



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION



**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR L'OBTENTION DU MBA  
EN GESTION DES SERVICES DE SANTE  
OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE**

**AMELIORATION DE LA MOTIVATION AU TRAVAIL  
DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE,  
FACTEUR CLE DE PERFORMANCE :**

**EXEMPLE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE  
SYLVANUS OLYMPIO DE LOME (TOGO)**

**Présenté et soutenu par :**  
**Médecin Capitaine**  
**MACAMANZI Atafèi Laroutoki**  
**24<sup>ème</sup> Promotion**

**Directeur de mémoire :**  
**Médecin Général WADE Boubacar**  
**Professeur Agrégé du Val-de-Grâce**  
**Professeur associé au CESAG**

## **DEDICACE**

*A Dieu, le tout puissant*

Toi seul est mon guide et en toi tout est possible.

*A ma très chère épouse Jeannette*

Lumière de mon vie, ton courage, ta persévérance dans tes convictions, font de toi une perle rare teintée d'humilité qui suscite bien des convoitises...

A toi des fleurs, toi qui est toujours à mes côtés.

*A mes tendres enfants Emmanuel, Angélica, Michel*

Votre présence à mes côtés constitue une force tranquille.

Soyez bénis.

*A mes parents*

Humilité et rigueur au travail m'ont forgé.

*A mes frères et sœurs, Reine, Denis, Sylvère, Viviane*

Toute ma reconnaissance pour vos soutiens.

*A mes amis, Jean-Marie, Léon*

Toute ma gratitude.

## REMERCIEMENTS

La rédaction de ce mémoire m'a permis d'ouvrir les yeux sur les difficultés que pouvaient rencontrer les managers, tout au long de leur carrière. La gestion d'une équipe n'est pas chose facile et beaucoup de stagiaires nouvellement diplômés n'en ont pas conscience. On ne peut d'ailleurs en prendre réellement conscience qu'avec le temps et l'expérience.

Si nous avons pu réaliser cette recherche de mémoire, c'est grâce à la contribution de plusieurs personnes qui ne nous ont pas marchandé leur assistance. Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de mon mémoire.

Un immense merci et notre gratitude au Médecin Général Boubacar WADE, Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Directeur de l'hôpital principal de Dakar, qui a accepté de partager son immense expérience, son professionnalisme et l'originalité de ses approches et dont les questionnements ont constitué pour nous de vraies pistes de réflexions.

Cette recherche est le fruit de la collaboration de plusieurs personnes et organismes que je veux remercier très sincèrement :

- La Direction centrale du service de santé des armées du Togo par son soutien moral et financier à autoriser cette formation ;
- Le Directeur et le personnel du Centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio de Lomé au Togo, qui ont bien voulu m'accorder de leur temps de travail pour participer aux entrevues individuelles ainsi qu'aux divers entretiens focalisés ;
- Le personnel du département de CESAG-SANTE.

Tous nos remerciements également au Docteur Edoh P. GABIAM par sa présence dans le jury de soutenance et son accompagnement tout le long des travaux. Merci enfin, au Docteur Amani KOFFI, chef du département CESAG-SANTE, pour avoir présidé cette soutenance et qui, par ses incitations à l'étonnement, à la remise en question des idées reçues et pour la liberté d'exploration qu'il nous a accordé.

Je tiens également à remercier toute l'équipe pédagogique du Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion, ainsi que les intervenants extérieurs.

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

APD	Aide publique au développement
CEDEAO	Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHN	Centre hospitalier national
CHR	Centre hospitalier régional
CHU-Campus	Centre hospitalier universitaire campus
CHU-SO	Centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio
CHU-Tokoin	Centre hospitalier universitaire de Tokoin
CHU-YO	Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo
CMS	Centre médico-social
DRSP	Document de réduction stratégique de la pauvreté
FCFA	Franc de la communauté financière d'Afrique
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GTPHARM	Groupement togolais des pharmaciens
HD	Hôpital de district
INAM	Institut national d'assurance maladie
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Organisation des nations unies pour le sida
PMI	Centre de protection maternelle et infantile
PNB	Produit national brut
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNLP	Programme nationale de lutte contre le paludisme
PNLS	Programme nationale de lutte contre le sida
PNS	Politique nationale sanitaire
PPTE	Pays pauvres très endettés
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RH	Ressources humaines
SOCOPHARM	Société de commercialisation de produits pharmaceutiques
SOTOMED	Société togolaise des médicaments
SYNPHOT	Syndicat national des praticiens hospitaliers du Togo
USP	Unité de soins périphérique

## **LISTE DES TABLEAUX**

<u>Tableau I</u> : répartition géographique et par type des Formations Sanitaires (FS) au Togo.....	6
<u>Tableau II</u> : récapitulatif du personnel par catégorie professionnelle et par région (2012) .....	6
<u>Tableau III</u> : répartition des effectifs du personnel par catégorie professionnelle .....	12
<u>Tableau IV</u> : répartition des ressources du CHUSO (2013) .....	13
<u>Tableau V</u> : priorisation des problèmes.....	22
<u>Tableau VI</u> : aspects de l'environnement de travail susceptibles d'être valorisés .....	45
<u>Tableau VII</u> : ratios de productivité du CHUSO de 2011 à 2013 .....	49
<u>Tableau VIII</u> : taux d'absentéisme (2012 et 2013).....	51
<u>Tableau IX</u> : perception relative à l'environnement de travail chez les agents du CHUSO de Lomé, au Togo (2014) .....	54
<u>Tableau X</u> : perception relative au management du centre chez les agents du CHUSO de Lomé, au Togo (2014) .....	55
<u>Tableau XI</u> : Perception relative aux moyens financiers et matériels chez les agents du CHUSO de Lomé, au Togo (2014) .....	55
<u>Tableau XII</u> : Perception du développement personnel et de carrière chez les personnels du CHUSO de Lomé, au Togo (2014) .....	56
<u>Tableau XIII</u> : priorisation des causes.....	61
<u>Tableau XIV</u> : matrice des critères de priorisation des solutions.....	67
<u>Tableau XV</u> : matrice de la priorisation des solutions .....	67
<u>Tableau XVI</u> : matrice du cadre logique .....	71
<u>Tableau XVII</u> : éléments organisationnels à considérer lors de la mise en œuvre.....	76
<u>Tableau XVIII</u> : diagramme de Gantt .....	76
<u>Tableau XIX</u> : plan opérationnel.....	78
<u>Tableau XX</u> : budgétisation.....	82

## **LISTE DES FIGURES**

<u>Figure 1</u> : répartition démographique de Lomé (2013) .....	7
<u>Figure 2</u> : cadre d'analyse .....	27
<u>Figure 3</u> : cadre conceptuel des facteurs de la motivation .....	33
<u>Figure 4</u> : résultat du modèle PRECEDE/PRECEED .....	48
<u>Figure 5</u> : facteurs clés de motivation selon les personnels du CHUSO, au Togo (2014).....	56
<u>Figure 6</u> : diagramme d'Hishikawa .....	60
<u>Figure 7</u> : cadre stratégique .....	69

## **LISTE DES ANNEXES**

<u>Annexe 1</u> : guide d'interview avec le Directeur.....	92
<u>Annexe 2</u> : guide d'entretien avec le responsable des ressources humaines.....	93
<u>Annexe 3</u> : questionnaire au personnel .....	94
<u>Annexe 4</u> : matrice des dysfonctionnements.....	97
<u>Annexe 5</u> : identification et analyse du rôle des acteurs dans le fonctionnement du CHUSO ....	100
<u>Annexe 6</u> : proposition d'organigramme à la direction du CHUSO .....	101

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **RESUME DE L'ETUDE**

**Introduction.** Pour faire de la motivation du personnel un des principaux leviers d'action de la Direction du centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (Togo), cette étude menée en trois, a pour objectif d'identifier les facteurs entravant la motivation du personnel et de proposer des perspectives d'amélioration.

**Méthode.** Cette étude descriptive mixte a porté sur un échantillonnage de 104 personnes pour le devis quantitatif et 12 personnes pour le devis qualitatif. Un questionnaire et un guide d'entretien semi-structuré, pré-testés et corrigés, ont servi de supports aux interviews effectuées par nos soins. Les variables d'études ont porté sur les aspects socio-démographiques et professionnels (rémunération, conditions de travail, niveau d'implication dans les processus de prise de décision, perspectives de carrière, facteurs clés de motivation). La gestion des données et les analyses seront effectuées dans Microsoft Access, Epi Info 3.5.4, et SPHINX. Les données qualitatives ont fait l'objet d'un dépouillement manuel.

**Résultats.** Les agents du CHUSO enquêtés comprenaient 35 % de femmes, 71 % de mariés, 12 % de médecins, 52 % de paramédicaux, 10 % d'agent technique et d'appui et 27 % d'administratif et financier. Ils comptaient 67 % d'universitaires. L'âge moyen est de 38,38 ans et l'ancienneté moyenne est de 8,47 ans. La rémunération a été jugée insuffisante pour 91 % des personnels qui avaient tous des revenus additionnels insignifiants ou irréguliers pour respectivement 94 et 64 % d'entre eux. L'habitat le plus fréquent était une location simple (60 %), et 73 % seulement possédaient une voiture et ou une moto personnelle. L'ambiance de travail était mauvaise pour 64 % des médecins et l'équipement du service insuffisant pour 90 %. Le rapport avec le supérieur hiérarchique, les collègues et les patients était bon pour respectivement 88, 96, et 96 %. Parmi les personnels, 45 % n'ont jamais été impliqués dans un processus de prise de décision, 75 % ont adhéré à un syndicat, et 54 % à une association. Dans l'ensemble, 98 % jugent utile la formation continue mais seulement 22 % en ont bénéficié et pour 32 % il n'existe pas de plan de carrière. L'ensemble des personnels trouve négatif les effets des absences et retards sur le travail bien que 66 % reconnaissent être régulièrement absent et/ou en retard au service. 57 % ne sont pas informés des résultats et 61 % juge insatisfait le style de management du centre. Les facteurs clés de motivation étaient par ordre de fréquence décroissante : les conditions de travail (48 %), la formation continue (23 %), la rémunération (14 %), les conditions de vie (11 %) et l'implication dans le processus de planification (5 %).

**Discussion - conclusion.** Les facteurs primaires de motivation n'ont pas encore connu un niveau acceptable de satisfaction chez les personnels du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Lomé qui concentre l'essentiel des ressources du secteur et ses performances affectent les résultats globaux du système de santé du pays. Ainsi, des recommandations à court et moyen terme ont été formulées en direction respectivement de l'État, des supérieurs hiérarchiques et du personnel médical, notamment en ce qui concerne les conditions de travail et la rémunération, pour l'amélioration de la santé des populations au Togo.

**Mots-clés :** ressources humaines, motivation, performance, CHU Sylvanus Olympio, Togo.

## **TABLE DES MATIERES**

<b>DEDICACE.....</b>	<b>I</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>II</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>V</b>
<b>RESUME DE L'ETUDE .....</b>	<b>VI</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE .....</b>	<b>3</b>
<b>CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE.....</b>	<b>3</b>
1.1 Analyse de l'environnement externe.....	3
1.2 Analyse situationnelle du CHUSO .....	9
1.3 Synthèse de l'analyse de l'environnement.....	19
1.4 Identification et priorisation des problèmes.....	21
<b>CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE .....</b>	<b>24</b>
2.1 Problématique .....	24
2.2 Cadre d'analyse.....	26
2.3 Cadre conceptuel.....	27
<b>CHAPITRE III : METHODOLOGIE .....</b>	<b>35</b>
3.1 Type de l'étude.....	35
3.2 Validité de l'étude.....	35
3.3 Stratégie de la recherche .....	36
3.4 Population de l'étude .....	37
3.5 Méthode et technique d'échantillonnage .....	37
3.6 Les variables de l'étude.....	39
3.7 Outils et méthode de collecte de données .....	39
3.8 Déroulement du pré-test du questionnaire et du guide d'entretien .....	40
3.9 Déroulement de l'enquête .....	40
3.10 Dépouillement et traitement des données .....	41
3.11 Difficultés et limites des données .....	41
<b>CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS .....</b>	<b>42</b>
4.1 Présentation des résultats .....	42
4.2 Analyse des résultats .....	56

<b>TROISIEME PARTIE : DETERMINATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES - IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS - PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....</b>	<b>59</b>
<b>CHAPITRE V : DETERMINATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES .....</b>	<b>59</b>
5.1 Présentation des outils d'identification des causes .....	59
5.2 Synthèse des causes recensées au CHUSO .....	59
5.3 Analyse des causes.....	60
5.4 Priorisation des causes .....	61
<b>CHAPITRE VI : IDENTIFICATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....</b>	<b>62</b>
6.1 Données de terrain .....	62
6.2 Identification des options .....	63
6.3 Synthèse et priorisation des solutions retenues.....	66
6.4 Justification du choix de la solution prioritaire.....	67
<b>CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....</b>	<b>68</b>
7.1 Enjeux .....	68
7.2 Objectifs du projet.....	68
7.3 Cadre stratégique.....	68
7.4 Cadre logique .....	70
<b>CHAPITRE VIII : LA MISE EN ŒUVRE .....</b>	<b>75</b>
8.1 Modalités de son implantation .....	75
8.2 Ordonnancement des activités et tâches.....	76
8.3 Evaluation des ressources .....	77
8.4 Plan opérationnel.....	77
8.5 Budgétisation .....	82
<b>CHAPITRE IX : SUIVI ET EVALUATION .....</b>	<b>83</b>
9.1 Suivi .....	83
9.2 Evaluation .....	84
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>85</b>
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>88</b>
<b>SOURCES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>89</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>92</b>

## INTRODUCTION

Publié en 2012, le *Dictionnaire du travail* de Bevort et al.<sup>1</sup>, ne comporte étrangement pas d'entrée « motivation ». Est-ce à dire que la motivation est devenue une problématique obsolète quant on parle de travail ? La réponse est non, bien entendu, et il n'est que de consulter Internet pour constater l'intérêt que suscite encore cette grande question. Une saisie des termes « motivation au travail » sur un des moteurs de recherche disponibles donne près de 12 millions d'occurrences (le terme motivation seul en donnant 260 millions).

Les magazines spécialisés dans le management reviennent périodiquement sur la question et le domaine de la santé ne fait pas exception.

Mieux encore, il y a un regain d'intérêt dans les ressources humaines nécessaires pour offrir des soins de santé dans les pays à faible revenu dans le cadre de l'entraînement pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Une grande partie de l'attention, y compris au Togo, a mis l'accent sur le nombre insuffisant d'agents de soin de santé et leur répartition inéquitable. Cependant, il est de plus en plus apprécié que l'attention doit également être accordée à la performance des agents de santé<sup>2</sup>. De nombreux facteurs - allant de l'infrastructure physique disponible à des valeurs très personnelles d'un individu - influencent la performance des professionnels de la santé<sup>3</sup>. Beaucoup de ces facteurs qui influencent la performance de l'hôpital à travers la motivation de l'agent de santé, où la motivation est définie comme le degré de volonté d'un individu d'exercer et de maintenir un effort en vue d'atteindre les objectifs organisationnels<sup>4</sup>.

Certains centres hospitaliers actuellement peinent à fonctionner correctement à cause des charges de personnels énormes, compromettant dangereusement leur mission de service public et la sauvegarde de l'outil de travail. L'achat de la paix sociale a entraîné des recrutements abusifs, la surenchère de la motivation financière entretenue par les organisations syndicales.

Cependant, l'équilibre de l'hôpital est aussi économique. L'entreprise selon Henri Moët<sup>5</sup>, « est une association faite de deux moyens : le capital financier, et le capital humain, le second est beaucoup plus important non seulement en valeur quantitative mais en valeur qualitative,

---

<sup>1</sup> Antoine Bevort, Annette Jobert, Michel Lallemer, Armand Mias (Dir), *Dictionnaire du travail*. Paris : Presses universitaires de France, collection « Quadrige dicos poche » ; 2012 : 880p.

<sup>2</sup> Gilson L, Palmer N, Schneider H. Trust and health worker performance : exploring a conceptual framework using South African evidence. *Social Science & Medicine*. 2005,61:1418-1429.

<sup>3</sup> Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *The Lancet* 2005, 366: 1026-1035.

<sup>4</sup> Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation : a conceptual framework. *Social Science & Medicine*. 2002,54:1255-1266.

<sup>5</sup> Henri M. *L'entreprise au service de l'homme*. Paris : La pensée Universelle ; 1982 p. 247.

car il est le seul des deux qui ait une âme ». La spoliation de l'âme rime inéluctablement à la perte de l'entreprise.

L'impératif du développement de l'hôpital passe alors par une prise en compte des préoccupations des agents. Ceci ne pourra se faire qu'à travers une mobilisation des ressources humaines impliquées dans l'exécution des objectifs visés. C'est dans cette logique que nous nous proposons d'apporter notre contribution en choisissant comme thème de mémoire de résolution de problème « **Amélioration de la motivation des professionnels de la santé, facteur clé de performance : exemple du Centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)** ».

Ainsi nous avons structuré le travail en trois parties. Dans la première partie, nous présentons l'analyse de la situation et le cadre théorique de l'étude. La seconde partie porte sur la méthodologie et la présentation des résultats de l'étude. La troisième partie aborde successivement, la détermination, l'analyse et la priorisation des causes, ensuite l'identification et la priorisation des solutions et enfin la présentation du plan de mise en œuvre.

## **PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE**

Cette première partie sera consacrée, d'une part à l'analyse situationnelle de l'environnement externe, le Togo, et interne constitué par le CHUSO. Nous procéderons à une identification des problèmes que nous prioriserons.

D'autre part, nous aborderons dans un second chapitre la problématique de la démotivation des salariés dans notre société contemporaine, puis nous expliquerons le concept de motivation dans l'entreprise en établissant une typologie des motivations. Nous exposerons au passage les différentes théories de la motivation au travail.

### **CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE**

Cette analyse consistera à décrire les environnements internes et externes ; il s'agit en d'autres termes de l'analyse du contexte dans lequel évolue l'hôpital.

