public de soins, de formation et de recherche. Il a pour mission: la prise en charge des soins hautement spécialisés, l'encadrement et la recherche scientifique, la promotion de la formation médicale et paramédicale et post graduation, la participation à la réalisation du Programme National de Santé.

Le CHU de Tizi-Ouzou est doté de deux unités à savoir: l'unité NEDIR Mohamed sise au centre ville de Tizi-Ouzou, avec une superficie totale de 42.287,50m², limitée par le centre ville au Nord, le complexe omnisports au Sud, la route nationale n°1 à l'Est et par la rue Lamali Ahmed à l'Ouest. Sa capacité d'accueil est de 603 lits. L'unité BELLOUA située à quatre kilomètres du chef lieu de wilaya avec une superficie totale de 62.500m², limitée par le village TECHT EL BORR au Nord, la ville de Tizi-Ouzou au Sud, face à AIT AISSI MIMOUNE à l'Est et par la forêt de REDJAOUNA à l'Ouest. Sa capacité d'accueil est de 402 lits. En outre, on enregistre également l'existence d'une clinique dentaire à proximité de l'unité NEDIR Mohamed, un service de médecine de travail en extra muros.

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inauguré le 28 juillet 1955. A cette époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines médicales. En 1974, l'hôpital régional de Tizi-Ouzou devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliées. En 1982, le secteur sanitaire de Tizi-Ouzou se voit transformer en secteur sanitaire universitaire (SSU) et ceci par l'ouverture d'une formation biomédicale pluridisciplinaire. Quatre ans après, le SSU s'est transformé en Centre Hospitalo-Universitaire.

1. Les ressources humaines

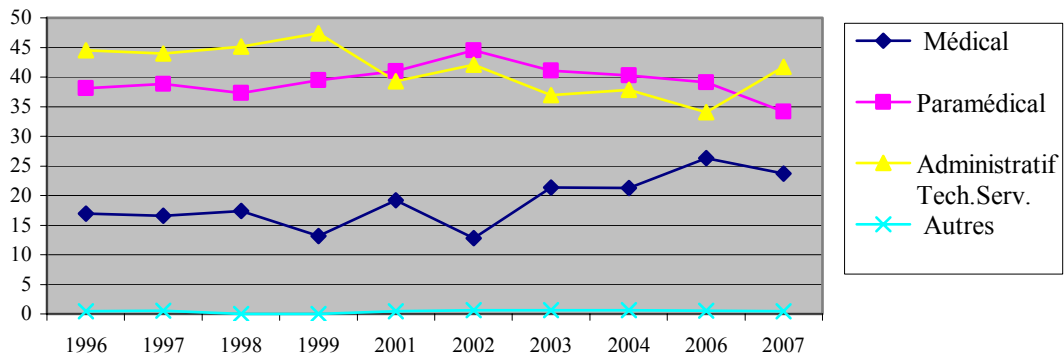
Au 31/12/2007, le CHU de Tizi-Ouzou comporte un effectif total de 2430 personnes, dont 576 médicaux, 830 paramédicaux et 1024 (177 administratifs et 847 autres).

Tableau 12: Evolution du personnel par corps dans le CHU de Tizi-Ouzou

Années	Médical		Paramédical		Administratif Tech.Serv.		Autres		Total	
	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %
1996	358	16,90	808	38,15	942	44,48	10	0,47	2118	100
1997	348	16,58	817	38,82	923	43,97	11	0,52	2099	100
1998	338	17,43	723	37,29	875	45,13	-	-	1939	100
1999	244	13,17	730	39,42	878	47,41	-	-	1852	100
2001	349	19,16	747	41,02	716	39,32	9	0,49	1821	100
2002	216	12,80	751	44,52	709	42,03	11	0,65	1687	100
2003	387	21,36	745	41,11	669	36,92	11	0,61	1812	100
2004	396	21,30	748	40,24	704	37,87	11	0,59	1859	100
2006	544	26,31	809	39,12	704	34,04	11	0,53	2068	100
2007	576	23,70	830	34,16	1013	41,69	11	0,45	2430	100

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir de : MSPRH, statistiques sanitaires, Ed. 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008

Figure 11: Evolution du personnel par corps dans le CHU de Tizi-Ouzou



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 12

L'exploitation du tableau 12 portant l'évolution des personnels du CHU de Tizi-Ouzou à partir de 1996 fait ressortir ce qui suit:

- Concernant le corps médical, nous constatons une augmentation entre la période allant de 1997 à 2006, passant de 16,90% en 1997 à 26,31% en, soit un taux d'augmentation de 9,41%.
- Le personnel paramédical, quant à lui, a connu une augmentation passant de 37,29% en 1998 à 44,52% en 2002. Sa part va connaître une baisse passant de 44,52% en 2002 à 34,16% en 2006.

Contribution à l'étude de la gestion des ressources humaines et de l'intégration de la formation continue en milieu hospitalier en Algérie: Cas du CHU de Tizi-Ouzou

- Enfin, le personnel administratif, technique et de service a connu une baisse, en nombre, durant la période allant de 1996 à 2003. Puis une augmentation pour atteindre 1013 agents en 2006

La répartition des médecins selon leur statut permet de dégager les tendances suivantes:

- La part des spécialistes dans l'ensemble du corps médical est en augmentation continue, passant de 67,04% en 1996 à 83,46% en 2006. il nous semble que la spécialisation de l'exercice médical concerne plus les centres hospitalo-universitaires que les secteurs sanitaires.
- La part des généralistes dans l'ensemble du corps médical du CHU tend à décroître. Elle passe de 23,18% en 1996 à 11,76% en 2006. Cela s'explique par la stagnation des recrutements du corps praticiens généralistes compte tenu des restrictions budgétaires.
- Une relative stabilité pour les parts, en nombre, des chirurgiens dentistes qui est, tout au long de la période allant de 1997 à 2004, de 24 chirurgiens dentistes. Même si on note une légère baisse en 1999 et 2006.
- Enfin, la part des pharmaciens ne cesse de régresser en nombre, passant de 8 en 1996 à 2 pharmaciens en 2001. Comme nous l'avons signalé dans le chapitre 3, cette catégorie est le corps d'exercice privé par excellence. Puis enregistre une légère augmentation, passant de 2 en 2001 à 4 pharmaciens en 2004 (Cf. Tableau 13).

Tableau 13: Evolution du personnel médical selon statut dans le CHU de Tizi-Ouzou

Années	M. Spécialistes		M. Généralistes		Chir. Dentistes		Pharmaciens		Total	
	Effectif en nombre	Effectif En %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en nombre	Effectif En %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre
1996	240	67,04	83	23,18	27	,54	8	2,23	358	100
1997	239	68,68	77	22,13	24	6,90	8	2,30	348	100
1998	258	76,33	51	15,09	24	7,10	5	1,48	338	100
1999	172	70,49	45	18,44	22	9,02	5	2,05	244	100
2001	267	76,50	56	16,05	24	6,88	2	0,57	349	100
2002	281	76,36	60	16,30	24	6,52	3	0,82	368	100
2003	297	76,74	63	16,28	24	6,20	3	0,78	387	100
2004	300	75,76	68	17,17	24	6,06	4	1,01	396	100
2006	454	83,46	64	11,76	23	4,23	3	0,55	544	100

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir de : MSPRH, statistiques sanitaires, Ed. 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008

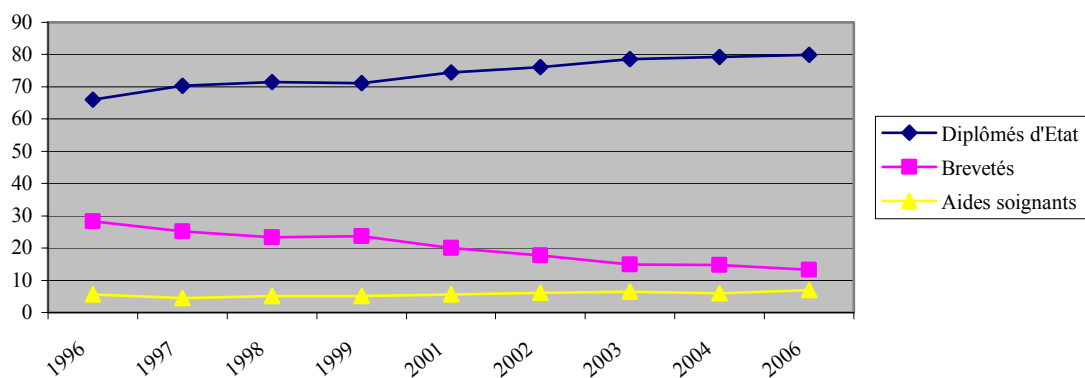
La tendance à la qualification du personnel paramédical est marquée par l'augmentation des diplômés d'Etat et des aides soignants. Ainsi, la part des diplômés d'Etat passe de 66,09% en 1996 à 79,85% en 2006. Celle des Brevetés n'est que de 13,23% en 2006 alors qu'elle était de 28,22% en 1996. Les aides soignants représentent 4,53% de l'effectif en 1997 contre 6,92% en 2006¹³⁴.

Tableau 14: Evolution du personnel paramédical selon le statut dans CHU de Tizi-Ouzou

Années	Diplômés d'Etat		Brevetés		Aides soignants		Total	
	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %
1996	534	66,09	228	28,22	46	5,69	808	100
1997	575	70,38	205	25,09	37	4,53	817	100
1998	517	71,51	169	23,37	37	5,12	723	100
1999	519	71,10	173	23,70	38	5,21	730	100
2001	556	74,43	149	19,95	42	5,62	747	100
2002	572	76,17	133	17,71	46	6,13	751	100
2003	586	78,66	111	14,90	48	6,44	745	100
2004	593	79,28	110	14,71	45	6,02	748	100
2006	646	79,85	107	13,23	56	6,92	809	100

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir de : MSPRH, statistiques sanitaires, Ed. 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008

Tableau 12: Evolution du personnel paramédical selon le statut dans le CHU de Tizi- Ouzou



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 14

¹³⁴ MSPRH: statistiques sanitaires, édition 2008

2. Les ressources matérielles: Equipements et parc auto

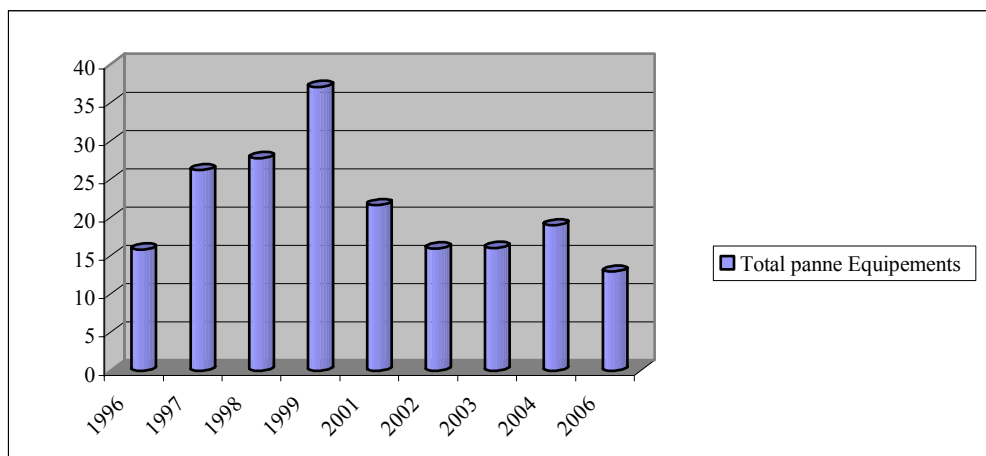
Le nombre global d'appareils médicaux au 31.12.2006 au niveau du CHU de Tizi-Ouzou est de 402 dont 52 en panne, soit un taux d'immobilisation de 12,94%¹³⁵. Le taux de panne d'équipements fluctue depuis 1996. En effet, on note une augmentation des pannes entre 1996 et 1999, pour ensuite baisser en 2001 et reprendre une augmentation en 2002 et retombe en 2006.

Tableau 15: Evolution du taux de panne global des équipements au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Années	Total équipements	Total panne	
		Nombre	%
1996	328	52	15,85
1997	393	103	26,21
1998	396	110	27,76
1999	356	132	37,08
2001	291	63	21,65
2002	288	46	15,97
2003	318	51	16,04
2004	321	61	19,00
2006	402	52	12,94

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir de : MSPRH, statistiques sanitaires, Ed. 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 200, 2008

Figure 13 : Evolution du taux de panne global des équipements au niveau du CHU de Tizi-Ouzou



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 15

Quant au parc auto, on peut noter deux tendances à savoir:

¹³⁵ MSPHR: statistiques sanitaires, Ed. 2008

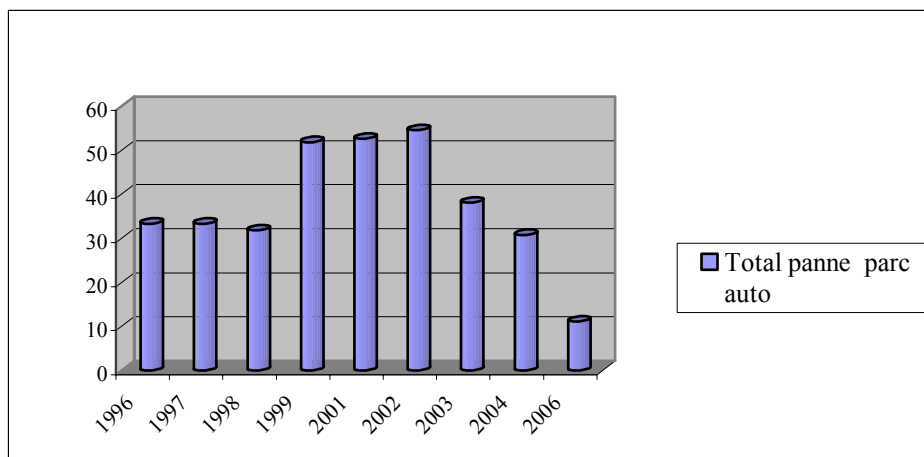
- Une nette augmentation durant la période allant de 1997 à 2002 passant de 33,33% en 1997 à 54,55% en 2002
- Le taux de panne va connaître une baisse considérable passant de 54,55% en 2002 à 11,11% en 2006. Cela explique en partie l'amélioration de la maintenance, un domaine fort longtemps négligé.

Tableau 16: Evolution du taux de panne global des équipements au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Années	Total parc auto	Total panne	
		Nombre	%
1996	30	10	33,33
1997	24	8	33,33
1998	22	7	31,82
1999	27	14	51,85
2001	22	10	52,63
2002	19	12	54,55
2003	21	8	38,10
2004	26	8	30,77
2006	18	2	11,11

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir de : MSPRH, statistiques sanitaires, Ed. 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 200, 2008

Figure 14: Evolution du taux de panne global des équipements au niveau du CHU de Tizi-Ouzou



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 16

2. Les activités du CHU de Tizi-Ouzou

Avant de traiter de l'évolution des activités du CHU DE Tizi-Ouzou, nous allons d'abord présenter les indicateurs utilisés pour mesurer et évaluer ces activités.

➤ Taux d'occupation des lits (TOL)

C'est un taux moyen d'occupation des lits au cours de l'année d'observation. Il se définit par la formule:

$$\text{TOL} = \frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation}}{\text{Nombre de lits} \times 365} \times 100$$

Ce taux constitue l'une des principales mesures d'activité d'un service ou d'une mesure de soins.

➤ Durée moyenne de séjour (DMS)

Cette mesure nous donne le nombre moyen de jours qu'un malade passe dans un service d'hospitalisation au cours de l'année d'observation. Ce taux nous renseigne sur le fonctionnement d'un service ou d'une structure.

$$\text{DMS} = \frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation}}{\text{Nombre d'admission}}$$

➤ Coefficient de rotation (TR)

Ce taux indique le nombre de malade se succédant sur le même lit au cours de l'année d'observation. Il se définit par:

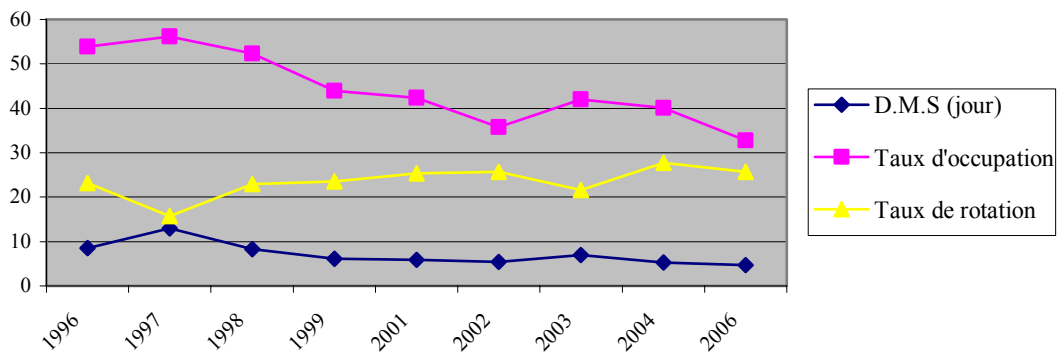
$$\text{TR} = \frac{\text{Nombre d'admissions}}{\text{Nombre de lits}}$$

Tableau 17: Evolution des indicateurs d'activités au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Années	Nombre de lits	Admission	Journées Hospitalisat.	D.M.S (jour)	Taux d'occup. (En %)	Taux de rotation	Nombre de consultation
1996	1.059	24.463	208.104	8,50	53,84	23,10	4.220.011
1997	989	15.602	202.746	13	56,16	15,78	208.593
1998	908	20.840	173.312	8,32	52,29	22,95	168.891
1999	899	21.087	143.959	6,16	43,87	23,46	143.959
2001	963	24.371	142.117	5,83	42,37	25,31	125.628
2002	908	23.357	125.600	5,38	35,73	25,72	150.707
2003	927	20.019	139.057	6,95	41,96	21,60	211.561
2004	919	25.477	135.608	5,32	40,08	27,72	188.080
2006	1.065	27.414	127.347	4,64	32,76	25,74	228.084

Source: Ratios calculés par nos soins à partir de : MSPRH, statistiques sanitaires, Ed. 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008

Figure 15: Evolution des indicateurs d'activités au niveau du CHU de Tizi-Ouzou



Source: Tableau réalisé par nos soins à partir des données du tableau 17

Le tableau 17 montre que, les activités de consultation dans le CHU de Tizi-Ouzou ont connu une baisse entre la période allant de 1996 à 2001. Cependant, le nombre de consultations est passé de 4.220.011 en 1996 à 125.628 en 2001, soit un une baisse de 97%. Puis augmenté de 82% entre 2001 et 2006 pour atteindre un nombre de consultations de 228.084 en 2006.

