

المؤسسة العمومية الاستشفائية في مواجهة التغييرات التنظيمية (الاصلاحات الاستشفائية)

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بعين وسارة

Hospital Institution facing the organizational changes (Hospital reform)
Practical Study in the Public Hospital Institution in AinOussara

الأستاذة: قاسمي الحسني أشواق

قسم علم اجتماع تنظيم و عمل

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

جامعة الجزائر 02

الملخص:

مهدف من خلال هذه الدراسة إلى إعطاء رؤية حقيقية عن التغييرات التنظيمية على مستوى التنظيمات الاستشفائية بالجزائر والتي هدفها تحقيق الفعالية و إضفاء الشفافية في العلاقة بينها و بين المريض بالوقوف على أهم الأسباب والصعوبات المتعلقة بالبيئة التنظيمية و الخارجية و التي تعرقل سيرورة التغييرات و تحسين الخدمات الصحية .

الكلمات الدالة :

التنظيمات الاستشفائية - الاصلاحات الاستشفائية - التحفيز - نوعية العلاج - السلطة - الاتصال .

Resume

Through this study we aim to give a true practical vision about the organizational changes in hospital institutions in Algeria, the main purpose of which is realizing efficiency and transparency in the relationship between the hospital institutions and the patient.

To do so we tend to present the main causes and difficulties linked to the organizational environment, standing between it and the health service improvement.

Key words

Hospital reforms - Hospital Organizations - Motivation - Health care quality - Authority - Communication

مقدمة :

إن مجموعة التحولات الاقتصادية و الاجتماعية التي مرت بها الجزائر، و التي تظهرت أساسا بصفة صريحة ضمن دستور 1989، بتبني النهج الليبرالي بدلا من النهج الاشتراكي لا تبتعد عن زاوية الدخول في إطار العولمة والتي تتمحور حول تامين البعد الليبرالي، و رسم حدود جديدة للدولة التي أخذت شكل توجيه، وتنسيق ومراقبة بإنقاص مجال القطاع العمومي، فدولة الرعاية لم تعد تستطيع الاستجابة لكافة المتطلبات الاقتصادية، والثقافية والاجتماعية.

الجزائر مثلها مثل الدول المتخلفة تعيش ضغوطا لإحداث هذه التحولات فهي تعيش تناقضا بين مسار الدولة غير المكتمل، وضعف البنية الاقتصادية وبين ما يطلب منها في إطار المنافسة الدولية من إعطاء نظرة جديدة للتسيير قائمة على تفتح المؤسسات على المحيط، والتأقلم مع كافة التغييرات، والإجماع حول ضرورة إصلاح الدولة، ومن بين الإصلاحات التي تبنتها الجزائر ضمن إصلاحات الدولة إصلاحا مس قطاعا جوهريا، وهو القطاع الصحي. بما يسمى بالإصلاحات الإستشفائية.

ويجب أن نشير أنه بالإضافة إلى الإطار العام و العالمي الذي ذكرناه سابقا، فإن هناك أسبابا داخلية مهدت الطريق إلى الإصلاحات، ناتجة عن نظام تمويل المؤسسات الإستشفائية الذي يعتمد على تمويل الهياكل و ليس على تمويل النشاط، الأمر الذي أدى إلى تشجيع ظهور سلوكات غير عقلانية لا تعتمد على مؤشرات للتقييم، وعدم التوازن بين حاجيات المواطنين المتزايدة، وبين ما تقدمه المؤسسات الإستشفائية من خدمات، فبالرغم من أن الدولة جندت موارد مالية معتبرة لتعميم الخدمة العمومية تصل إلى 98 % من التغطية الصحية، إلا أن نوعية الخدمات لا زالت غير فعالة مسجلة عدم مساواة في التغطية، ففي الجنوب تتراوح نسبة وفيات الأم أثناء و بعد الولادة بين 433 من كل 100 ألف إلى 232 لكل 100 ألف، بالإضافة إلى العجز المسجل في الموارد البشرية حيث بلغت الاحتياجات في المستخدمين الطبيين إلى 99666 و 224248 شبه طبي والتوزيع غير العادل لها عبر مناطق الوطن.

دور الدولة الجديد يفرض على المؤسسات العمومية الإستشفائية البحث، و الإلمام بكل الظروف التي تمكنها من تمويل نفسها، التطور التكنولوجي و ظهور الوعي لدى المواطن، و إرساء ثقافة المنافسة تفرض على المؤسسات الإستشفائية تحقيق نوعية في الخدمات المقدمة.

المؤسسة الإستشفائية بصفقتها الوحدة التطبيقية للإصلاحات الإستشفائية هي في مواجهة حقيقية لصدى هذه الإصلاحات في مواجهة طبيعتها التنظيمية. بما تحمله من سلوكات و ثقافة ماض و حاضر، وسلطة وقواعد تسييرية، وهي أيضا في مواجهة محيط مليء بالرهانات وبالخصوص وأن النظام الصحي الجزائري يعاني من الازدواجية، أي بقاء الأمراض الوبائية والمعدية والتي من المفروض أنها زالت منذ سنين و ظهور الأمراض المزمنة و التي يكلف علاجها و متابعتها مبالغ باهظة.

وهذا الذي يجعلنا نطرح التساؤل التالي :

❖ كيف ستواجه المؤسسات الإستشفائية عملية التغيير الذي هو ضرورة حتمية لا يمكن تفاديها، وهو أعمق من أن يكون مجرد تغيير في القوانين والإجراءات إنما هو تغيير في السلوكات إلى سلوكات متكيفة مع روح الإصلاحات ؟

❖ هل المؤسسة الاستشفائية العمومية بكل ماتحمله من خصوصية وتعقيدات تنظيمية وسلطوية وقانونية، بالإضافة إلى حساسية مهمتها قادرة على مساندة التغييرات .

❖ هل السياسة الاتصالية و التحفيزية المتبعة قادرة على تجنب مقاومة التغيير .

سنعالج موضوعنا حسب المحاور التالية :

1. صعوبات تطبيق الإصلاحات بالمؤسسة الاستشفائية

1.1 الخصوصية التنظيمية للمرفق العمومي الصحي .

2.1 المشاكل الناتجة عن هذه الخصوصية .

2. خلل بين الأهداف المرجوة من الإصلاحات وبين النتائج المحققة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية

1.2 تحليل للأسباب الميدانية .

2.2 علاقة سياسة الاتصال و التحفيز المتبعة بمقاومة التغيير.

1. التعريف الإجرائي للإصلاحات الإستشفائية:

هي شكل من أشكال التغيير، هي جزءاً من إصلاحات الدولة مجاراة للتحويلات العالمية ونتيجة أساسية للتأقلم مع ثقافة العولمة، و السعي نحو الانخراط في قوالب الحدائث سياسيا اقتصاديا و اجتماعا و ثقافيا، كالدخول ضمن اقتصاد السوق وضرورة تحقيق الفعالية و الفاعلية.

هي " كافة الإجراءات التنظيمية والتسييرية و المالية والتي تمس النظام الصحي بمختلف مؤسساته و هيئاته من أجل تحقيق:

- الفعالية و الكفاية.
- ترشيد النفقات العمومية.
- طرق تسيير حديثة.
- تحقيق النوعية في العلاج.
- تحسين معاملة و استقبال المريض .