#### **1.1 Analyse de l'environnement externe**

Elle porte sur les points suivants : la situation géographique, climatique et démographique du Togo, l'état sanitaire de la population du Togo, l'offre de soins hospitaliers sur Lomé.

##### **1.1.1 Présentation générale du Togo**

###### **a) Situation physique et démographique**

Situé en Afrique de l'Ouest sur la côte du Golfe de Guinée, le Togo a une superficie de 56 600 Km<sup>2</sup>. Il est limité par le Bénin à l'Est, le Ghana à l'Ouest, le Burkina Faso au Nord et l'Océan Atlantique au Sud.

En 2014 la population du Togo est estimée à 6,2 millions d'habitants. Selon les résultats du 4<sup>ème</sup> RGPH en 2010<sup>6</sup>, la population est composée de plus de 62,3 % vivant en milieu rural en dépit d'une urbanisation en progression rapide (5,2 % par an) et se caractérise par sa croissance naturelle relativement forte (2,84 %). C'est une population d'une extrême jeunesse avec 60% de la population sont âgés de moins de 25 ans et 42 % de moins de 15 ans. L'espérance de vie à la naissance est de 63,3 ans. Le taux de natalité est de 35 naissances et le taux brut de mortalité de 8,1 pour 1000 habitants.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Résultats définitifs du quatrième RGPH de 2010.

<sup>7</sup> MICS 3 et 4, Enquête Step-Wise 2010.

## **b) Organisation administrative et contexte socio-économique**

S'agissant de l'**organisation administrative**, le Togo compte cinq (05) régions économiques (Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime) réparties en trente cinq (35) Préfectures plus la Commune de Lomé qui est subdivisée en cinq (05) Arrondissements.

**Le contexte politique national** a été marqué par des troubles socio-politiques au début des années 1990 entraînant la suspension de la coopération internationale avec pour conséquence une réduction drastique de l'aide publique au développement dont le niveau est passé de 11,9% du PIB en 1990 à 2,5 % en 2003<sup>8</sup>. Afin de parer à cette situation, le gouvernement a lancé à partir de 2006, d'importantes réformes politiques et économiques qui ont permis entre autres, d'entamer la reprise de la coopération au développement.

**La situation économique nationale** est marquée par une croissance économique de plus en plus forte (+3,1 % en moyenne entre 2006 et 2010 contre 1,1 % entre 1991 et 2005)<sup>9</sup>. Le revenu par tête d'habitant de 410 \$US. Le Togo a atteint le point de décision de l'initiative PPTE en novembre 2008 et le point d'achèvement en décembre 2010 et bénéficie d'annulation de 82 % de sa dette publique extérieure. Ce qui a ouvert la voie à de nouvelles ressources multinationales et bilatérales.

**Au niveau des indicateurs macro-économiques**, la croissance du PIB a atteint 3,1 % en 2009 et 3,7 % en 2010. Le taux de croissance économique de 4,0 % atteint en 2010<sup>10</sup> s'avère encore insuffisante pour réduire significativement la pauvreté<sup>11</sup> et relever le défi des OMD.

Malgré son adhésion à la déclaration des chefs d'Etat de la CEDEAO à Abuja en 2001, s'engageant à allouer 15 % du budget des Etats à la santé et ses efforts pour respecter la norme OMS de 10 % du budget de l'Etat, beaucoup de défis demeurent en matière de santé.

### **1.1.2 Orientations sanitaires**

Le Togo a opté pour une stratégie de soins de santé primaires (SSP) comme base de la politique sanitaire nationale, suite aux recommandations de la conférence d'Alma Ata en 1978. L'orientation sanitaire est codifiée par la loi n°2009-007 du 15 mai 2009 portant code de la santé publique.

---

<sup>8</sup> Rapport sur l'APD, Togo, août 2010.

<sup>9</sup> Rapport du PNUD, rédigé dans le cadre de la préparation du forum du DRSP II, Décembre 2011.

<sup>10</sup> DSRP II, décembre 2011. Etat des lieux de la situation socio-économique du Togo de 2008 à 2011, présenté au cours du forum national d'orientation du DSRP II, décembre 2011.

<sup>11</sup> Enquête QUIBB-Togo de 2006. Selon les simulations réalisées en 2007 avec les données de l'enquête QUIBB-Togo de 2006, il faudrait une moyenne de 6 à 7 % de croissance annuelle et réduire les inégalités régionales afin d'avoir des retombées sur la réduction de la pauvreté et sur le bien-être des populations.

L'organisation administrative du système sanitaire national est focalisée autour de trois pôles : les structures publiques, les structures privées et la médecine et pharmacopée traditionnelle.

- Les structures publiques de soins, qui représentent l'essentiel de l'offre de soins avec plus de 67 % des structures sanitaires, sont organisées en trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique) qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.
- Quant aux structures privées (33 %), le Togo en compte un nombre important, qui contribuent par leurs actions à l'effort national de politique sanitaire.
- Enfin, l'importance de la médecine traditionnelle est reconnue par la loi n°2009-007 du 15 mai 2009 portant code de la santé publique de la République togolaise.

Malgré les nombreux efforts déployés par le gouvernement pour assurer une meilleure prise en charge des populations, la qualité de l'offre de soins reste encore faible. Fort de cette insuffisance, le ministère de la santé a pris la décision, à l'occasion de la onzième conférence des partenaires au développement sanitaire en 1997, de réviser la Politique Sanitaire Nationale (PSN) et d'élaborer un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). La nouvelle PSN est validée par le Comité des Partenaires en septembre 2011. Actuellement, c'est le PNDS 2012-2015 qui est en cours.

### **1.1.3 Organisation technique du système de soins**

L'organisation technique du système de soins est faite sous forme pyramidale. La base de ce dispositif pyramidal est constituée d'un plateau technique moins fourni par rapport aux niveaux supérieurs. Dans cette logique, les patients sont référés du bas vers le haut (le sommet), selon le degré de complexité de la prise en charge. Ceci, pour permettre un filtrage progressif des patients vers des niveaux de plus en plus spécialisés. Ainsi, le centre hospitalier universitaire et le centre hospitalier national sont au-dessus de la pyramide sanitaire. Ils sont précédés des centres hospitaliers régionaux eux-mêmes précédés des centres médicaux avec antenne chirurgicale et à la base le centre de santé primaire.

Le principe de la hiérarchisation est que le patient est référé au niveau supérieur lorsque le niveau inférieur a atteint sa limite. Le niveau supérieur (3<sup>e</sup> niveau) de cette pyramide est constitué de 3 CHU et d'institutions de santé spécialisées (correspondant au dernier échelon de référence au niveau national) parmi lesquels le CHUSO qui fait l'objet de la présente étude est le plus ancien et le plus grand.

### 1.1.4 Couverture en structures de soins

En 2012, le secteur de la santé compte 762 formations sanitaires publiques et privées avec un plateau technique plus ou moins complet, 64 dépôts de pharmacie et 152 officines pharmaceutiques inégalement réparties sur l'étendue du territoire. On note 242 cliniques et cabinets privés à but lucratif dont 90 % dans la Commune de Lomé (*tableau I*). Malgré toutes ces infrastructures sanitaires, le taux de couverture sanitaire reste encore faible du fait de l'accroissement démographique et du développement de zones de peuplement.

**TABLEAU I : Répartition géographique et par type des Formations Sanitaires (FS) au Togo**

FORMATION SANITAIRE	Savanes	Kara	Centrale	Plateaux	Maritime	Lomé-Commune	Total
CHU	-	1	-	-	-	2	3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
Hôpital spécialisé	-	-	-	1	1	-	2
Hôpital de district	4	5	4	8	7	4	32
Hôpital privé confessionnel	1	-	1	4	2	-	8
USP	66	107	74	173	103	5	528
CMS/cabinet médical privé	4	19	11	32	22	71	159
<b>Ensemble des FS</b>	<b>80</b>	<b>141</b>	<b>92</b>	<b>230</b>	<b>136</b>	<b>83</b>	<b>762</b>
Officines pharmaceutiques	2	5	2	6	1	136	152
Dépôts pharmaceutiques	6	14	7	20	14	3	64

*Source : Ministère de la santé, DISER/DPFR, Principaux indicateurs de santé, 2012*

### 1.1.5 Couverture en ressources humaines

Malgré les efforts consentis en procédant à des recrutements massifs en 2008, 2009 et 2012, le système de santé fait toujours face à une pénurie quantitative et qualitative des ressources humaines qui sont très inégalement réparties avec une concentration dans les zones urbaines surtout à Lomé (*tableau II*).

**TABLEAU II : récapitulatif du personnel par catégorie professionnelle et par région au 31 mai 2012**

CATEGORIE PROFESSIONNELLE	SAVANES	KARA	CENTRALE	PLATEAUX	MARITIME	LOME COMMUNE	TOTAL
Médecins	15	36	17	45	80	341	534
Chirurgiens dentistes	1	2	1	2	2	25	33
Pharmaciens	2	7	4	8	1	173	195
Personnel paramédical	307	726	435	808	787	1 779	4 842
Personnel hospitalier d'appui	308	461	315	504	630	1 105	3 323
Personnel administratif	354	544	444	779	592	1 580	4 293
Personnel technique	4	11	5	14	10	65	109
<b>TOTAL</b>	<b>992</b>	<b>1 787</b>	<b>1 221</b>	<b>2 160</b>	<b>2 101</b>	<b>5 076</b>	<b>13 337</b>

*Source : DRH/MS, 31 mai 2012.*

L'effectif de personnel soignant est de 5604 en 2012, composé de 534 médecins, 33 chirurgiens dentistes, 195 pharmaciens, de 2007 techniciens supérieurs de santé, de 941 sages-femmes et de 1894 infirmiers d'Etat<sup>12</sup>.

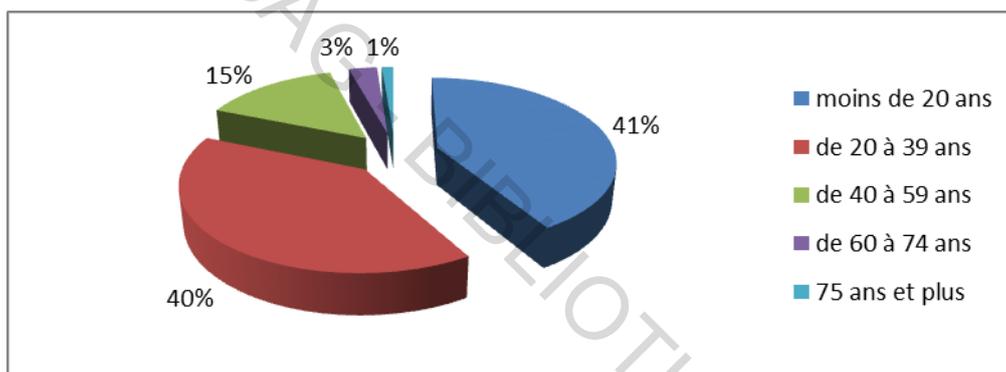
### 1.1.6 Présentation de l'agglomération de Lomé

#### a) Le bassin d'attraction du CHUSO

##### *Population de Lomé Commune*

Au 1er janvier 2014, la population municipale de Lomé est de 927 671 habitants, selon la Direction générale de la statistique et de la comptabilité générale (DGSCG). Avec une croissance annuelle de 2,77 %, la commune de Lomé figure au premier rang parmi les communes togolaises les plus dynamiques par sa croissance démographique et de loin la plus peuplée.

**FIGURE 1 : répartition démographique de Lomé (2013)**



*Sources : Direction générale de la statistique et de la comptabilité générale du Togo.*

##### *Grande Agglomération de Lomé : une démographie sanitaire*

Première communauté urbaine du Togo, la « Grande Agglomération de Lomé » a dépassé les 1 638 531 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2014. Six citadins sur dix vivent dans cette agglomération, ce qui représente presque le quart (23,9 %) de la population totale nationale sur une superficie de 90 km<sup>2</sup>. Outre sa capacité d'attraction de nouveaux arrivants, la grande agglomération de Lomé peut miser, sur le long terme, sur l'énergie et le devenir d'une population particulièrement jeune, au sein de laquelle plus de 80 % des habitants ont moins de 40 ans.

Cette région à forte concentration de population jeune dispose de 7 établissements hospitaliers parmi les 51 que compte le pays.

La densité médicale et l'offre de soins en termes d'infrastructure d'équipements et de praticiens hospitaliers ne sont donc pas un réel problème dans l'agglomération de Lomé (71% des spécialistes sont rencontrés sur Lomé). L'effectif de personnel soignant est de 5 604 en

<sup>12</sup> Profil en ressources humaines pour la santé du Togo. Direction des Ressources Humaines, Ministère de la santé du Togo, 31 mai 2012.

2012, composé de 341 médecins, 26 chirurgiens dentistes, 173 pharmaciens, de 872 techniciens supérieurs de santé, de 327 sages-femmes et de 581 infirmiers d'Etat

Il existe cependant certaines inégalités préjudiciables à la qualité de la prise en charge des malades.

- **Inégalité de répartition géographique** avec une forte concentration hospitalière sur Lomé commune au détriment de la zone urbaine du Golfe, qui présente une forte concentration de population ;
- **Inégalité des niveaux d'équipements et des plateaux techniques** : scanner, service de réanimation, hémodialyse, service de brûlés, corps professoral de hautes compétences sont concentrés sur 3 hôpitaux.

#### **b) Offre de soins hospitaliers sur Lomé**

- **Aspect quantitatif**

Trois phénomènes caractérisent l'offre de soins hospitaliers à Lomé :

- **La richesse en nombre de lits d'hospitalisation** : sur la communauté urbaine de Lomé, 1185 lits répartis sur 8 hôpitaux publics et 56 cliniques privées sont disponibles, ce qui représente 1 lit pour 743 habitants (pour 1 lit pour 1455 habitants sur l'ensemble du territoire).
- **La concentration géographique** de cette capacité d'hospitalisation : les 4/5 des lits d'hospitalisation de l'agglomération de Lomé sont regroupés dans la commune. C'est en totale contradiction avec l'urbanisation actuelle caractérisée par la forte concentration de population en périphérie et sa faible densité sur le plateau, secteur essentiellement administratif.

- **Aspect qualitatif**

L'inégalité de la prise en charge des malades entre le secteur public et le secteur privé se manifeste essentiellement à deux niveaux :

- Les cliniques privées de Lomé fidélisent par l'attrait de la qualité de leur hôtellerie une clientèle aisée pour les pathologies modérées ne nécessitant pas de plateaux techniques onéreux.
- Les hôpitaux publics prennent en charge les pathologies lourdes et coûteuses (réanimation, grands brûlés, dialyse, cardiologie intensive), aussi bien pour une clientèle aisée qu'une clientèle démunie répondant à leur mission de service public.

Au final, tous les malades en phase d'aggravation nécessitant des soins intensifs sont transférés dans les établissements hospitaliers publics et plus particulièrement au CHUSO.

Ces inégalités entre le secteur privé et le secteur public sont encore aggravées par la fuite des spécialistes du secteur public vers les cliniques privées (régulièrement et irrégulièrement).

## **1.2 Analyse situationnelle du CHUSO**

L'analyse situationnelle fait le point sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion du CHUSO. Elle permet d'appréhender et d'évaluer les problèmes.

### **1.2.1 Présentation du CHUSO**

#### **a) Historique et évolution du centre : une image à reconstruire**

L'histoire du CHUSO est liée à la colonisation européenne en Afrique. Elle se situe dans le cadre de la politique sanitaire adoptée par la France au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, une politique qui s'appuya sur celle qui avait été entamée par l'Allemagne<sup>13</sup>.

Le CHUSO est implanté sur la colline ouest de Tokoin dans le district N°5 de la région sanitaire Lomé-Commune. L'historique de l'hôpital est étroitement lié à celle du Togo avec l'arrivée des Allemands en 1885.

Les travaux de la construction de cet hôpital, commencés en 1948 sur le site du premier aérodrome de Lomé, l'hôpital est inauguré en 1951 et sa construction s'achevât en 1954. A l'accession du Togo à l'indépendance en 1960, cet hôpital-ultra moderne, d'une capacité de 444 lits, était doté des services essentiels dignes des meilleurs hôpitaux (médecine, chirurgie, avec bloc opératoire perfectionné, spécialités courantes, maternité de 52 lits, sans oublier les services d'exploitation (cuisine et buanderie) entièrement mécanisés<sup>14</sup>. Il fut dénommé Centre national hospitalier (CNH) jusqu'en 1971, date à laquelle il fut rebaptisé Centre hospitalier universitaire (CHU) de Lomé-Tokoin<sup>15</sup>.

En 1967, l'hôpital « Bon Secours » fut érigé en clinique de traumatologie et annexé au CNH<sup>16</sup>. Il lui sera détaché en 2002 pour être aujourd'hui le Centre hospitalier régional Lomé commune (CHR-LC).

Avec la création de l'Ecole de médecine de l'Université du Bénin aujourd'hui Université de Lomé) en 1970, le CNH de Lomé est rebaptisé CHU de Lomé<sup>17</sup> afin d'obtenir de meilleurs résultats.

---

<sup>13</sup> En 1884, à Anèho, le docteur allemand Auguste Wicke construit le premier hôpital dénommé « hôpital Nachtigal ».

<sup>14</sup> Kouzan K. Le centre hospitalier universitaire de Lomé-Tokoin, cinquante ans après l'indépendance du Togo (1960-2010) in Gayibor NT, ed. *Cinquante ans d'indépendance en Afrique subsaharienne et au Togo*. Paris : l'harmattan ; 2012 : 209-236.

<sup>15</sup> Décret n°71-184 du 12 octobre 1971, portant transformation du CNH en CHU de Lomé. Journal officiel de la République du Togo, 1971.

<sup>16</sup> Décret du 28 janvier 1967, signé par Cl. K. Dadjo. Journal officiel de la République du Togo du 1<sup>er</sup> mars 1967.

En 2012, le CHU fut rebaptisé CHU Sylvanus Olympio par le décret n° 2012-020/PR du 26 avril 2012, du nom du premier Président du Togo.

## **b) Statuts et missions**

### **• Statut juridique**

Le CHUSO est un établissement public à caractère administratif doté de personnalité morale et d'une autonomie financière. Il est placé sous la tutelle administrative du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Economie et des Finances.