Quant à la DMS, elle semble accusée une baisse à partir de 1998 passant de 8,32 à 4,64 jours en 2006. Sachant que nous avons noté enregistré une légère augmentation en 2003 de 6,95 jours.

Enfin, il est à noter une tendance à l'amélioration du coefficient de rotation à partir de 1997 passant de 15,78 à 25,72 malades en 2002. Pour ensuite baisser en 2003 à 21,60.

Les résultats de l'activité hospitalière révèlent que les admissions effectuées au cours de l'année 2006 s'élèvent à 27.414 admissions.

II- CONCEPTION ET REALISATION DE L'ENQUETE

Dans les établissements hospitaliers algériens, la formation continue attire peu l'attention des décideurs qui la considèrent juste comme une fonction administrative et une contrainte qui provoque l'absentéisme des personnels. La formation continue doit être considérée comme l'un des outils indispensables pour une gestion efficace des ressources humaines et pour un développement personnel. C'est aussi, un moyen d'assurer une meilleure qualité des soins et de s'adapter aux nouvelles techniques et technologies.

Les résultats de cette enquête montrent le rôle limité de la formation continue dans le CHU de Tizi-Ouzou et en partie, la défaillance du système de formation algérien due à un manque d'évaluation et de suivi.

1- Présentation de l'enquête

Notre échantillon est composé de 350 personnes sont réparties par corps comme suit: 50 administratifs (en raison de leur nombre limité), 150 médicaux et 150 paramédicaux, soit 14% pour le premier corps et 43% pour chacun du deuxième et du troisième corps.

Notre échantillon n'étant pas homogène, il a fallu procéder à une stratification du personnel. La nature du groupe a été définie suite aux critères d'instruction, la nature de la prestation de soins et de prédominance en terme d'effectif.

Pour le choix des moyens de collecte d'informations sur le terrain, nous avons procédé à une enquête interview dans le but d'expliquer aux personnels composant notre échantillon l'objectif de notre enquête et de donner des éclaircissements sur les questions posées. Certains ont accepté de répondre sur le champ, d'autres par contre, ont

accepté de remplir le questionnaire et nous ont demandé de le récupérer ultérieurement. Certains d'entre eux ont tout simplement refusé de répondre même en leur donnant un délai assez large pour pouvoir remplir ce questionnaire d'enquête.

Le questionnaire comporte en totalité 27 questions, dont 19 représentent la grille commune (des questions communes) pour les trois corps, 04 questions sont spécifiques aux personnels médical et paramédical et 04 questions sont tout spécialement posées aux administratifs. Le détail de ce questionnaire est indiqué en annexe 2.

S'agissant du type de question à poser, nous avons fait appel à des questions fermées, soit en répondant par Oui ou Non, soit des questions à choix multiples auxquelles le répondant aura à choisir entre plusieurs éléments, en laissant constamment la possibilité aux personnels de donner leurs appréciations ou d'autres réponses possibles. Quelques questions ouvertes ont été également posées invitant l'enquêté à préciser sa réponse ou à donner des éclaircissements.

Une pré-enquête a été effectuée sur quelques uns du personnel afin d'affiner le questionnaire avant la réalisation de l'enquête. Elle nous a permis aussi d'éviter des ambiguïtés dans les énoncés des questions et les mauvaises compréhensions sémantiques. Néanmoins, des difficultés ne manqueront pas de se manifester lors de la réalisation de l'enquête.

2- Objectifs de l'enquête

Cette enquête par questionnaire a eu pour objectif de montrer le rôle de la formation continue au sein de la gestion des ressources humaines des établissements hospitaliers algériens pour assurer des objectifs de performance personnelle et une meilleure qualité des soins, tout en montrant que, les besoins des personnels pour cet outil est d'une grande importance. Il s'agit de:

- Montrer la relation entre la formation continue et la motivation dans le travail;
- Déterminer la place de la formation continue dans la gestion de carrière (promotion);

- Montrer s'il existe un dispositif d'évaluation et un suivi des actions de formation et des personnels qui y bénéficient;
- Vérifier si le personnel ayant bénéficié de la formation continue mettent en œuvre leurs acquis et d'apprécier les effets de la formation continue sur le terrain, et partant sur la qualité des soins.

Notre questionnaire est composé de trois axes principaux, à savoir:

- 1- Les caractéristiques générales de l'échantillon: les premières questions ont servi à fournir des renseignements généraux sur le personnel; entre autre, l'âge, le sexe, la situation familiale et le poste occupé.
- 2- L'existence et la pratique de formation continue: les questions de cette deuxième série se rapportent à l'existence et à l'acquisition de la formation continue par chaque membre des différents corps existants (administratif, médical et paramédical), ainsi que leurs besoins, leurs aspirations en matière de formation continue et leurs participations à l'élaboration des plans de formation.
- 3- L'évaluation et la place de la formation continue: les questions de cette troisième série traitent d'une manière non exhaustive de l'évaluation de la formation continue (un sujet qui reste délicat à aborder), de sa place dans l'amélioration de la motivation des personnels dans l'exercice de leur fonction, leurs comportements et enfin de son degré de participation à la gestion de leur carrière (la promotion).

3- Caractéristiques générales de l'enquête

Sur les 350 documents prévues, nous avons pu remplir 260 questionnaires seulement, soit 74,29 % de l'échantillon prévu. Nous enregistrons ainsi une déperdition de 90 questionnaires soit un taux de 25,72% qui sont jugés soit incomplets, mal remplis ou refus de répandre.

Concernant le calendrier de notre enquête, elle s'est déroulée sur une période de deux mois c'est-à-dire du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008.

3.1 Contrôle des questionnaires

Nous avons dû vérifier les questionnaires à chaque remise, pour contrôler la cohérence des réponses, numéroter les documents d'enquête, relever les documents

incomplets et enfin classer les documents restants pour faire l'objet de dépouillement et d'étude.

3.2 Dépouillement

Le traitement des résultats et la mise en forme des informations ont été réalisés à l'aide de l'Excel, et du logiciel SPSS 10.0. Nous avons d'abord procédé à la saisie des données contenues dans les questionnaires, puis le traitement de ces données qui a abouti aux différents résultats sous forme de tableaux et graphes. Ces derniers constituent une base pour analyser et apprécier l'importance de l'intégration de la formation continue dans le CHU de Tizi-Ouzou. Ce logiciel nous a permis en outre, de construire des tableaux croisés entre quelques variables.

Pour mettre en évidence les informations fournies par l'étude, nous avons utilisé deux formes de tableaux dans le dépouillement, à savoir:

1- La méthode de tri vectoriel (tri plat): Etablir la distribution des fréquences pour toutes les variables sous formes de tableaux. Nous avons calculé dans chaque tableau, le nombre de réponses obtenues pour chaque question. Cette distribution des fréquences est absolue, relative et dans certain cas elle est cumulée.

L'examen de ces tableaux va nous permettre de:

- Déterminer les erreurs d'enregistrement commises lors de la saisie informatique;
- Dégager les principaux résultats de l'enquête;
- Identifier les zones qui demandent une interprétation;
- Identifier les zones qui demandent des analyses supplémentaires.

2- Le tri matriciel (tri croisé): pour montrer l'influence d'une variable sur une autre, nous avons procédé à une tabulation croisée qui va nous permettre surtout de faire des croisements entre variables en fonction de l'objectif fixé.

4. Les difficultés rencontrées et les limites de notre enquête

De nombreuses insuffisances constatées durant l'enquête sont liées notamment au nombre important de formulaires non rendus ou incomplètement répondus et les cas fréquents de non réponses à une ou plusieurs questions réduisant ainsi notre échantillon d'enquête. Mais aussi et surtout, l'absence d'enquête similaire, aussi bien au niveau

national que local, qui auraient pu constituer des modèles et des références de comparaison.

Cette enquête ne prétend pas apporter des solutions pour une pratique plus élargie de la formation continue dans les établissements hospitaliers, ni encore d'évaluer de son impact sur la performance globale des établissements, mais d'apprécier son rôle et ses apports sur le développement personnel et professionnel des ressources humaines en milieu hospitalier.

III- ESSAI D'ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE

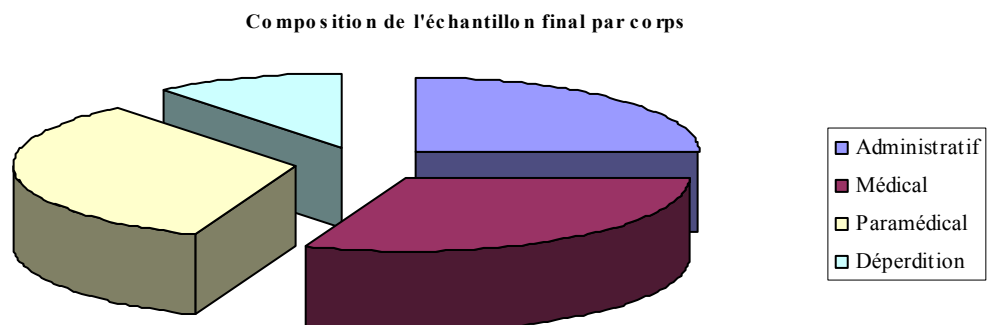
Dans cette section, il sera question de tenter d'analyser les résultats, ce qui va nous permettre en définitive, d'analyser quelques réponses aux questions soulevées dans notre problématique. Pour cela, nous avons analysé les données obtenues après traitement du questionnaire d'enquête à l'aide du logiciel SPSS 10.0. Toutefois, nous allons présenter d'abord l'échantillon final analysé.

Tableau 18: Répartition des enquêtés selon le corps au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Personnel	prévu	Réalisé	
		Nombre	%
Administratif	50	30	60
Médical	150	110	73,33
Paramédical	150	120	80
Déperditions	0	90	25,71 (Par rapport au total prévu)
Total	350	350	100

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

Figure 16: Répartition des enquêtés par corps dans l'échantillon final



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 18

1 -Caractéristiques générales de l'échantillon

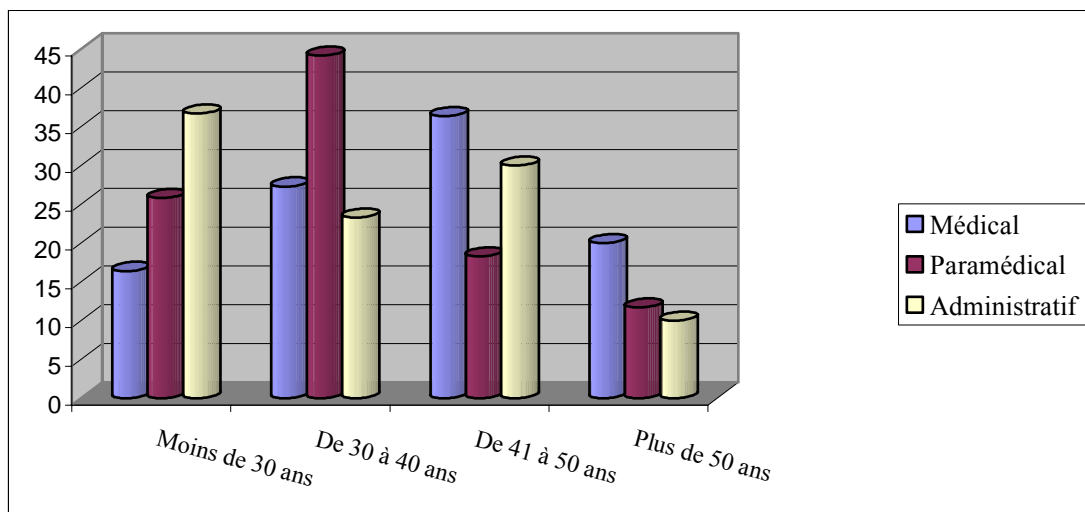
Pour ce qui est des caractéristiques des personnes enquêtées, telles qu'elles ressortent des réponses aux questionnaires adressés aux différents corps de personnels du CHU de Tizi-Ouzou, nous constatons ce qui suit.

Tableau 19: Répartition du personnel enquêté par corps et selon l'âge au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Corps	Age	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative (%)	Fréquence relative cumulée
Médical	Moins de 30 ans	18	16,4	16,4
	De 30 à 40 ans	30	27,3	43,6
	De 41 à 50 ans	40	36,4	80,0
	Plus de 50 ans	22	20,0	100,0
Sous total		110	100,0	
Paramédical	Moins de 30 ans	31	25,8	25,8
	De 30 à 40 ans	53	44,2	70,0
	De 41 à 50 ans	22	18,3	88,3
	Plus de 50 ans	14	11,7	100,0
Sous total		120	100,0	
Administratif	Moins de 30 ans	11	36,7	36,7
	De 30 à 40 ans	7	23,3	60,0
	De 41 à 50 ans	9	30,0	90,0
	Plus de 50 ans	3	10,0	100,0
Sous total		30	100,0	
Total		260		

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

Figure 17: Répartition des enquêtés par corps et selon l'âge au CHUTO



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 19

Pour ce qui est de l'âge de notre échantillon, nous constatons que la tranche d'âge 30- 40ans est la plus dominante avec un taux de 34,62%. Parmi eux nous comptons 27,3% du corps médical, 44,2% du corps paramédical et 23,3% du corps administratif. Mais tout de même, nous constatons que l'échantillon n'est pas dispersé (Cf. Tableau 19).

Nous avons constaté que l'âge n'influence pas sur l'acquisition des connaissances et compétences pour le personnel médical (61,8%). Lors de notre enquête, le personnel composant la tranche d'âge de 50 ans et plus nous a surpris par son grand intérêt manifesté pour suivre davantage des cycles de formation continue. Contrairement aux deux autres corps (paramédical et administratif). En effet, 58,33% du personnel paramédical, et 76,6% du personnel administratif déclarent que l'âge est déterminant et qu'à partir d'un certain âge, la personne perd même la volonté d'acquérir des nouvelles connaissances (Cf. Tableau 20). La raison est, semble-t-il, due au fait que le corps médical soit favorisé par rapport aux deux autres corps. Cette situation peut réduire la motivation de ses deux corps dans leur travail.

Tableau 20: Répartition des enquêtés selon l'influence de l'âge sur la motivation et l'acquisition de connaissances et compétences au niveau du CHUTO

Corps	Age	L'influence de l'âge sur l'acquisition de connaissance		Total
		Oui (En%)	Non (En %)	
Médical	Moins de 30 ans	9,1	7,2	16,3
	De 30 à 40 ans	6,4	20,9	27,3
	De 41 à 50 ans	20,9	15,5	36,4
	Plus de 50 ans	1,8	18,2	20,0
Sous total		38,2	61,8	100,0
Paramédical	Moins de 30 ans	17,5	8,3	25,8
	De 30 à 40 ans	25,0	19,2	44,2
	De 41 à 50 ans	7,5	10,9	18,4
	Plus de 50 ans	8,3	3,3	11,6
Sous total		58,33	41,7	100,0
Administratif	Moins de 30 ans	26,6	10,0	36,6
	De 30 à 40 ans	16,7	6,7	23,4
	De 41 à 50 ans	23,3	6,7	30,0
	Plus de 50 ans	10,0		10,0
Sous total		76,6	23,4	100,0
Total		51,92	48,08	

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

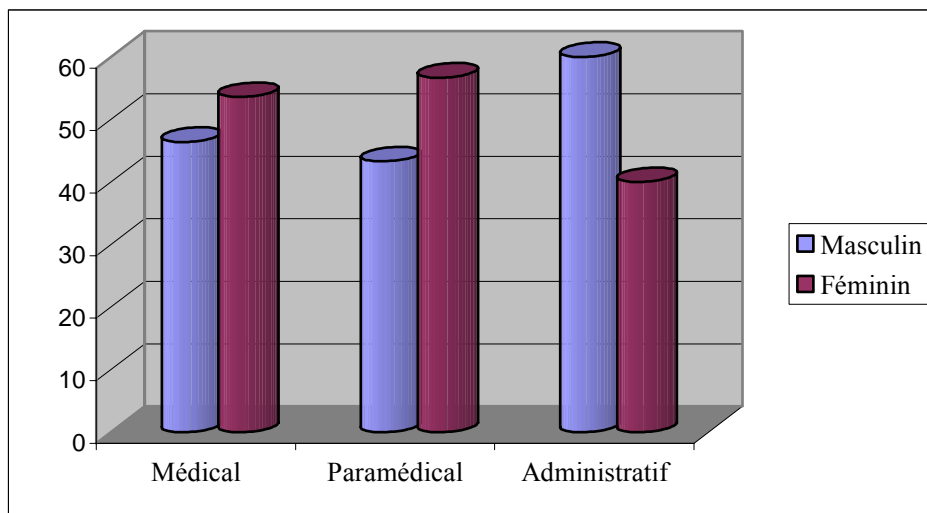
Quant à la répartition par sexe des personnes enquêtées, on constate une prédominance du sexe féminin soit un taux de 53,46%, contre 46,54% de sexe masculin. Ces taux reflètent bien la réalité puisque les corps hospitaliers sont féminisés aujourd'hui en Algérie. Cette prédominance est concentrée surtout au niveau du corps soignant (médical et paramédical), ce qui n'est pas le cas pour le personnel administratif dans lequel nous constatons une prédominance du sexe masculin (Cf. Tableau 21).