2. التعريف الإجرائي لنوعية العلاج : هي التكفل بالمريض و إرضائه ،وذلك يكون بعدة شروط أهمها:

- استقبال و توجيه جيد
- معاملة جيدة
- مدة انتظار أقل
- تشكيل صورة جيدة عن المؤسسة: وذلك يكون بالشفافية و الوضوح عن طريق وضع كافة المعلومات المتعلقة بالمؤسسة على مرأى المرضى، و المتفجع و هيئات المراقبة و الوصاية مثلا في الانترنت، إعلام المريض بكل المضاعفات لكل نشاط طبي، و كذا الأخطاء الطبية.
- احترام حقوق المريض و كتابتها: مثلا إذا تم إعلام المريض بالأخطار الناتجة عن عملية جراحية فلا بد من كتابتها.
- إحصاء جميع الأخطار المهنية التي تهدد المريض من جهة، و العامل بالمستشفى، و محاولة تفاديها في المستقبل منها " الأمراض الإستشفائية ".
- تقييم النشاطات المهنية، الإدارية و الطبية و شبه الطبية، التقييم الآلي و اقتراح برامج لتطوير التكفل بالمريض.
- التعامل وفق الاستشارة مع هيئات المرتفقين، و جمعيات المرضى عن طريق تفعيل اللجان المتعلقة بالوساطة لحل المشاكل المتعلقة بالمريض.
- وقد يتعد ذلك من الناحية التسييرية إلى: وضع هيكل يكلف بالتقييم الدائم القبلي و الآني و البعدي للنشاطات الطبية و لجودة الخدمات العلاجية، مشكلا من أخصائيين من مختلف الهيئات و التي تقدم توصيات بعد مراقبة المؤسسات الإستشفائية و شهادة " certification ".

إن للإصلاحات الإستشفائية تعقيدها ترجع إلى حساسية مهمتها،بالإضافة إلى الطبيعة القانونية والتنظيمية للمؤسسة العمومية

الاستشفائية،فما هي أهم الصعوبات التي تواجهها بصفتها مرفقا عموميا و صحيا في تطبيق الإصلاحات ؟

1. صعوبات تطبيق الإصلاحات بالمؤسسة الاستشفائية : إن للمستشفى خصائص تنظيمية، وحيوط تميزها عن باقي التنظيمات الأخرى، والتي تشكل نقاط ضعف و قوة في مواجهة مختلف المشاكل، بما تمتلك من علاقات سلطة متضاربة ولغات مختلفة لصنع قرارات استعجاليه وحساسة، و عميقة في مواجهة حياة أو موت مريض، لهذا سوف نعرض أهم هذه الخصائص و نتائجها على تطبيق الإصلاحات .

1.1 خصوصية المؤسسة العمومية الإستشفائية بصفتها مرفقا صحيا

ان المؤسسة الصحية لها خطوط هرمية، وخطوط سلطة مختلفة عن باقي المؤسسات، اختلاف الأهداف والفاعلين، والمهام وتحقيق التوازن بين المتطلبات التنظيمية، وبين متطلبات البيئة و التأقلم معها، كل هذه العوامل تخلق صعوبات:

- ذات طبيعة تنظيمية.
- من ناحية الموارد البشرية.

* **الصعوبات التنظيمية:** المؤسسة الإستشفائية تعتبر مرفقا عموميا له خصائص تنظيمية:

- هو مرفق حساس بخصوصيته الاجتماعية و بمهامه، الخدمات الصحية و الاجتماعية التي يقدمها لها تأثير على حياة الإنسان فلا يمكن أن تتعامل معها مثلها مثل المنتجات المادية التي تنتجها أي مؤسسة اقتصادية أو صناعية.
- هو مرفق و بما أنه يتعلق بحياة المريض لابد أن تتخذ به قرارات سريعة و عميقة بالخصوص أثناء المداومة الطبية والاستعجال، مثلا تحديد نقل المريض، أو في حال عدم وجود الأدوية و الوسائل الكافية فعلى الطبيب المداوم و الإداري أن يكون فعالا باتخاذ القرار الصائب، و في الوقت المناسب.
- هو مرفق يعمل 24 ساعة على 24 ساعة من أجل ضمان استمرارية العلاج: فالعمل بمؤسسة صحية هو عمل مستمر على مدار السنة و الأربع و عشرين ساعة، و لا اعتبار فيه لأيام الإجازة الأسبوعية، الأعياد و الأيام الوطنية... و هو بالتأكيد ما سيخلق عدة معوقات في مجال تنظيم الوقت، و متطلبات استمرارية هذه الخدمة، و خصوصا في حالات: الغيابات المستمرة، و الفجائية و قلة الموارد البشرية، مما يتطلب إيجاد حلول سريعة.

فهذا أمر مرهق و يتطلب جهدا من ناحية المسؤولية بالنسبة للمسير في ضرورة خلق ديناميكية وتنسيق فيما يخص المعلومات و القرارات المتخذة بين الموظفين الذين يعملون أثناء الساعات العادية والمداومة، ويعتبر تنظيم الوقت في المؤسسات الصحية من أعظم المشكلات التي تواجه المسؤولين.

يضاف إلى ذلك تداخل النشاطات المرتبطة بالمؤسسة الصحية، فهي لا تقتصر على العلاج وإنما تعداها إلى أعمال الفندقية من الإطعام و الإيواء إلى التمويل، الوقاية... فهو بالفعل بيئة عمل متعددة النشاطات، و إن كان النشاط الرئيسي فيه هو مباشرة علاج المرضى، و كل هذا له تأثيره على أداء و طبيعة العلاقات بين مختلف مستخدميه.

و بما أنها مؤسسة تقوم أهدافها على عناصر غير مادية، هذا يجعلها أقل مسابرة للتغيرات و في هذا الإطار يقول علي عبد الرازق جلبي " فان التنظيمات البشرية، حتى الأكثر رشدا فإنها تميل إلى التخلف في تغيير أنماطها على نحو يجعلها لا تتماشى مع الظروف المتغيرة، و يميل هذا التخلف إلى الظهور على وجه الخصوص في المجالات التي تشمل على علاقات إنسانية، و على الأهداف غير المادية بعكس عند تناول الموضوعات المادية¹

- تقييم نوعية الخدمات داخل المنظمة هو أمر صعب لأنه يتعلق بشي غير ملموس، وكذلك نظرا لتعدد و تعقيد الإجراءات التقنية، فلا يمكن أن نحدد طريقة معينة أو وقتا لازما لفحص مريض فذلك أمر نسبي يعود لكل طبيب.
- الهيكل التنظيمي في المؤسسات الصحية بالجزائر لا يتميز بالمرونة تبعا للأهداف التي يراها المسير، بإضافة مكاتب أو مصالح بل هي محددة مسبقا من طرف السلطة المركزية حسب طبيعة المؤسسة الصحية، إذا كانت مؤسسة اختصاصية أو مستشفى جامعا.