### **• Statut financier**

Le régime financier du CHUSO est celui applicable aux établissements publics administratifs définis par le décret n°2008-091/PR du 29 juillet 2008 portant règlement général sur la comptabilité publique et l'instruction portant procédures budgétaires et comptables des établissements publics hospitaliers du Togo de juin 1998, Tome II.

### **• Missions**

Une triple mission est assignée au CHUSO à savoir :

- la prestation de soins (soins curatif et préventif) ;
- d'enseignement et d'éducation sanitaire par la formation permanente du personnel et des apprenants du domaine médical ;
- la recherche menée dans le cadre de la rédaction de mémoires, de thèses, des travaux de publication.

## **c) Organisation et fonctionnement**

Son système d'organisation et de gestion est régi par le décret n°90-191/PR du 26 décembre 1990 portant organisation des établissements hospitaliers de la République togolaise.

### **• Fonctionnement**

Le CHUSO est administré par un Directeur conformément à la réglementation hospitalière, aux statuts et au règlement intérieur sous la supervision du Conseil d'Administration (CA) qui est l'organe de délibération. Le Directeur est assisté de deux adjoints chargés respectivement de la gestion financière et comptable, des ressources humaines et du budget. La Direction est aidée dans sa mission par les organes consultatifs à savoir : la commission

---

<sup>17</sup> Décret n°71-184 du 12 octobre 1971, portant transformation du CNH en CHU de Lomé. Journal officiel de la République du Togo, 1971.

médicale consultative (CMC), le comité d'hygiène et de sécurité hospitalière (CHSH), le comité technique paritaire (CTP).

- **Organisation du CHUSO**

Le centre est constitué de 50 services organisés en 7 pôles techniques et 2 pôles administratifs :

- pôles techniques : médecine et spécialités médicales ; chirurgie et spécialités chirurgicales ; gynécologie et obstétrique ; pédiatrie ; laboratoires ; radiologie et imagerie médicale ; médecine préventive et santé publique.
- pôles administratifs : ressources humaines et budget ; finances et comptabilité.

***Problèmes identifiés***

L'organigramme du CHUSO ne répond plus aux besoins actuels. Il n'a pas connu d'évolution depuis la transformation de l'hôpital en centre hospitalier universitaire alors que l'institution a beaucoup évolué sur le plan fonctionnel avec de nouvelles spécialités et de nouvelles méthodes de gestion.

L'appui du CA est remarquable dans la bonne conduite des opérations au CHUSO. Cependant, cette collaboration pourrait s'améliorer et être encore plus profitable au centre, si elle cessait de se limiter aux sessions, mais de se manifester toutes fois que des questions d'importance (formations, élaboration de certains outils de travail, etc.) sont initiés par la Direction.

Les fréquents changements de direction du CHUSO fragilise la gestion et aggrave les problèmes.

Le service de contrôle interne et de gestion, le service de la comptabilité analytique (mise en place il y a 1 an), le service informatique et statistique sanitaires sont faiblement étoffés en ressources humaines qualifiées pour mener à bien leurs missions.

De tous les organes consultatifs, seule la CMC a été mise en place mais pas fonctionnelle du fait du non renouvellement de ses membres. Le service communication, le service sécurité hospitalière ne sont pas mis en place.

De même, l'absence de services juridiques et du contentieux limite le leadership du CHUSO en matière de prévention et de gestion de contentieux.

**d) La gestion actuelle**

La gestion du CHUSO couvre trois dimensions : les ressources humaines, les ressources matérielles et les ressources financières

- **La gestion des ressources humaines**

Elément clé de toute activité, elle est constituée au 1<sup>er</sup> janvier 2014 de 1414 agents permanents, tous emplois et catégorie confondus (*tableau III*).

**TABLEAU III** : répartition des effectifs du personnel par catégorie professionnelle.

Catégorie professionnelle	Effectif	
	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Médical	186	13,16
Paramédical	494	34,93
Appui et soutien	386	27,3
Administratif et financier	348	24,61
<b>TOTAL</b>	<b>1414</b>	<b>100</b>

*Source* : Service du personnel du CHUSO

Cet effectif compte 48,09 % de personnel technique (personnel médical et paramédical) et une pléthore du personnel d'appui et soutien. Ce déficit de personnel du cœur de métier amène la plupart des services, notamment cliniques et médico-techniques, à poser constamment des problèmes d'insuffisance de personnel soignant.

Cependant, une petite estimation sur la base des statistiques de consultation des trois dernières années, fait ressortir des ratios de productivité des soins des médecins très faibles, soit un malade consulté en moyenne par jour et par médecin et moins d'un malade hospitalisé pris en charge par infirmier et par jour.

Ces ratios sont très révélateurs de la charge de travail réelle des agents. Ils montrent en tous les cas, que le personnel médical et paramédical travaille nettement en dessous de la normale, et qu'il y a nécessité à corriger cette situation pour une meilleure réponse aux attentes des usagers et des patients.

La grande partie du personnel émerge sur le budget autonome (852) composé des internes et des agents recrutés par le CHU. Le nombre des agents que l'hôpital paie dépasse cet effectif car les agents d'autres budgets affectés au CHU bénéficient des primes. Notons que tous les agents émergeant sur le budget autonome ne travaillent pas au sein de l'hôpital.

Par ailleurs l'absence d'organisation claire des RH à travers un organigramme générale de l'hôpital et des organigrammes détaillées de services, des descriptions de postes et de fonctions ne permet pas de mieux apprécier le besoin réel en personnel.

Le CHUSO emploie 28 agents hospitalo-universitaires qui occupent généralement les postes de chefs de départements et/ou chefs de service cliniques et médico-techniques. Du fait, d'une part, de leur double appartenance au ministère de la santé et au ministère chargé de l'enseignement supérieur, et d'autre part de l'absence d'une convention hospitalo-universitaire,

la disponibilité de ce type de personnel n'est pas totalement satisfaisante. Leurs occupations dans les universités nationales et étrangères, dans les instituts de recherche et dans d'autres structures occasionnent des absences fréquentes. De fait, la direction du centre n'a pas une réelle emprise sur leur présence ou non à l'hôpital même si bon nombre d'entre eux font l'effort de remplir convenablement leurs missions au CHUSO.

### ***Problèmes identifiés***

La disponibilité du personnel hospitalo-universitaire n'est pas satisfaisante du fait des multiples occupations extrahospitalières.

La gestion des ressources humaines est insuffisante du fait de l'absence d'outils et d'indicateurs de gestion des ressources humaines, tels que le plan de carrière des agents contractuels, les fiches de postes ou de fonctions, les taux d'absentéisme, la charge de travail qui ne permettent pas une rationalisation des ressources humaines, ni une amélioration de la productivité des ressources humaines.

- **Les ressources financières**

La gestion des ressources financières est basée sur les textes légaux et réglementaires en la matière. Beaucoup d'efforts sont déployés pour mettre en place des outils permettant de l'améliorer. Cependant, ces mesures n'auront pas suffi à rendre la gestion irréprochable (*tableau IV*). La mise en œuvre prochaine des régies d'avances, l'identification de tous les actes à tarifier, le renforcement du contrôle interne et la recherche de partenaires financiers devront permettre de rendre plus efficiente l'utilisation des ressources financières et d'accroître la capacité d'autofinancement de l'établissement.

**TABLEAU IV : répartition des ressources du CHUSO en 2013.**

<b>RESSOURCES (recettes)</b>		<b>En FCFA</b>
<b>Fonds propres</b>	Vente de médicaments (IB)	224 715 558
	Activités hospitalières	1 216 971 960
	<b>Sous total fonds propres</b>	<b>1 441 687 518</b>
<b>Subventions d'exploitation</b>	Etat	1 879 864 069
	Contribution du CHU aux indigents	91 382 769
	Autres et dons	24 210 000
	<b>Sous total subventions</b>	<b>1 995 456 838</b>
<b>TOTAL RESSOURCES</b>		<b>3 437 144 356</b>
<b>DEPENSES (charges)</b>		
<b>Investissement</b>	Bâtiments, installations techniques	9 902 764
	Matériel	50 508 901
	<b>Sous total investissement</b>	<b>60 411 665</b>
<b>Fonctionnement</b>	Charges de Personnel (salaires)	1 940 149 160
	Achats médicaments (IB)	1 615 671 898
	Autres	368 112 060
	<b>Sous total fonctionnement</b>	<b>3 923 933 118</b>
<b>TOTAL DEPENSES</b>		<b>3 984 344 783</b>
<b>DEFICIT</b>		<b>547 200 427</b>

*Source : Service Agent Comptable du CHUSO (exercice 2013)*

### ***Problèmes identifiés***

Les ressources financières sont insuffisantes en dépit de l'existence de fortes potentialités d'autofinancement.

- **Les ressources matérielles**

La mise à disposition des ressources matérielles au CHUSO se fait suivant des procédures d'acquisition qui ne vont pas toujours de paire avec le caractère sensible et d'urgence permanente du CHUSO.

Le matériel une fois acquis, n'est pas toujours géré conformément aux procédures de la comptabilité matières dont l'objectif est d'informer et de donner de la transparence dans la gestion de ce matériel.

En plus de cet aspect, pendant longtemps, dans leur politique de gestion, les responsables du CHUSO ne semblent pas avoir mis en place une politique claire et planifiée d'amortissement, de renouvellement et d'entretien du matériel. Si fait, que la plupart du matériel est aujourd'hui vétusté, insuffisant et fréquemment en panne. Dans les trois années antérieures, les dépenses d'investissement stagnaient et représentaient un peu moins du dixième de celles consacrées au fonctionnement. De même en 2012, les services de laboratoire et l'imagerie médicale ont enregistré des pannes prolongées et répétées de certains de leurs appareils, à l'exemple du scanner, faisant perdre au CHUSO des recettes importantes.

Les infrastructures sont exiguës et ne permettent pas aux services de déployer toutes leurs prestations ni d'offrir des prestations de qualité à la dimension de l'attente du public.

Le même constat se dégage au niveau de la gestion des stocks qui laisse apparaître des ruptures fréquentes de produits et consommables, tant au niveau de l'officine de vente pharmaceutique, que des services cliniques et médico-techniques, où des produits essentiels à la prescription et à la prise en charge adéquate et diligente des patients font défaut.

### ***Problèmes identifiés***

Les procédures d'acquisition des biens et services nécessaires au fonctionnement de l'établissement ne tiennent pas compte du caractère hautement sensible et urgent des interventions du CHUSO.

Les outils comptables tels les logiciels de gestion, les registres et fiches, pour une gestion transparente et efficace font souvent défaut ou sont obsolètes.

L'entretien et la maintenance sont insuffisants du fait de l'absence d'un plan d'entretien et de maintenance, toute chose qui occasionne des pannes fréquentes, accélère la vétusté du matériel et rend difficile le suivi des équipements.

L'indisponibilité de certains produits à l'officine pour la prescription aux malades admis en urgence ou hospitalisés ne favorise pas une meilleure prise en charge des patients et une meilleure rentrée des recettes au titre de la vente des médicaments.

La plupart des locaux sont vétustes, délabrés, exigües et ne permettent pas d'offrir des examens, des soins et des hospitalisations de qualité ni d'optimiser le recouvrement des coûts.

Les ruptures fréquentes des produits, consommables et réactifs ne permettent pas une prise en charge continue des examens et rendent difficiles des soins de qualité et un recouvrement optimum des recettes de laboratoire.

- **Gestion de l'information hospitalière**

La maîtrise de l'information conditionne la planification, tandis que la planification commande l'action. Cette idée traduit l'importance de disposer d'informations statistiques fiables, exhaustives, pertinentes et disponibles.

Malheureusement, au CHUSO, la plupart du temps, l'information ne remplit pas ces critères. En effet, la fiabilité fait référence à la possibilité de vérifier, de soutenir par des preuves. L'exhaustivité fait allusion au caractère complet ou unitaire de l'information ; aucune fraction d'élément ne lui manque. La pertinence signifie que l'information est adaptée à ce pour quoi elle est utilisée. Tandis que la disponibilité est le caractère de ce qui est là au moment opportun, lisible et compréhensible.

A l'occasion des rencontres à l'interne comme à l'externe, le CHUSO est très souvent interpellé du fait que les informations statistiques dont il dispose ne respectent pas ces critères. Tout cela rend difficile son processus de planification et d'évaluation et limite sa performance.

### ***Problèmes identifiés***

Le système d'information actuel ne permet pas de disposer d'informations fiables, exhaustives, pertinentes et disponibles pour un meilleur pilotage de la structure.

- **Gestion de l'hygiène hospitalière**

La gestion de l'hygiène hospitalière est de la responsabilité de deux services différents, le comité d'hygiène et de sécurité hospitalière, de la commission médicale consultative et du comité de lutte contre les infections nosocomiales. Malheureusement seule la CMC a été mise en place mais pas fonctionnelle du fait du non renouvellement de ses membres. Cela a longtemps joué négativement sur la qualité de l'hygiène au CHUSO.

Néanmoins, beaucoup de défis restent à relever, tels l'enlèvement et la destruction des ordures collectées dans les services, ainsi que l'hygiène dans les services de soins et d'hospitalisation.

### ***Problèmes identifiés***

L'absence d'une politique d'hygiène hospitalière, l'absence d'incinérateur fonctionnel et de matériel approprié pose des problèmes d'hygiène qui peuvent être à l'origine de maladies nosocomiales et d'inconfort chez les patients.

- **En matière de soins infirmiers**

Malgré la proportion élevée des infirmiers dans l'effectif total du CHUSO (soit 35 %), on note un ratio de productivité de moins d'un malade hospitalisé pris en charge par infirmier et par jour. Cette faible propension à s'occuper des malades joue sur la qualité de la prise en charge et pourrait expliquer que les malades se détournent du CHUSO pour des structures privées.

A cela, il faut ajouter les problèmes suivants :

- baisse des activités de formation/recyclage au niveau de ce personnel ;
- absence de norme en matière de charge de travail et du personnel infirmier ;
- absence de protocole pour la prise en charge des pathologies courantes ;
- inexistence d'un plan de soins infirmiers et obstétricaux ;
- absence de supervisions des prestations par la hiérarchie.

### ***Problèmes identifiés***

L'absence de supervisions et le non respect de protocole thérapeutique contribuent à réduire la qualité de la PEC au niveau infirmier.

Le manque de formation et de recyclage réduit la compétence des agents et joue sur la qualité de la PEC.

La faible productivité du personnel infirmier réduit la capacité réelle de prise en charge et par ricochet la qualité de la PEC.

- **En matière de soins médicaux et chirurgicaux**

Les services des urgences du CHUSO sont constamment encombrés par des patients qui devraient être normalement pris en charge dans les structures d'échelon inférieur, les CMS et CHR. La capacité d'accueil des urgences médicale et chirurgicale devient alors insuffisante au regard de sa surface et de son volume d'activités malgré la réhabilitation de ses services.

La communication et la collaboration inter-service sont insuffisantes dans la gestion des malades et notamment dans le transfert des urgences vers les services spécialisés. La communication est également insuffisante avec les structures de référence que sont les CHR et les CMS. La supervision des internes, des CES et DES dans les services cliniques et médico-techniques doit être améliorée. Le suivi du malade est très difficile du fait de

l'absence du dossier unique du malade. Le ratio consultant/médecin par jour est très faible et est à 1 selon la moyenne des trois dernières années.

### ***Problèmes identifiés***

La capacité d'accueil des urgences médicales est insuffisante et la prise en charge diligente des patients qui arrivent n'est pas toujours assurée.

L'inexistence de garde couchée pour certains médecins titulaires aussi bien dans les services d'urgences que les services d'hospitalisation ne facilite pas une prise en charge appropriée des malades.

Les activités médicales les après midi et la nuit ne sont pas supervisées par les chefs de services et les surveillants. Cela réduit la qualité de la PEC.

Les protocoles médicaux qui devraient favoriser et améliorer la prise en charge du malade ne sont pas encore disponibles et affichés dans chaque service.

- **En matière de relation avec les institutions de formation**

Bien que souvent très développées, ces relations demeurent informelles. Elles ne sont basées sur aucun élément de référence. Ainsi, l'appellation CHUSO semble avoir précédé la formalisation d'une convention quelconque entre le CHUSO et l'université de Lomé (FSS, ESTEBA, EAM). Le même constat se dégage des relations avec le Centre de formation en santé publique de Lomé, l'université de Kara, l'Ecole nationale d'administration, l'Ecole nationale des auxiliaires médicaux, l'Ecole nationale des sages femmes, l'Ecole nationale des assistants sociaux, etc.

On peut faire le constat suivant :

- absence de conventions avec les universités publiques et privées et les autres instituts de formation dans les professions de la santé ;
- possibilité d'améliorer la gestion des stages et les relations avec les universités avec la formalisation de la création de la Direction de la prospective hospitalo-universitaire et de la coopération ;
- absence de conventions sur les recherches pour mieux gérer ou s'approprier les résultats de recherche en santé.

### ***Problèmes identifiés***

L'absence de convention avec l'université rend difficile la gestion du personnel hospitalo-universitaire et déteint sur la qualité des services offerts aux patients.

La promotion de la recherche n'est pas suffisante du fait de l'absence de conventions sur les recherches. Cela ne permet pas au CHUSO de valoriser ces résultats de recherche.

- **En matière de communication**

Les actions suivantes sont mises en œuvre :

- institutionnalisation des réunions mensuelles des surveillants de services ;
- réunions hebdomadaires du staff de direction ;
- adressage et signalisation des services à l'intention des usagers.

***Problèmes identifiés***

Absence d'un plan de communication nuit à l'image du CHUSO.

- **En matière de gestion de risques**

La gestion des risques sanitaires au CHUSO à travers l'hygiène hospitalière et la médecine du travail demeure l'un des points faibles dans le processus d'implémentation de l'assurance qualité. Il n'existe réellement pas de dispositif approprié de surveillance, déployé pour limiter les différents risques : hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, réactovigilance, surveillance et prévention des infections nosocomiales. Les moyens de prévention se limitent à l'utilisation de solutions chlorées et de gel, de tabliers (champs opératoires et casques pour les chirurgiens, lait pour le personnel de la radiographie et de laboratoires), et à confier le nettoyage général du CHUSO à une entreprise privée. L'enlèvement et le traitement des déchets médicaux sont aussi approximatifs.