Tableau 21: Répartition des enquêtés par corps et selon le sexe au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Corps	Masculin		Féminin		Total	
	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative
Médical	51	46,4	59	53,6	110	100
Paramédical	52	43,3	68	56,7	120	100
Administratif	18	60,0	12	40,0	30	100
Total	121	46,54	139	53,46	260	100

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

Figure 18: Répartition des enquêtés par corps et selon le sexe au CHU de TO



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 21

L'analyse de la qualité et du profil de personnel composant notre échantillon montre très bien, que nous avons touché à un public très varié du CHU entre autre: les médecins chefs, surveillants médicaux, médecins, infirmiers, etc. (Cf. Tableau 22).

Tableau 22: Répartition des enquêtés par corps et selon le poste occupé au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Corps	Poste de travail occupé	Fréquence	Fréquence relative (%)
Médical	Chefs de service	20	18,2
	Médecins	90	81,8
Sous total		110	100,0
Paramédical	Surveillants médicaux	25	20,8
	Infirmiers	95	71,2
Sous total		120	100,0
Administratif	Administratif	14	46,7
	Administrateur	16	53,3
Sous total		30	100,0
Total		260	

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

2- Pratique de la formation continue au CHU de Tizi-Ouzou

Le CHU superstructure de santé au sommet d'une organisation d'offre publique de soins, doit rester à l'écoute de ses usagers pour mieux satisfaire leurs attentes. Il a pour mission première la formation et la recherche, le personnel y exerçant retrouve cette opportunité d'accéder facilement à la participation aux actions de formation continue plus que leurs collègues des secteurs sanitaires.

L'exercice des fonctions dans un CHU permet l'amélioration et l'acquisition de nouvelles connaissances à travers la formation continue. Globalement, 66,54% des enquêtés trouvent plus d'opportunités d'accéder à des cycles de formation continue par rapport à leurs collègues des autres secteurs sanitaires. Parmi eux, nous comptons 70,9% du corps médical, 55,83% du corps paramédical et 63,3% du corps administratif. (Cf. Tableau 23).

Tableau 23: Répartition des enquêtés selon leur perception de l'accès à la formation du fait de leur statut d'hospitalo-universitaire au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Corps	Facile		Difficile		Total	
	Fréquence	Fréquence relative	Fréquence	Fréquence	Fréquence relative	Fréquence
Médical	78	70,91	32	29,1	110	100,0
Paramédical	76	63,33	44	36,67	120	100,0
Administratif	19	63,3	11	36,7	30	100,0
Total	173	66,54	87	33,46	260	100,0

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

Il est clair que des séminaires nationaux d'évaluation de la formation continue n'ont pas eu lieu à partir de 2001 comme il a été signalé dans le chapitre 2. Mais es orientations ont été données par la tutelle à travers des notes spécifiant les principaux thèmes à aborder et les actions à entreprendre, en mettant en exergue les priorités et les orientations sur l'utilisation du budget. Mais tout cela ne comble pas les vides juridiques en la matière ressentis et exprimés par les interrogés¹³⁶.

Ainsi, 80% de personnel administratif déclarent que les textes réglementaires régissant la formation continue ne sont pas bien élaborés, car les formations continues ne sont jamais diplômantes, ce qui démotive davantage le personnel à les suivre. Il n'y a que 20 % qui déclarent le contraire.

En définitive, en plus des limites réglementaires, c'est aussi dans la possibilité de prise en charge financière que résident les restrictions à la participation des personnels hospitaliers aux formations continues. Pour mener à bien toute action de formation, un budget doit être affecté au financement de ce volet. 76,67% du personnel administratif estiment que le budget alloué à la formation continue est insuffisant. A titre d'exemple pour l'année 2007, on note que le budget réservé pour les actions organisées localement ne dépassent pas le 1 million de DA et pour la formation à l'étranger, il est de 848.000 DA. Selon les enquêtés, cette insuffisance est peut être due au fait que le budget réservé à la formation continue n'a jamais fait l'objet du financement de la formation seule, mais

¹³⁶ La réglementation qui régie la formation continue est réduite à deux textes à savoir: le décret exécutif n° 96-92 du 03 Mars 1996 et l'instruction ministérielle n°002 du 18 Février 1998.

il est utilisé à des fins autre que la formation continue. Ce qui veut dire que les crédits dépensés sont souvent très inférieurs aux sommes déléguées par le MSPRH. Cela explique bien, la faible place accordée à la formation continue dans nos établissements (Cf. Tableau 24).

Tableau 24: Répartition des enquêtés du corps administratif selon leurs perceptions du budget attribué à la formation continue au niveau du CHUTO

	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative (%)
Suffisant	4	13,3
Insuffisant	23	76,7
Sans réponse	3	10,0
Total	30	100,0

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

Étant donné, les demandes excessives et croissantes en formation continue des personnels, l'enveloppe budgétaire n'est jamais suffisante pour couvrir toutes les dépenses. Pour cette raison, il importe aux responsables de faire des arbitrages budgétaires, pour pouvoir cerner l'essentiel et l'urgent. Toutefois, une définition préalable des priorités est indispensable.

2-1 L'analyse des besoins de formation

Le recueil et l'analyse des besoins est la première étape du processus de formation. Cette étape est indispensable à sa conception et sa réussite. Le recueil des besoins de formation auprès des personnels consiste à faire exprimer les acteurs de terrain de leurs besoins de compétences à développer: besoin individuel dans le cadre d'un projet professionnel et besoin collectif dans le cadre d'un projet de service. L'ensemble de ces besoins doit être exprimé au moment du recueil qui se fait à partir des outils afin de collecter l'information nécessaire. Cependant, le choix d'une méthode est étroitement lié au terrain d'investigation, à la disponibilité et aux moyens notamment financiers et à la nature de l'objectif qu'il cherche à atteindre.

Les résultats de notre enquête montrent bien que la technique d'entretien a été préférée au questionnaire pour 73,33% des enquêtés (Cf. Tableau 25). Probablement pour des considérations de gain de temps, d'efforts et/ou pour des aspects socio-culturels, car l'algérien est porté sur le verbal et non l'écrit. Par ailleurs, l'entretien permet d'approfondir et de préciser les demandes, notamment en termes d'analyse de situation de travail, de dysfonctionnement, de projets et de compétences à approfondir ou à développer.

L'entretien entre le responsable de formation et les candidats, moment de dialogue privilégié car permettant de réaliser un bilan, est généralement bien perçu par le personnel, comme nous l'a montré notre enquête, même si son usage demeure limité. Il constitue un important outil de recueil d'informations sur les besoins et les vœux de personnels en matière de formation continue à suivre grâce au dialogue.

Tableau 25: Répartition des enquêtés du corps administratifs selon la méthode préférée pour la détection et l'analyse des besoins en formation au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative (%)
Entretien	22	73,3
Questionnaire	8	26,7
Total	30	100,0

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

En définitive, l'analyse des besoins est l'instrument privilégié d'une politique qui se donne les moyens de définir des objectifs. Cependant, toute demande de formation doit être analysée en se référant à des objectifs préalablement fixés qui sont souvent de trois ordres:

- Les objectifs institutionnels (généraux) qui reflètent les orientations stratégiques définies dans le cadre du projet d'établissement. Ce dernier impose à l'hôpital d'engager une réflexion prospective qui le conduit à énoncer des orientations pluriannuelles (sur cinq ans) par référence à sa mission.

- Les objectifs de service qui reposent sur le projet de service correspondant en général à des objectifs d'acquisition d'équipement et de détermination de moyens en personnel.
- Et enfin, les objectifs individuels en termes de compétences, de qualification, qui s'inscrivent bien évidemment, dans la réalisation des objectifs institutionnels au sens large.

La grande responsabilité sera alors, d'assurer une cohérence entre ces trois objectifs et de garantir la satisfaction des besoins collectifs et des besoins individuels.

L'analyse des besoins, qui est une composante très importante mais qui est malheureusement mise à l'écart dans les établissements algériens, devrait résulter de l'évaluation de l'écart entre les compétences dont disposent les personnels et celles requises par l'évolution des missions de l'hôpital. Cette analyse permettrait à la formation continue d'être un outil de gestion préventive des compétences. Or, l'établissement éprouve des difficultés à connaître précisément les compétences de son personnel. Les services du personnel n'ont, en effet, qu'une connaissance administrative de ceux-ci, en fonction de leur appartenance statutaire. De plus, la réflexion sur les besoins en formation se limite encore souvent au court terme.

Mais il reste à conclure que l'analyse des besoins, pourtant fondamentale, prend encore trop souvent dans les établissements hospitaliers algériens la forme d'un simple recueil de demandes. La raison est notamment une implication insuffisante de l'encadrement qui n'est en fait presque jamais évalué en fonction de ses capacités managériales, d'une part et de la façon dont cet encadrement utilise, entretient et développe les ressources humaines mises à sa disposition, d'autre part.

Cette procédure (analyse des besoins) est considérée comme étant défailante, alors que l'impact de la formation dépend pour une bonne part de ce travail en amont du processus de la formation.

2-2 Participation à l'élaboration du plan de formation et de projet de service

Le plan de formation est une occasion de rappeler les objectifs les plus généraux que l'établissement entend poursuivre ainsi que la méthodologie adoptée pour sa constitution et les étapes ultérieures à sa concrétisation.

L'analyse statistique nous révèle un manque de gestion participative. En effet, 70,77% du personnel déclarent qu'ils ne participent pas à l'élaboration des plans de formation, soit 64,54 % du personnel médical, 74,2 % du personnel paramédical et 76,67 du personnel administratif. Il n'y a que 23,85 % qui affirment leur participation. Cela est bien confirmé lors de notre présence à l'élaboration de "*Programme prévisionnel de formation continue 2008*" où nous constatons qu'il n'y avait même pas le tiers du personnel médical et paramédical qui devaient y participer. La raison selon le personnel enquêté est due au fait que ces programmes sont d'ordre national et que leur participation ne change souvent pas grand chose, ce qui veut dire que ces plans ne prennent pas en compte les besoins individuels mais ceux de tout l'établissement (les besoins collectifs seulement). Ceci signifie aussi que ces plans ne font pas une articulation entre les besoins de l'établissement et ceux de son personnel.

Cette faiblesse du personnel à la participation à l'élaboration du plan de formation, témoigne de l'inadéquation entre l'offre en formation et les besoins réels des professionnels. Une révision des stratégies en termes de méthodes, de contenu et de déroulement des actions de formation est nécessaire pour une meilleure conduite de celles-ci. Il est nécessaire de laisser exprimer les besoins de tous les personnels pour mieux prendre en charge les différentes actions de formation continue et surtout réaliser une meilleure élaboration des plans de formation. Il s'agit pour cela d'éviter l'émergence d'un besoin non satisfait (offre de demande ne répondant pas aux besoins exprimés), c'est à dire un décalage entre le besoin et le service fourni.

Par ailleurs, le plan de formation ne se limite pas à un guide méthodologique. C'est également un acte pédagogique fondamental qui obéit à une demande participative impliquant l'ensemble des acteurs des établissements hospitaliers.

Au même titre que le projet médical, le projet de soins, le plan d'équipement, le plan de formation doit être considéré comme un véritable outil stratégique dont l'élaboration doit profiter à tout le personnel. C'est le seul plan de développement de l'hôpital qui associe potentiellement chaque agent dans une démarche participative individuelle.

De même pour ce qui est de leur participation à des projets de service, 43,04% des enquêtés ne se sentent pas impliqués dans la démarche, soit 44,54% du personnel médical et 41,67%. Ce qui peut s'expliquer par le fait que la culture du projet de service est récente et la gestion objectifs-résultats et la budgétisation par activité n'est pas encore maîtrisée. Cela rentre dans le cadre des réformes initiées par la tutelle centrale.

La gestion d'un service à partir de projets est la fédération d'une équipe en lui permettant de s'impliquer activement dans le développement hospitalier en favorisant le partage des savoirs et des compétences autour d'objectifs consensuels. L'adhésion du personnel à la réalisation des projets permet par ailleurs d'optimiser les résultats attendus grâce à un investissement collectif. Ces projets permettent d'identifier les compétences à faire évoluer et les besoins de formation.

Toutefois, l'intérêt placé pour la formation continue dans le projet de service doit être grand, contrairement à ce qu'ils nous ont révélés les résultats de notre enquête. En effet, la grande majorité des enquêtés du corps soignant, soit 50,9% du corps médical et 41,7% du corps paramédical ont répondu par la mention "moyen" de l'intérêt de la formation continue dans le projet de service (Cf. Tableau 26).

Tableau 26: Répartition des enquêtés du corps soignant selon leur perception de l'intérêt accordé à la formation continue dans le projet de service au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Corps	Grand		Moyen		Faible		Total	
	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative
Médical	25	22,7	56	50,9	29	26,4	110	100
Paramédical	33	27,5	50	41,7	37	30,8	120	100
Total	58	25,22	106	46,09	66	28,70	230	100

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

2-3 Les modalités et les formes de formation

L'actualisation des connaissances est une étape importante et indispensable pour maintenir et suivre l'évolution des techniques. L'enquête réalisée au niveau du CHU de Tizi-Ouzou indique que 66,54 % du personnel ont déjà suivi un enseignement professionnel complémentaire, soit 72,73 % du personnel médical, 60,83 % du personnel paramédical et enfin 66,66 % du corps administratif. Les séminaires et les conférences sont les formes de formation continue les plus fréquentées avec des taux de participation de 50,38 % pour les premiers et 51,92 % pour les seconds, alors que le stage n'occupe qu'un très faible taux soit 38,46 %. En outre, 32,31 % du personnel déclarent ne jamais avoir suivi d'enseignement après la fin de leur cycle de formation de base (Cf. Tableau 27).

Tableau 27: Répartition des enquêtés selon le type d'enseignements suivis après leur formation initiale au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Type de formation	Médical		Paramédical		Administratif		Total	
	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
Stage	50	45,45	42	35	8	26,67	100	38,46
Séminaire	70	63,64	47	39,17	14	46,67	131	50,38
Conférence	65	59,09	55	45,83	15	50	135	51,92

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

S'agissant de la pratique des formations à l'étranger, il n'y a qu'1/6 environ du personnel qui a eu la chance de bénéficier d'un stage à l'étranger, soit un taux de 18,46% dont 25,5% du corps médical, 14,2% du corps paramédical et 10% du corps administratif. Ainsi, 11,92 % d'entre eux affirment que le stage était organisé par la tutelle, 2,69 % ont été retenus dans le cadre d'un besoin de l'établissement et enfin 3,08 % ont été formés à titre privé (financement personnel). Mais tous, déclarent que ces formations étaient très bénéfiques aussi bien sur le plan d'un développement personnel ou professionnel. Tous les autres (81,54%), déclarent n'ont jamais eu l'opportunité d'y participer. D'abord pour des raisons financières ensuite pour manque d'organisation dans l'établissement (Cf. Tableau 28).

La formation à l'étranger est intéressante même si elle coûte chère car elle permet la réduction des transferts pour soins à l'étranger qui reviennent encore plus chers aussi bien à l'Etat qu'à la sécurité sociale.

Tableau 28: Répartition des enquêtés selon le cadre dans lequel le stage à l'étranger a été organisé au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

	Médical		Paramédical		Administratif		Total	
	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
Programme de la tutelle	16	14,54	12	10,00	3	10,00	31	11,92
Besoin de l'établissement	4	3,64	5	4,17	0	0,00	9	3,46
Autre (financement personnel)	8	7,27	0	0,00	0	0,00	8	3,08
Total	28	25,45	17	14,17	3	10	48	18,46

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

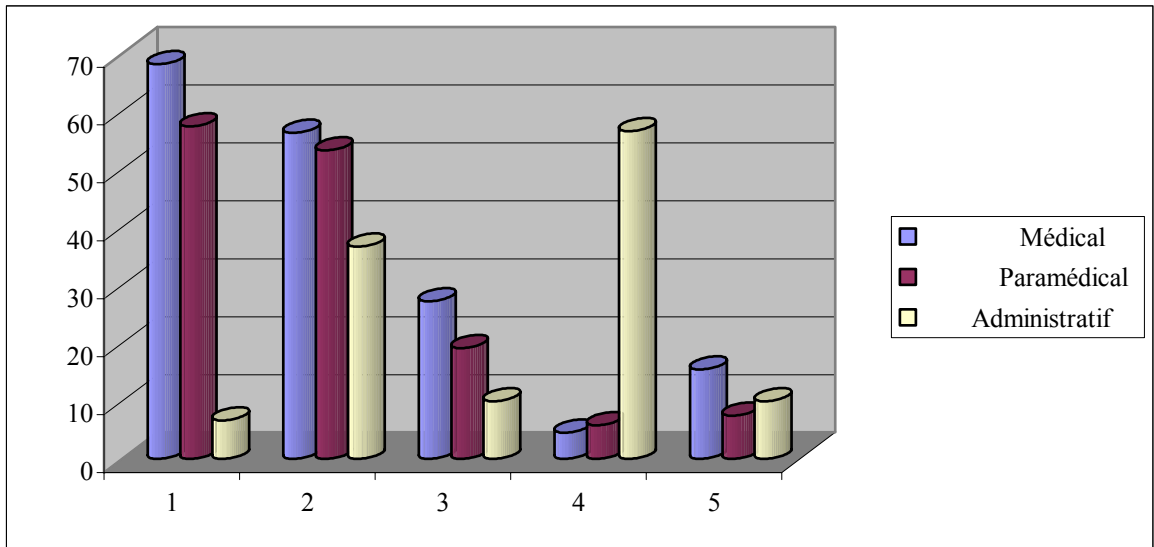
Le tableau 29 indique que la formation technique est la forme de formation la plus pratiquée chez le corps soignant, soit 68,18% du personnel médical et 57,50% du personnel paramédical. Ainsi que, des formations se rapportant à l'exercice de la profession, soit 56,36% du personnel médical et 53,33% du personnel paramédical. Pour le personnel administratif, 56,67% d'entre eux affirment avoir suivi des formations relevant des différents domaines de gestion des ressources humaine, cela explique en partie la place de plus en plus importante accordée à la fonction GRH.