* الصعوبات المتعلقة بالموارد البشرية الصحية:

إن تركيبة المؤسسات الصحية، و المستشفيات منها على وجه الخصوص تعطي بيئة معينة تنعكس على أداء المورد البشري فيها، منها بعض القيود المرتبطة ببيئة العمل المادية، و بعضها مرتبط ببيئة العمل الاجتماعية، و من ذلك يمكن تحديد بعض خصائص بيئة العمل هذه كالتالي²:

1- تنوع الموارد البشرية الصحية:

- تحتل الكتلة العمالية في قطاع الصحة الرتبة الثالثة من مجموع تعداد الوظيف العمومي بعد قطاع التربية بـ: 33.5 % و الجماعات المحلية بـ: 28 %، حيث وصل عدد العمال إلى 196.000 سنة 2000.³
- و تتميز هذه الكتلة بتنوعها، إذ تنقسم إلى ثلاثة أسلاك:
- السلك الطبي: و يتمثل في الممارسين الأخصائيين المساعدين، الممارسين الطبيين العامين للصحة العمومية، جراحي الأسنان والصيدلة...
 - السلك شبه الطبي: و يتمثل في المرضين، و القابلات، أعوان التخدير و الإنعاش... الخ.
 - السلك الإداري و التقني: و يتمثل في الإداريين، التقنيين، عمال الخدمات و الصيانة... الخ

2- ندرة الموارد البشرية: إبان الاستقلال كانت الجزائر تفتقر إلى الموارد البشرية الطبية، فكان عدد الأطباء 600 طبيب أي بمعدل طبيب واحد لكل 100.000 مواطن، يمارسون الطب العلاجي و يتركزون في المدن الكبرى الثلاث: الجزائر، قسنطينة و وهران. أما موظفو شبه الطبي فكان عددهم 1380 أغلبهم ليست لهم شهادات، كما كانت تنقص الخبرة موظفي الإدارة و التسيير.⁴

- تم القيام بمجهودات لتفادي النقائص غير أنه و مع كل الجهود المبذولة ما يزال قطاع الصحة في الجزائر يعاني من أزمة في الموارد البشرية الصحية.

- إن هذه الندرة لها تأثير على التسيير اليومي سواء بإيجاد حلول سريعة فيما يتعلق بحياة المرضى و توفير الاختصاصات اللازمة أو بتوفير الإمكانيات لتحويل المريض من منطقة إلى أخرى، واستقطاب الموارد البشرية، وقد يصل إلى حد تقديم تنازلات و نشوء علاقات تفاوضية بين الطبيب، و المرض و بين الإدارة لتغطية هذه الندرة.

3- الوزن الاجتماعي للمهنة: نظرا للاحترام التاريخي و الاجتماعي للمهنة، و مكانته في الإدارة

و المجتمع و النقابة، مثلا الطبيب حتى في البلدان المتطورة مثل فرنسا يشكل مقاومة و يتطلب جهود لإقناعه بفكرة التغيير، ينشأ هذا الاعتبار أيضا لندرة الموارد البشرية مثل الندرة في بعض التخصصات في السلك شبه الطبي.

4- توزيع الموارد البشرية: الموارد البشرية توزيعها غير متوازن بشكل واضح على مختلف ربوع الوطن، فنحصى أنه في سنة 2004، أن الجزائر العاصمة لوحدها تحتكر نسبة 55% من الكادر الطبي، الشرق الجزائري بـ 22%، الغرب بـ: 20%، الجنوب الشرقي بـ 2% والجنوب الغربي بـ: 1%⁵.

- ويزداد الأمر سوءا عند الحديث عن الأطباء الأخصائيين، أين تعرف المناطق الجنوبية و مناطق الهضاب العليا عجزا ملحوظا في ذلك، خصوصا في تلك التخصصات التي تتطلب مهارة نوعية كطب أمراض النساء و التوليد، التخصصات الجراحية المختلفة وطب العيون... الخ

- إن هذا الخلل في التوزيع له أثره على التحكم في التسيير بغرض تحقيق أهداف المؤسسات الصحية، إذ يضع الكثير من المؤسسات في موضع حرج لافتقارها للعنصر الرئيسي في أداء أي مهام صحية وهو الطبيب.

5* لغات مختلفة: فالمؤسسة الإستشفائية تتميز بدرجة من التعقيد ذلك لأنها تتكون من أشخاص لهم تكوين مختلف،

و انشغالات مختلفة و أطر اجتماعية مختلفة في النظرة إلى كل مهنة من هذه المهن بين الطبيب و المرض و بين الإداري، فهناك اختلاف في الأهداف، و في درجة التفاعل مع المشاكل التي تواجهها المنظمة أو التغييرات الناتجة عن المحيط، هناك اختلاف اللغة : لغة إدارية، و لغة تقنية بحتة، هذه الفوارق قد تؤدي إلى حد الخلاف، خصوصا إذا لم تكن هناك طريقة تسيير تسمح بتقوية الاتصال من أجل محو هذه الفوارق وتبسيط لغة الحوار.

- المريض: و هو غاية وجود المستشفى أو المؤسسة الصحية.
- المدير: و يمتلك مشروعية تنظيمية و قانونية.
- السلك الطبي: له مشروعية منبثقة عن التحكم في التقنيات (مشروعية فعلية).
- السلك شبه الطبي: له مشروعية فعلية كذلك مثل الطبيب و هو عنصر لا غنى عنه.
- السلك الإداري: يمثل جزءا من الكفاءات الوطنية.

فهذه الأطراف المتعددة تختلف فيما بينها؛ حيث أن كل طرف يريد أن يستحوذ على اتخاذ القرار وهنا لا بد من الإشارة هنا إلى الصراع التاريخي بين السلك الطبي (ممثل المصالح العلاجية) و المدير (ممثل الإدارة) فالأول له مشروعية فعلية، في حين أن المدير له مشروعية قانونية، و كل منهما يحاول استعمال مشروعيته لفرض آرائه دون مراعاة الطرف الآخر، وأحيانا دون مراعاة المصلحة العامة.

حتى العلاقة بين الطبيب و المرض فهي في مد و جزر، بالرغم من أنها تختلف من مؤسسة إستشفائية إلى أخرى، على حسب ندرة الموارد البشرية، إلا أنها تمثل في داخلها صراعا على السلطة ومشاعر الاستعلاء أو العكس.