Les risques, c'est aussi l'insécurité qui sévit à l'intérieur du CHUSO avec de multiples vols et agressions dans l'enceinte et dont sont souvent victimes aussi bien les malades, que le personnel, les accompagnants et les usagers en général. Confiée à des agents du centre, la sécurité au CHUSO n'a pas encore trouvé de solutions efficaces, comme en témoignent les vols de voitures, de bébés, de matériels, de médicaments, les menaces d'agressions d'agents dans leur travail, les bagarres diverses. Il est par conséquent urgent que des actions appropriées soient prévues dans un futur projet d'établissement en vue de sécuriser davantage l'enceinte de l'établissement pendant les prochaines années.

***Problèmes identifiés***

Insécurité des personnes et des biens au sein du CHUSO et exposition des agents aux risques d'accidents professionnels.

**e) Partenaires du CHUSO**

Ils sont classés en plusieurs groupes :

- Partenaires du jumelage. Ce sont essentiellement des hôpitaux et/ou EPS français que sont l'hôpital de Cochin, l'hôpital Man-La-Vallée de Laguy, la Picardie, Association solidarité brûlé Nantes-Lomé.
- Partenaires sociaux : ils sont constitués par trois secteurs d'organisations syndicales au CHUSO : le SYNPHOT,
- Partenaires financiers et techniques : une dizaine de prévoyance maladies et à quelques mutuelles de santé dont la plus importante est l'INAM.
- Associations et ONG : associations des dialysés et insuffisants rénaux, association togolaises des diabétiques, association H2H, etc.
- Autres partenaires : Rotary Club, Lions' Club, Chaîne de l'espoir, foyer des filles de charité de Alédjo, etc.

### 1.3 Synthèse de l'analyse de l'environnement

#### 1.3.1 Synthèse de l'environnement interne

- **Points forts**
  - La continuité des soins 24h/24h, 365 jours par an particulièrement dans le domaine des urgences médico-chirurgicales et les services de réanimation adultes et pédiatriques, sont pour la population, une garantie de sécurité ;
  - La diversité des services cliniques répond aux besoins et aux attentes de la clientèle et permet l'accueil de toutes les pathologies d'urgence ;
  - La présence d'un corps professoral qui s'étoffe d'année en année, apporte compétences, dynamisme, qualité et fait du CHUSO, un établissement hospitalo-universitaire qui ne demande qu'à s'ouvrir vers l'extérieur (conventions, partenariats etc.).
- **Points faibles**
  - Image négative véhiculée auprès du public ;
  - Mutation fréquente de direction depuis une décennie ;
  - La vétusté des infrastructures, des équipements logistiques et de certains plateaux techniques médicaux sont autant de facteurs qui limitent le développement de l'hôpital et lui donnent une mauvaise image de marque auprès des malades (plus particulièrement l'inconfort des salles communes et des cabines) ;
  - La sectorisation et le cloisonnement entre les différents services sont à l'origine de très nombreux dysfonctionnements préjudiciables pour les patients et responsables de nombreux surcoûts par inflation en personnels ;

- La quasi inexistence de l'outil informatique dans les services cliniques ;
- L'absence de projet d'établissement, de manuels de procédures administrative, financière et comptable ;
- L'absence de protocoles thérapeutiques dans les unités de soins ;
- La faiblesse des capacités de planification ;
- Un quasi inexistence d'un dispositif de formation continue ;
- La méconnaissance alarmante de la réglementation et des procédures ;
- L'organisation actuelle de l'accueil des urgences ne répond plus aux attentes des malades. L'augmentation de la demande, à la suite de l'INAM, nécessite la mise en place d'une nouvelle structure adaptée aux nouveaux besoins exprimés ;
- L'insuffisance en personnels qualifiés dans les métiers santé (médecins, infirmiers, aides-soignants) et les fonctions administratives et logistiques (techniciens en informatique, technicien en maintenance médicale, spécialiste en contrôle de gestion etc.), est un frein au développement de l'hôpital d'une part et d'autre part la cause de surcoûts ;
- L'absence de personnels spécialisés dans l'accueil des malades est mal ressentie par les patients qui ont du mal à s'orienter dans cet établissement pavillonnaire ;
- Les difficultés de trésorerie par insuffisance des subventions de l'Etat qui ne participe ni à la prise en charge de la masse salariale, ni aux remboursements des indigents, ni aux gaps liés à la faible tarification des prestations de soins, constituent une épée de Damoclès qui peut à tout moment paralyser le fonctionnement de l'établissement par cessation de paiement ;
- Les résistances aux changements particulièrement liées au phénomène de corporatisme freinent toute démarche de projet dans l'hôpital et s'expliquent par l'accroissement des charges des personnels ;
- La faiblesse de personnel qualifié en maintenance des matériels médico-techniques, est un handicap majeur qui se traduit par une totale dépendance d'entreprises extérieures aux coûts exorbitants ;
- La faiblesse de rigueur professionnelle de certains acteurs de la vie hospitalière (médecins, personnels paramédicaux, personnels du secteur administratif et logistique) compromet la promotion de l'établissement et témoigne ainsi d'une « mauvaise culture d'entreprise ».

### **1.3.2 Synthèse de l'environnement externe**

- **Opportunités**

- Réformes du secteur de la santé ;

- Statut de CHU et référence ultime ;
  - Développement de technologies avancées (télémédecine, vidéo-chirurgie, etc.)
  - Marché de soins en pleine expansion ;
  - Partenariat multiforme ;
  - Légitimité historique et psychologique ;
  - Stabilité politique ;
  - La nomination d'un nouveau directeur depuis un an ;
  - Monopole dans le domaine de l'hémodialyse et de la prise en charge des brûlés ;
  - Valorisation des résultats de la recherche ;
  - Possibilité de mise en place d'un centre de formation continue des personnels soignants.
- **Menaces**
    - Insuffisance du cadre institutionnel et réglementaire ;
    - Implication politique ;
    - Crise financière ;
    - Rareté des ressources ;
    - Concurrence accrue ;
    - Subvention insuffisante de l'Etat ;
    - Code des marchés non adapté à la spécificité des hôpitaux.

## **1.4 Identification et priorisation des problèmes**

### **1.4.1 Identification des problèmes**

L'identification du problème découle de l'analyse de la situation, plus particulièrement de l'étude des forces et faiblesses, et des réalités du terrain. Dès le début de notre stage pratique, nous nous sommes efforcés à nous familiariser et à prendre connaissance des différents services.

Les valeurs partagées qui sont le plus souvent implicites, constituent pour le personnel un viatique qui leur permet d'adopter une même manière d'être et d'agir. Elles structurent leurs comportements, leurs démarches et leurs pratiques professionnelles. Les valeurs qui émergent sont : l'abnégation, la disponibilité, la courtoisie, le respect mutuel et envers les malades, le souci de la qualité de service.

Des menaces persistent, conséquences du défaut de maintenance, du manque de professionnalisme, des perturbations répétées dans le fonctionnement normal et enfin à la lourdeur des charges de personnels. Le système de recouvrement peine à être performant.

Le manque de professionnalisme se traduit par des pratiques routinières, des résistances aux changements, le faible taux d'assiduité et de ponctualité, un fort taux d'absentéisme.

On relève en outre : des perturbations dans le fonctionnement, des ruptures de réactifs et d'implants, des ruptures de stock en médicaments, la vétusté de certains équipements, l'exiguïté des locaux, le manque de communication inter-service, l'absence d'une politique globale de motivation, le non respect du système de référence, la tarification qui n'est pas basée sur la comptabilité analytique. Il faut préciser que l'établissement depuis sa création n'a jamais disposé d'un projet d'établissement ou fait à un moment de son évolution un véritable diagnostic de ses services.

De manière générale, les problèmes identifiés ci-dessus sont partagés par les responsables du CHUSO. En reformulant, nous trouvons les problèmes prioritaires dans le *tableau V*.

#### 1.4.2 Priorisation du problème

Compte tenu du temps (trois mois), de l'étendue des problèmes, du manque de ressources, nous avons mis en place des critères de priorisation, afin d'aboutir au problème qui nous apparaît être prioritaire. Nous avons adopté la Méthode de HANLON, qui nous permettra de prendre en compte quatre variables : l'ampleur, la gravité, l'efficacité et la faisabilité.

Le score s'obtient ainsi qu'il suit :

$$\text{Score} = (\text{Ampleur} + \text{Gravité}) * \text{efficacité} * \text{faisabilité}$$

En reformulant, nous trouvons les problèmes prioritaires dans le tableau ci-dessous :

**TABLEAU V : priorisation des problèmes**

Problèmes	Ampleur	Gravité	Efficacité	Faisabilité	Score
Manquements dans le professionnalisme	3	4	1	1	7
Insuffisances dans le système de management	6	6	1	1	12
<b>Insuffisance d'une politique globale de motivation</b>	8	7	1	1	<b>15</b>
Système de recouvrement peu performant	6	6	1	1	12
Absence d'un système de tarification basé sur la comptabilité analytique	4	3	1	0,5	3,5
Système de référence contre référence	2	5	1	1,5	10,5
Long temps d'attente avant les consultations	4	3	1	1	7

Les critères ont été notés par la technique du groupe nominal. Le groupe est composé de cinq (05) personnes constitué des responsables du comité de direction : le Directeur, les deux Directeurs adjoints, le surveillant général et l'agent comptable.

Le score le plus élevé, malgré l'importance accordée aux autres problèmes a été affecté à l'insuffisance d'une politique globale de motivation. Considérant que la quête de la performance demeure une préoccupation du sommet hiérarchique, la direction est consciente du rôle que peut jouer une bonne politique de motivation en termes de rentabilité et de productivité.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE**

### **2.1 Problématique**

#### **2.1.1 Justification et formulation du problème**

##### **a) Justification du problème**

Le CHUSO de Lomé, à l'instar de la crise hospitalière qui sévit sur l'ensemble des structures hospitalières publiques du pays, est une structure sanitaire confrontée à un univers de problèmes qui lui empêche de bien remplir sa mission, tels des failles au niveau du système d'information, une insuffisance de financement de fonctionnement et un problème grave de démotivation. Il suffit d'y passer une journée et connaître le niveau de dysfonctionnement des centres de même niveau pour s'en convaincre. On pense que le problème majeur de la démotivation serait à la base des nombreux dysfonctionnements enregistrés tels que :

- la baisse de la fréquentation du centre par les patients ;
- l'irrégularité dans le respect des horaires, l'absentéisme ;
- la mince gestion des RH ;
- le laxisme administratif, les ruptures de stock ;
- le manque de productivité malgré une pléthore de main d'œuvre.

Malgré la bonne qualité des ressources humaines, le niveau de performance reste faible. Les acteurs eux-mêmes y compris les médecins reconnaissent la sous utilisation de leur capacité.

Aucune forme de stimulation du personnel n'est décelable excepté la motivation trimestrielle qui pose plus de problèmes qu'elle n'en résout parce que souvent partagée de façon inéquitable. Cet état de fait impacte inéluctablement sur le travail. Nous avons ainsi une situation de démotivation avérée ou plutôt un cercle vicieux dans lequel la démotivation apparaît comme un problème central dont la résolution est d'une extrême urgence.

Disons pour résumer que le CHUSO de Lomé connaît, pour de multiples raisons un déficit important de la motivation de son personnel qui entame dangereusement sa mission.

##### **b) Formulation du problème**

Compte tenu de ce qui précède et cherchant à améliorer le mécanisme de motivation du personnel au CHUSO, nous proposons d'apporter notre contribution en choisissant comme thème de mémoire intitulé : « **Amélioration de la motivation au travail des professionnels de la santé, facteur clé de performance : exemple du CHUSO de Lomé (Togo)** ».

#### **2.1.2 Spécialisation, ampleur et conséquences du problème**

##### **a) Spécialisation du problème**

Comme nous l'avons vu plus haut, la gestion des ressources humaines est devenue un outil essentiel dans le pilotage des organisations. L'entreprise a besoin de ressources humaines de qualité, en quantité suffisante, de le maintenir en fonction le plus longtemps possible pour être compétitif dans un environnement de plus en plus concurrentiel.

Autant la gestion des ressources humaines constitue un outil essentiel pour l'entreprise, autant les stratégies de motivation du personnel constituent un outil incontournable de la gestion des ressources humaines. Une organisation où le niveau de motivation des agents est très bas, ne pourra jamais atteindre ses objectifs.

En outre, il faut retenir que, le processus de motivation du travailleur est long et complexe mais aussi et surtout continu. Il est du ressort de la direction. Il prend son départ par une bonne qualité du recrutement, se poursuit tout le long du séjour du travailleur ou se bonifie par, entre autre une bonne organisation de l'entreprise, une bonne politique de communication, une bonne analyse par cas de tous les besoins des travailleurs qui peuvent être de type matériel ou psychologique.

#### **b) Ampleur et conséquences du problème**

La motivation du personnel est fonction avant tout des qualités managériales des responsables. Au niveau du CHUSO l'absence de leader charismatique, la non maîtrise des techniques de management peut aggraver la démotivation du personnel dont le primum movens pourrait être lié à l'environnement de travail.

Les retards et absences sont nombreux. Rares sont les agents qui affichent un enthousiasme dans leur travail et une volonté de faire progresser leur organisation. Même s'ils arrivent à l'heure, les agents passent leur temps à l'oisiveté. La vie privée prime sur la vie professionnelle chez la plupart de ces agents.

#### ***Conséquences***

L'absence d'engagement réel au travail entraîne une chute progressive des activités comme en attestent amplement des travaux antérieurs.

Malgré sa notoriété nationale, la compétence et la grande expérience de ces agents, l'environnement actuel fait que les populations auront tendance à désertier le CHUSO au profit d'autres structures. Il s'en suit un faible niveau de recettes et partant une faible capacité d'améliorer le cadre de travail.

Sous un autre angle, il est actuellement admis que le niveau des recettes améliore nettement les revenus des agents de part la motivation qui est redistribuée aux agents. Un niveau intéressant de recettes permet donc d'agir sur ce que Herzberg appelait les facteurs d'hygiène.

### 2.1.3 Intérêt de l'étude

- ***Intérêt de l'étude pour le stagiaire***

Cette étude nous permet de mieux situer la problématique de la motivation du personnel hospitalier dans le contexte togolais de travail et de rechercher les facteurs de motivation susceptibles d'aiguillonner les personnels du CHUSO dans son contexte.

- ***Intérêt de l'étude pour le CHUSO***

Ce sera l'occasion pour les dirigeants de l'hôpital de se rendre compte des facteurs de motivation susceptibles d'influencer les résultats attendus et sur lesquels ils peuvent agir pour améliorer l'image peu reluisante de la GRH au sein de l'institution.

- ***Intérêt pour le ministère de la santé et le ministère de l'économie et des finances***

La tutelle pourra se rendre compte des menaces qui pèsent sur la continuité du service public.

### 2.1.4 But de l'étude

Analyser le système de motivation du personnel du CHUSO afin d'élaborer un plan d'amélioration.

### 2.1.5 Objectifs de l'étude

Afin d'atteindre ce but, nous nous sommes fixé les objectifs suivants :

- identifier les facteurs de démotivation du personnel du CHUSO ;
- mesurer les niveaux de perception, de compréhension et d'adhésion du personnel sur la politique de motivation conduite dans l'établissement ;
- proposer des pistes de réflexion pour l'émergence au sein du CHUSO, d'un cadre de concertation inclusif et dynamique sur la motivation du personnel ;
- proposer un projet à court et moyen terme pour la résolution des problèmes majeurs identifiés par l'étude.

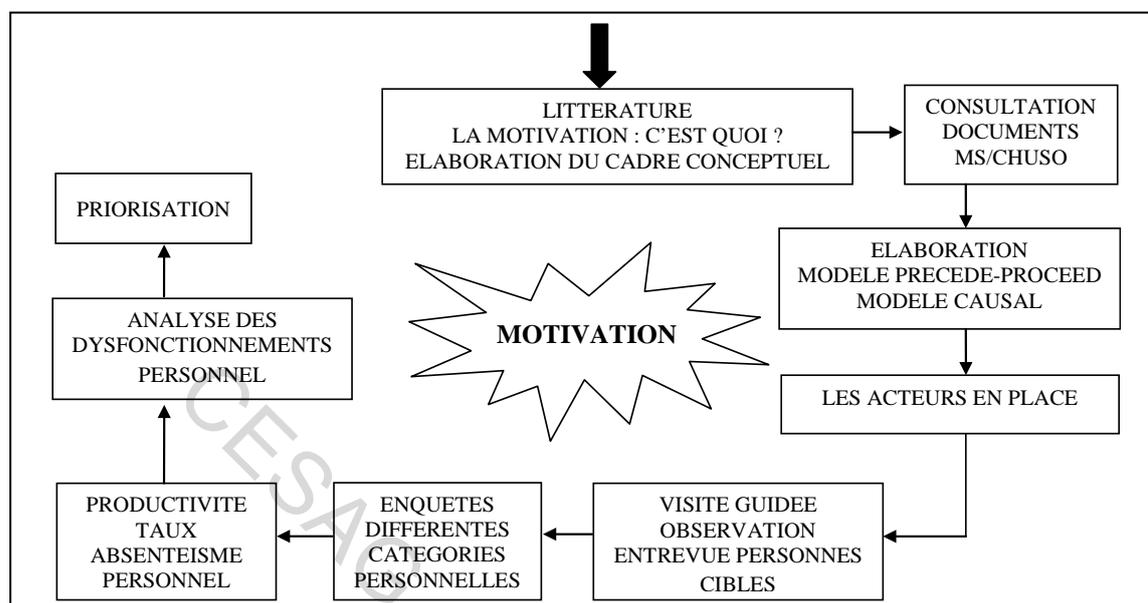
## 2.2 Cadre d'analyse

La recherche sera menée à travers un cadre d'analyse (*figure 2*) comprenant :

- la définition du concept de la motivation et sa mise en perspective, dans son cadre conceptuel propre ;
- une consultation d'une étude spécifique de la motivation des employés du centre ;
- une appréciation de la productivité du centre ;

- la recherche du taux d'absentéisme ;
- une étude sur les dysfonctionnements et leurs rapports avec la démotivation ;
- une recherche sur la détermination des priorités et leur sélection.