Tableau 29: Répartition des enquêtés selon le corps d'appartenance et le type de formation suivi au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Type de formation	Médical		Paramédical		Administratif	
	Fréquence	Fréquence relative (%)	Fréquence	Fréquence relative (%)	Fréquence	Fréquence relative (%)
Formation technique	75	68,18	69	57,50	2	6,67
Formation générale se rapportant à l'exercice de la profession	62	56,36	64	53,33	11	36,67
Formation reconversion, redéploiement, recyclage	30	27,27	23	19,17	3	10
Formation dans les différents domaines de gestion des ressources humaines	5	4,55	7	5,83	17	56,67
Formation portant sur les relations interpersonnelles, la communication, la résolution des problèmes	17	15,45	9	7,50	03	10

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

Figure 19: Répartition des enquêtés selon le corps d'appartenance et le type de formation Suivie au CHU de Tizi-Ouzou



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 29

Légende: 1-Formation technique,

2- Formation générale se rapportant à l'exercice de la profession,

3- Formation reconversion, redéploiement, recyclage,

4- Formation dans les différents domaines de gestion des ressources humaines,

5- Formation portant sur les relations interpersonnelles, la communication, la résolution des problèmes.

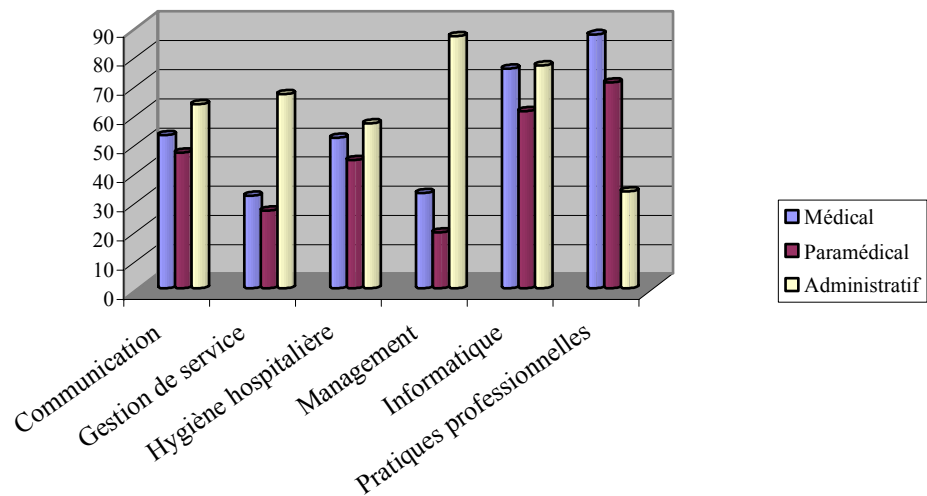
Le tableau 30 montre que les demandes en formation dans les domaines liés à la gestion (management, gestion de service) et l'informatique sont très demandées par le personnel administratif, mais accorde une faible importance à l'hygiène hospitalière et aux pratiques professionnelles. Le corps soignant quant à lui, laisse apparaître un grand attrait aux pratiques professionnelles, à l'informatique, à la communication et à l'hygiène hospitalière.

Tableau 30: Répartition des enquêtés selon le corps d'appartenance et les domaines de formation demandées au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Domaines de formation	Médical		Paramédical		Administratif	
	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative
Communication	58	52,73	56	46,67	19	63,33
Gestion de service	35	31,82	32	26,67	20	66,67
Hygiène hospitalière	57	51,82	53	44,17	17	56,67
Management	36	32,73	23	19,17	26	86,67
Informatique	83	75,45	73	60,83	23	76,67
Pratiques professionnelles	96	87,27	85	70,83	10	33,33

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

Figure 20: Répartition des enquêtés selon le corps d'appartenance et les domaines de formation demandés au CHUTO



Sources: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 30

Les pratiques professionnelles sont d'une importance primordiale pour le personnel médical et paramédical et leur développement ne pourrait être envisagé en dehors d'un accès permanent à l'information en favorisant la communication.

Quant à l'hygiène hospitalière, c'est un domaine très récent mais qui attire grandement le personnel médical et paramédical notamment. L'hôpital étant un lieu à haut risque d'infection, l'hygiène doit être au cœur du fonctionnement quotidien des établissements hospitaliers.

Il est bien évident qu'un établissement ne peut pas engager des formations dans tous les domaines au même moment et ne peut pas satisfaire toutes les demandes de tout le personnel hospitalier. Il ya lieu alors de faire des arbitrages entre les orientations stratégiques de la formation comme nous l'avons signalé plus haut. Il est nécessaire de faire une véritable étude d'opportunité à laquelle doit se livrer l'établissement à partir des demandes exprimées par le personnel. Cette étude lui permettra de sélectionner les besoins et d'établir ainsi les priorités.

Toutefois, dans les hôpitaux, de nouvelles situations engendrent de nouveaux besoins de formation et de nouvelles connaissances et de nouveaux savoir-faire sont requis à chaque acquisition de nouveau matériel qui, pour pouvoir l'utiliser, exige des mises à niveau du personnel médico-technique.

Cependant les résultats de notre enquête montrent que 70,91% du personnel médical et 90,83% du personnel paramédical interrogés déclarent que lors de l'acquisition de matériels nouveaux, les formations d'accompagnement sont très réduites, voire inexistantes et que vraisemblablement, le personnel concerné déploie souvent des efforts personnels pour pouvoir l'utiliser.

La réponse prédominante nous informe de la grande volonté du personnel hospitalier de participer à des formations diplômantes, soit 79,62% du personnel enquêté, soit 78,18% du personnel médical, 80,83% du personnel paramédical et 80% du personnel administratif. Ce qui interprète les aspirations de ce personnel à vouloir donner un essor à l'évolution de leur carrière. La formation diplômante demeure la forme de formation qui motive intensément le personnel.

3 - Evaluation et place de la formation continue

L'évaluation des actions de formation présente un triple intérêt: elle incite les personnels à s'y impliquer davantage, elle responsabilise l'encadrement de la formation continue et elle renforce la crédibilité de la formation vis-à-vis de tous les corps hospitaliers.

En effet, 76,15% des personnels interrogés estiment que les types de formations continues suivis étaient de qualité et montrent bien leur satisfaction. Il n'y a que 23,85% qui déclarent que les formations continues ne représentent qu'une formalité administrative (Cf. Tableau 31).

Tableau 31: Répartition des enquêtés par corps et selon leurs perceptions de la qualité des formations suivies

Corps	Formation de qualité		Formalité administrative		Total	
	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative	Nombre d'enquêtés	Fréquence relative
Médical	90	81,8	20	18,2	110	100
Paramédical	89	74,2	31	25,8	120	100
Administratif	19	63,3	11	36,7	30	100
Total	198	76,15	62	23,85	260	100

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

3-1 Les freins à la mise en œuvre des compétences acquises en formation

Il est toujours reconnu que la formation continue permet un développement des compétences, cependant, la mise en œuvre de ces compétences est confrontée à de multiples contraintes liées en partie, comme le souligne le personnel, à un manque de pratique pour 36,92% d'entre eux, à une maîtrise insuffisante des compétences pour 22,69%. Quand au 12,69 % restant, ils déclarent une préférence aux méthodes anciennement utilisées. Il semble que cette difficulté peut aussi être liée à l'absence de suivi et d'évaluation des actions de formation (Cf. Tableau 32).

Tableau 32: Répartition des enquêtés selon les contraintes rencontrées pour la mise en œuvre des compétences acquises au CHUTO

Freins à la mise en œuvre des compétences acquises	Médical		Paramédical		Administratif		Total	
	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
Maîtrise insuffisante des compétences	20	18,2	30	25,0	9	30,0	59	22,69
Manque de pratique	42	38,2	51	42,5	3	10,0	96	36,92
Préférence aux méthodes anciennement utilisées	9	8,2	11	9,2	13	43,33	33	12,69

Sources: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

La mise en œuvre des compétences demande plus de temps, une confrontation à de multiples situations relativement similaires, et probablement aussi un certain accompagnement de personnel à plus long terme.

De plus, cette mise en œuvre exige des changements au niveau de l'organisation du travail, de l'environnement interne de l'établissement qui ne sont pas propices et ne permettent pas les changements, semble-t il au sein des établissements hospitaliers algériens.

L'évaluation du personnel après son retour d'un cycle de formation continue est tout d'abord révélatrice de l'évolution des méthodes et d'une recherche plus grande d'objectivité. 73,33 % de personnel déclarent qu'ils ne prennent pas des mesures d'évaluation pour l'absence de culture d'évaluation et pour faute d'examen ou de contrôle au cours des cycles de formation continue. Nous remarquons que l'évaluation des actions de formation continue fait défaut en Algérie. Toutefois, l'absence de l'évaluation du personnel ayant bénéficié d'une formation est due, semble-t il au vide juridique régissant la formation continue. Ainsi, l'évaluation de la formation continue constitue manifestement la composante la moins maîtrisée.

Néanmoins, si la pratique de l'évaluation des actions de formation est quasiment systématique dans les pays développés, elle reste d'un usage limité en Algérie. En outre, l'évaluation de l'impact des formations qui implique la mise en œuvre d'un dispositif plus lourd et différé dans le temps, est beaucoup plus rare. De ce fait, l'absence d'un dispositif d'évaluation ne sera pas à la faveur d'un déroulement des actions de formation à bon escient.

Le suivi des actions de formation, quant à lui, ne permet pas encore un réel pilotage de la politique de formation. En règle générale, il est encore impossible de réaliser un suivi individualisé des actions de formation : l'usage de la fiche individuelle de formation s'est généralisé mais la pérennité et la transférabilité des informations qui y sont contenues ne sont pas garanties à ce jour.

Cependant, l'évaluation des personnels avant leur envoi en formation est une composante à prendre en compte (composante totalement absente) pour pouvoir comparer leurs connaissances et acquisitions après leur retour et avoir ainsi l'idée de la pertinence et de la qualité des formations continues suivies.

Toutefois, Il est difficile de mesurer la part contributive de la formation à l'atteinte des objectifs de changement, dans la mesure notamment où l'efficacité de la formation est largement conditionnée par le réinvestissement dans le champ du travail des savoir-faire acquis en formation. L'évaluation différée des actions de formation doit néanmoins être développée, afin d'améliorer la pertinence et l'opérationnalité des actions. L'entretien d'évaluation devient donc un moment privilégié pour connaître les aptitudes professionnelles des personnels, les compétences qu'ils ont acquises en formation et leurs besoins futurs.

3-2 La formation continue comme facteur de motivation

La motivation recouvre un ensemble de facteurs qui détermine le comportement dans le travail. Dans notre échantillon, 67,69 % du personnel sont motivés par les formations continues suivies. Cela explique clairement que la nature de l'individu ne se limite pas exclusivement à des préoccupations économiques, mais elle s'étend aux aspirations sociales et individuelles. Ainsi, les moyens qui lui seront donnés par le biais de la formation pour développer et approfondir ses compétences joueront le rôle de stimulant. Les résultats de notre enquête montrent bien que la formation continue est l'un des leviers essentiel pour améliorer la motivation des personnels dans le travail et par conséquent de leur productivité.

Toutefois, la motivation au travail reste relativement difficile à cerner à cause de son contenu tant variable (chacun prétend sa motivation et sa définition). C'est un processus complexe influencé par différents éléments tels que: la reconnaissance, l'estime, etc., dont l'établissement doit être conscient pour mieux appréhender les attentes.

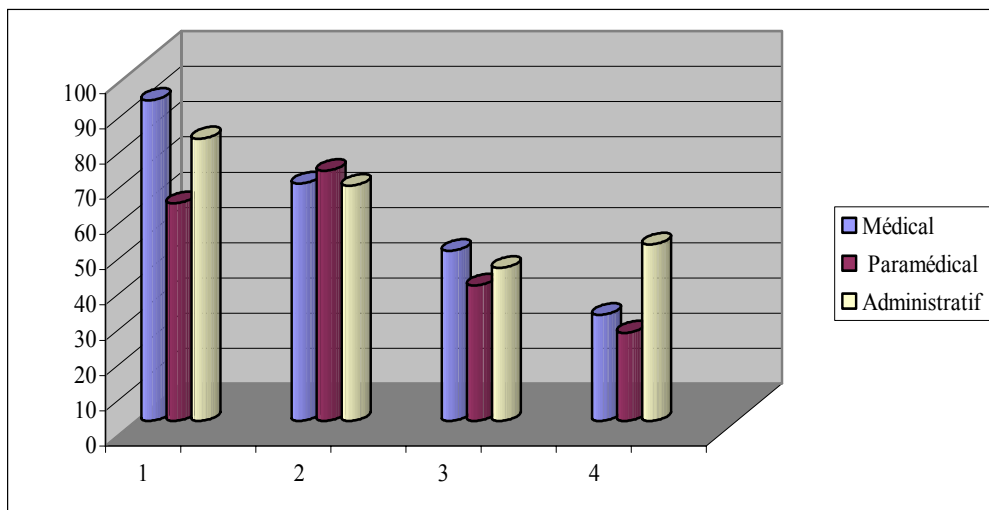
Par ailleurs, les personnels ayant une motivation pour la formation continue fortement marquée par le souci de perfectionnement et de développement personnel représentant le taux le plus élevé soit 76,15%. Vient après le besoin d'évolution dans la carrière avec un taux de 68,85%, suivi par le besoin de service avec un taux de 43,08%, puis par le besoin de l'hôpital 30% (Cf. Tableau 33).

Tableau 33: Répartition des enquêtés selon leur corps d'appartenance et ce qui renforce leur motivation pour la formation continue au CHUTO

	Médical		Paramédical		Administratif		Total	
	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Une possibilité de perfectionnement et de développement personnel	100	90,91	74	61,67	24	80,00	198	76,15
Un moyen d'augmenter ses chances de promotion	74	67,27	85	70,83	20	66,67	179	68,85
Besoin de service	53	48,18	46	38,33	13	43,33	112	43,08
Besoin de l'hôpital	33	30,00	30	25,00	15	50,00	78	30,00

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

Figure 21 : Répartition des enquêtés selon leur corps d'appartenance et ce qui renforce leur motivation pour la formation continue au CHUTO



Source: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 33

Légende: 1- Une possibilité de perfectionnement et de développement personnel
 2- Un moyen d'augmenter ses chances de promotion
 3- Besoin de service
 4- Besoin de l'hôpital

Ainsi, le perfectionnement des connaissances et le besoin d'évolution dans la carrière motivent le plus les personnels. Les besoins relatifs à l'organisation (service ou hôpital) sont relégués au second niveau.

Quant à la question relative au choix d'une seule réponse (proposition) relative à la motivation de la formation continue, les réponses sont présentées dans le tableau 34. Le diagramme de Pareto est utilisé pour montrer les déterminants des demandes en formation pour les différents corps. Pour se faire:

- On classe les déterminants dans l'ordre décroissant
- On calcule le pourcentage pour chaque déterminant: fréquence /total
- Puis, on calcule le pourcentage cumulé.

Tableau 34: Les déterminants des demandes en formation des différents corps au CHU de Tizi-Ouzou

Corps	Déterminants de la demande en formation	Fréquence	Pourcentage %	Pourcentage cumulé %
Médical	Une possibilité de perfectionnement et de développement personnel	49	44,54	44,54
	Un moyen d'augmenter ses chances de promotion	37	33,64	78,18
	Besoin de service	14	12,73	90,91
	Besoin de l'hôpital	10	9,09	100,00
Sous total		110	100	
Paramédical	Un moyen d'augmenter ses chances de promotion	90	75	75
	Une possibilité de perfectionnement et de développement personnel	20	16,67	91,67
	Besoin de service	7	5,83	97,50
	Besoin de l'hôpital	3	2,5	100,00
Sous total		120	100	
Administratif	Une possibilité de perfectionnement et de développement personnel	13	43,33	43,33
	Un moyen d'augmenter ses chances de promotion	9	30,00	73,33
	Besoin de l'hôpital	5	16,67	90
	Besoin de service	3	10,00	100,00
Sous total		30	100	
Total		260		

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er}Décembre 2007 au 2 Février 2008)

L'analyse du diagramme de Pareto cumulé, met en évidence ce qui suit :

- Pour le personnel médical et le personnel administratif 78,18% et 73,33%, respectivement, des demandes en formation sont déterminées par deux facteurs

à savoir: une possibilité de perfectionnement et de développement personnel et un moyen d'augmenter ses chances de promotion.

- Quant au personnel paramédical, 75% des demandes en formation sont déterminées par un seul facteur à savoir: un moyen d'augmenter ses chances de promotion. En effet, le changement de corps professionnel est important chez le personnel paramédical, qui souhaite surtout une évolution vers la carrière d'enseignant paramédical.

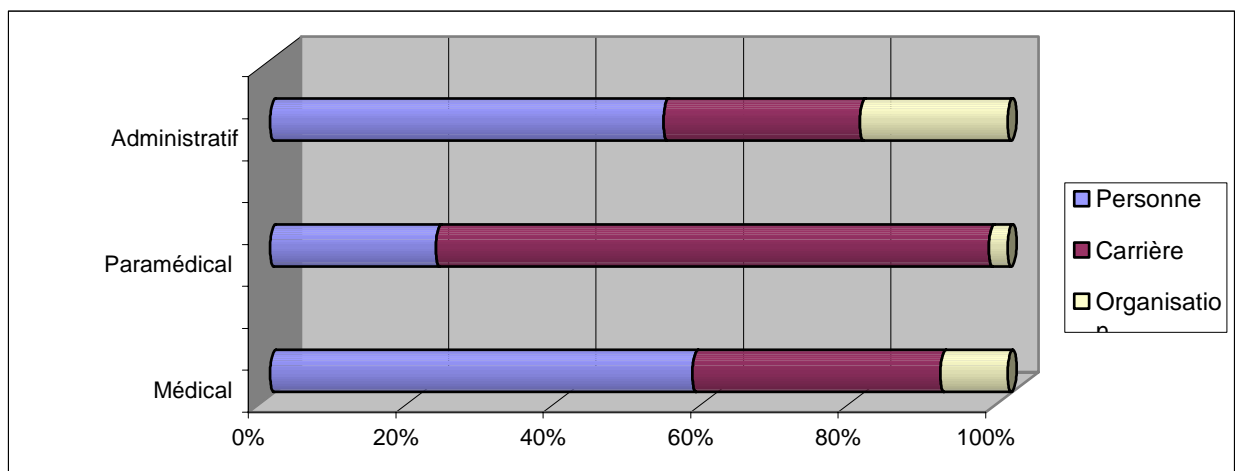
A partir de ces déterminants se décline l'utilité de la formation continue par catégorie de personnel, elle est mise en valeur par les logiques: organisation, personne et carrière.