1. 2المشاكل الناتجة عن هذه الخصوصية

إن المشاكل التي لاحظناها و المتعلقة بوجود لغات مختلفة وعلاقات متشابكة، وكيف أن كل فرد بالمؤسسة يمتلك أسبابا قوية لامتلاك السلطة، فالسلطة موجودة في كل مستوى و في كل مكان بالتنظيمات وخاصة التي تتميز بغلبة العلاقات غير الرسمية و تزيد قوتها في التنظيمات الاستشفائية ، إذن ما هي المشاكل التي تنشأ عن هذا النسق من السلطة ؟

* .. تقسيم السلطة المتطرف:

نمو التخصصات في المهنة الطبية، العدد المتزايد للخدمات التي تقدمها المستشفى، و إلى صور التقدم التكنولوجي وزيادة التسهيلات و الخدمات أسهمت بفعالية في تعقيد المستشفى كتنظيم و أسهمت في التدرج المتزايد من خلال التخصص، و لقد أدى

ذلك إلى ظهور مشاكل متزايدة تتعلق بالتنسيق والضبط. و في نفس الوقت قد يميل التدرج في المستشفى إلى إعاقه عملية تنمية الفريق بوظائفه إذ أنه كلما كان نسق السلطة جامدا كلما زاد احتمال تعطل عمليات الاتصال به. و لنظام التدرج أيضا نتائج تنعكس على رعاية المرضى، إذ يرهن كل من سيمان و ايفانز باستخدام مقياس الاتجاه و تقديم الرؤساء بأن "معلومات التنسيق المتعلقة بالمرضى كانت أفضل في وجود هيئة التمريض ذات التدرج الأقل". و نجد هذه الصعوبة خاصة في المؤسسات الإستشفائية الكبيرة منها المؤسسات الإستشفائية الجامعية، التي تتميز باختصاصات مختلفة، ومعالجة كافة المرضى بربوع الوطن، أو المؤسسات الصحية الجوارية التي تتميز بكثرة الهياكل الصحية التابعة لها كالعيادات متعددة الخدمات، والتي تبعد عن الإدارة بمئات الكيلومترات، و التي تتطلب تفويض للسلطة من أجل التحكم و ضمان تحقيق للأهداف، وهذا يتطلب جهد امن طرف الإدارة لتنسيق كافة الجهود و فتح قنوات الاتصال، و امتصاص الصراعات التي قد تنشأ.

لا بد أن نذكر أن هناك عوامل قد تؤدي إلى تخفيف التوترات الناشئة عن الخصائص البنائية، هو البناء غير الرسمي و أنساق الاتصال غير الرسمية، إذ تميل الاتصالات في الجماعات التي تمتاز بالعلاقات الأولية إلى أن تكون عميقة و أكثر حرية في تدفقها. ولهذا ينشأ نوع من التخفيف للتدرج الذي قد ينشأ من الخطوط المهنية الصارمة، و يتجنب الصراع الذي ينشأ حول بعض القضايا و الخصائص التي تميز البناء الاجتماعي بالمستشفى أما تجعل الصراع ممكن حله عن طريق التفاوض خاصة أن القرار الطبي يعد صعبا و يستلزم استشارة الآخرين.

*نسق السلطة المزدوج:

يؤدي التناحر بين جماعتين اثنتين من جماعات القوة في نفس الموقع بالضرورة إلى الصراع على الأهداف التنظيمية بينهما، و تعد مصدرا خصبا للصراع و ينبغي أن نذكر بطبيعة الحال أن هناك بعض الميادين للسلطة مرسومة الحدود بوضوح و معترف بها فسوف لا يقوم الإداري مثلا بمحاولة إسداء النصح إلى الهيئة الطبية في القرارات المتعلقة بعلاج المرضى، كما أن الطبيب لا يحاول تحديد الطريقة التي ينظم بها الإداري برنامج لشراء احتياجات المستشفى، و في نفس الوقت ينبغي أن نسلم بأنه نتيجة للطبيعة الكاريزمية لسلطة الأطباء، و المترلة التي يضيفها عليهم المجتمع، فان تأثيرها قد يكون نافذا إلى حد يتجاوز قدرتهم الفعلية. كما أن هناك مجالا واسعا يظهر فيها اهتمامات و مستويات السلطة متداخلة بين كل من الهيئة الطبية و الإدارة، و ليظهر الصراع مثلا التسجيل الطبي، إدارة العيادات الخارجية، اختلاف الهدف بين التكلفة و العلاج في المستشفى أيضا الجماعات المتباينة لها منظورات مختلفة فيما يتعلق بمن الذي يمسك بزمام السلطة و في أي مجال، رغم أن الكثير يفضل الهيئة الطبية بالإدارة، إلا أن الصراع يبقى دائما قائما أيضا سرعان ما ينظر الأطباء الآخرون لهم على أنهم مشغولون في أوجه نشاط غير مهني و هكذا يصبح الطبيب واحد امن الإداريين وليس واحدا من الأطباء⁶.

ويمكن أن نستشهد من تجارب بعض البلدان و الذين ثقافيا لا يقبلون أن تكون زمام الإدارة لإداري وإنما لا بد أن تكون من صلاحية الطبيب، بما أنه يعلم بالحيثيات التقنية، و نجد هذا الصراع أيضا من خلال المناقشات التي تدور حول مشروع الإصلاحات الإستشفائية في فرنسا حول إدارة الأقطاب التي يراد إنشاؤها في إطار عصرنة الإدارة الصحية، فهناك مقاومة من طرف الأطباء و صراع من أجل السلطة من أجل القبض على زمام الأمور.

ويمكن أن نعطي مثالا عن التجربة الجزائرية، حيث أعطيت إدارة المؤسسات العمومية للصحة الجوارية إلى أطباء و التي نشأ عنها مشاكل عديدة من عدم التحكم في التسيير ومشاكل في التنسيق والاتصال، والأدهى ظهور صراعات بين الطبيب الإداري و الأطباء.

وتتمثل المشكلة الثانية التي تنشأ من نسق السلطة المزدوج، و التي ترتبط بالصراع على الهدف في استعراض بين الاستقلال المهني و الضبط البيروقراطي، إذ يؤكد الأطباء بفضل خبراتهم في الطب هم فقط الذين لديهم الكفاءة على اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية المريض، و لديهم الحق في ممارسة الضبط على أعضاء هذه الهيئة، و يمكن تتبع هذا النسق منذ الوقت الذي كان فيه المستشفى مأوى للفقراء وكان الأطباء في هذه الفترة يعالجون مرضاهم الخصوصيين في منازلهم و يعالجون المرضى الفقراء في المستشفى، فكان الطبيب مجرد ضيف و ليس مشاركا في تنظيمها و اليوم توصل إلى مكانة بالرغم من افتقاره إلى قوة رسمية في الموقع النظامي نظرا لاحتكار - الأطباء - للمعرفة الطبية والمهارات التي يعتمد عليها المستشفى، مع هذا فان الطبيب يفضل استعمال السلطة الكاريزماتية، إذ أوضحت دراسة تناول أطباء الهيئة في موقع العلاج أنه حتى الطبيب المسؤول كان يرفض استخدام سلطته الشرعية و لكن كان يفضل بدلا من ذلك ممارسة تأثيره المهني في التحكم في الأطباء الذي يشرف عليهم.⁷

إذن كما قال ميشال كروزي و فريديرغ أن السلطة موجودة في كل مكان فالسلطة هي "ميكانيزم اعتيادي و يومي في حياتنا الاجتماعية فنحن نستعمله بدون توقف في علاقاتنا مع أصدقائنا، زملائنا وعائلاتنا، السلطة موجودة في كل مكان و ليست موجودة في موقع معين و سام من الدرجة السلمية، لأن السلطة تجد مصدرها من العلاقات المتبادلة بين الأشخاص"⁸ كذلك إن خطوط السلطة هي ليست حكرا على الإداريين و الأطباء بل حتى عند شبه الطبيب نظرا لندرهم أو نتيجة لسلطة كاريزماتية أيضا أو التحكم في تقنيات حتى الطبية منها .