**FIGURE 2 : cadre d'analyse**



## 2.3 Cadre conceptuel

Il s'agit d'abord de présenter quelques définitions de la motivation, et à partir de l'analyse des éléments du concept, nous proposons de faire la description d'un processus de motivation. Cependant, il semble nécessaire de marquer au préalable un bref arrêt sur l'histoire de l'évolution de la motivation au travail.

### 2.3.1 Motivation : définition et clarification du concept

#### a) Définition

Définir la « motivation au travail » relève d'un défi tant les avis, les analyses, les pratiques des managers divergent sur ce sujet combien important pour l'entreprise. Déjà en 1976, Toulouse et Poupert parlaient de la *jungle des théories de la motivation au travail*, alors qu'en 1981, Kleinginna A.M. et Kleinginna P.R. recensaient cent quarante (140) définitions du concept. Loin de la prétention de vouloir faire toute la revue des définitions du concept, nous allons nous contenter de l'analyse du terme proposée par quelques auteurs.

**L'étymologique** du terme et certains articles<sup>18</sup> fournissent une explication dyadique. En effet, le terme : « motivation » prendrait son origine des termes « mobile » (en latin *movibilis* : susceptible d'être mû ou de se mouvoir) et qui a notamment engendré les termes : mobiliser et

<sup>18</sup> Picoche J. *Dictionnaire étymologique du français, Le Robert*. Bruxelles : Ducolot ; 2002 : p.1064.

motif (en latin motor, movere, motere, motivus) qui a engendré à son tour le terme : mouvement. Ces termes vérifient le même phénomène : ce qui pousse à faire quelque chose.

**De façon classique**, le Petit Larousse français de 2008 définit la motivation comme étant un processus physiologique et psychologique responsable du déclenchement, de la poursuite et de la cessation d'un comportement.

**Pour les spécialistes de la question**, on retient que selon Bertrand Poulet<sup>19</sup>, la motivation peut être définie simplement comme « ce qui fait agir un individu pour un mobile ». Quant à Don Hellriegel, John W. Slocum et Woodman RW<sup>20</sup>, ils proposent une définition plus explicite du concept en ce sens que pour eux, « la motivation représente les forces qui agissent sur une personne ou au sein de celle-ci pour l'amener à se comporter d'une façon précise, orientée vers un but ».

**Enfin, du point de vue administratif**, le glossaire des termes relatifs à la gestion et à la réglementation précise que la « motivation est un élément incitateur qui pousse l'agent public à se mettre résolument au travail »<sup>21</sup>.

On comprend dès lors que le concept de motivation peut revêtir plusieurs acceptions. Néanmoins, nous retenons la définition de Roussel pour dire que « **la motivation au travail** est un processus qui active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs »<sup>22</sup>. Cette définition semble mieux à même de rendre compte du caractère pluridimensionnel du concept.

En somme, on peut noter que la littérature met en exergue trois types de motivation : intrinsèque, extrinsèque et amotivation. Dans le cadre de cette étude, nous les agrégeons afin d'éviter de manipuler plusieurs construits.

### 2.3.2 Histoire du concept de motivation

Le terme de « motivation » est nouveau, moins d'un siècle et le concept de motivation s'est radicalement transformé au fil de l'histoire, dû au sens donné à la valeur du travail.

- **Dans l'antiquité**, le travail était réservé aux esclaves ; pour les autres (fortunés ou pauvres), c'est le « non travail » qui est valorisé.

- **Au moyen âge**, la religion transforme à nouveau la valeur du sens donné au travail, et devient une nécessité expiatoire.

---

<sup>19</sup> Poulet Bertrand. *Les outils du manager*. Paris : Les Editions Demos ; 2005 : p.190.

<sup>20</sup> Hellriegel D, Slocum JW. *Organizational behavior*, 10<sup>th</sup> edition, 2004.

<sup>21</sup> Batonon MHL. *La motivation dans la Fonction publique béninoise*. Mémoire de fin de cycle. Cotonou : ENA ; 1996, p.71.

<sup>22</sup> Roussel P. (2000). *La motivation au travail - concept et théories*, note de recherche du Lirhe, n°326.

- **C'est au Xème siècle** que le concept de motivation commençait à faire l'objet de travaux de plus en plus fouillés et prend une valeur salvatrice.

- **Ere de la perception de « l'Homme économique »**

Cette époque correspond à celle des approches dites « classiques » des organisations, notamment par Frédéric W. Taylor (1911) avec « l'Organisation Scientifique du Travail (OST) », Henri Fayol avec « les principes administratifs » et Max Weber avec « l'organisation bureaucratifiée ». Durant cette période, la perception de l'Homme s'est donc référée à ses seuls besoins vitaux ou primaires, postulant par conséquent que l'individu est fondamentalement motivé par des préoccupations d'ordre économique.

- **L'ère de la prise en compte des facteurs humains dans les organisations**

La prise en compte des facteurs humains dans les organisations est née avec l'apparition de l'école dite des « relations humaines » avec notamment Elton Mayo suivi plus tard par ses « héritiers » que sont Maslow, McGregor, Herzberg, etc. Les travaux de recherche de ces auteurs ont abouti à des conclusions pouvant être ainsi résumées : les individus ont des besoins sociaux qu'ils souhaitent satisfaire pour s'épanouir.

### 2.3.3 Les théories de la motivation au travail

Dans cette partie, il s'agit d'abord de faire la typologie des théories de motivation au travail, ensuite, de donner la substance de quelques théories. Nous parlons de *théorie de la motivation au travail* pour désigner les préconceptions qui ont présidé généralement à l'élaboration d'un modèle de la motivation.

#### 2.3.3.1 Approche interne

Pour les théoriciens de cette approche, constituant l'Ecole des Relations Humaines, l'individu est fondamentalement motivé par des **facteurs intrinsèques** à lui.

##### a) Théories du contenu de la motivation

- **Abraham H. Maslow (1950)**

Il est l'auteur de la très célèbre *théorie de la hiérarchie des besoins* qui est « la théorie la plus utilisée dans le domaine de la gestion »<sup>23</sup>. Maslow part du principe que l'individu a un ensemble de besoins exceptionnellement forts, qui peuvent être classés en ordre hiérarchique de façon pyramidale en cinq grandes catégories. Il s'agit, dans un ordre croissant :

---

<sup>23</sup> Sékiou, Blondin, Fabi, Bayad, Peretti, Alis, Chevalier. *Gestion des ressources humaines*, 2<sup>ème</sup> édition. Bruxelles : De Boeck Université ; 2007 : p.411.

- **des besoins physiologiques** qui sont directement liés à la survie des individus ou de l'espèce. Ce sont typiquement des besoins concrets comme manger, se vêtir, se nourrir, dormir.
- **des besoins de sécurité** : ce type de besoin consiste à se protéger contre les différents dangers qui nous menacent. Il s'agit donc de la protection de soi au niveau physique mais également moral.
- **des besoins d'appartenance** : ce besoin révèle la dimension sociale de l'individu qui a besoin de se sentir accepté par les groupes dans lesquels il vit (famille, travail, association). L'individu se définissant ainsi par rapport à ses relations. Il a donc besoin de s'intégrer à un groupe, être reconnu et être estimé par ce groupe.
- **des besoins d'estime, de respect et de confiance** : celui-ci prolonge le besoin d'appartenance à un groupe. L'individu souhaite être reconnu en tant qu'entité propre au sein des groupes auxquels il appartient.
- enfin du **besoin d'accomplissement de soi**. Selon Maslow, ce besoin est le sommet des aspirations humaines. L'homme a besoin de s'épanouir, de s'accomplir personnellement et de rechercher le meilleur de soi. Il vise à sortir d'une condition purement matérielle pour atteindre l'épanouissement.

Maslow démontre donc scientifiquement que, pour motiver l'homme dans son travail, il faut satisfaire ses besoins d'estime et d'accomplissement de soi. Pour cela, il convient dans l'organisation du travail, de procéder à un enrichissement des tâches qui rend le travail plus intéressant et valorisant.

- **Clay Alderfer (1969)**

Il s'accorde avec Maslow que l'individu a des besoins hiérarchisés que, lui a par contre regroupés en trois catégories, en ordre croissant : le besoin de **Subsistance** (existence), le besoin de **Relation** (sociabilité) et le besoin de **Progression** (croissance).

- **Frederick Herzberg (1959)**

Il a élaboré la *théorie des facteurs de motivation et d'hygiène de vie*. Les facteurs de motivation correspondent aux besoins de progression d'Alderfer, et les facteurs d'hygiène s'identifient aux besoins de relation et de subsistance de ce dernier. Selon la théorie des deux facteurs, seuls les facteurs de motivation sont dynamisants.

- **Les facteurs d'hygiène ou facteurs d'insatisfaction** sont les conditions nécessaires mais pas suffisantes de la motivation (les conditions de travail, le salaire, le climat social, etc.) ;

- **Les réels facteurs de motivation** sont la responsabilisation, l'intérêt par rapport au travail, la reconnaissance de la contribution à la réalisation des objectifs, etc.

Par conséquent, selon H. Herzberg, une fois les facteurs d'hygiène assurés les facteurs de motivation peuvent être remplis pour générer de la satisfaction dans le travail. En d'autres termes, il démontre scientifiquement que pour motiver l'Homme dans son travail, il faut satisfaire ses besoins d'estime et d'accomplissement de soi. Pour cela, il convient dans l'organisation de travail, de procéder à un enrichissement des tâches rendant le travail plus intéressant et valorisant pour le salarié.

- **David McClelland (1961)**

Il est l'auteur de la *théorie de la motivation par l'accomplissement*. Selon McClelland, l'individu a une tendance naturelle à satisfaire trois besoins : *l'accomplissement, le pouvoir et l'affiliation*. Alors, lorsqu'il ressent de façon forte l'un de ces besoins, l'effet sera de pousser cet individu à adopter des comportements en vue de satisfaire un tel besoin. Il est important de souligner que l'analyse des besoins de McClelland a montré que ses besoins supérieurs correspondent aux facteurs de motivation de Herzberg, et le besoin d'affiliation (dit inférieur) du premier s'identifie aux facteurs d'hygiène du second.

**b) Théories du processus de la motivation**

Contrairement aux théories du contenu, les théories du processus s'interrogent sur le fonctionnement de la motivation.

- **John Stacey Adams (1963, 1965)**

Il développe sa *théorie de l'équité* à partir des concepts de la *dissonance cognitive* et du *processus de comparaison sociale*.

Selon donc la théorie de l'équité, la perception de l'inéquité de la situation pousse à l'action. Ce qui signifie que chaque fois qu'une personne développe des sentiments d'iniquité, il est motivé à poser une action afin de rendre sa situation plus équitable.

- **Victor H. Vroom (1964)**

Développée par J.W. Atkinson et Victor Vroom, elle est basée sur les attentes et pose l'hypothèse selon laquelle l'homme a des attentes quand il pose un acte. Ils reprennent les concepts fondamentaux développés par des psychologues (Tolman, Lewin,...), pour élaborer la *théorie des attentes*, ou *théorie du système V.I.E.*, qui postule que la motivation de

l'individu est basée sur trois composantes essentielles : la confiance en soi, le but de l'entreprise et la valeur accordée par l'individu à ce but.

- **Edwin A. Locke (1968)**

La *théorie de la fixation des objectifs* a été développée par Locke en 1968. Locke a démontré qu'un individu est motivé lorsqu'on lui fixe des objectifs clairs et qu'on lui fournit un retour (feedback) approprié sur sa capacité à les atteindre. L'individu est stimulé par la recherche d'un accomplissement. Il a le sentiment de développer ainsi ses capacités professionnelles.

Locke a également montré que les objectifs devaient être **Simple, Mesurable, Acceptable, Réalisable**, défini dans le **Temps**, pour que les salariés soient motivés.

### c) Approche externe

Les théoriciens de cette approche sont ceux qui, tout comme Taylor et Mayo, ont basé leur vision de la motivation sur les facteurs environnementaux de l'individu au travail.

- **Frederick TAYLOR (1881)**

L'école du management scientifique contenait certains éléments de la motivation humaine. Pour son principal tenant, Frederick TAYLOR, l'homme est un individu à la recherche permanente de la sécurité matérielle afin d'obtenir des moyens pour survivre.

- **Burrhus F. Skinner (1953)**

Il propose une vision de l'homme opposée à celle de Maslow ou de Herzberg. Pour Skinner en effet, le comportement de l'individu est conditionné par son environnement. Par conséquent, il soutient que des stimuli appropriés peuvent provoquer des comportements souhaités chez l'individu. Selon sa *théorie du renforcement*, un comportement récompensé par la « carotte » a tendance à être répété. A contrario, si le comportement est puni par le « bâton », il n'a pas tendance à se répéter.

- **Douglas Mc Gregor (1960)**

S'appuyant sur la typologie de Maslow, ce chercheur constate que, de plus en plus, les directions des entreprises satisfont aux besoins physiologiques et de sécurité des individus. Partant donc de l'hypothèse selon laquelle la conduite des individus est régie par les pratiques des dirigeants d'organisations, Mc Gregor propose de remplacer l'ancien mode de commandement (contraintes et contrôles stricts) par une politique d'intégration (selon laquelle l'individu serait essentiellement motivé par lui-même). Ces deux visions managériales correspondent respectivement à la *théorie X* et la *théorie Y* de Mc Gregor, qui induisent la mise en place de pratiques et un comportement des individus en conformité avec celles-ci.

Après avoir vu de manière non exhaustive quelques unes des théories de la motivation au travail, nous allons maintenant aborder la question de l'analyse des facteurs de motivation.

### 2.3.4 Analyse des facteurs de motivation

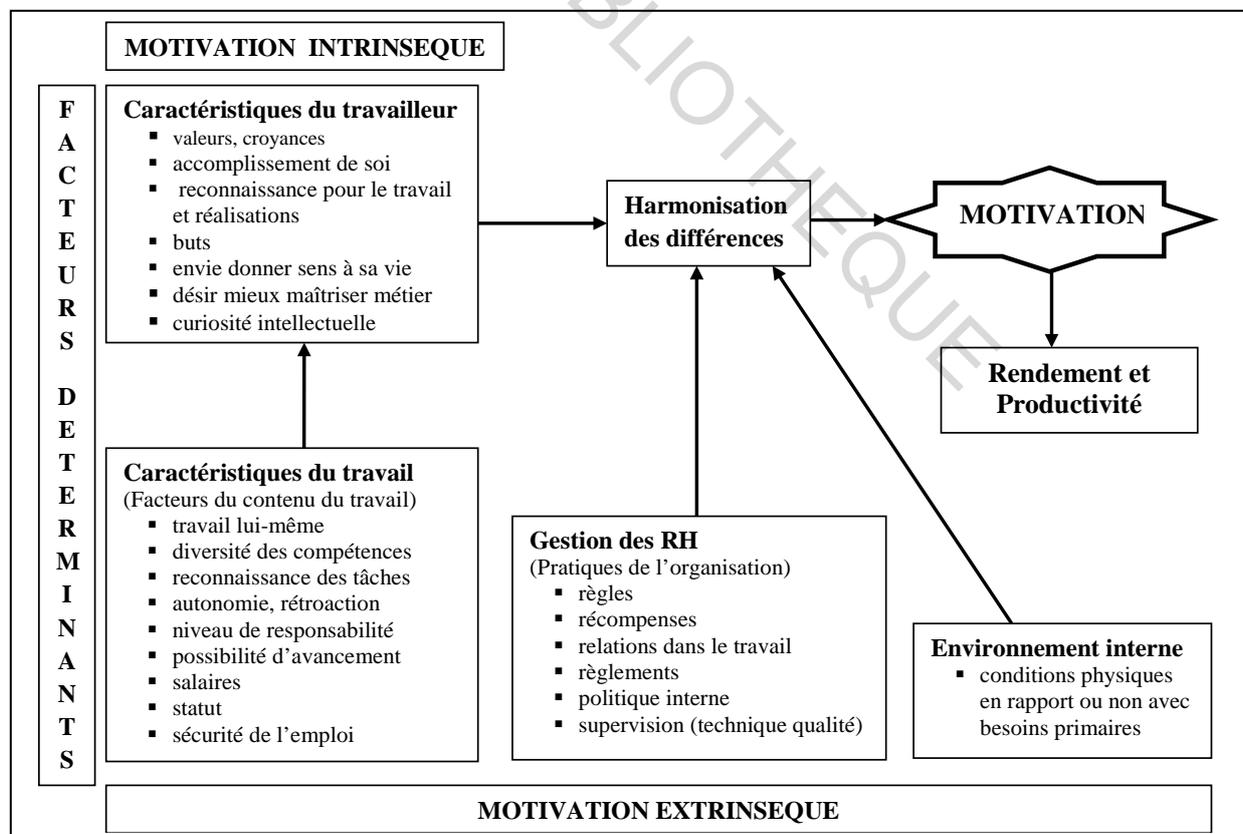
Finalement, l'ensemble de ces théories nous amène à considérer qu'il existe trois niveaux de facteurs de motivation de base pour un individu au travail :

- les facteurs personnels, liés aux besoins et attentes de l'individu en tant qu'individu avec ses particularités propres ;
- les facteurs de caractéristiques de l'emploi, liés à la nature du travail en lien avec les besoins et attentes de l'individu ;
- les facteurs des pratiques de l'organisation, liés au milieu ou à l'environnement du travail dans lequel évolue l'individu en rapport toujours avec ses besoins et attentes.

Les gestionnaires doivent se soucier d'harmoniser les différences individuelles, les contenus des différentes tâches (caractéristiques de l'emploi) et les pratiques de l'organisation.

Nous pouvons ainsi élaborer le cadre conceptuel (figure 3) qui nous permettra de mieux cerner notre étude.