Tableau 35 : Répartition des enquêtés selon le corps et l'utilité de la formation continue au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

	Médical		Paramédical		Administratif	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Personne	49	57,27	90	22,50	13	53,33
Carrière	37	33,64	20	75	9	26,67
Organisation	24	9,09	10	2,50	8	20

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir des données des Tableau 34

Figure 22: Répartition des enquêtés selon le corps et l'utilité de la formation continue au niveau du CHU de Tizi-Ouzou



Sources: Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 35

La figure 22 montre que l'utilité de la formation continue concerne d'abord le développement personnel et le développement de métier (carrière), l'organisation n'occupe que la dernière place dans la représentation des personnels.

3-3 La formation continue comme facteur de développement personnel

A travers les réponses à la question 24 (Cf. Annexe 2), on notera que l'accomplissement des cycles de formation continue ne présente pas d'impact et n'influence pas la relation entre le corps soignants et les malades. En effet, 64,35% d'entre eux affirment cette réalité (Cf. Tableau 36).

En effet, les actions programmées ne répondent peut être pas aux aspirations des postulants ou bien que la formation dispensée n'est pas complète, puisque, la communication qui est un volet important dans la formation des corps soignants semble être totalement négligée. En outre, la communication permet de faciliter les relations entre corps soignants et malade et contribue à la guérison de celui-ci. Le résultat pourrait s'interpréter par un déficit en compétence pour le volet relationnel et affectif avec les usagers, voire l'accueil des usagers¹³⁷.

Tableau 36: Répartition des enquêtés du corps soignants selon leurs perceptions de l'influence de la formation continue sur leur relation avec le malade

Corps	Avec impact		Sans impact		Sans réponse		Total	
	Nombre d'enquêté	Fréquence relative	Nombre d'enquêté	Fréquence relative	Nombre d'enquêté	Fréquence relative	Nombre d'enquêté	Fréquence relative
Médical	32	29,09	65	59,09	13	11,82	110	100
Paramédical	21	17,5	83	69,17	16	13,33	120	100
Total	53	23,04	148	64,35	29	12,61	230	100

Source: Enquête personnelle au niveau du CHU de Tizi-Ouzou (du 1 Décembre 2007 au 2 Février 2008)

Pour ce qui est de l'amélioration des comportements des personnels à l'issue d'une formation, 57,69 % affirment que les formations continues suivies n'ont rien changé à leurs comportements dans le travail et à leurs habitudes, soit 51,82 % du personnel médical, 59,17% du personnel paramédical et 73,33 % personnel administratif.

¹³⁷ Montserrat X. « L'impact de la réforme hospitalière sur la communication à l'hôpital », Techniques hospitalières, édition ENSP - 1995.P.96

Cela confirme les réponses à la question 12, où le personnel hospitalier manifeste ses difficultés de mettre en œuvre les compétences acquises. Le reste (42,31%) pensent que leurs comportements et leur façon de travailler s'est améliorée à l'issue de leur formation (Cf. Tableau 37). Il s'en est suivi une meilleure organisation et exécution des tâches pour 29,23% d'entre eux et pour 20,38% une meilleure analyse et décision personnel, une perception claire de leur rôle dans l'établissement pour 11,15% et une meilleure coopération avec leurs collègues dans le travail pour 4,62 %.

Tableau 37: Répartition des enquêtés selon leur perception de l'effet de la formation et leur mise en œuvre des compétences acquises au CHUTO

Corps	La mise en œuvre des compétences acquises	La formation améliore les comportements		Total
		Oui	Non	
Médical	Oui	40,00	5,45	45,45
	Non	8,18	46,36	54,55
Total		48,18	51,82	100,0
Paramédical	Oui	13,33	25,83	39,17
	Non	27,50	33,33	60,83
Total		40,83	59,17	100,0
Administratif	Oui	23,33	6,67	30,00
	Non	3,33	66,67	70,00
Total		26,67	73,33	100,0

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

Les effets de la formation ne dépendent pas uniquement de l'acquisition des compétences, par le personnel, qui faisait l'objet de la formation, mais de la façon dont l'établissement est préparé à utiliser effectivement ces nouvelles compétences. Il s'agit dans ce cas de figure de mesurer les effets opérationnels de la formation sur le lieu d'exercice des personnels formés. L'évaluation des effets de la formation s'intéresse de fait à l'organisation et aux pratiques de management.

3-4 Des formations sans effet sur le déroulement de carrière

Si un taux très important de personnel estime que les formations suivies renforcent leur motivation dans le travail, ils sont seulement de 9,23% à estimer que ces formations ont facilité leur promotion de grade: 11,82% médicaux, 7,50% paramédicaux et 6,67% administratifs. Par ailleurs, 90,77% de personnel estiment que

les formations suivies n'ont rien changé à leur situation professionnelle (Cf. Tableau 38).

Le tableau 38 montre que 68,18% du personnel médical, 56,67% du personnel paramédical et 56,67% trouvent que la formation continue renforce leur motivation dans le travail, mais affirment que la formation ne gère pas leur carrière et ne permet quasiment aucune promotion.

Tableau 38: Répartition des enquêtés selon leur perception des effets de la formation sur la motivation et la gestion de carrière au CHUTO

Corps	La formation renforce la motivation dans le travail	La formation permet de gérer la carrière		Total
		Oui (En %)	Non (En %)	
Médical	Oui	7,27	68,18	75,45
	Non	2,73	17,27	20
	Sans réponse	1,82	2,73	4,55
Total		11,82	88,18	100,0
Paramédical	Oui	5,00	56,67	61,67
	Non	2,50	32,50	35,00
	Sans réponse		3,33	3,33
Total		7,50	92,50	100,0
Administratif	Oui	6,67	56,67	63,33
	Non		30,00	30,00
	Sans réponse		6,67	6,67
Total		6,67	93,33	100,0

Source: Enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou (Du 1^{er} Décembre 2007 au 2 Février 2008)

En effet, l'analyse du lien entre les formations suivies par les personnels et leurs évolutions de carrière montre une absence de corrélation. Effectivement, par exemple, le passage à un grade supérieur est principalement influencé par le niveau de formation initiale et par l'ancienneté de l'agent plus que par les formations continues qu'il suivies.

Ainsi, la confusion entre *Plan de carrière* et *Plan de Formation* est à la base de l'insatisfaction du personnel, notamment en ce qui concerne la promotion à un grade supérieur. De ce fait, les efforts de formation des personnels doivent être valorisés dans la carrière, notamment au travers d'une réforme des modalités de promotion interne prenant appui sur une validation des acquis de l'expérience et de la formation.

3-5 La formation permet d'être au diapason des innovations

On note que 73,85% du personnel interrogé ne manque pas d'ambition pour pouvoir atteindre une actualisation optimum de connaissances et d'être enfin au diapason des innovations et de la recherche, soit 82,73% du personnel médical, 68,33% du personnel paramédical, 63,33% du personnel administratif.

Lorsqu'une organisation connaît un processus de modernisation, elle doit mobiliser de nouvelles compétences pour se l'approprier. Pour mobiliser ces compétences, elle peut recruter ou former le personnel dont elle dispose. Les établissements hospitaliers ont connu de profonds changements au cours de ces dernières années, dus autant aux modifications de leur mission qu'à l'introduction de nouvelles technologies. La formation continue mise en place depuis la fin des années quatre-vingt a été utilisée en vue de favoriser l'adaptation des établissements à ces multiples changements.

Conclusion

Outil indissociable du progrès hospitalier, la formation continue doit être gérée sur le même plan que les diverses composantes de la gestion hospitalière. En tant que partie intégrante du projet d'établissement, elle est soumise au même processus de concertation et d'évaluation.

Il apparaît clairement dans les résultats de notre enquête que les formations continues suivies par les personnels de toute catégorie confondue se sont traduites par des résultats probants. Il n'en demeure pas moins que de multiples faiblesses se manifestent, dans la mesure où, la recherche d'équilibre entre les réponses aux besoins individuels et les réponses aux besoins collectifs dans les établissements hospitaliers algériens reste un objectif difficile à atteindre et encore moins à évaluer.

Nous avons aussi pu constater que les personnels médical et paramédical sont les mieux pris en charge par rapport au personnel administratif. La formation à l'hôpital n'a depuis toujours concerné que le personnel soignant et à moindre échelle le personnel administratif.

En outre, la formation continue est loin d'être bien pratiquée, ce qui limite son rôle dans les établissements hospitaliers du pays. Il est, toutefois, utile d'accorder plus d'importance à cet outil majeur et de lui permettre de montrer ses apports, en termes de développement personnel et professionnel et partant, d'une performance globale des établissements hospitaliers.

Toutefois, la formation continue n'est pas diplômante. Elle doit être repensée et réorganisée, de telle manière à avoir des effets sur le déroulement de carrière des personnels. Elle doit leur permettre de passer d'une filière à une autre ou encore à un grade supérieur. Ce qui renforce bien leur motivation dans le travail et leur permet d'être plus efficace.

Il s'agit de favoriser une démarche de promotion de la formation continue plus managée qu'administrée. L'approche rationnelle préconise de partir de la description détaillée des problèmes et de leur identification sans ambiguïté pour aboutir aux solutions les plus pertinentes.

Toutefois, le personnel de notre échantillon aspire participer à des formations diplômantes, avoir des stages à l'étranger et des formations plus adaptées au travail. Pour ce qui est des thèmes de formation à développer, il existe une forte demande qui concerne l'informatique et les nouvelles technologies. Cela semble indiquer que le rythme des évolutions techniques reste élevé. Cependant, il est temps de rechercher et de favoriser des nouvelles méthodes de travail et des nouvelles formes d'organisation de la formation continue dans le contexte où la flexibilité est devenue de plus en plus essentielle. L'articulation des actions de formation avec la pratique professionnelle constitue donc un facteur de réussite et d'efficacité majeure.

Cette enquête de terrain nous a permis de faire clairement apparaître des constats généraux. Cependant, quelque soit l'apport et la place de la formation continue à assurer un développement personnel et professionnel, il reste la mise en œuvre de ces apports, de ces acquisitions et ces compétences et de faire preuve sur le terrain, ce qui n'est pas souvent évident dans les établissements hospitaliers algériens.

Conclusion générale

Au terme de cette recherche, nous pouvons conclure ce qui suit :

L'hôpital algérien doit promouvoir les ressources humaines au premier rang stratégique que les ressources matérielles et financières. Il doit aller plus loin dans la démarche qualité et valider définitivement la nécessaire prise de conscience collective que les individus qui agissent dans les organisations constituent la première richesse et l'atout principal de ces dernières.

Toutefois, la gestion des ressources humaines à l'hôpital en Algérie fait peu de place à une logique de qualification. Cette dernière demeure une notion peu familière à l'hôpital. En matière de gestion des ressources humaines, la formation continue constitue le principal levier d'adaptation des qualifications. Elle est devenue depuis plusieurs années un véritable outil stratégique au service des projets hospitaliers. Elle concourt en effet, au maintien et au développement des compétences, pour permettre l'adaptation des ressources humaines aux multiples évolutions hospitalières. Elle constitue à cet égard une fonction essentielle dans l'accompagnement des personnels en termes d'évolution de carrière, de promotion sociale et de développement personnel et professionnel.

En effet, le chantier de la formation continue est immense. Les pistes et voies de progrès suggérées doivent être accompagnées et enrichies par de nouvelles actions, de nouveaux cheminements tels que: le renforcement de la réglementation (pour pallier aux vides juridiques en matière de formation continue), l'adaptation des études promotionnelles, la clarification des principes de gestion et, notamment, l'instauration d'un contrôle et d'une cohérence dans la manière dont sont appréhendées et suivies les dépenses de formation etc. La réussite dépendra, surtout, des changements opérés en matière d'organisation et de management et de la volonté de l'hôpital public à faire de la formation continue une obligation prise en compte dans le déroulement de carrière des personnels hospitalier.

Toutefois, la formation continue dans les établissements hospitaliers algériens souffre actuellement de plusieurs faiblesses structurelles, à savoir :

- L'insuffisante distinction des différents types d'actions de formation continue en fonction de leurs objectifs, source de malentendus (notamment entre droit à la formation et devoir d'efficacité) et d'inégalités entre personnes ;
- La formation continue reste par ailleurs insuffisamment intégrée aux autres dimensions de la gestion des ressources humaines ;
- Elle est largement déconnectée du déroulement de carrière du personnel hospitalier notamment ;
- L'articulation de la formation continue avec les stratégies des établissements, si elle se fait relativement bien au niveau central, semble plus difficile localement.

L'enquête que nous avons menée au sein du CHU de Tizi-Ouzou a permis de relever que les dysfonctionnements, pour élaborer et mettre en œuvre les actions de formation, se situent au niveau de :

- L'absence d'une méthodologie adéquate d'analyse des besoins de formation des personnels et des services. Cependant, les établissements énoncent souvent les besoins en formation sous forme de thématique générale, vaste et imprécise, sans lien apparent avec la demande effective des personnels du terrain pour améliorer leurs compétences;
- La désignation des bénéficiaires de la formation continue qui dépend de la seule volonté du supérieur hiérarchique;
- Méthodes classiques de formation continue qui ne s'adaptent plus aux besoins d'une administration en pleine mutation et à ceux d'une population adulte de plus en plus exigeante;
- L'absence de démarches participatives, suscitant l'implication de tous les acteurs de la formation et particulièrement les apprenants, risque d'hypothéquer l'efficacité de tous les efforts déployés en matière de formation.

Cependant, l'absence de définition d'objectif rend illusoire toute discussion sur les programmes, les méthodes pédagogiques et les méthodes d'évaluation. En effet, si ces derniers sont clairement exprimés, la formation continue aura plus de chance d'être efficace.

Par ailleurs, les programmes et objectifs sont souvent élaborés en dehors de toute écoute des utilisateurs ou demandeurs. De ce fait, une articulation entre les besoins personnel, professionnel et organisationnel doit être assurée pour réussir la formation continue.

En outre, il est nécessaire que la formation continue tienne une place déterminante dans la mise en œuvre d'une gestion dynamique des ressources humaines. Il convient donc, d'une part, de définir des stratégies de formation cohérentes avec les évolutions, les objectifs et les besoins de l'établissement et, d'autre part, de placer la formation au cœur de la gestion des carrières des personnels. L'objectif doit être celui d'éviter la démotivation du personnel qu'entraîne l'absence de perspective d'évolution de carrière. Pour cela, il devient donc indispensable de dépasser la gestion traditionnelle fondée sur l'ancienneté et de mettre en place un système de gestion des carrières et des promotions dont les critères fondamentaux seraient la compétence et le mérite.

En définitive, on peut dire que ce présent travail n'a pas pour but de donner des réponses mais plutôt d'ouvrir le débat.

Les recommandations que nous pouvons suggérer peuvent être les suivantes:

➤ Les programmes de formation continue doivent être projetés sur l'avenir et préparés le personnel aux éventuels changements de techniques et aux évolutions des technologies. Cependant, elles ne doivent pas faire l'objet de solutions de moment (momentanées). Mais au contraire, prévoir les résultats de toute action pour les mesurer et les corriger avant qu'elle n'entraîne des conséquences néfastes.

- Avoir une grande coopération entre tous les établissements se trouvant dans les quatre coins du pays et pourquoi pas avec d'autres établissements étrangers, pour échange d'expériences et de connaissances.
- Mettre en place un conseil régional au niveau de chaque établissement pour contrôler le déroulement des actions de formations continues, et procéder dans la mesure du possible à une évaluation des formations et notamment de leur impact sur la situation de travail, afin que ces dernières assurent pleinement leurs missions;
- Installer un réseau d'information et d'échanges permanent;
- S'appuyer sur les nouvelles techniques d'information et de communication
 - Formation à distance (e-learning): rend plus attractive la pratique en périphérie et peut ainsi contribuer à une médecine moins centralisée, plus performante, permettant une prise en charge plus efficace des patients. Elle peut aussi réduire les absences liées aux déplacements des professionnels pour la formation.
 - Courrier électronique.
- Favoriser les formations diplômantes et prévoir les textes réglementaires nécessaires;
- Rendre la formation continue obligatoire;
- Accorder plus d'importance aux personnels administratifs, car la performance globale de l'hôpital et l'assurance de la qualité des soins dépendent de la contribution de tout le personnel travaillant dans l'établissement entre autre, médical, paramédical et administratif.
- Opter pour une externalisation (sous-traitance) des actions de formation continue (un sujet qui fera l'objet de nos éventuelles recherches).

Annexe 1: Glossaire

Tiré dans les glossaires de quelques ouvrages et de lexique médico-économique. Ce glossaire peut être un guide qui embrasse quelques éléments d'un langage commun en matière d'économie de la santé qui est une discipline récente.

ECONOMIE DE LA SANTE

Elle consiste en l'étude des comportements humains et plus précisément en l'analyse des effets des incitations de prix, de coûts et de revenus sur ses comportements. Elle est la branche de la connaissance qui a pour objet d'optimiser l'action médicale. C'est-à-dire d'étudier les conditions optimales de répartition des ressources dont on dispose pour assurer à la population les meilleurs soins médicaux et le meilleur état de santé possible, compte tenu des contraintes de moyens possibles.