و قد عبر عن ذلك أيضا ميشال كروزي " فان الأفراد داخل المنظمة فاعلون و ليسوا أفرادا سلبيين ينفذون فقط التعليمات، فهم ينشؤون استراتيجيات حسب منافعهم الشخصية، و التي قد تكون في بعض الأحيان متناقضة مع تلك المتعلقة بالمنظمة.

توجد في كل منظمة فضاءات حرية تسمى بمناطق عدم التأكد، عن طريقها يلعب الفاعلون وينشئون نظاما للتفاعل مستقرا نسبيا وتعرف بالإستراتيجية و التي " مجموعة من السلوكات المنظمة، و المعتادة التي يتبناها الفاعل من أجل المحافظة على مصالحه. إن الفاعل قادر على اتخاذ القرار و لو أن البحث عن الحل المثالي بالنسبة إليه هو أمر مستحيل لأنه لا يملك كافة المعلومات وبالتالي فهو يتمتع باستقلالية جزئية و بعقلانية محدودة ، فهو يقرر بصفة جزئية و يختار الحل الأول الذي يحقق له حدا أدنى من الإرضاء. الفاعل ليس له هدف واضح، فله أهداف متعددة قد تكون متعارضة الفاعل أيضا له سلوك ايجابي أي يتفاعل مع الأحداث"⁹

و خلاصة ذلك أن المرض و الطبيب و التقني، كل يحاول أن يرسم إستراتيجية لتطوير سلطته من أجل المحافظة على مكانته داخل المنظمة، و لا يمكن أن نقول أنها منظمة ضمن هرم إداري، إذ يمكن أن يتحكم مهندس في الإعلام الآلي على زمام المصلحة التي يعمل بها و كذلك المرض يمكنه أن يتحكم و تكون له سلطة أكثر من الطبيب في المصلحة التي يعملان بها. ففي دراسة حالة قام بها ميشال كروزي في كتابه عن ظاهرة البيروقراطية، فإن عمال النظافة والتصليح هم الذين كان لهم سلطة معتبرة على عمال الإنتاج، بما أنهم هم الذين كانوا يحددون تكرار و مدة توقيف الآلات، فهذا التحكم في الوقت وهب لهم هذه السلطة غير الرسمية.

السلطة تمارس من طرف الأفراد عن طريق مراقبة، و التحكم في منطقة عدم التأكد التي تهب هامش الحرية الفردية للفاعلين، مثلا تاجر يدرك مهنته جيدا، عامل يتقن الإجراءات القانونية

يفرق Michael Crozier بين أربع مصادر للسلطة و الناتجة عن:

- امتلاك كفاءة خاصة.
- التحكم في معلومة تخص محيط المؤسسة: علاقات جيدة مع المصالح المالية.
- مراقبة الاتصال و المعلومات الداخلية "له سلطة التحفظ.
- معرفة القواعد التنظيمية للمنظمة "القدرة على تغيير القواعد، التحكم بين القواعد و خلق هذه القواعد¹⁰

إن المنظمة حسب Michael Crozier و Freidberg "هي ليست شيئا طبيعيا و لكنها بناء اجتماعي هي" بناء إنساني وليس لها معنى خارج علاقات أعضائها، لابد أن ندرس من خلالها الرهانات و المنافع وقواعد اللعبة، و فهم الإستراتيجية المقامة من طرف الأفراد، وعليه لا بد من استغلال بعض العوامل غير الرسمية لسهولة تدفقها¹¹.

2. خلل بين الأهداف المرجوة من الإصلاحات و بين النتائج المحققة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية

من خلال الدراسة الميدانية التي أنجزناها، والتي اعتمدنا بها خصوصا على الاستبيان الموجه إلى كافة المستخدمين، بالإضافة إلى الاعتماد على الملاحظة بالمشاركة طيلة سنوات تطبيق الإصلاحات الاستشفائية، وقد خلصنا إلى النتائج التالية :

1.2 تحليل للأسباب الميدانية .

وجود خلل في تطبيق الإصلاحات الاستشفائية، و الذي ظهر من خلال النسب العالية في سوء تطبيق التعليمات على مستوى المؤسسة، هذه الإجراءات التي تعبر في مجملها عن تحول من ثقافة الإنفاق و الوسائل إلى ثقافة النتائج و الى ثقافة الشفافية، مما يتطلب قلب القواعد التنظيمية، للثقافة و للسلوكيات و يتطلب درجة عالية من التنسيق .

وجود خلل في تطبيق التغييرات لأسباب نفسية و تنظيمية.

مقاربة التغيير العالية ترجع إلى الأسباب التالية:

* أسباب نفسية و تنظيمية : و التي يمكن تلخيصها في المحاور التالية:

- صعوبة التحول من ثقافة مبنية على أسس علاقاتية و شفافية بين المعالج و المريض و ثقافة تقنية إلى ثقافة مكتوبة .
- صعوبة الانتقال في الأدوار، من دور تقليدي، من دور المعالج إلى دور مزدوج، الأمر الذي يتطلب جهدا ووقتا، بالإضافة إلى عدم وجود هذه الثقافة ضمن التكوين الأصلي الذي ينتج عنه تصادم في الوسط المهني.
- عدم تبسيط الإجراءات و العمل .
- الأفراد الذين يشكلون نخبة في الاختصاصات الضرورية للمؤسسة، يمثلون سلطة و مصدرا لمقاومة التغيير.
- عدم إعطاء سلطة فعلية و حقيقية لرؤساء المكاتب، و عدم توزيع المسؤولية يساهم في خلق مقاومة عن طريق تنمية اللامبالاة بين الأفراد.
- عدم قيام الأفراد المكلفين بالتنسيق و الإشراف على مستوى المؤسسة بدورهم، لعدم معرفتهم و وعيهم ببحوثات التغييرات.
- ظهور صراعات على مواقع السلطة، بقدم الأطباء الاختصاصيين، بينهم و بين الأطباء العاميين

و الشبه طبيين، نظرا إلى تعود الشبه الطبي و الطبيب العام على الاستقلالية و السلطة لسنوات كانت تعاني منها المؤسسة من قلة التأطير.

* التباين في تطبيق الإجراءات بين المصالح الاستشفائية يرجع إلى أسباب تنظيمية :

— فعدد فريق العمل و كفاءة رؤساء المصالح يلعب دورا في التحكم في عملية التغيير.

— الإرادة و التعاون ضمن فريق العمل يساهم في خلق التعاون و الانسجام، و بالتالي التقليل من مقاومة التغيير.

* غياب ثقافة الإصلاحات الاستشفائية بالمؤسسة :

— غياب ثقافة الإصلاحات الإستشفائية عند كل فرد بالمؤسسة سواء كان طبييا أو شبه طبي أو إداريا، و عدم وعيه بدوره في ظل هذه التفاعلات، فالفرد يحمل سلوك و عادات العمل القديمة و يواجه تغييرات لا يعلم منها غير الدور التقليدي و هو العلاج، دون أن نتكلم عن نوعية العلاج.

* عدم القدرة على تجسيد فكرة الشفافية و نوعية علاج.