**FIGURE 3 : cadre conceptuel des facteurs de la motivation**



En conclusion de notre consultation de la littérature, le cadre ci-dessus articule une synthèse intégrée de différentes théories de la motivation en s'appuyant sur les vues de Maslow, d'Herzberg, d'Hellriegel et de Meryem Le Saget<sup>24</sup>.

Nous pensons que ce construit est approprié, car il permet d'analyser de manière objective les composants de la motivation au Centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio de Lomé et de faire les considérations suivantes :

- Les caractéristiques du travailleur motivé ne font pas recette au sein de l'institution, d'où l'importance de l'étude.
- Les conditions locales de travail sont impliquées dans le laxisme et la démotivation, d'où nécessité du changement.
- La gestion des RH nous permet de nous questionner sur le style de leadership, la fonction contrôle de gestion qui prévaut au sein de l'institution et nous orienterait vers une évaluation de la contribution ou l'influence relative des pratiques organisationnelles et/ou professionnelles sur la faible fréquentation du centre.
- Les facteurs sociaux, économiques et culturels pèsent lourds et altèrent la qualité de l'éthique professionnelle et l'engagement des employés envers leur Institution.
- La notion de motivation en elle-même, de par son importance et ses implications, nécessite une étude approfondie et une attention soutenue.

La cadre théorique étant achevé, nous allons maintenant nous intéresser dans une deuxième partie à la méthodologie de l'enquête de terrain utilisée afin de recueillir les données nécessaires à l'analyse.

---

<sup>24</sup> Le Saget M. *Le manager intuitif : une nouvelle force* (2<sup>ème</sup> édition). Paris : Dunod ; 2006 : 269p.

## **DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE - RESULTATS DE L'ENQUETE**

Dans cette seconde partie nous traitons d'abord de la méthodologie de l'enquête de terrain et présenterons les résultats obtenus.

### **CHAPITRE III : METHODOLOGIE**

#### **3.1 Type de l'étude**

Notre travail est un mémoire de résolution de problèmes qui consiste à identifier dans une structure un problème de gestion préoccupant les responsables. L'identification du problème sera suivie de l'analyse des causes et enfin de la recherche de solutions possibles.

C'est une étude descriptive transversale qui visait à explorer les facteurs de motivation des ressources humaines du CHUSO. L'étude a été menée selon deux approches :

- **l'approche quantitative** nous a permis de décrire le niveau de satisfaction du personnel lié aux facteurs de motivation intrinsèque et extrinsèque. Elle nous a en définitive permis d'apprécier l'influence de ces facteurs sur la motivation des ressources humaines de la structure hospitalière ;
- **l'approche qualitative** a consisté à identifier des facteurs de motivation innovants et en adéquation avec les aspirations du personnel. Nous avons aussi par le biais de cette approche relevé les principales manifestations de la démotivation des ressources humaines au CHUSO.

#### **3.2 Validité de l'étude**

- **Validité interne**

Le modèle conceptuel retenu a utilisé de manière exhaustive l'ensemble des dimensions qui influencent la motivation des ressources humaines. Ces variables explicatives sont complexes, mais elles ont été articulées de manière cohérente afin d'assurer la validité interne de l'étude.

- **Validité externe**

Les résultats de cette étude pourraient être généralisés au personnel des hôpitaux publics du Togo car il est similaire à celui du CHUSO. L'échantillonnage a été rigoureux (probabiliste pour l'approche quantitative et non probabiliste pour l'approche qualitative). Le pré-test des instruments de collecte de données a renforcé la robustesse de l'étude et donc sa validité externe.

### 3.3 Stratégie de la recherche

Comme l'indique le cadre d'analyse, nous avons suivi plusieurs étapes et utilisé divers outils et méthodes :

- A. Une revue spécifique de la littérature sur la motivation permettant de construire un modèle conceptuel orientatif (*figure 3*)
- B. Une consultation d'une étude réalisée par le commissaire au compte du CHUSO. Il s'agit aussi d'analyse des mémoires, thèses, articles et publications sur cette problématique.
- C. Dans la recherche de cohérence de la logique causale, parmi les différentes approches permettant d'analyser un problème en gestion des soins de santé, nous avons utilisé le modèle PRECEDE-PROCEED de Green (*figure 4*) et élaboré un modèle causal (*annexe 4*).
- D. Une considération au sujet de la répercussion sur les acteurs.
- E. Notre analyse a été réalisée à l'aide :
  - 1) de visites guidées du centre, d'observation directe méthodique du personnel présent au travail et du comportement des patients ;
  - 2) d'entrevues auprès des cadres de l'institution avec des outils appropriés orientés vers les grands dysfonctionnements et leurs rapports avec la démotivation ;
  - 3) d'enquêtes auprès de toutes les catégories de personnel à l'aide de formulaires ;
  - 4) de recherche statistique sur la productivité (rapport d'activités 2013) et calcul du taux d'absentéisme du centre ;
- F. L'analyse des données recueillies s'est effectuée d'après la méthode suivante :
  - 1) Dans les limites du temps imparti pour l'interrogatoire des acteurs, les enquêtes ont été orientées vers les conditions locales de travail, l'organisation globale du travail, le diagnostic du dysfonctionnement (fréquence), l'accessibilité des soins, l'effet sur la qualité et la démotivation. Certains de ces points ont fait l'objet d'une attention particulière dans l'étude menée par le commissaire aux comptes et nous nous y référons aux fins de complément d'analyse.
  - 2) Le classement se fait par ordre de priorités des différents dysfonctionnements en fonction du score obtenu par chacun d'eux.
  - 3) Les résultats exploités viennent de ceux obtenus à partir des enquêtes menées, de l'analyse des dysfonctionnements observés.
  - 4) Au temps du choix de l'intervention, la liste des interventions retenues a été soumise à l'épreuve de l'analyse de détermination des priorités.

### 3.4 Population de l'étude

L'étude a porté sur les 1414 agents de santé du CHUSO répartis comme indiqué dans le chapitre consacré au cadre de l'étude.

- **Critère d'inclusion**

Nous avons inclus dans la population de l'étude l'ensemble du personnel émergeant sur le budget de la fonction publique au sein du CHUSO.

- **Critère de non inclusion**

Les agents de santé émergeant sur le budget de la fonction publique au sein du CHUSO, absents ou ayant refusé de participer à l'étude.

- **Critère d'exclusion**

Nous avons exclus de notre population d'étude le personnel suivant :

- Le personnel en service au CHUSO dans le cadre de la sous-traitance (personnel de sécurité, personnel de la cuisine, personnel d'entretien et de la gestion des déchets) ;
- Les stagiaires des écoles des infirmiers, des sages-femmes et de la faculté des sciences de la santé ;
- Les internes et les résidents.

### 3.5 Méthode et technique d'échantillonnage

#### 3.2.1 Devis quantitatif

- **La taille de l'échantillon** est déterminée sur la base du Calcul de la Puissance Statistique en utilisant la formule suivante :

$$N = \frac{\sum^2 P \times Q}{E^2}$$

Avec :

- N représentant la taille de l'échantillon ;
- P étant la valeur estimée ponctuelle de la proportion de la population (proportion de ressources humaines motivée au travail) ;
- $Q = 1 - P$  ;
- E est l'étendue de l'intervalle de confiance. L'on a construit un intervalle de confiance à 95% avec une étendue de 0,1 et un risque de première espèce de 5% ;
- $\sum^2 = 1,96$  : est l'écart réduit dans les conditions sus-énumérées.

Pour déterminer la proportion de ressources humaines motivées ( $P$ ), nous avons réalisé un sondage au CHUSO. Ce sondage a concerné 352 personnels dudit hôpital. La question posée au personnel concerné par le sondage était : « **Etes-vous motivés dans votre travail ? (oui, non)** ». Nous avons recueilli les résultats suivants :

- 123 personnes étaient motivées par leur travail soit 35% des personnes concernées par le sondage ( $P = 35\%$ ) ;
- 229 personnes n'étaient pas motivées par leur travail soit 65% des personnes concernées par le sondage ( $1 - P = 65\%$ ) ;

L'application de la formule ci-dessus après les résultats du sondage nous a permis de déterminer la taille de l'échantillon :  $N = 88$ .

L'usage de cette formule a requis les conditions suivantes :

- $NP \geq 5$ , qui est vérifié par  $88 * 0,35 = 30,8$  ;
- $NQ \geq 5$ , qui est vérifié par  $88 * 0,65 = 57,2$  ;
- Notre échantillon peut être considéré comme grand car sa taille est supérieure à 30 sujets.

En se fondant sur la logistique (couverture autant que possible des différents services), les ressources et la communication personnelle avec les personnels du CHUSO (souhait spontané de certains agents à participer à l'enquête), la taille totale de **l'échantillon de 104 observations** est atteinte (tout en maintenant autant de précision que possible).

- **Type d'échantillonnage**

L'échantillonnage a été de type stratifié et fonction de la proportion représentée par chaque catégorie de personnel dans la population d'étude. Ce type d'échantillonnage nous a assuré la représentativité de chaque catégorie au sein de l'échantillon.

Après cette stratification, nous avons procédé à un tirage aléatoire simple dans chaque strate à l'aide d'une table de nombres.

### 3.2.2 Devis qualitatif

L'échantillonnage a été non probabiliste par choix raisonné. Nous nous sommes assurés de la représentation des quatre catégories de personnel dans l'échantillon. Nous avons également veillé à ce que les personnes ayant fait partie de l'échantillon du devis quantitatif ne soient pas interviewées. La taille de l'échantillon a été arrêtée lorsque l'information était devenue redondante (après 12 entretiens).

### **3.6 Les variables de l'étude**

#### **3.6.1 Variable dépendante**

La variable dépendante de l'étude était la motivation des ressources humaines. Cette variable était tributaire des variables intermédiaires que représentaient les principaux déterminants de la motivation : la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque, la satisfaction.

#### **3.6.2 Variable indépendante**

Elles étaient liées aux variables intermédiaires.

- Variables indépendantes de la motivation intrinsèque
  - l'autodétermination ;
  - le sentiment de compétence ;
  - la connaissance des buts de l'organisation ;
  - les facteurs d'hygiène.
- Variables indépendantes de la motivation extrinsèque
  - Rémunération ;
  - Formation continue et promotion ;
  - Œuvres sociales.

### **3.7 Outils et méthode de collecte de données**

Les données de notre étude ont été collectées du 11 au 22 août 2014. Pour collecter les données de notre étude, nous avons eu recours à la revue documentaire, à l'observation directe, à l'entretien guidé avec les personnes clés en rapport avec le travail et nous avons terminé par un questionnaire adressé aux agents du CHUSO.

#### **a) La revue documentaire**

Il s'agit de l'analyse des rapports d'activités qui ont permis de cerner l'évolution de l'activité du CHUSO ; mais aussi des mémoires, thèses, articles et publications sur cette problématique.

#### **b) L'observation directe méthodique**

C'est un temps important dans cette phase. Il s'agit d'observer les agents au travail non seulement dans le respect des horaires mais aussi dans leur comportement au travail.

La grille d'observation utilisée était axée sur les points suivants :

- l'heure d'arrivée dans le service ;

- l'heure de descente ;
- accueil et orientation des clients ;
- comportement des agents en l'absence des clients.

### c) **Les entretiens**

Nous avons procédé dans le cadre de la collecte des données à des :

- **entretiens directifs** avec les ressources humaines faisant partie de l'échantillon du devis quantitatif sur la base d'un questionnaire ;
- **entretiens semi-structurés** avec le personnel du CHUSO faisant partie de la population d'étude et dans les conditions d'échantillonnage décrites dans le chapitre précédent. Il s'agit d'avoir des entretiens ouverts avec les principaux responsables mais aussi avec certains agents afin de compléter les données du questionnaire qui était de type fermé. Un guide d'entretien a été élaboré à cette fin avec comme axes de discussion :
  - la connaissance du CHUSO (objectifs, missions, stratégies, plan, résultats) ;
  - la communication dans l'entreprise ;
  - les niveaux d'engagement au travail ;
  - les solutions aux problèmes soulignés.

### **3.8 Déroulement du pré-test du questionnaire et du guide d'entretien**

Le questionnaire et le guide d'entretien ont été préalablement testés pour nous assurer que ses termes seront compris et que les questions seront interprétées de la même manière par tous les répondants. Le Centre hospitalier universitaire campus de Lomé, deuxième centre hospitalier universitaire du Togo, a servi de cadre pour effectuer cette phase. Nous avons ainsi apporté les ajustements nécessaires.

### **3.9 Déroulement de l'enquête**

Nous avons pu rencontrer en premier lieu le Directeur avant d'être orienté au Service des ressources humaines. Par la diligence de ce dernier, nous avons pu nous introduire au niveau des différents services hospitaliers, avoir des discussions avec des Chefs de service et administré avec aisance le questionnaire et mener les entretiens guidés.

Cette étude a débuté le 23 juillet 2014, à la direction du budget et des ressources humaines du CHUSO, s'est terminé le 23 octobre 2014. Nous avons pu travailler aux heures normales de travail en respectant les règles de conduite de l'établissement.

### **3.10 Dépouillement et traitement des données**

Toutes les données ont été enregistrées anonymement pour assurer la confidentialité des répondants. La gestion des données et les analyses seront effectuées dans Microsoft Access, Epi Info et SPHINX. Les données qualitatives ont fait l'objet d'un dépouillement manuel.

### **3.11 Difficultés et limites des données**

Le champ restrictif de l'étude constitue assurément une limite majeure.

L'absence d'un bon archivage des rapports, des travaux d'étude académiques sur le centre, a été la grande difficulté. Nous étions confrontés à des réels problèmes de confirmation de la baisse de la fréquentation de 2010 à 2013 du fait que toutes les données sur les consultations n'étaient pas exploitables. Ainsi, nous nous sommes contentés des entrevues mais aussi de nos observations qui nous confortaient tous les jours d'une sous utilisation des ressources humaines malgré leur nombre et leur compétences supposée.

## **CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS**

Dans ce chapitre, nous avons procédé à la présentation et à l'analyse des résultats.

### **4.1 Présentation des résultats**

#### **4.1.1 Résultats de la revue documentaire**

Pour bien comprendre le phénomène de la motivation, analysons d'abord, les caractéristiques du travailleur motivé, les conditions idéales de travail qui motivent, la gestion administrative des RH et les facteurs environnementaux qui influent sur les conditions de travail et la gestion du personnel, pour approfondir la notion de motivation.

##### **a) Les caractéristiques du travailleur motivé**

La recherche a permis de dégager un certain nombre de dispositions qui semblent être associées à un niveau plus élevé de motivation :

- des besoins de croissance et des valeurs de travail ;
- des habilités et des facteurs appropriés ;
- une tendance personnelle à agir de façon consciencieuse, responsable et positive.

##### **b) Les conditions de travail**

« Comment motiver les employés ? La réponse à cette question est évidente mais difficile à admettre : cela est impossible ! On ne motive pas. Par contre, il est possible d'aménager des conditions qui stimulent l'intérêt des employés et qui ressortent directement associés à la motivation au travail : un travail qui a du sens avec des objectifs clairs ; une bonne connaissance des résultats accompagnés de récompenses appropriées ; une marge discrétionnaire doublée d'une stimulation sociale appropriée ; des conditions adéquates<sup>25</sup> ».

##### **c) La gestion administrative des ressources humaines**

La fonction RH comprend plusieurs activités qui assurent une utilisation efficace et équitable du personnel. Principalement, l'instauration et le maintien d'un climat de travail satisfaisant permet d'offrir aux employés des conditions de travail qui les incitent à demeurer au sein de l'organisation. Les activités de GRH sont vitales pour l'organisation parce qu'elles servent à attirer, retenir, motiver le personnel, ainsi qu'à améliorer son potentiel. Elles ont un impact

---

<sup>25</sup> Morin EM, Rondeau A. La Motivation in Morin EM, Rondeau A, eds. *Psychologies au travail*. Montréal : Gaëtan Morin ; 1996 : 535-552.

significatif sur trois objectifs stratégiques : la productivité, la qualité de vie au travail et le respect des lois.

#### **d) Les facteurs politiques, économiques et sociaux**

Dans l'environnement externe on trouve **l'environnement légal** qui conçoit des lois pour protéger les travailleurs, les consommateurs et la collectivité dans son ensemble.

**L'environnement économique** influence la plupart des activités de l'organisme, en influant sur les quantités à produire et à distribuer, les types de produits, le rythme de remplacement des équipements, les désirs des consommateurs, les prix, les besoins des employés.

**L'environnement socioculturel** est formé par des attitudes, convictions et valeurs sociales ainsi que de mœurs et des habitudes de vie. Ces facteurs ne sont pas à négliger quand l'organisation recherche un environnement qui suscite le rendement et la satisfaction.

**L'environnement technologique** : les organisations doivent de plus en plus faire face aux changements technologiques nombreux et rapides qui peuvent le déstabiliser.

**L'environnement éthique** : connaître et respecter les normes, c'est une difficulté à laquelle se heurtent tous les dirigeants des organisations.

#### **e) Les stratégies de motivation**

##### *Le système de récompenses*

La première stratégie de motivation des travailleurs est certainement la rémunération même si certains auteurs comme Herzberg ne le considèrent pas comme facteur de motivation. Levy Leboyer en parle amplement dans son ouvrage. Cependant il en parle en termes de récompense au mérite et le résume comme suit : « à chacun selon ses mérites ». Il s'agit de récompenser les travailleurs selon le niveau de performance comme dans une logique taylorienne. Ce qui n'est pas aussi simple qu'on ne le pense car il faut avoir à l'esprit la théorie de l'équité sinon on aboutit à d'autres problèmes. Ce mode de rémunération suppose aussi une bonne information des agents sur tous les critères d'évaluation.

La récompense au mérite peut aussi intégrer comme critères le concept de « citoyenneté organisationnelle » marquant le degré d'implication et un ensemble de codes de conduite à respecter.