Accréditation: Procédure externe à l'établissement de santé, dont le but est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités de cet établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

De façon plus générale, on peut dire que l'accréditation est une procédure menée par un organisme reconnu qui démontre qu'un établissement est compétent pour effectuer des actes particuliers.

Analyse de la demande de formation: Opération consistant à examiner la pertinence d'un projet par rapport aux objectifs poursuivis par les demandeurs.

Cahier des charges de formation: Document contractuel fixant les modalités d'une action de formation. Ce document contient les éléments administratifs, pédagogiques, financiers et organisationnels pour atteindre les objectifs déterminés.

Capacité: Ensemble d'aptitudes cognitives, psychomotrices et affectives qui permettent d'aborder des situations professionnelles. Ces capacités exercées en situation de travail permettent l'apprentissage expérimental qui génère de la compétence.

Compétences: mise en œuvre de capacités en situation professionnelle qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité.

Ensemble pertinent, reconnu et éprouvé des représentations, connaissances, capacités et comportements mobilisés à bon escient par une personne ou un groupe dans une situation de travail. Réalité complexe qui ne se limite pas à une connaissance, une technique ou une attitude.

Les compétences nécessaires à la pratique en santé publique doivent être définies et acceptées par divers intervenants du système, y compris les employeurs, les praticiens et les responsables des programmes de formation. On devrait pouvoir utiliser les compétences définies pour un certain nombre de tâches, telles que la rédaction de descriptions de travail au moyen d'une nomenclature normalisée, l'évaluation des degrés de compétence nécessaires pour des programmes et des organisations, l'orientation de l'élaboration des programmes et l'évaluation des besoins d'apprentissage du personnel et au sein d'une organisation.

Démarche-qualité: *"Est l'ensemble des méthodes, des techniques et des actions managériales qui mène l'établissement de santé pour gérer la qualité de ses prestations dans le but de satisfaire ses clients, d'assurer sa pérennité et de se développer"*. (AFNOR)

Evaluation: Observation et mesure des écarts entre des pratiques et des référentiels ou standards définis a priori.

Ingénierie de formation: Ensemble de démarches méthodologiques articulées. Elles s'appliquent à la conception de système d'actions et de dispositifs de formation pour atteindre efficacement l'objectif fixé. L'ingénierie de formation comprend l'analyse des besoins de formation, la conception du projet formatif, la coordination et le contrôle de sa mise en œuvre et l'évaluation des effets de la formation. Elle consiste à traduire d'une

manière opérationnelle les orientations générales définies dans la politique de formation. Concrètement, elle se traduit par le passage de la politique de formation au plan de formation.

Projet: *"Démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir"* (AFNOR).

Un projet est défini est mis en œuvre pour élaborer une réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client, ou d'une clientèle et il implique un objectif et des actions à entreprendre avec des ressources données.

Projet d'établissement: Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux (orientations stratégiques) de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.

Projet de médicalisation des systèmes d'information (PMSI): Son objectif est de constituer un système national d'information hospitalière basé sur des résumés standardisés de sortie où figurent, outre les caractéristiques démographiques du malade, son diagnostic de sortie dit diagnostic principal, le ou les diagnostics secondaires s'il y a lieu, ainsi que les principaux actes diagnostiques et thérapeutiques effectués. Codés au niveau du ministère de la santé, les diagnostics principaux sont classés dans des groupes homogènes de malades (GHM) qui sont censés représenter la totalité de la pathologie hospitalière aiguë, eux-mêmes répartis en catégories majeures de diagnostic (CMD). Les CMD sont définies par appareil ou par grand type de maladies. Les GHM sont définis en fonction de la quantité de ressources hospitalières nécessaires au diagnostic et au traitement des pathologies qui composent chaque groupe. Ils sont donc considérés comme homogènes non pas sur le plan clinique, mais sur celui de la consommation des ressources.

L'intérêt de ce système d'information est : de constituer un outil pour le gestionnaire hospitalier qui peut enfin disposer de données sur ce que produit effectivement son établissement ; de devenir un instrument de l'assurance de qualité à l'hôpital car, en

permettant des comparaisons pertinentes, ils incitent à l'adoption de bonnes pratiques ; de fournir une base de données épidémiologiques intéressantes bien qu'ils n'aient pas été conçus dans ce but ; de prétendre à terme améliorer le système de financement des hôpitaux dans le sens d'une plus juste attribution des ressources. Les premières expérimentations remontent à 1982 pour les hôpitaux publics.

L'objectif final du PMSI est de déterminer à terme un coût par pathologie à l'aide de la nouvelle comptabilité analytique des hôpitaux. Les inconvénients de ce programme sont représentés par la lenteur de la mise en œuvre et la faible évolution de la classification, l'impossibilité de chaînage entre séjours d'un même patient. Les départements de l'information médicale (DIM), qui, dans les hôpitaux sont chargés de la collecte et du traitement des informations, sont dirigés par un praticien hospitalier et ont à leur disposition un secrétariat médical et des moyens informatiques.

Processus: "Enchaînement d'activités ayant pour objet de transformer une entité en produits ou services intermédiaires ou finis" (AFNOR).

"Ensemble de moyens et d'activités qui transforment des éléments entrants en éléments sortants" (ISO 9000).

Le processus de formation comporte quatre phases: analyse des besoins de formation, élaboration du plan de formation, conception et mise en œuvre des actions, évaluation des actions.

Projet soins: Le projet médical et le projet de soins visent une amélioration de la fluidité de la prise en charge des malades et une amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins dans contexte de montée en charge des demandes des malades et de leurs proches la douleur. Il vise également à développer une

organisation optimale de l'action collective, à intensifier la réflexion éthique, à développer la prévention et l'éducation à la santé.

Qualité des soins: Niveau auquel parviennent les organisations de santé, en terme d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations, et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles (Définition donnée par l'Institut de médecine des USA).

Système d'information hospitalier (SIH): Système ouvert qui tente d'intégrer et de faire communiquer les flux d'information interne et externe à l'hôpital, en assurant les fonctions communes à toutes les applications utilisées.

Référentiel: ensemble de références couvrant un domaine d'activité donné et sur lequel il convient de s'appuyer pour conduire une activité d'évaluation dans le cadre d'une démarche qualité.

Référence: énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de soins ou de prestations de qualité.

Annexe 2: Questionnaire d'enquête

**UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, DES SCIENCES DE
GESTION ET DES SCIENCES COMMERCIALES**

Département des Sciences Economiques

**LA FORMATION CONTINUE ET SON ROLE DANS
LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ALGERIENS**

Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'un travail universitaire réalisé indépendamment de toute autre considération. Les données recueillies dans le cadre de cette enquête vont nous permettre de mieux comprendre l'importance d'une intégration de la formation continue dans la gestion des ressources humaines en milieu hospitalier et son impact sur l'amélioration des compétences des personnels et une meilleure prestation de soins.

C'est dans le souci d'en savoir plus sur la place de la formation continue dans la gestion des ressources humaines au niveau des établissements hospitaliers, que nous avons soumis ce présent questionnaire aux professionnels de la santé du CHU de Tizi-Ouzou.

Nous vous assurons que les réponses à ce questionnaire seront totalement confidentielles.

**GRILLE COMMUNE POUR LES TROIS CORPS: MEDICAL,
PARAMEDICAL, ADMINISTRATIF**

a. Sexe : Masculin Féminin

b. Age: Moins de 30 ans De 30 à 40 ans De 41 ans à 50 ans 50 ans et plus

c. Situation familiale: célibataire marié

d. Poste occupé:

1- Après votre cycle de formation de base, avez vous bénéficié ultérieurement d'un enseignement professionnel complémentaire?

Oui

Non

Si oui, sous quelle forme?

Stage

Séminaire

Conférences

Autres

(précisez.....)

2- Avez-vous déjà bénéficié d'un stage à l'étranger?

Oui

Non

2-1 Si oui, dans quel cadre?

Programme de la tutelle

Besoin de l'établissement

Autre préciser.....)

2-2 A votre retour, quel a été l'impact de vos acquisitions par rapport à votre activité?

.....

3- Quel type de formation continue avez-vous déjà suivi?

Formation technique

Formation générale se rapportant à l'exercice de la profession

Formation reconversion, redéploiement, recyclage

Formation dans les différents domaines de gestion des ressources humaines

Formation portant sur les relations interpersonnelles, la communication, la résolution des problèmes

Autre (à préciser.....)

4- D'après vous, les types de formations continues que vous auriez reçus à ce jour, sous leurs diverses formes :

- Étaient-ils de qualité ?
- Ne représentaient-ils qu'une simple formalité administrative ?

5- Dans quel domaine souhaitez-vous suivre une formation continue

- Communication
- Gestion de services
- Hygiène hospitalière
- Management
- Informatique
- Pratiques professionnelles
- Autre (à préciser.....)

6- Pourquoi souhaitez-vous bénéficier d'une formation continue? (Cocher une ou plusieurs cases)

- Une possibilité de perfectionnement et de développement personnel
- Un moyen d'augmenter ses chances de promotion
- Besoin de l'hôpital
- Besoin de service
- Autre (à préciser.....)

7- Participez-vous à l'élaboration des plans de formation?

- Oui
- Non

Si non
pourquoi?.....
.....

8- Selon vous, suivre un cycle de formation continue permet –il de mieux gérer votre carrière (promotion)?

- Oui
- Non

9- Souhaiteriez-vous participer à des formations diplômantes?

- Oui
- Non

10- La formation continue que vous avez suivie a-t-elle contribué à renforcer votre motivation dans votre travail?

- Oui
- Non

11- D'après vous, l'âge influe-t-il sur la motivation et l'acquisition de connaissances et compétences?

Oui

Non

12- Est ce que vous mettez en œuvre les compétences acquises suite aux formations continues suivies?

Oui

Non

Si non, pour quelles raisons? Cochez une ou plusieurs cases

Maîtrise insuffisante des compétences

Manque de pratique

Préférences aux méthodes anciennement utilisées

Autre à préciser.....)

13- Votre comportement s'est elle amélioré à l'issue d'une formation continue?

Oui

Non

Si oui, dans quel domaine?

Perception claire de votre rôle dans l'établissement

Meilleure coopération avec vos collègues dans le travail

Meilleures analyses et décisions

Meilleure organisation et exécution des tâches

Autre à préciser.....)

14- La formation continue permet-elle d'être au diapason des innovations et de la recherche?

Oui

Non

15- Exerçant dans un CHU trouvez vous plus d'opportunité d'accéder à des cycles de formation continue par rapport à vos collègues des secteurs sanitaires?

Oui

Non

16- Quels sont vos commentaires sur la problématique de la formation continue, dans votre établissement, que ce questionnaire n'a pas permis d'aborder? Et quels sont vos souhaits et propositions en termes de qualité et de quantité de formation continue?

.....
.....

GRILLE SPECIFIQUE AUX PERSONNELS ADMINISTRATIFS

17- Les moyens mis pour la formation continue sont-ils suffisants?

Oui

Non

18- Les textes réglementaires régissant la formation continue sont-ils bien élaborés?

Oui

Non

Si non, commentez les insuffisances?.....
.....

19- Dans l'analyse des besoins de formation continue de votre personnel, quel est le moyen le plus approprié que vous utilisez?

Entretien

Questionnaire

Autre à préciser.....)

20- Évaluez-vous le personnel de votre établissement après son retour d'un cycle de formation continue?

Oui

Non

Si oui,
comment?.....

Si non,
pourquoi?.....

**GRILLE SPECIFIQUE AUX PERSONNELS MEDICAUX ET
PARAMEDICAUX**

21- Participez-vous à l'élaboration d'un projet de service?

Oui

Non

22- Appréciez l'intérêt placé pour la formation continue dans le projet de service?

Grand

Moyen

Faible

23- Lors de l'acquisition de matériels nouveaux au service, existe t-il des formations d'accompagnement?

Oui

Non

24- Ressentez-vous l'impact de la formation continue sur votre relation avec le malade?

Oui

Non

Merci de votre collaboration

Annexe : 3

BILAN DE LA FORMATION DE LONGUE DUREE DANS LE CADRE DE LA COOPERATION ALGERO-FRANCAISE, 1991-2007

Spécialité	EFFECTIFS FORMES PAR ANNEE													
	91/92	92/93	93/94	94/95	95/96	96/97	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02	02/03	03/04	04/05
généraliste	8	4	4	4										
généraliste	3	6	7	6	8	7	10	12	9	4	3		3	4
généraliste	4					2	4	6				3		1
généraliste interventionnelle	2		6		1	1					1	2	2	3
généraliste hépatique	1												2	
généraliste uro-génitale de	1													
généraliste														
généraliste plastique et brûlée	3		4					5						
généraliste			1					3	6	4	1		2	3
généraliste interventionnelle	1									3	4	2		
généraliste médecine bio-médicale	3													
généraliste		5	6	6										
généraliste			5			1								
généraliste térologie			2									1		
généraliste périnatale et			1											
généraliste														
généraliste cardiaque				5	4	4	1			3	2	2		2
généraliste				4										
généraliste médecine biotechnique				1										
généraliste					1									
généraliste de l'œsophage					1									
généraliste pathologie					1									
généraliste					2									
généraliste fonctionnelle					1									
généraliste chirurgie						1	2	2				2		
généraliste pédiatrique							4							
généraliste							2	3						
généraliste	1		2		1						2	4	2	1
généraliste													3	2
généraliste hospitalière													1	
Total	27	15	38	26	22	16	23	31	15	14	13	16	15	16

Annexe : 4

BILAN DE FORMATION CONTINUE ARRETE AU 1ER SEMESTRE 2007

wilaya	Hygiène hospitalière			Affection cardio-vasculaire	Affections respiratoires	Babète	Néonatoogie		Autres		Total
	Med.	paramed	Personnes de service	Méd.	Med.	Méd.	Méd	Paraméd	Méd	Paraméd	
Adrar	7	11	62	13				13	35		141
Chlef		45	25	5	15	10	5	12	62	42	221
Laghouat		25	32	16	10				3	15	101
Oum el Bouaghi	10	87	84	4	2				57	24	268
batna	137	251	101	42	27	114	23	68	16	305	1084
Béjaia	12	98	119		10	8	4	29	50	49	379
Biskra		23		18	12	31	13	7	25	47	176
Béchar	3	103	18	34	36	31	6	29	144		404
Blida	70	40	15	50	31	33	32	47	6	48	372
Bouira	4		89	4			7		59	76	239
Tamanrasset	1	5	41				5	30	3		85
Tebessa			16						60	109	185
Tlemcen	32	93	60			27			125		337
Tiaret	45	52	60			35		48	2	85	327
Tizi-ouzou	198	261	816	78			58	71		13	1595
Alger		11	50	57	6					195	319
Djelfa	15	50	36	10	27	25	4	12	344	24	547
Djidjel	15	124	75	44	17	79	32	20	89	91	586
Setif	35	135	127	83	217	118	20	83	873	376	2067
Saida	18	60						40	55	40	213
Skikda			71								71
Sidi bel Abbes		61	34								95
Annaba	7	95	166	21	10	48	8		25	180	560
Guelma	40	82	54		20	20		12	23	23	274
Constantine	17	84	104		40	15		23	121	61	465
Média	69	226	140	15	2	23	3	39	38	20	575
Mostaganem	58	121	99	10	39	20	22	68	195	166	798
M'sila		49	14	28	37	45	14	20	112	23	342
Mascara		107	82			17		53		12	271
Ouargla		3	57		61	15	3	27	63	159	388
Oran		29	79						35	95	238
El Bayed	14	38	14	50	38	20	13	40	50	25	302
Illizi	10	14	16				12	13	22	23	110
Bourdj	57	208	66		30	40	10		74	15	500
Bouarraridj											
Boumerdes		40	88	80	2	2	16	66	60	180	534
El Teref	81	77	56	32		50	26		299	39	660
Tindouf			40	5	5	5	5	45	15	184	304
Tissemssilt	7	32	37	33	26	34	9	23	64	10	275
El Oued		60									60
Khenchela		104	66								170
Souk Ahras	15	97	48	22	10	25	1	50	41	197	506
Tipaza	28	163	141		26	51	42	34	142	184	811
Mila	3	83	116	20	10	20	7	30	20		309
Ain Defla	4	130		11			86	58			289
Naama	8	38	15	25	6	12	13	26		58	201
Ain	115	135	73	50	30	93	16	49		238	799

Contribution à l'étude de la gestion des ressources humaines et de l'intégration de la formation continue en milieu hospitalier en Algérie: Cas du CHU de Tizi-Ouzou

Timouchent											
Ghardaïa	8	65	55	10	15		2	37		238	430
Relizane		25	33					9		2	69
Total	1143	3640	3590	870	817	1124	530	1260	3407	3671	20052

Contribution à l'étude de la gestion des ressources humaines et de l'intégration de la formation continue en milieu hospitalier en Algérie: Cas du CHU de Tizi-Ouzou

BILAN LOCAL DE FORMATION CONTINUE PAR SPECIALITE DU 2^{EME} SEMESTRE 2007

	Hygiène hospitalière			Affectation- cardiovasculaire	Affectation respiratoire	diabète	Néonatalogie		Aut
	Méd	Paramed	Personnel de service	Médecin généraliste	Médecin généraliste	Médecin généraliste	Méd	Paraméd	Méd
	1		45	10					6
	28			15	50		20	28	48
	1	22		26	57	39	1	22	
ouaghi	29	94	113	18	4				214
				130	4	42	7	20	155
		75	67	36	49	10	1	11	98
	37	87	82	119	69	56	66	52	
	37	71	108	42	21	39	6	31	61
	20	25				12	4	7	112
	7	309	103	5	4	4	2	27	53
set									
	46	131	89	44	15	36	29	19	204
	11	61	47	11	56	40		21	407
	83	65	122				10	35	14
u	140	331		47	23	34	39	154	157
	111	417	197	142	24	20	125	15	184
	16				16	3	17	21	95
		12		17		3	23	14	106
	41	252	67	110	184	245	30	210	577
		16	49			23	1		63
			33	32			69	63	199
bbes	30	365	57	40	40	48	27	37	360
	15	48	37		53	94		43	295
	36	8		20			28	25	21
ne	113	158	142	17	102	32			130
	57	35	105	39	22	28	53	44	58
em	15	46	40	15	12	5	3	18	29
	7	98	179	31	38	30	17	35	108
					61	16		10	218
	13	41	38	26	58	21			
	694	494			127	130		196	148
				12	43	12			79
		10	9	28	26	38	5	22	13
dj									
s	31	125	136	14		3	47	38	34
	9	6	4				41	14	121
lt	20	111	38	18	31	26	10	21	35
									15
a		27	24	20	6	23	5	3	106
as		63	6					108	
	41	133	145	122	23	17	19	73	142
	37	104	77	29			12	38	21
	80	158	77	43			48	38	126
		25							74
hent				50	29				31
				7	7	5			14
	12	80	16	8	4	14	51	33	42
	1818	4103	2252	1343	1258	1148	816	1546	4973