■ عدم قدرة المؤسسة على خلق علاقة ثقة بينها و بين المريض و المواطن بصفة عامة، عن طريق احترام حقوقه وإنشاء

علاقة شفافية، و التكفل بالشكاوى المقدمة من طرفه، و بعد المؤسسة عن بلورة فكرة الزبون و المنافسة، وذلك يعود

لأسباب عديدة منها:

■ طبيعة و كثافة النشاط الاستشفائي تعيق تجسيد نوعية في العلاج و تغيير النظرة نحو المريض كزبون

■ المشاكل التنظيمية و نقص التنسيق بين المصالح الاستشفائية.

■ عدم وعي الأفراد بأهمية نوعية العلاج و تحسين الاستقبال على مستقبل المؤسسة.

■ ترسخ فكرة مجانية العلاج لدى المريض لعدة سنوات.

* الاعتماد على الوسائل المادية في تسيير التغييرات

المؤسسة كإدارة معتمدة على توفير العوامل المادية أكثر من خلق الوسائل التسييرية الحديثة التي تدمج الفرد ضمن إشكالية

التغيير و ضمن الثقافة الجديدة، في حين أنه يجب إلى جانب توفير الموارد المادية تحسيس الأفراد و إفهامهم و إعادة إفهامهم

للوصول إلى النتائج المبتغاة، كالاتماد على تقنيات لإدارة بالمشاركة التي من شأنها أن ترافق سيرورة التغيير من جهة، و القدرة

على التغلب على المشاكل التنظيمية تدريجيا التي قد تكون بذور لمقاومة التغيير، و يضمن أيضا توحيد الجهود الطبية و الإدارية

و شبه طبية و إيجاد لغة مشتركة بينهم.

— عدم تبلور فكرة تسيير الموارد البشرية و عدم استغلال المؤشرات و المعايير الموضوعية في التسيير، من أجل توجيه المستخدمين

توجيها عقلانيا، و عدم تمييز الوظائف مع واقع الإصلاحات.

* دور التسيير القديم و عدم تعاون المحيط في تعطيل التغييرات.

و هناك عوائق ناتجة عن عدم التعاون و التنسيق مع المحيط. مختلف فاعليه، مع هيئات ضمان الاجتماعي و الجماعات

الحلية و القطاع الخاص بالرغم من الدور الاستراتيجي لكل منهم.

نتائج السياسات السابقة كان لها دورا في تعطيل الإصلاحات الإستشفائية، فالمؤسسة اليوم بين معالجة المتغيرات الجديدة و بين

رواسب السياسات المركزية السابقة التي يصعب محوها بين ليلة و ضحاها والدليل على ذلك:

— العجز المستمر للهياكل في تلبية احتياجات المواطنين، و التقسيم الإداري الذي لم يكن متناسقا مع التقسيم الصحي،

و التوزيع غير العادل للموارد البشرية و المادية بين مناطق الوطن.

- سلبية التمويل الجزافي من جهة و سياسة الميزانية الشاملة؛ حيث أدى ذلك إلى اتجاه الإنفاق المالي على الهياكل دون اعتماد النشاطات الصحية من ناحية، و من ناحية أخرى طغيان المعيار التقليدي لموازنة الإنفاق للموارد بدل اعتماد النتائج كمؤشرات دالة، و هذا كان له التأثير السلبي في إرساء ثقافة الإنفاق من طرف المسيرين، و من طرف المسؤول على المصلحة و كل فرد بالمؤسسة، و إهمال للجانب الإحصائي و المعلوماتي و غياب المؤشرات الطبية و الإدارية.

2.2. علاقة سياسة الاتصال و التحفيز المتبعة بمقاومة التغيير.

لقد أظهرت النتائج في مجملها أن هناك حاجة للتحفيز و الاتصال لإقناع الأفراد و إبادة المخاوف و خصوصا ما لاحظناه من فروق ناتجة عن مدى استيعاب الأفراد للتغيير، و خصوصا أن هذه التغييرات جوهرية تمس ثقافات و سلوكيات عميقة تعلقت أساسا بتكوين و هوية المهن من جهة و متعلقة أيضا بفكرة مهمة المرفق العمومي، مما يتطلب التأهب بسياسة اتصالية و تحفيزية، سوف نعرض أهم النتائج فيما يخص السياسة الاتصالية و التحفيزية بالمؤسسة و علاقتها بمقاومة التغيير .

2.2.2. مقاومة التغيير نتيجة السياسة الاتصالية

إن مقاومة التغيير بالمؤسسة أصلها ليس سلبية الموظف، و إنما في السياسة الاتصالية المتبعة من طرف الإدارة التي لا تحترم أهداف التغييرات بعدم استغلال أساليب الاتصال لجذب انتباه العاملين و تحفيزهم، فهناك إرادة من طرف الأفراد لمعرفة المواضيع التي أتت بها الإصلاحات الاستشفائية، فالفرد بالمؤسسة غير سلمي أمام المواقف و المشاكل و يريد تقديم اقتراحات، فالسياسة الاتصالية المتبعة هي التي جعلت الفرد غير مهيا ضمن الإشكالية الجديدة، لأنها تحمل العديد من العيوب:

* نقص توفير المعلومات للموظف حول المفاهيم الرئيسية التي أتت بها الإصلاحات الاستشفائية وعدم التأكد من رجوع المعلومة و معالجتها تجمل الفرد في المؤسسة سواء كان طبيبا أو ممرضا أو إداريا غير واع بحثيات عديدة بالمؤسسة، و غير مندمج في الثقافة الجديدة، و تقيده بالدور التقليدي.

فساحة المعلومة وانتشارها على كل الأصعدة لا تستغل لنقل المعلومات الخاصة بالإصلاحات الإستشفائية، و إنما لنقل المشاكل الجانبية، و التي تثار حسب ما تقتضيه المصالح الشخصية لبعض الأفراد.

* عدم استغلال المعلومة من طرف إدارة المؤسسة لاتخاذ قرارات عقلانية، قائمة على مؤشرات عقلانية، بالرغم من توفر الأدوات التسييرية التي أعطى معلومات دقيقة وفعالة. و التي كان يمكنها أن تكون معلومات مدعمة لأهداف التغييرات.

* ضعف جهودات كبيرة لتغيير نظرة الأفراد نحو أفكار الإصلاحات الاستشفائية: بعدم شرح و إعادة شرح و تحسيس الأفراد بأهمية أفكار الإصلاحات الاستشفائية: عدم إقناع الفرد بالمؤسسة، كل حسب دوره الجديد بالجابيات التغييرات المقدمة أو أهميتها، لتفادي المقاومة التي قد تنشأ من الخوف و عدم فهم هذه التغييرات.

* الاستغلال المتواضع لقنوات الاتصال الموجودة لعرض أفكار التغيير

- عدم الاستغلال الجيد لقنوات الاتصال المفضلة لدى الأفراد، من طرف الادارة لإرساء التغيير التنظيمي، و لتفادي الأفكار الجانبية التي تشكل حواجز تشوش على مراحل التغيير، والتي من بين هذه الأساليب، علاقات القرابة و غلبة السلطة غير الرسمية خصوصا في السلك شبه الطبي، والتي غير مستغلة استغلالا جيدا لتمير المعلومات اللازمة عن الإصلاحات الإستشفائية.