La récompense doit être comprise au sens large du terme et concerne la satisfaction de besoins divers et variés :

- Besoins de type matériel
  - Salaires ;
  - Primes sur résultats, prime de mobilité, transport, frais de représentation

attributions d'actions ;

- Rabais sur produits de l'entreprise, voiture de fonction, logement, prêts à taux bas, voyage d'agrément, cadeaux aux enfants ;
- Cotisation à une caisse de retraite ;
- Prime et bonus liés aux nouvelles compétences acquises : l'acquisition de nouvelles compétences surtout récompensée par des primes est un autre facteur pouvant renforcer la motivation.

- Besoins de type immatériel : estime, prestige, satisfaction d'être utile.

Ces récompenses peuvent se faire selon l'ancienneté, le statut, le travail effectué, les comportements souhaités (ponctualité, qualité de service, innovation créatrice).

Le salaire comme tous les avantages de type matériel, s'ils sont fortement motivateurs, doivent être maniés avec prudence. Ils peuvent être démotivantes si « tout se fait par la loi du hasard ou des travailleurs ne perçoivent aucun lien entre ce qu'ils fournissent et ce qu'ils reçoivent en compensation »<sup>26</sup>

### ***Améliorer le sentiment de réalisation et d'autonomie par l'enrichissement et l'élargissement des tâches.***

L'enrichissement consiste à augmenter le contrôle de chacun sur l'organisation et les décisions concernant son travail. L'élargissement consiste à augmenter le nombre et la variété des opérations exécutées par un même employé. Dans le même ordre d'idées, Hackman et Oldam ont proposé des méthodes pour améliorer la motivation :

- variété : nombre d'activité différente, diversité des aptitudes et compétences requises. Permet de lutter contre la monotonie, l'ennui et de mettre en valeur les talents personnels.
- identité de la tâche : elle permet à celui qui l'effectue d'identifier les résultats. Cela suppose que l'individu soit chargé d'un ensemble d'opérations pour que leurs produits soient identifiables.
- signification : l'identité de la tâche doit être claire et devra permettre de démontrer la valeur sociale du travail.
- autonomie : elle suppose une certaine indépendance et la possibilité de prendre des décisions, de faire des choix tout en respectant les objectifs. Elle suppose aussi une responsabilisation. Il s'agira de « laisser les collaborateurs prendre le pouvoir<sup>27</sup> ».
- information : permet un suivi des résultats et une possibilité d'auto régulation permettant de maintenir le processus motivationnel. La circulation d'information sur le résultat permet à

---

<sup>26</sup> Houtoukpé André. Problèmes de motivation du personnel soignant en milieu rural au Bénin. Mémoire DSGS. Dakar : CESAG ; 1994, p. 103.

<sup>27</sup> Bruce Anne, Peptone James S. *Motiver ses collaborateurs*. Paris : Editions Maxima ; 2002 p. 210.

chacun de se positionner par rapport à son apport. Elle peut se matérialiser sous forme de diagramme dans lequel les différentes étapes qui mènent au résultat sont clairement mises en évidence. Chacun saura alors clairement la place et l'importance de son rôle.

- la participation : il est admis que le travailleur accorde une grande importance au fait d'être associé au processus de prise de décision. Quand il y participe l'agent s'identifie à l'entreprise et considère le résultat comme son œuvre.

Si les deux premiers critères sont interchangeable, l'autonomie et l'information sont irremplaçables.

### *La segmentation de l'entreprise*

Le découpage des services en centre de responsabilité permet de mieux piloter les performances et de jauger la contribution de chacun au résultat de l'entreprise<sup>28</sup>. Il s'agit donc d'une stratégie éminemment motivatrice.

Un autre auteur S. RONEN nous fait une synthèse des aspects du milieu de travail qui peuvent améliorer la motivation (*tableau VI*).

**TABLEAU VI : Aspects de l'environnement de travail susceptibles d'être valorisés.**

1	<i>Conditions physiques de travail</i>	8	<i>Relations avec les cadres</i>
2	<i>Environnement résidentiel</i>	9	<i>Appréciation des résultats de son travail</i>
3	<i>Horaires</i>	10	<i>Possibilité de promotion</i>
4	<i>Sécurité de l'emploi</i>	11	<i>Possibilité de formation</i>
5	<i>Bonus</i>	12	<i>Autonomie</i>
6	<i>Salaire</i>	13	<i>Possibilité d'utiliser ses compétences</i>
7	<i>Relation avec les collègues</i>	14	<i>Challenges qui donnent la possibilité d'avoir le sentiment de réussir</i>

#### **4.1.2 Sondage sur la motivation du personnel**

Les 352 personnes consultées ont été invité à répondre par « **oui ou non** » à la question suivante : « **Etes-vous motivés dans votre travail ?** ».

Les résultats principaux sont les suivants :

- l'évaluation globale de la motivation est mauvaise car 65 % des sondés jugent être démotivés au travail ;
- l'insatisfaction du personnel paramédical et de soutien concerne la sécurité au travail et le manque du soutien apporté par la Direction ;
- le groupe des infirmières et auxiliaires a attribué les notes les plus basses en ce qui a trait à la sécurité, à l'autonomie et au soutien apporté par l'institution.

<sup>28</sup> Boni Alpha Ali. Diagnostic de la fonction personnel du Centre de traumatologie et d'orthopédie de Dakar. Mémoire DSGS. Dakar : CESAG ; 1994, p. 110.

### 4.1.3 Résultats du modèle PRECEDE

Le PRECEDE/PROCEED comporte cinq étapes que nous allons appliquer à la recherche des déterminants du manque de motivation au travail du personnel du centre.

- **Le diagnostic social**

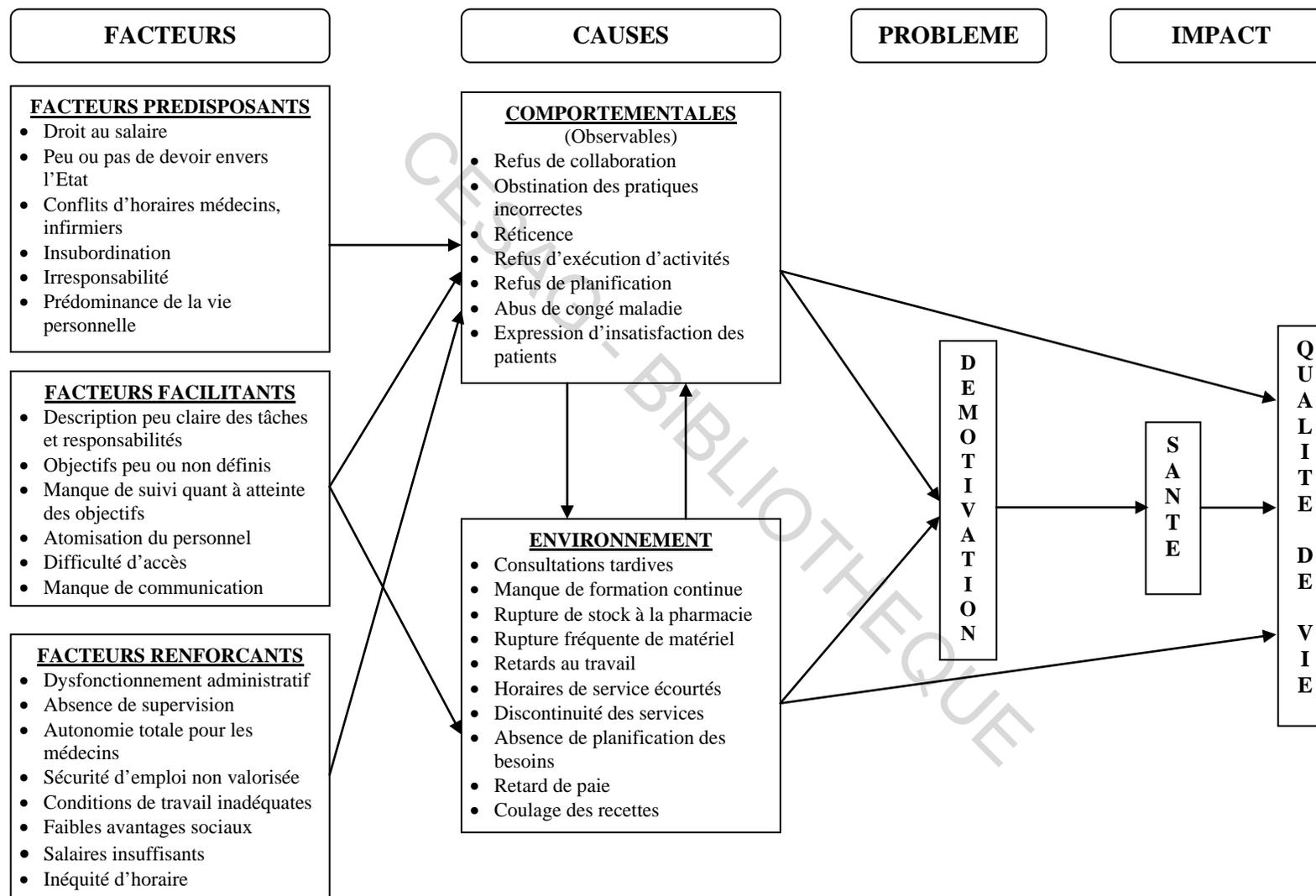
- Le salaire insuffisant : les salaires dans le secteur public au Togo sont les plus bas de la sous-région et n'ont guère évolué significativement depuis les années 70 par rapport au coût de la vie de plus en plus chère ;
- La faiblesse des avantages sociaux de la fonction et leur valorisation : le personnel et sa famille bénéficient de la prise en charge par le centre de la cotisation à l'INAM, l'assistance médicale au sein de l'hôpital en cas de maladie et lors du décès.
- Faible niveau de reconnaissance du travail accompli : rares sont les formes de reconnaissance quotidienne (compliments, information et consultation des collaborateurs, félicitations pour l'amélioration de la performance), informelle (article dans un journal interne, lettre personnalisée, formation ou participation à un colloque/congrès) ou solennelle (employé du mois, cérémonie de départ à la retraite, cérémonie de remise d'insignes d'ancienneté ou de médailles de travail).
- La prédominance de la vie personnelle sur la vie professionnelle : on note une forte tendance à l'exercice privée au détriment du temps légal consacré à l'exercice professionnelle afin d'acquérir plus de ressources financières ;
- Les limitations économique et culturelle de la population : le faible revenu par tête d'habitant (410 \$US) avec un taux de croissance économique de 4 % (2010) s'avère encore insuffisante pour réduire significativement la pauvreté et relever le défi des OMD.

Au plan culturel, les perceptions négatives vis-à-vis du système de santé togolais prédominent, tant dans la population que parmi les autorités. Cette situation peut s'expliquer (i) par les insuffisances du secteur sanitaire (importante mortalité évitable, inéquité d'accès, défaillances dans la qualité des soins et de l'accueil), (ii) par une perception plus vive de ces insuffisances que des progrès accomplis, tant du côté des populations (augmentation des attentes (soins et accueil) plus rapide que les réponses des formations sanitaires) que de celui des autorités (choix stratégiques de références irrationnelles).

- **Le diagnostic épidémiologique**

- Les dysfonctionnements importants tant dans les procédures de support que dans les services : les manuels de procédures administratives, financières et comptables, les outils comptables tels les logiciels de gestion, les registres et fiches, pour une gestion transparente et efficace font souvent défaut ou sont obsolètes. En outre souffre de l'obsolescence des outils de régulation de son organisation.
- **Le diagnostic comportemental et environnemental**
  - L'absentéisme dans ses différents aspects : retards, absences, abandon de poste, horaire écourté, abus d'arrêt maladie, mauvaise planification de congés ;
  - Les conditions de travail inadéquates : infrastructures exigües, vétustes avec l'indisponibilité fréquente de matériel de travail ne permettent pas aux personnels de déployer toutes leurs compétences ;
  - Le manque d'esprit de groupe et d'émulation : faible esprit d'appartenance, peu de coopération entre les services, absence de rituels communautaires.
- **Le diagnostic éducationnel et organisationnel**
  - **Facteurs prédisposants** : le « droit » au salaire, peu ou pas de devoir envers l'Etat, possibilité de jongler avec les règlements, l'insubordination et l'irresponsabilité.
  - **Facteurs facilitants** : la difficulté du transport, le manque de communication, les troubles socio-politiques fréquents favorisent l'adoption et l'entretien de mauvais comportements contraires aux normes de fonctionnement du centre.
  - **Facteurs renforçants** : l'inéquité des horaires, l'insuffisance salariale, l'autonomie totale pour les médecins, la mauvaise gestion administrative locale.
- **Le diagnostic administratif et politique**
  - Le dysfonctionnement administratif au niveau de la supervision du centre ;
  - Le manque de contrôle (laxisme) des responsables du centre : le contrôle est avant tout une compétence de management et permet de légitimer le rôle et le statut des responsables. C'est aussi assurer le suivi dans la mise en œuvre des actions correctrices. Le contrôle répond aussi au besoin des collaborateurs d'être évalué suivants ses performances par sa hiérarchie et de compenser son besoin d'autonomie (prise d'initiative, se sentir responsable et de réussir) ;
  - La description peu claire des tâches et responsabilités ;
  - La non-clarification d'objectifs appropriés et des tâches et leur manque de suivi quant à l'atteinte des objectifs ;
  - Les ressources financières générées faibles

**FIGURE 4 : résultat du modèle PRECEDE**



#### 4.1.4 Répercussions sur les acteurs impliqués

On peut citer :

- **Le Ministère de la Santé** : les dysfonctionnements dans le CHUSO, institution de référence au sommet de la pyramide sanitaire au Togo, aggravent la situation sanitaire du pays.
- **La Direction du centre**, risque à son tour d'être démotivée devant le constat que malgré leurs efforts, le centre ne répond pas à la mission qui lui est dévolue de par ses statuts.
- S'ils n'améliorent pas leur comportement, **le personnel médical et paramédical**, responsables de la dispense de soins, risquent d'aggraver la situation.
- **Le personnel de soutien**, support de l'entretien des locaux risque de bloquer le fonctionnement du Centre de part leur manque d'entrain au travail.
- **Les patients**, bénéficiaires des prestations du système, devant l'état de fait du dysfonctionnement du Centre, risquent de le désertier.
- **Les leaders d'organisations de base, les partenaires et bailleurs**, qui sont des soutiens indispensables à l'implantation, à l'extension et au support des programmes d'action communautaire, risquent de se désolidariser avec les responsables du Centre.

#### 4.1.5 Productivité journalière des soins

Les données médicales sur les consultants et hospitalisations des trois dernières années, c'est à dire de 2011 à 2013, montrent une tendance à la hausse entre 2010 et 2011 contre une stagnation entre 2011 et 2012.

**TABLEAU VII : ratios de productivité du CHUSO de 2011 à 2013.**

	2011	2012	2013
Malades consultés (consultants)	91 661	98 413	87 333
Nombre de médecins	188	169	186
<b>Ratio Consultants/médecin/jour</b>	<b>1,3</b>	<b>1,6</b>	<b>1,3</b>
Malades hospitalisés (entrants)	27 677	23 506	22 826
Nombre d'infirmiers	NR*	204	194
<b>Ratio Entrants/infirmier/jour</b>	<b>-</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>

*Source* : rapports d'activités 2011, 2012 et 2013. (NR\* : non renseigné dans les registres)

De 2011 à 2012, chaque médecin aura ainsi consulté en 2011, 488 patients par an, soit à peu près 1,3 patients par jour, en 2012, 583 patients par an soit 1,6 patients par jour, en 2013, 470 patients pour une année soit 1,3 patient par jour.

En 2012 et 2013, le CHUSO comptait 204 agents de soins (infirmiers) et en 2013, 194 agents. Cela donne des ratios de 116 malades/an pour 2012 et 118/an pour 2013. Par jour chaque agent de soins se sera occupé en 2012 et 2013 de 0,3 malade.

Les chiffres attirent l'attention sur les faits suivants :

- Les ratios de productivité qui se dégagent ci-dessus sont manifestement très faibles par rapport au temps de travail que chaque praticien en tant que fonctionnaire de l'Etat devrait normalement consacrer au CHUSO.
- C'est dire donc que le CHUSO travaille nettement en dessous de ses capacités réelles, que le problème de l'insuffisance des ressources humaines qualifiées n'est pas toujours pertinent, d'où les nombreuses plaintes des populations à l'endroit de l'établissement.

En outre il faut noter que le système d'organisation de travail (gardes et permanences) dans certains services révèle qu'au cours d'une semaine, un agent pour 24 heures de travail bénéficie de 3 jours de repos. C'est dire qu'en un an, les agents travaillent effectivement juste pour 1 trimestre de travail et perçoivent un an de solde.

On comprend aussi maintenant les nombreuses plaintes relatives aux difficultés d'obtention de rendez-vous avec les médecins (généralistes, spécialistes) du CHUSO dans un délai court, à l'absentéisme chronique des praticiens de leurs postes dans les services, à la mauvaise prise en charge des patients etc.

Dans tous les cas, cette situation crée un préjudice au CHUSO à au moins trois niveaux :

- la qualité de la prise en charge des patients ;
- l'image du CHUSO ;
- la performance financière du CHUSO.

#### **4.1.6 Résultats issus du temps d'observation**

De nombreux biais ou limitations au calcul de l'absentéisme au CHUSO ont été rencontrés dus aux difficultés de la gestion administrative :

- a) Le système de surveillance des présences et des retards se base sur l'enregistrement de l'arrivée et du départ des employés sur une feuille hebdomadaire sur laquelle les intéressés inscrivent l'heure d'arrivée et de sortie. Cette feuille se trouve au bureau de l'administration, mais, il y a un manque de supervision constante des visas au moment de la signature. On ne peut donc calculer le taux d'absentéisme que sur la base des jours d'absences uniquement, les retards n'étant pas enregistrés voire cumulés.
- b) Il existe une inéquité d'horaire. Les horaires ne sont pas identiques pour tous les médecins. Certains viennent deux fois par semaine, d'autres plus souvent. Il existerait

même un système d'horaire aménagé en accord avec les intéressés. Le calcul d'absentéisme a un résultat de valeur discutable.

- c) En fin de mois, l'administration fait un rapport cumulé des absences non motivées sur une certaine base et les soustrait du congé annuel.
- d) Le système de notification des absences ne permet pas de désagréger le taux global en différentes catégories socio-professionnelles.
- e) Nous n'avons pas pris en compte l'absentéisme médical constaté des patients.