Annexe 5 : Programme prévisionnel de formation continue Année 2008

Wilaya : Tizi-Ouzou

Etablissement : CHU de Tizi-Ouzou

Lieu de formation : CHU TO / ET E.F.P.M. TO

THEME : HYGIENE HOSPITALIERE

<i>Catégories</i>	<i>Effectifs des personnels de l'établissement</i>	<i>Effectifs à former en 2008</i>	<i>Lieu de formation</i>	<i>Estimation du coût de l'action</i>
<i>1- Médecins généralistes chirurgiens dentistes et pharmaciens</i>	88	60	CHU	202.167,00 DA
<i>2-Paramédicaux exerçant dans : les services de néonatalogie</i>	16	02	EFPM	101.088 ,00 DA
<i>Les services d'hémodialyse</i>	25	05	EFPM	101.088 ,00 DA
<i>Les services de chirurgie</i>	186	60	EFPM	202.167,00 DA
<i>Les services de réanimation</i>	34	05	EFPM	101.088 ,00 DA
<i>Les services de chirurgien dentaire</i>				
<i>3-Sages femme et puéricultrices</i>	27	05	EFPM	101.088 ,00 DA
<i>4-Auxiliaires médicaux en Anesthésie Réanimation</i>	51	20	EFPM	101.088 ,00 DA
<i>5-Laborantins exerçant dans :</i>			EFPM	101.088 ,00 DA
<i>- Les CTS</i>	21	05		
<i>- Les laboratoires</i>	40	10		
<i>6-Personnels de service : - Agents d'entretien (femmes de ménage)</i>	415	20	CHU	5.400,00 DA
<i>Agents de service de cuisine et serveur de repas</i>	45			
<i>Agents de lingerie</i>	24	24	CHU	5.400,00 DA
<i>Coursiers</i>				
<i>Agents chargés de la collecte et l'élimination des déchets</i>				
<i>Brancardiers et ambulanciers</i>	37	20	CHU	5.400,00 DA
<i>Agents de maintenances des appareils médicaux</i>	08	8	CHU	5.400,00 DA
<i>Agents chargés de l'entretins des dispositifs médicaux (instrumentistes)</i>	/	/	/	/

Programme prévisionnel de formation continue Année 2008

Wilaya : TIZI OUZOU

Etablissement : C.H.U.T.O.

Lieu de formation : E.F.P.M.T.O./

THEME : Prise en charge des affections cardio-vasculaires

ACTION A PRENDRE EN CHARGE LOCALEMENT

<i>Catégories</i>	<i>Effectifs à former en 2008</i>	<i>Lieu de formation</i>	<i>Estimation du coût Année 2008</i>
<i>Médecin généraliste</i>	<i>10</i>	<i>EFPM</i>	<i>101.088 ,00 DA</i>

Liste nominative des praticiens généralistes pour formation dans le cadre des actions de formation centralisées au CHU de Tizi-Ouzou

<i>Services</i>	<i>Nombre de médecins</i>		
	<i>Masculin</i>	<i>Féminin</i>	<i>Total</i>
<i>P.U. DE MEDECINE</i>	<i>5</i>	<i>0</i>	<i>5</i>
<i>S.A.M.U.</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>4</i>
<i>PEDIATRIE</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Total</i>	<i>7</i>	<i>3</i>	<i>10</i>

THEME : Prise en charge des affections Respiratoires

ACTION À PRENDRE EN CHARGE LOCALEMENT

<i>Catégories</i>	<i>Effectifs à former en 2008</i>	<i>Lieu de formation</i>	<i>Estimation du coût Année 2008</i>
<i>Médecin généraliste</i>	<i>20</i>	<i>EFPM</i>	<i>101.088 ,00 DA</i>

Contribution à l'étude de la gestion des ressources humaines et de l'intégration de la formation continue en milieu hospitalier en Algérie: Cas du CHU de Tizi-Ouzou

Liste nominative des praticiens généralistes proposés pour formation dans le cadre des actions de formation centralisées au CHUTO

Services	Nombre de médecins		
	Masculin	Féminin	Total
P.U.DE MEDECINE	1	1	2
S.A.M.U.	0	2	2
PNEUMOLOGIE	3	3	6
C.T.S.	3	0	3
C.C.I.	0	3	3
UROLOGIE	0	2	2
PEDIATRIE	0	4	4
Total	7	15	21

THEME : Prise en charge du diabète

ACTION À PRENDRE EN CHARGE LOCALEMENT

Catégories	Effectifs à former en 2008	Lieu de formation	Estimation du coût Année 2008
Médecin généraliste	20	EFPM	101.088 ,00 DA

Liste nominative des praticiens généralistes proposés pour formation dans le cadre des actions de formation centralisées au CHUTO

Services	Nombre de médecins		
	Masculin	Féminin	Total
P.U.DE.MEDECINE	0	2	2
S.A.M.U.	1	3	4
DERMATOLOGIE	0	1	1
DIABETOLOGIE	1	2	3
NEPHROLOGIE	1	2	3
NEURO CHIRURGIE	0	2	2
PEDIATRIE	2	0	2
PSYCHIATRIE	2	1	3
Total	7	13	20

THEME : Périnatalité et Néonatalogie

ACTION À PRENDRE EN CHARGE LOCALEMENT

<i>Catégories</i>	<i>Effectifs à former en 2008</i>	<i>Lieu de formation</i>	<i>Estimation du coût Année 2008</i>
<i>- Médecin généraliste exerçant dans les services de pédiatrie et/ou de néonatalogie</i>	03	<i>E.F.P.M./T.O</i>	101.088 ,00DA
<i>Paramédicaux exerçant dans les services de pédiatrie et/ou de néonatalogie</i>	NEANT	NEANT	
<i>Sages femmes et puéricultrices exerçant en salle de naissance</i>	NEANT	NEANT	

Liste nominative des praticiens généralistes proposés pour formation dans le cadre des actions de formation centralisées au CHUTO

<i>Services</i>	<i>Nombre de médecins</i>		
	<i>Masculin</i>	<i>Féminin</i>	<i>Total</i>
<i>PEDIATRIE</i>	0	3	3
<i>Total</i>	0	3	3

Wilaya : Tizi-Ouzou

Etablissement : CHU de Tizi-Ouzou

**FICHE DE PRESENTATION D'UNE ACTION
DE FORMATION CONTINUE ENTRANT DANS
LE CADRE DES AUTRES THEMES DE FORMATION**

- 1- *Intitulé de l'action de formation : Urgences Médico-Chirurgicales.*
- 2- *Objectifs : Efficacité Face à L'urgence.*
- 3- *Population cible : I.D.E + I.B.*
- 4- *Nombre de participants : 120.*
- 5- *Durée de l'action : 4 Sessions de 21H.*
- 6- *Période de déroulement : 1^{er} Semestre 2008.*
- 7- *Lieu de déroulement : C.H.U de Tizi-Ouzou.*
- 8- *Coût estimatif de l'action : 70.560,00 (Les 4 Sessions).*
- 9- *Joindre éventuellement le programme de formation : A Suivre.*
- 10- *Liste et garde des animateurs*

Wilaya : Tizi-Ouzou

Etablissement : CHU de Tizi-Ouzou

**FICHE DE PRESENTATION D'UNE ACTION
DE FORMATION CONTINUE ENTRANT DANS
LE CADRE DES AUTRES THEMES DE FORMATION**

- 1- *Intitulé de l'action de formation : Oncologie*
- 2- *Objectifs : Sensibilisation, Formation, le rôle du paramédical en Oncologie.*
- 3- *Population cible : I.D.E +I.B.*
- 4- *Nombre de participants : 90.*
- 5- *Durée de l'action : 3 Sessions de 21H.*
- 6- *Période de déroulement : 1^{er} Semestre 2008.*
- 7- *Lieu de déroulement : C.H.U de Tizi-Ouzou.*
- 8- *Coût estimatif de l'action : 52.920,00 (Les 4 Sessions).*
- 9- *Joindre éventuellement le programme de formation : A Suivre.*
- 10- *Liste et garde des animateurs*

Wilaya : Tizi-Ouzou

Etablissement : CHU Tizi-Ouzou

**FICHE DE PRESENTATION D'UNE ACTION
DE FORMATION CONINUE ENTRANT DANS
LE CADRE DES THEMES DE FORMATION**

- 1- *Intitulé de l'action de formation: les prélèvements en biologie médicale*
- 2- *Objectif: répondre à des soucis d'ordre pratique*
- 3- *Population cible: L.D.E / I.D.E / I.B*
- 4- *Nombre de participants: 120*
- 5- *Durée de l'action: 4 sessions (6 heures par session)*
- 6- *Période de déroulement: Deuxième semestre 2008*
- 7- *Lieu de déroulement: CHU Tizi-Ouzou*
- 8- *Coût estimatif de l'action: 21.600,00 DA*
- 9- *Joindre éventuellement le programme de formation: A suivre*
- 10- *Liste et grade des animateurs*

Annexe 6 : LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET SCHEMAS

Liste des tableaux

- Tableau 1:** Evolution du taux de panne globale des équipements médicaux au niveau national (en %.....)
- Tableau 2:** Evolution du taux de panne globale du parc-auto au niveau des établissements publics hospitaliers algériens (en %.....)
- Tableau 3 :** Evolution des dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissement au niveau national en DA courant.....
- Tableau 4:** Evolution des parts budgétaires par nature de dépenses au niveau national (en %).....
- Tableau 5:** Répartition des crédits alloués par nature de dépense et par structure pour l'année 2006 en Algérie.....
- Tableau 6:** Evolution du personnel des établissements publics hospitaliers algériens
- Tableau 7:** Evolution du personnel médical dans les établissements publics hospitaliers selon le statut en Algérie
- Tableau 8:** Evolution du personnel paramédical public par filière en Algérie
- Tableau 9:** Evolution des paramédicaux en formation en Algérie
- Tableau 10:** Répartition des personnels administratif, technique et de service par type de structure pour l'année 2006 en Algérie
- Tableau 11:** Evolution du budget alloué à la formation continue selon le type d'établissement en Algérie (en million de DA)
- Tableau 12:** Evolution du personnel par corps dans le CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 13:** Evolution du personnel médical selon statut dans le CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 14:** Evolution du personnel paramédical selon le statut dans CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 12:** Evolution du personnel paramédical selon le statut dans le CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 15:** Evolution du taux de panne global des équipements au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 16:** Evolution du taux de panne global des équipements au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 17:** Evolution des indicateurs d'activités au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 18:** Répartition des enquêtés selon le corps au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 19:** Répartition du personnel enquêté par corps et selon l'âge au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 20:** Répartition des enquêtés selon l'influence de l'âge sur la motivation et l'acquisition de connaissances et compétences au niveau du CHUTO
- Tableau 21:** Répartition des enquêtés par corps et selon le sexe au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 22:** Répartition des enquêtés par corps et selon le poste occupé au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 23:** Répartition des enquêtés selon leur perception de l'accès à la formation du fait de leur statut d'hospitalo-universitaire au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

- Tableau 24:** Répartition des enquêtés du corps administratif selon leurs perceptions du budget attribué à la formation continue au niveau du CHUTO
- Tableau 25:** Répartition des enquêtés du corps administratifs selon la méthode préférée pour la détection et l'analyse des besoins en formation au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 26:** Répartition des enquêtés du corps soignant selon leur perception de l'intérêt accordé à la formation continue dans le projet de service au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 27:** Répartition des enquêtés selon le type d'enseignements suivis après leur formation initiale au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 28:** Répartition des enquêtés selon le cadre dans lequel le stage à l'étranger a été organisé au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 29:** Répartition des enquêtés selon le corps d'appartenance et le type de formation suivi au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 30:** Répartition des enquêtés selon le corps d'appartenance et les domaines de formation demandées au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 31:** Répartition des enquêtés par corps et selon leurs perceptions de la qualité des formations suivies
- Tableau 32:** Répartition des enquêtés selon les contraintes rencontrées pour la mise en œuvre des compétences acquises
- Tableau 33:** Répartition des enquêtés selon leur corps d'appartenance et ce qui renforce leur motivation pour la formation continue au CHUTO
- Tableau 34:** Les déterminants des demandes en formation des différents corps au CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 35 :** Répartition des enquêtés selon le corps et l'utilité de la formation continue au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Tableau 36:** Répartition des enquêtés du corps soignants selon leurs perceptions de l'influence de la formation continue sur leur relation avec le malade
- Tableau 37:** Répartition des enquêtés selon leur perception de l'effet de la formation et leur mise en œuvre des compétences acquises au CHUTO
- Tableau 38:** Répartition des enquêtés selon leur perception des effets de la formation sur la motivation et la gestion de carrière au CHUTO

Liste des figures

- Figure 1:** Evolution du taux de panne globale des équipements médicaux au niveau national (en %)
- Figure 2:** Evolution du taux de panne globale du parc-auto au niveau des établissements publics hospitaliers algériens (en %)
- Figure 3:** Evolution des dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissement au niveau national en %
- Figure 4:** Répartition du budget global par nature de dépenses de l'année 2006 en %
- Figure 5:** Evolution du personnel des établissements publics hospitaliers algériens
- Figure 6:** Evolution du personnel médical dans les établissements publics hospitaliers selon le statut en Algérie
- Figure 7:** Evolution du personnel paramédical public par filière en Algérie
- Figure 8:** Evolution des paramédicaux en formation au niveau national
- Figure 9:** Evolution du nombre d'actions de formation continue des personnels de santé algériens (1997-2006)
- Figure 10:** Evolution du nombre de participants à la formation continue des personnels de santé algériens selon le corps d'appartenance (1997-2006)
- Figure 11:** Evolution du personnel par corps dans le CHU de Tizi-Ouzou
- Figure 13 :** Evolution du taux de panne global des équipements au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Figure 14:** Evolution du taux de panne global des équipements au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Figure 15:** Evolution des indicateurs d'activités au niveau du CHU de Tizi-Ouzou
- Figure 16:** Répartition des enquêtés par corps dans l'échantillon final
- Figure 17:** Répartition des enquêtés par corps et selon l'âge au CHUTO
- Figure 18:** Répartition des enquêtés par corps et selon le sexe au CHU de TO
- Figure 19:** Répartition des enquêtés selon le corps d'appartenance et le type de formation Suivie au CHU de Tizi-Ouzou
- Figure 20:** Répartition des enquêtés selon le corps d'appartenance et les domaines de formation demandés au CHUTO
- Figure 21 :** Répartition des enquêtés selon leur corps d'appartenance et ce qui renforce leur motivation pour la formation continue au CHUTO
- Figure 22:** Répartition des enquêtés selon le corps et l'utilité de la formation continue au niveau du CHU de Tizi-Ouzou

Schéma

Schéma 1: La formation au centre de la gestion hospitalière

Références bibliographiques:

Ouvrages:

- 1- **Arnaud J.O., Barsacq G.**, la dynamisation des ressources humaines à l'hôpital, édition ESF, Paris, 1989.
- 2- **Afriat C.**, L'investissement dans l'intelligence, édition: PUF. Paris, 1992.
- 3- **Aktouf O.**, "le management entre tradition et renouvellement", 3^{ème} édition, Gaëtan morin éditeur, 1994.
- 4- **Barbier J.M., Lesnc M.**, l'analyse des besoins en formation. Edition: Robert jauze, 1986.
- 5- **Barzucchetti S., Claude J. F.**, "Evaluation de la formation et performance de l'entreprise", Editions liaisons, 1995.
- 6- **Boisselier P.**, "L'investissement immatériel. Gestion et comptabilisation", édition: De Boeck Université. Bruxelles 1993.
- 7- **Bonmati J.M.**, Les ressources humaines à l'hôpital : un patrimoine à valoriser, édition: Berger-Levrault 1998.
- 8- **Bournois F., Leclair P.**, gestion des ressources humaines, édition : Economica, juin 2004
- 9- **Boutou O.**, Investir dans son personnel. Le capital humain, moteur de la réussite, édition : AFNOR, 2003
- 10- **Brouwers I., Cornet A., Gutierrez L., Pichault F., Rousseau A., Warnotte G.**, Management humain et contexte de changement, pour une approche constructiviste, édition: De Boeck université, 1997
- 11- **De Coster M.**, Sociologie du travail et gestion des ressources humaines, édition: De Boeck université, Paris, 1999.
- 12- **Desplanches M.N.**, La formation continue à l'hôpital: Acteurs, méthodes et outils. Editions Lamarre, Paris, 2003
- 13- **Guittet, A.**, développer les compétences par une ingénierie de formation, édition :ESF, Paris 1998
- 14- **Hubinon M.**, Management des unités de soins: De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité, édition: De Boeck université, 1998.
- 15- **Laroche H.**, Management : aspects humains et organisationnels, PUF, 1991.