- عدم استغلال الهيئات المهمة التي تعتبر مكانا مثاليا لطرح أفكار الإصلاحات الاستشفائية وتكوين الوعي خصوصا لدى

الأطباء.

-الأفراد المطالبين بتمرير و تطبيق الإصلاحات و التغييرات، بحكم مناصبهم غير واعين بأهمية التغييرات و غير مؤهلين لنقل

التغييرات.

* عدم استعمال الإدارة بالمشاركة

من أجل الاستماع إلى المشاكل الحقيقية التي تشكل مقاومة للتغيير، منها عدم تفعيل اللجان المختلفة التي أتت بها الإصلاحات الاستشفائية لتنظيم المعلومات و الوصول إلى تشخيص دقيق.

أهمية هذه الإدارة تكمن في تلقي معلومات نوعية و كمية عن العوائق و المشاكل التي تواجهها أثناء التغييرات التنظيمية، فهي تضمن مشاركة أفراد آخرين و معرفة دقيقة للمشاكل ليس من خلال النظرة الطبية فقط و إنما النظرة التقنية، و مشاركة الأفراد في اتخاذ القرارات، و مساحة للتعبير عن آرائهم و تمكين للقرارات الإدارية، و أهميتها في الاستماع إلى أرضية الميدان مع التقييم المستمر.

و هذا يعني أن التغيير يتم بطريقة أحادية الجوانب و ليس نتاج جماعي، و ما زال ينظر التغيير عن طريق تعليمة أو مذكرة.

عدم الأخذ بعين الاعتبار باقتراحات، يقيم الهوة بين الإدارة و موظفيها و لا تعزز روح المبادرة و التي تعتبر عناصر معيقة في أي مرحلة من مراحل التغيير.

* عدم إيمان الأفراد بقدرة الاجتماعات على حل المشاكل، لعدم قدرتها على حل كافة المشاكل و عدم متابعتها و تقييم النتائج ميدانيا.

* تأثير خصوصية المعلومات و علاقات السلطة بالمؤسسة في تعطيل الإصلاحات

حيث أن قيام العلاقات على الشبكات الاجتماعية و فساحة المعلومات خارج السلم الإداري و خارج المؤسسة، ساهم في تجسيد الفوضى و انحرافها عن مواضيع الإصلاحات الاستشفائية فنجد:

* التداخل القوي في الصلاحيات بين مهام كل من الممرض رئيس المصلحة، و الطبيب رئيس المصلحة بالإضافة إلى عدم وجود و نائق إدارية كتابية تضمن عدم التداخل بين المصالح.

* التجاوز في درجات السلم الإداري خلق خللا في التنسيق بين المهام و إحباطا، و شعور باللامبالاة، و عدم التفاعل لدفع العمال نحو التغيير.

كل هذه العوامل في وسائل و قنوات الاتصال، و السياسة الاتصالية المتبعة من طرف الإدارة لا تشجع على إقامة تغييرات، سواء بالنسبة لكمية المعلومات و نوعيتها أو بالنسبة لاستغلال لعلاقات السلطة و قنوات الاتصال التي تضمن سرعة و ضمان قابلية التغييرات.

ومع هذا فان التغيير لا يحتاج إلى سياسة اتصالية فقط، بل يحتاج إلى تحفيز الأفراد لدفعهم نحو التغيير، اذن فما هي السياسة التحفيزية المتبعة و مدى إفادتها في إقامة تغييرات .

3.2.2 التحفيزات القانونية الحالية لا تخدم أهداف التغييرات :

إن قانون الوظيفة العمومية لا يعطي الحرية التامة للمسير في توزيع التحفيزات المالية حسب الأهداف التي يضعها لمؤسسته، فهي أحور موحدة محددة بمعايير ثابتة و مسبقة، كما أن الأجر التي يتلقاها الموظف بالمؤسسات الاستشفائية بصفة عامة غير مناسبة بالنسبة لصعوبة عملهم.

حتى الترقية في مفهومها الحالي تخلو من تشجيع القدرات و الكفاءات فهي تتم بصفة ذاتية في أغلب الأحيان و النقاط التي تعطى لا تعبر عن حقيقة عمل الموظف و إما بعلاقاته مع رئيسه أو مع الإدارة.

* عدم استغلال المسير للتحفيزات الموجودة لخدمة التغييرات

بالرغم من العوائق المذكورة، إلا أن هناك بعض التحفيزات التي تمنح للتشجيع على العمل و تحسينه، إلا أنه في المؤسسة تعطى بصفة متساوية كل حسب السلك الذي ينتمي إليه، مما يخلق التنافس السلبي بين الأفراد و يخلق التقاعس في انجاز المهام.

الموظف غير مستفيد من حقوقه القانونية بصفة تامة، فهناك خلل في جداول الترقية وكذلك في التكوين، بالرغم من دورهما الأساسي في إعطاء دفع للموظف لتقديم الأفضل و رفع الروح المعنوية، وفي تفادي مقاومة التغيير الناتجة عن عدم المعرفة و في تسهيل إدماج و تقبل الأفراد للتغيير، و أهميتهما في المساهمة في دعم الحياة الاجتماعية و في نقل الأفكار بين المصالح الاستشفائية و بين الأفراد .

— مواضيع التكوين لا تتناسب مع محتوى الإصلاحات الاستشفائية، بالرغم من أن الموظفين لهم رغبة في معرفة هذه المواضيع الجديدة و استكشافها.

و قد لاحظنا أن السلك الأقل استفادة من التكوين و الترقية "السلك الشبه الطبي" هو السلك الأكثر مقاومة للإصلاحات الاستشفائية.

* التركيز على التحفيز المادي دون المعنوي

— تركيز الإدارة على توفير التحفيزات المادية " الأجهزة " الطبية و الإعلام الآلي و المكتبية و توسيع المصالح .
— ضعف الروح الاجتماعية بين الأفراد، إلا العلاقات الناتجة عن الزمالة الطويلة أو الصداقة و القرابة،
و لكن لا يوجد اجتماعات دورية بين المصالح الاستشفائية تسمح بتبادل المعلومات المهنية بدون رسمية و بكل شفافية، تضمن تبادل الخبرات

و الكفاءات المهنية و تطوير الخدمات المقدمة للمريض، و تزيد من روابط الروح الاجتماعية و رفع الروح المعنوية.

— قلة اهتمام الإدارة بأهمية ثقافة الانتماء خصوصا في عهد الإصلاحات الاستشفائية التي يبرر وجودها بصفة قوية، فالمؤسسة الاستشفائية مطالبة بتقديم صورة جيدة عن نفسها بالنسبة للمريض و المواطن، بتحسين الاستقبال و تنظيم المواعيد، و إظهار التفاهم بين الأفراد و كل هذا لا يكون إلا إذا أحس الموظف بثقافة الانتماء للمؤسسة التي يعمل بها، لنقل صورة جيدة عن مؤسسته.