- 16- Le Boterf G.**, Comment évaluer les actions de formation, Les Editions d'Organisation, Paris, 1990
- 17- Le Gall J. M.**, La gestion des ressources humaines, édition: PUF. Paris, 1992.
- 18- Leteurtre H., Saju J.P.**, La formation des personnels hospitaliers, Edition: ENSP, 1995
- 19- Levy-Leboyer C.**, La Gestion des compétences, Editions d'organisation, Paris, 1996
- 20- Meignant A.**, manager la formation, Editions Liaisons, 1997
- 21- Nizet J., Pichault F.**, Introduction à la théorie des configurations. Du "one best way" à la diversité organisationnelle, Québec/Bruxelles, Gaëtan Morin/De Boeck Université, 2001
- 22- O'brien J.**, les systèmes d'information de gestion, édition: De Boeck Université, 1995
- 23- Pain A.**, l'ingénierie de la formation: état des lieux, Edition: L'Harmattan, Paris, 2003.
- 24- Sekiou L., Blondin L., Fabi B., Bayad M., Peretti J.M., Alis D., Chevalier F.**, la gestion des ressources humaines, 2^{ème} édition: De Boeck, Montréal, 2002.
- 25- Sonntag M.**, Développer et intégrer la formation en entreprise, Editions liaisons, Paris, 1994
- 26- Weiss D.**, les ressources humaines, édition d'organisation, Paris, 2003.

Articles et communications:

- 27- Babore X.**, la gestion des ressources humaines. Cahier français n°263, juillet-septembre, 1993.
- 28- Barouche A.**, diagnostic de la mise en application de l'évaluation des effets de la formation continue des agents de soins infirmiers à l'EPSM de Saint-André, France. Séminaire sur « la formation, production de compétences et GRH : Quelles perspectives ? Université d'Oran-Es-Sénia Les 04, 05, 06 juin 2005
- 29- Donnadiou G.**, "un nouveau regard sur l'entreprise", Entreprise et Personnel, ANDCP, n°286, mai 1987.
- 30- Durieux D.**, la décentralisation des hôpitaux: un enjeu pour la gestion des ressources humaines, revue hospitalière n° 246. Université de Liège, 2001.
- 31- Giraud A.**, Synthèse sur les rôles et missions des DIM, DESMS 2005-2006.

32- Igalens J., La GRH: principes, pratiques et critiques. Actes du séminaire national sur "*Management et gestion des ressources humaines: stratégies, acteurs et pratiques*". Cité internationale universitaire, Paris, 23, 24, 25 et 26 août 2005.

33- Lenay O., Moisdon J.C., croire à l'abri de la gestion? Cas du système hospitalier public français, cahiers de recherche du CGS, N° 17, France, octobre 2000.

34- Mottay D., La Structuration du travail, Cahier de recherche n° 2001-05, Université Nancy 2, 2005.

35- Ouchtati M.; Belabed K., Boulassel A., Formation continue et requalification du médecin généraliste: le défi sociétal algérien, Laboratoire des techniques de l'évaluation médicale, Faculté de médecine. Université de Constantine. 2004

36- Picq T., Christophe Baret C., Le rôle de la formation dans le développement du capital social des managers, 16^e Conférence de l'AGRH- Paris Dauphine-15 et 16 septembre 2005.

37- Pigeyre F., Les modèle d'analyse de la GRH. Actes du séminaire national sur "*Management et gestion des ressources humaines: stratégies, acteurs et pratiques*". Cité internationale universitaire, Paris, 23, 24, 25 et 26 août 2005.

38- Pruitt S., Canny J., Former les personnels de santé du 21eme siècle- le défi des maladies chroniques, édition: OMS, 2005

39- Vulliamy M., La gestion des ressources humaines en rupture: De la gestion social à la gestion des ressources. Acte du séminaire "changement et intervention dans les organisations", Genève, 2003

40- Zine S., les rôles de la DRH attendus par les salariés, 16e Conférence de l'AGRH- Paris Dauphine- 15 et 16 Septembre 2005.

Revues

41- Revue de santé oculaire communautaire, volume 3, N° 2, la gestion des ressources humaine dans le cadre de vision 2020, Août 2006. .

42- Revue semestrielle de l'Ecole Nationale de Santé Publique, la formation continue: enjeux et stratégie, El Marsa, 01 et 02 Juillet 1997.

Mémoires et Thèses:

43- Brunner J.M., intégration de la stratégie des ressources humaines à la stratégie globale. Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Neuchâtel, 1991.

44- Collombet F, les problèmes de ressources humaines et la coopération hospitalière, mémoire pour l'obtention d'un diplôme de directeur d'hôpital, édition : ENSP, Rennes 2000

45- Faisant J. P., Développement d'une gestion des compétences en contexte de changement organisationnel. Cas d'expérimentation industriel. Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion. Université Lumière Lyon 2. Juin 2003.

46- Franchisteguy I., Gérer le changement organisationnel à l'hôpital. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Jean Moulin-Lyon 3, Octobre 2001.

47- Gunia N., la fonction ressources humaines face aux transformations organisationnelles des entreprises: impact des nouvelles technologies d'information et de communication. Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Toulouse, 2002.

48- Kaïd Tlilane N.: système de santé algérien entre efficacité et équité: Essai d'évaluation à travers la santé de l'enfant. Enquête dans la wilaya de Béjaïa. Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques, Université d'Alger 2003

49- Lang S., l'évaluation des compétences : un levier à l'approche systématique de la gestion des ressources humaines. Mémoire pour l'obtention d'un diplôme de directeur de soins, édition : ENSP, Rennes, 2004

50- Mebarki N. : Contribution à l'étude de la gestion des ressources humaines dans les entreprises algériennes : Cas des entreprises industrielles de la Wilaya de Béjaïa. Mémoire de magistère en sciences de gestion, université de Béjaïa, 2006 ;

51- Prunet G., Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion. Lyon 2, 1999.

52- Steiner. D, Politique de mobilité : gestion dynamique et partagée des ressources humaines. Mémoire pour l'obtention d'un diplôme de directeur de soins, édition : ENSP, Rennes, 2002

Rapports:

53- Couanau R., l'organisation interne de l'hôpital. Rapport d'information, Mars 2003.

54- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006, travailler ensemble pour la santé.

55- OMS, Rapport sur les ressources humaines pour le développement sanitaire, janvier 2006.

56- OMS, Rapport sur le renforcement de la prestation de services de santé : ressources humaines, décembre 2000.

57- OMS, Rapport sur le développement des ressources humaines et appui au personnel, Avril 1999.

58- Ministère de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation, la fonction publique de l'Etat. Rapport annuel. La documentation française, 1998.

59- Ministère de la santé et de la population, séminaire africain sur la formation continue des personnels: Politique de formation continue des personnels de santé (l'expérience algérienne), Alger, de 06 au 12 Mai 2000

60- Ministère de la santé et de la population, direction de la formation: La politique de formation continue des personnels de santé, décembre 2001

61- Rapport d'un sommet national, moderniser la gestion des ressources humaines de la santé au Canada, conseil canadien de la santé, juin 2005

62- Ecole Nationale d'Administration, La gestion des ressources humaines, élément de performance des administrations publiques Paris, Juillet 1999

Textes Réglementaires:

1- Décret exécutif n° 96-92 du 03 Mars 1996, relatif à la formation, au perfectionnement et au recyclage des fonctionnaires.

2- Décret exécutif n° 97-291 du 27 juillet 1997, relatif à la création et à la mise en œuvre des post-graduations spécialisées en sciences médicales.

3-Décret exécutif n° 97-465 du 02 décembre 1997 portant les règles de création des EHS.

4- Décret exécutif n° 97-466 du 02 décembre 1997, portant les règles de création des secteurs sanitaires

5- Décret exécutif n° 97-467 du 02 décembre 1997 portant les règles de création des CHU

6- Arrêté interministériel n°02598 du 06 avril 1999 portant transfert des crédits et modification de la nomenclature budgétaire des structures de santé.

7- Arrêté ministériel n° 14 du 13 juin 1993, relatif à la création et à l'installation du Comité National de Formation Continue des personnels de la santé.

8- Instruction ministérielle n° 002 du 18 Février 1998, relative à la formation continue des personnels de santé.

Données statistiques

MSP., statistiques sanitaires annuelles. Direction de la planification. Ed. 1997, 1998, 1999, 2000, 2002, 2003, 2005, 2006, 2008

Site Internet

www.ANDS.DZ

www.BDSP.fr

www.ladocumentationfrancaise.fr

www.INSP.dz

www.ENSP.dz

TABLE DES MATIERS

REMERCIEMENTS.....	I
LISTE DES ABREVIATIONS.....	II
SOMMAIRE.....	III
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE 1: CADRE HISTORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (GRH) EN MILIEU HOSPITALIER.....	5
Introduction.....	5
III- POSITIONNEMENT STRATEGIQUE DE LA FONCTION "RESSOURCES HUMAINES" ET SA CONTRIBUTION A L'EVOLUTION DES ORGANISATION.....	6
1- L'approche classique des organisations : une vision mécaniste et scientifique de l'organisation du travail	8
2- Mouvement des relations humaines.....	13
3- Les nouvelles théories à partir de 1960.....	18
3.1 Le courant de la contingence et de la planification (1960- 1970).....	18
3.2 Le management stratégique à partir de 1970.....	20
3.3 La théorie socio-économique des années 90.....	21
IV-CADRE CONCEPTUEL DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES A L'HOPITAL.....	24
1- Définition et objectifs de la GRH.....	27
3 La fonction ressources humaines à l'hôpital.....	29
3.1 L'organisation de l'administration du personnel à l'hôpital.....	30
2.2 L'administration des ressources humaines à l'hôpital.....	32

Conclusion.....3
4

CHAPITRE 2: CONTRIBUTION DE LA GRH A LA QUALITE DES SOINS ET CADRE CONCEPTUEL DE LA FORMATION CONTINUE A L'HOPITAL36

Introduction.....36

I- CONTRIBUTION DE LA GRH A LA QUALITE DES SOINS.....37

1- La gestion prévisionnelle des ressources humaines en milieu hospitalier.....37

 1.2 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et l'organisation du travail à l'hôpital.....40

 1.3 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et le projet Social..... 41

 1.3 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et la Formation.....42

 1.4 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et l'évaluation.....43

2- La contribution des outils de GRH à l'amélioration de la qualité des soins dans un établissement hospitalier.....44

 2.1 La politique de communication et d'information à l'hôpital.....46

 2.2 La politique de formation au sein de la gestion hospitalière.....49

 2.3 La politique de l'intéressement dans les hôpitaux.....50

IV-CADRE CONCEPTUEL DE LA FORMATION CONTINUE EN MILIEU HOSPITALIER.....53

1 .Le fondement de la formation continue.....55

 1.1 Les spécificités de la fonction formation.....55

 1.1.1 La formation continue: facteur d'efficacité globale.....55

 1.1.2 La formation continue: investissement individuel et collectif.....56

1.1.3 La formation continue: axe du progrès social.....	56
1.2 La typologie de la formation continue.....	57
1.2.1 La formation d'accompagnement des évolutions techniques, réglementaires et organisationnelles, ou liées à la mise en œuvre de projets spécifiques.....	58
1.2.2 Les formations « au métier ».....	59
1.2.3 Les préparations aux concours et examens	60
1.2.4 Les formations correspondant à un projet personnel.....	60
1.3 L'investissement – formation.....	60
1.3.1 La notion de l'investissement – formation.....	61
1.3.2 Les dimensions de l'investissement formation.....	63
2. La politique et la mise en œuvre de la formation continue.....	65
2.1 L'analyse des besoins de formation	65
2.2 Le plan de formation.....	67
2.3 L'évaluation de la formation continue.....	68
2.3.1 L'évaluation interne.....	69
2.3.2 L'évaluation externe.....	71
Conclusion.....	7

3

CHAPITRE 3: LES RESSOURCES HUMAINES ET LA FORMATION CONTINUE DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

ALGERIENS.....	74
Introduction.....	74
I- L'OFFRE DE SOINS:	75
1. Infrastructures.....	75
2- Equipement médicaux et parc auto	76

3-Budget	78
4- Les ressources humaines.....	83
II- LA FORMATION CONTINUE EN MILIEU HOSPITALIER EN ALGERIE.....	87
1- Fondements, historique et tendances.....	88
5- Cadre législatif et réglementaire.....	94
6- Financement et évaluation.....	97
7- Contraintes et perspectives.....	103
Conclusion.....	107

CHAPITRE 4: ESSAI D'ANALYSE DE L'INTEGRATION DE LA FORMATION CONTINUE AU NIVEAU DU CHU DE TIZI- OUZOU.....109

Introduction.....	109
I-PRESENTATION DU CHU DE TIZI-OUZOU.....	110
1. Les ressources humaines.....	111
2. Les ressources matérielles : Equipements et parc auto	114
3. Les activités du CHU de Tizi-Ouzou.....	116
II- CONCEPTION ET REALISATION DE L'ENQUETE.....	118
1. Présentation de l'enquête.....	118
2. Objectifs de l'enquête.....	120
3. Caractéristiques générales de l'enquête.....	121
3.1 Contrôle des questionnaires.....	121
3.2 Dépouillement.....	121
4. Les difficultés rencontrées et les limites de notre enquête.....	122

III- ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

L'ENQUETE.....	122
1 -Caractéristiques générales de l'échantillon.....	123
2. Pratique de la formation continue.....	127
2.1 L'analyse des besoins de formation.....	129
2.2 Participation à l'élaboration du plan de formation et de projet de service....	132
2.3 Les modalités et les formes de formation.....	134
3 - Evaluation et place de la formation continue.....	138
3.1 Les freins à la mise en œuvre des compétences acquises en formation.....	139
3.2 La formation continue comme facteur de motivation.....	141
3.3 La formation continue comme facteur de développement personnel.....	145
3.4 Des formations sans effet sur le déroulement de carrière.....	146
3.5La formation permet d'être au diapason des innovations.....	148
 Conclusion.....	 148
 CONCLUSION GENERALE.....	 150
ANNEXES.....	154
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	180
TABLES DES MATIERES	
RESUME	

Résumé

Dans un monde en perpétuelle évolution et changement et où les progrès technologiques sont rapides, il importe aux organisations de positionner et de centrer leurs préoccupations sur la gestion des ressources humaines (GRH). De plus, dans un contexte où les ressources immatérielles jouent un rôle de plus en plus déterminant pour la pérennité et le bon fonctionnement des organisations, la GRH devient un enjeu stratégique majeur du management.

Les comportements professionnels et les modes relationnels hérités du passé se révèlent obsolètes. L'hôpital doit connaître une amélioration de la communication et de l'évaluation des soins et avancer dans la recherche de la qualité. Cependant, dans des périodes de grands changements, la formation continue est considérée l'élément central de la modernisation des structures hospitalières et de la valorisation des potentialités des personnels. Elle devient, en effet, un véritable outil de développement institutionnel et individuel au cœur des démarches stratégiques de l'hôpital.

Ce travail tente de montrer l'importance de l'intégration de la formation continue dans la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers algériens, de faire le point sur son rôle dans le développement personnel et professionnel et partant dans la qualité des soins. L'enquête menée au niveau du CHU de Tizi-Ouzou montre que la formation continue dans les établissements hospitaliers algériens est encore très peu développée, n'est toujours pas considérée comme une fonction managériale et reste le parent pauvre des établissements hospitaliers.

Mots clés: Gestion des ressources humaines, Formation continue, Etablissement hospitalier, Développement personnel et professionnel, Algérie, CHU de Tizi-Ouzou.

Summary

In a world of continuous progress and change where the technological evolution progress are too fast, it is compulsory for the organisations to give more importance and centralise their preoccupations on the management of the human resources.

In addition to, in a context where immaterial resources play more and more a determining role for the good functioning and well performance of these organisations, GRH becomes a great and strategic stake of management.

The professional behaviours and the relational modes inherited from the past are proved to be of non effectiveness. The hospital should know improvements at the level of concerned and make better steps and enhancement in a qualified research. Meanwhile, in periods of great changes, the continuous formation is considered as the central element of the modernisation of the hospitable structures and the valorisation of staff potential.

It becomes, in fact, a real for international and individual development at the heart of the strategic steps of the hospital.

This work tends to demonstrate the importance of the continuous formations integration in the management of the human resources in the Algerian hospitable establishments, to focus on its roles in the personal and professional development going in the amelioration and improvement of the cares quality. The investigation lead in the CHU of Tizi-Ouzou demonstrates that the continuous formation in the Algerian hospitable establishment is still not well advanced, is not also considered as the poor parent the hospitable establishments.

Key words: managements of human resources, continuous formation, hospitable establishment, personal and professional development, Algeria, CHU of Tizi-Ouzou

ملخص:

إن العالم الحالي يتميز بتغيرات أين التطور التكنولوجي استمرار دائم، فهذا ينبغي على المؤسسات أن تولي اهتمام خاص للتسيير مواردها البشرية، بالخصوص في الإبطار الذي تؤدي فيه الموارد المعنوية دور لا يستهان به في ضمان الاستمرارية و السير الحسن للمؤسسات.

تسيير الموارد البشرية أصبح عاملاً استراتيجياً هاماً في التسيير. يبدوا أن السلوكات الاحترافية و تضم العلاقات الموروثة عن الماضي غير ناجعة، لذا وجب على المستشفى تحسين الاتصالات، العلاجات، المزيد التقدم في مجال البحث عن النوعية لكن في سياق التحولات العظمى الكبرى للتكوين المتواصل، يعتبر عامل هام في عصرنة الهياكل الإستشفائية و تقييم إمكانيات المستخدمين، و بالتالي يصبح حقا وسيلة للتقدم المؤسسي و الفردي.

هذا البحث يحاول تبين أهمية إدماج التكوين المتواصل في تسيير الموارد البشرية داخل المؤسسات الإستشفائية الجزائرية و التطرق إلى دوره في الترقية الشخصية و المهنية، و في نفس المنطلق في تحسين نوعية العلاج. التحقيق الذي أجريناه في المستشفى الجامعي لولاية تيزي وزو يبين أن التكوين المتواصل في المؤسسات الإستشفائية الجزائرية لم يتم بعد ترقيته.

المصطلحات: تسيير الموارد البشرية، التكوين المتواصل، المؤسسات الإستشفائية، الترقية الشخصية و المهنية، الجزائر، المركز الإستشفائي الجامعي بتيزي وزو.