ولهذا نتساءل، في كل هذه الظروف و التي أهمها التقصير في تقديم التحفيزات التي من حق الموظف، كيف لنا أن نطالبه بتغيير أفكاره و سلوكاته، دون أن تقدم أي جهودات لتحفيزه ولو بجهودات بسيطة التي قد تسهم في تنمية الروح المعنوية لديه؟

الخاتمة :

إن التغيير هو حقيقة لا يمكن الهروب منها، و لكن الذي يميزه اليوم، هو الوتيرة السريعة وصعوبة التنبؤ بالمحيط، ما يتطلب من المؤسسة طريقة تسيير مرنة قائمة على التفتح على المحيط و انتهاز الإدارة بالمشاركة، بالإضافة إلى ضرورة الاهتمام بالجانب الاجتماعي داخلها .

صعوبة التغييرات لا تعود فقط لعمق و حجم هذه التغييرات و إنما أيضا لطبيعة المؤسسة الصحية نظرا لحساسية مهمتها و لاختلاف اللغات و تعدد مراكز السلطة بها، ما يتطلب إيجاد صيغة مناسبة لطرح التغيير، قادرة على التنسيق و مراعاة هذه الاختلافات داخل المؤسسة و خارجها، و خصوصا ضمن التعريف الموسع للصحة العمومية و عدم اقتصره على المؤسسة الصحية و إنما بتنسيق و تضافر الجهود مع هيئات إدارية أخرى.

وقد خلصنا من خلال الدراسة إلى أن هناك خلا في تطبيق إجراءات الإصلاحات الاستشفائية التنظيمية من طرف الأفراد، فالفرد مهما كان طبيبا أو ممرضاً أو إداريا غير واع بهذه الحقيقة، مازال يمارس مهامه بأفكار قديمة و غير مدمج داخل حقيقة التغيير، والذي من أسبابه الأساسية :

- عدم تقبل الثقافة الجديدة، من ثقافة أصلها قائم على أسس علاقاتية إلى ثقافة قائمة على الإجراءات و التقيد بالكتابة، انتقال من أدوار تقليدية إلى أدوار جديدة معقدة.
- التصادم بين التكوين الأصلي و بين الواقع المهني.
- عدم وعي الأفراد بأهمية العمل الذي يقومون به و نتائجه على المؤسسة.
- الخوف من فقدان الكفاءة و السيطرة.
- عدم تقبل ثقافة التقييم و الأرقام نظرا لترسخ فكرة مجانية العلاج و تأثيرا لتسيير القديم على انتشار ثقافة اللامبالاة، عدم التقييم و إهمال للنشاطات بين سلوك الأفراد.

أما بالنسبة إلى فكرة الشفافية و الأئسنة تحتاج إلى الكثير من التحفيز و إلى تنظيم العمل و العلاقات داخل المنظمة و إرساء روح التضامن، كما أن ضغوطات العمل قد تحد من تحقيقها. فهذا يعني أن مقاومة التغيير داخل المؤسسة ليست ناتجة فقط عن عدم توفر المعلومات و لا متعلقة بسلبية الموظف، و إنما هي ذات بعد نفسي و تنظيمي، فالتغيير أعمق من أن يكون تطبيق مذكرة أو تعليمة، فهو ترسيخ لأفكار جديدة و تقييم لمراحل التغيير، و مرافقة و توجيه سلوكات الأفراد نحو الأهداف الجديدة. لا بد فيها من إتباع إستراتيجية اتصال و تحفيز.

و قد خلصنا إلى أن الاتصال الموجود داخل المؤسسة لا يخدم أهداف التغيير، من أجل:

- إدخال المفاهيم الجديدة ضمن الحياة اليومية بالمؤسسة بشرح و إعادة شرح، و إقناع و تحسيس لمستخدمين بأهمية الإجراءات الجديدة و أثارها، و مرافقتهم نحو تبني أدوار جديدة.
- باستغلال لكافة اللجان و الوسائل التسييرية الحديثة التي تسهم في ضم الأفراد ضمن مشروع مشترك يحسون من خلاله بأنهم مشتركون في تقرير حياة المؤسسة، و أهميتها في ترسيخ أفكار الإصلاحات على أرض الميدان.
- عدم استغلال ميزة علاقات السلطة و طرق الاتصال غير الرسمية الموجودة لنشر الثقافة الجديدة و إيصال المعلومات بسرعة. باعتبارها وسيلة هامة في سرعة نقل المعلومات و تلقائيتها و أقرها للتقبل من طرف الأفراد.

كما لاحظنا عدم مواكبة سياسة التحفيز للتغييرات حيث أن:

- معظم الأفراد غير مستفيدة من حقوقها في الترقية.
- اعتماد المؤسسة طرق التحفيز المادية فقط، دون الاعتماد على الطرق الأكثر فاعلية من ناحية تغيير السلوكيات، كالاتتماد على خلق روح الانتماء لدى الأشخاص و تأثيرها على تقديم صورة جيدة على المؤسسة.
- فئة قليلة جدا مستفيدة من التكوين، بالإضافة إلى أن مواضيع التكوين لا تتناسب مع مواضيع الإصلاحات الإستشفائية و لا تخدمها.
- التحفيزات المقدمة للأفراد بصفة متساوية تساهم في خلق التقاعس و عدم انجاز المهام.
- عدم توفر الجانب الاجتماعي اللازم بين المصالح لا يخدم إقامة تغييرات تنظيمية التي لا بد أن تتحقق و تتطور في إطار اجتماعي جيد.

الهوامش:

- ¹ - علي عبد الرازق جلي، علم اجتماع تنظيم، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الأولى، الإسكندرية 1999، ص 178.
- ¹ - (BONMATI) Jean-Marc, Les ressources humaines à l'Hôpital un patrimoine à valoriser, Berer-Levrault, Paris, année 1998, page 81 et après.
- ¹ - Benkadi.H, Prestations de soins ou prestations de services, revue santé- Maghreb, 01 décembre 2004.
- ¹ - Benkadi.H, op .cit ,prestations de soins ou prestations de services, revue santé – Maghreb, 01 décembre 2004.
- ¹ - Benkadi. H, Ibid.
- ¹ - د/ علي عبد الرازق جلي، علم اجتماع التنظيم، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الأولى، الإسكندرية 1999، ص 193-195.
- ¹ - د/ علي عبد الرازق جلي، مرجع سابق، ص 195.
- ¹ - Michel crozier et Edhardfredeberg, l'acteur et le système, seuilcoll, France, 1997, P. 50.
- ¹ - Michel crozier et Edhardfredeberg, Op.cit, P. 51.
- ¹ - Michel crozier et Edhardfredeberg, Op.cit, P. 53.
- ¹¹¹ - Michel crozier et Edhardfredeberg, Ibid, P. 54.

المراجع :

الكتب :

- 1- علي عبد الرازق جلي، علم اجتماع تنظيم، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الأولى 1999.
- 2-Michel crozier et Edhardfredeberg, l'acteur et le système, seuilcoll, France,1977.

الوثائق:

- 3-Benkadi.Hocine , prestations de soins ou prestations de services, revue santé – Maghreb, 01 décembre 2004.
- 4-BONMATI) Jean-Marc, Les ressources humaines à l'Hôpital un patrimoine à valoriser, berer-Levrault, Paris, année 1999.