Cependant, on retient les chiffres approximatifs suivants suivant la formule d'absentéisme ci-après :

$$\text{Taux d'absentéisme} = \frac{\text{nombre de jours d'absence en jours ouvrés}}{\text{* 251 jours} \times \text{nombre d'employés}} \times 100$$

\*251 jours = 365 jours – (week-end + jours fériés)

**TABLEAU VIII : taux d'absentéisme au CHUSO**

Eléments de calcul	2012	2013
Nombre de jours d'absence	4607	5379
Nombre d'employés	1418	1414
<b>TAUX D'ABSENTEISME</b>	<b>12,94</b>	<b>15,15</b>

*Sources : Service du personnel du CHUSO*

#### TAUX D'ABSENTEISME INTERNATIONAL

- Amérique du Nord : 1,4
- Amérique Latine : 0,7
- Europe : 1,1
- CHU-YO : 7,24 (2012)
- **Pas de chiffre pour le Togo.**

#### 4.1.7 Résultats issus des entretiens individuels

Les données qualitatives ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-structurés auprès de 12 personnes dont :

- deux personnels administratifs et financiers ;
- trois personnels médicaux ;
- cinq personnels paramédicaux ;
- deux personnels d'appui.

Les interviews ont porté sur les manifestations de la démotivation des ressources humaines du CHUSO, les actions entreprises pour améliorer la motivation des ressources humaines de

l'organisation et les actions proposées par les personnes interviewées pour accroître et pérenniser cette motivation. Les données recueillies se présentent comme suit :

**a) Manifestations de la démotivation des ressources humaines**

La manifestation de la démotivation la plus évoquée par les personnes interviewées était la baisse des performances du personnel. En effet, 10 personnes interviewées sur 12 imputaient la baisse de la performance des ressources humaines à leur démotivation. Selon les déclarations recueillies, « les performances du CHUSO sont actuellement moyennes. Mais elles sont loin de ce qu'elles pourraient être si le personnel était suffisamment motivé ».

Le stress du personnel serait aussi imputable à sa démotivation. 7 personnes interviewées sur 12 l'ont relevé. Elles jugeaient insuffisants les efforts de « l'administration » pour atténuer le stress généré par les « péripéties de la vie privée ». Elles incriminaient notamment l'insuffisance des œuvres sociales. Le stress du personnel serait aussi exacerbé par les conflits interpersonnels et les conflits entre accompagnants de malades et personnel.

L'absentéisme et le retard ont été aussi énumérés comme manifestations de la démotivation du personnel. 6 personnes sur 12 ont déclaré s'absenter régulièrement car elles « n'ont plus le cœur à venir travailler dans un hôpital qui ne reconnaît pas leur mérite ».

Les manifestations du personnel (grèves) ont été aussi rattachées par le personnel interviewé à la démotivation des ressources humaines. La moitié des personnes concernées par les entretiens semi-structurés les ont relevées et ont noté leur impact sur la baisse du rendement du personnel et le « pourrissement » des relations entre le top management de l'hôpital et le reste du personnel.

Les manifestations les moins énumérées par les personnes interviewées étaient l'insatisfaction des malades, la baisse de la confiance des populations du bassin de desserte de l'hôpital dans ses prestations. Les personnes qui ont relevé ces manifestations se sont déclarées « inquiètes pour l'avenir du CHUSO, surtout avec la concurrence du secteur privé de plus en plus compétitif ».

Des plaintes unanimes concernent le salaire qui est considéré comme un facteur démotivant de poids (100 %). Les responsables ont des difficultés pour appliquer les règlements. Un abus de congé de maladie est noté surtout du côté des infirmières. La supervision administrative est effective mais non suffisante. Des failles sont constatées dans la collecte des données quotidiennes. La supervision technique des services et leur évaluation qualitative sont déficientes. Des plaintes concernent le manque de participation aux prises de décision, à la définition des objectifs et aux manques de reconnaissance du travail bien fait et d'incitatifs.

#### **b) Actions entreprises pour améliorer la motivation**

Les interviews ont montré que le personnel du CHUSO percevait peu les actions entreprises par la direction de l'hôpital pour améliorer la motivation des ressources humaines. En effet, le personnel qui a fait l'objet des entretiens a dans sa majorité déclaré que « l'administration ne fait rien pour motiver le personnel de l'hôpital » (8 personnes interviewées sur 12).

Les actions relevées sont : la planification et la mise en œuvre de la formation continue, la planification et le payement des indemnités et primes.

#### **c) Actions proposées pour accroître et pérenniser la motivation**

Les actions proposées lors des entretiens semi-directifs étaient surtout en rapport avec la motivation extrinsèque. Les actions liées à la motivation intrinsèque proposées étaient l'amélioration des conditions de travail, la formation continue et la participation du personnel à la prise de décision. Ces actions constitueront l'essentiel des perspectives proposées en fin de discussion.

### **4.1.8 Résultats issus du questionnaire**

Les 104 personnes à qui nous avons adressé le questionnaire l'ont renseigné et nous l'ont retourné soit un taux de réponse de 100 %.

#### **a) Profil socioprofessionnel des enquêtés**

**Les 104 agents** du CHUSO enquêtés comprenaient 65 % d'hommes et 35 % de femmes, **71% de mariés**, 12 % de médecins, 52 % de paramédicaux, 10 % d'agents techniques et d'appui et 27 % d'agents administratifs et financiers. Ils comptaient **67 % d'universitaires** et 33 % de secondaires.

Selon l'âge, la tranche d'âge la plus représentée parmi le personnel ayant participé à l'entretien directif était celle de 36 à 45 ans suivie de celle de 26 à 35 ans, respectivement 44% et 39 %, avec un cumul de 82,5 %. La tranche d'âge de plus de 46 ans représente 17 %.

**La moyenne d'âge des participants à l'entretien directif était de 38,38 ans.**

Les personnes ayant répondu au questionnaire avaient pour la plupart une expérience professionnelle de 5 à 10 ans (47 % des enquêtés). Les personnes ayant une expérience professionnelle de moins de 5 ans représentaient les 28 % des répondants. Celles ayant une expérience professionnelle de plus de 16 ans étaient de 16 % et celles de 11 à 15 ans étaient les moins représentées parmi les répondants (8/104 répondants). **L'expérience professionnelle moyenne des personnes enquêtées était de 8,47 ans.**

Les mariés sont les plus nombreux ce qui se comprend aisément car il s'agit d'une population d'âge mûr comme en témoigne la forte représentativité de la tranche d'âge des 36 à 45 ans, pilier de la productivité du centre. C'est une population expérimentée et d'un bon niveau scolaire. Plus de la moitié de cette population est constitué des personnels médical et paramédical, cœur de métier de l'hôpital.

### b) Motivation intrinsèque

Le cadre physique de travail était mauvais pour 64 % des personnels avec une absence de commodités pour 88 % des enquêtés et l'équipement du service était insuffisant pour 90 %, la répartition des tâches est acceptable pour 63 % mais les effectifs sont jugés pour 75 % inadaptés par rapport à la charge de travail. Néanmoins, la gestion des conflits interpersonnels est satisfaisante pour 79 % des enquêtés.

**TABLEAU IX :** perception relative à l'environnement de travail chez les agents du CHUSO de Lomé, au Togo (2014).

ITEM	Oui		Non	
	n	%	n	%
Bon cadre physique de travail	38	37	66	64
Commodités des bâtiments	13	13	91	88
Niveau d'équipement/matériel acceptable	18	10	94	90
Répartition des tâches	65	63	39	38
Effectif adapté à la charge de travail	25	25	78	75
Bonne gestion des conflits interpersonnels	82	79	22	21

Le rapport avec le supérieur hiérarchique, les collègues et les patients étaient bons pour respectivement 88, 96, 96 %. Les objectifs du service sont connus pour 89 % mais regrettent pour 57 % n'être pas informés des résultats obtenus malgré la prise d'initiatives dans 58 % pour atteindre ces résultats. Ils déplorent pour 55 % d'enquêtés d'être écartés du processus de prise de décision du service. La valorisation au travail n'était pas appréciée dans 53 %.

L'absence et/ou le retard au poste sont habituels pour 66 % et les enquêtés sont unanimes (100%) de l'impact négatif de ce comportement sur la qualité des soins.

**TABLEAU X :** perception relative au management du centre chez les agents du CHUSO de Lomé, au Togo (2014).

ITEM	Oui		Non	
	n	%	n	%
Connaissance des objectifs	92	89	12	12
Implication dans la prise de décision	47	45	57	55
Information sur les résultats	45	43	59	57
Prise d'initiative	60	58	44	42
Style de management	41	39	63	61
Bonne communication interne	53	51	51	49
Bonne relation avec les supérieurs	91	88	13	13
Bonne relation avec les collègues	100	96	4	4
Bonne relation avec les patients	100	96	4	4
Retards/absence (R/A)	69	66	35	34
Effet négatif du R/A sur la qualité des soins	104	100	0	0
Valorisation au travail	49	47	55	53

### c) Motivation extrinsèque

Le salaire a été jugé insatisfaisant pour 91 %. Tous les agents avaient des revenus additionnels dont les trois principales sources, non exclusives, étaient les primes d'astreinte, de garde, de contagion (70 %), les ristournes (65 %), et les activités rémunératrices privées (17 %). Ces revenus étaient insignifiants pour 94%, et irréguliers pour 64% des agents. L'habitat était une location simple (53 %), une maison familiale (17 %), une propriété personnelle (30 %). Le moyen de transport le plus souvent utilisé par les agents était la voiture ou une moto personnelle (73 %), le taxi-moto (16 %), le taxi (5 %), et le bus (4 %) (tableau XI).

**TABLEAU XI :** Perception relative aux moyens financiers et matériels chez les agents du CHUSO de Lomé, au Togo (2014).

ITEM	Oui		Non	
	n	%	n	%
Salaire satisfaisant	9	9	95	91
Revenus additionnels (RA)	104	100	0	0
RA réguliers	37	36	67	64
RA satisfaisants	6	6	98	94
Habitation personnelle	31	30	73	70
Voiture/moto personnelle	76	73	28	27

Parmi les personnels, 75 % ont adhéré à un syndicat et 54 % à une association. Dans l'ensemble, 22 % des personnels ont bénéficié de formations continues et 98 % jugent utiles

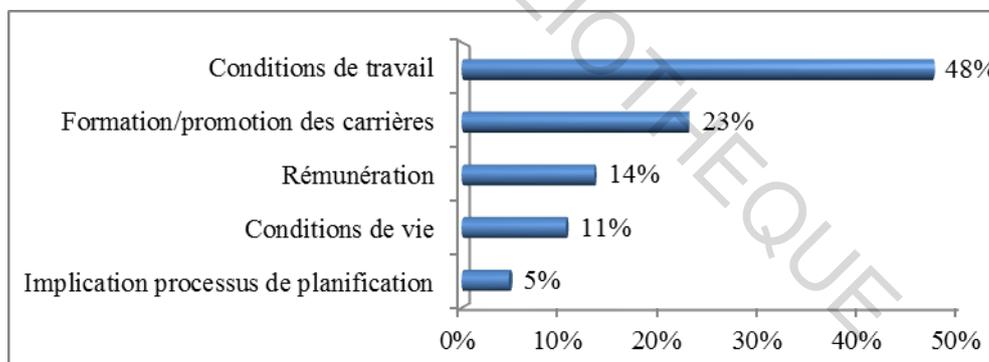
les formations continues malgré le constat d'absence de plan de carrière pour 68 % (tableau XII).

**TABLEAU XII** : Perception du développement personnel et de carrière chez les personnels du CHUSO de Lomé, au Togo (2014).

ITEM	Oui		Non	
	n	%	n	%
Adhésion à un syndicat	78	75	26	25
Adhésion à une association	56	54	48	46
Utilité des formations continues (FC)	91	98	13	2
Participation à une FC/recyclage	23	22	81	78
Existence de plan de carrière	33	32	71	68

#### d) Facteurs de motivation

La démotivation est constatée dans 62 % et pour 83 % des personnels, la motivation au travail est très importante. Les facteurs clés de motivation étaient par ordre de fréquence décroissante : les conditions de travail (48 %), la formation continue et la promotion des carrières (23 %), la rémunération (14 %), les conditions de vie et l'implication dans le processus de planification (5 %) (figure 5).



**Figure 5** : Facteurs clés de motivation selon les personnels du CHUSO, au Togo (2014).

## 4.2 Analyse des résultats

La recherche de revenus additionnels exprime l'insuffisance du niveau de la rémunération du personnel du CHUSO. Et pourtant, Terry et Franklin ont montré dans leur étude qu'une rémunération suffisante et efficace peut aboutir à une amélioration quantitative et qualitative de la production<sup>29</sup>. Contrairement à Taylor, pour qui la stimulation financière est le seul

<sup>29</sup> Terry GR, Franklin SG. *Les principes du management*. Paris : Economica, 1985.

facteur de motivation de l'homme au travail<sup>30</sup>, Herzberg (cité par Peretti) la prend comme un des facteurs d'hygiène. Pour ce dernier, l'absence de stimulation financière entraîne un mécontentement général des travailleurs mais sa présence ne signifie pas forcément une motivation au travail. Une fois les travailleurs satisfaits, la stimulation financière cesse d'être une revendication majeure et n'influe plus tellement sur l'engagement au travail. La charge de travail, non négligeable pour les médecins du secteur public, est néanmoins prévisible si l'on tient compte du ratio médecin/population au Togo (1 médecin pour 12 110 habitants) largement en dessous des normes préconisées par l'OMS pour l'Afrique (un médecin pour 5 000 à 10 000 habitants)<sup>31</sup>. Il s'y ajoute des conditions de travail plutôt difficiles. En effet, selon Peretti, l'ambiance physique comprend aussi bien les conditions sonore, thermique et visuelle que l'hygiène atmosphérique, l'état général de l'espace de travail, l'électricité, l'eau et les odeurs<sup>32</sup>. L'appréciation négative de l'ambiance physique de travail laisse apparaître un manque de motivation des personnels du CHUSO. Autrement dit, en plus des revenus, un autre facteur primaire de motivation des agents du CHUSO n'est pas encore pris en compte. Maslow (cité par Peretti), sur la hiérarchie des besoins, classe la rémunération et les conditions de travail parmi les besoins inférieurs ou élémentaires (que tout travailleur aspire à satisfaire) avant les besoins dits supérieurs (sociaux, d'estime et de réalisation)<sup>32</sup>. Cependant, les grandes dépenses subséquentes aux mouvements relatives à la démotivation du personnel sont souvent limitées à l'amélioration de la direction et de l'environnement matériel<sup>33</sup>. Les relations interpersonnelles, jugées bonnes par les personnels du CHUSO de Lomé, ont démontré leur importance depuis les enquêtes d'Elton Mayo. « Le fait d'être accepté par son groupe compte autant, sinon plus, que les éléments motivants pécuniaires »<sup>34</sup>. D'où l'importance du rôle du responsable hiérarchique qui, par un bon style de management, peut susciter une grande efficacité de la part de ses collaborateurs. Le personnel, dans certaines situations difficiles, devrait user de techniques positives de communication pour détendre l'atmosphère. La faible implication du personnel du CHUSO dans la conception et la mise en œuvre des projets au sein de l'hôpital témoignerait d'un manque d'information et de formation du personnel notamment des unités de soins sur la gestion et la planification des projets et programmes de santé. La mise en place de réseau intranet et des bulletins d'information pourrait contribuer à une meilleure appropriation des projets par le personnel médical. Une approche pluridisciplinaire impliquant les médecins dans le processus

---

<sup>30</sup> Taylor FW. *La direction scientifique des entreprises*. Paris : Marabout, 1911.

<sup>31</sup> DISER, Ministère de la santé du Togo, Principaux indicateurs de santé au Togo, 2012.

<sup>32</sup> Péretti JM. *Ressources humaines et gestion des personnes*. Paris : Vuibert, 1977.

<sup>32</sup> Péretti JM. *Ressources humaines et gestion des personnes*. Paris : Vuibert, 1977.

<sup>33</sup> Von Vultee PJ, Arnetz B. The impact of management programs on physicians' work environment and health. A prospective, controlled study comparing different interventions. *J Health Organ Manag* 2004 ; 18 : 25-37.

<sup>34</sup> Mc Gregor D. *La dimension humaine dans l'entreprise*. Paris : Gauthier-Villars, 1971.

gestionnaire, grâce à une amélioration significative de l'appréciation des besoins nécessaires à l'atteinte des objectifs poursuivis, pourrait être une valeur ajoutée dans l'efficacité du travail<sup>35</sup>. Reconnaître le travail bien fait des agents et le manifester à travers les canaux d'informations officiels demeure toujours une forme de motivation appréciable et de récompense symbolique<sup>36</sup>. Selon Guichard et Huteau « la carrière ne se limite pas seulement aux situations de travail, et aux avancements des travailleurs. Elle implique également les multiples expériences acquises qui ne sont pas forcément professionnelles »<sup>37</sup>. La même idée est reprise par Bujold et Gringras, qui font la distinction entre « la carrière objective, représentée par les différentes positions occupées par un individu dans une entreprise et celle subjective définie par son projet de vie du travailleur »<sup>38</sup>.

La présence significative des personnels du CHOSO dans les organisations offre une opportunité de plaider pour améliorer leur motivation. En effet, la dégradation de la situation du CHUSO et des autres centres de santé du Togo a amené le personnel de santé du CHUSO à prendre la tête, depuis 2008, d'un important mouvement de revendication de meilleures conditions de travail et de vie. Le non respect des engagements par les autorités togolaises des accords qu'elles ont signés avec le Collectif des syndicats des agents de santé du secteur public au Togo, a renforcé l'engagement des personnels du CHUSO au sein des organisations<sup>13</sup>.

Malgré la faiblesse de l'organisation de formation continue par le centre pour son personnel, ce dernier manifeste un fort intérêt témoignant ainsi de leur engagement d'améliorer leurs compétences. De plus, leur choix des conditions de travail et de la rémunération comme étant les facteurs clés de la motivation peut se comprendre. En effet, les travailleurs aspirent à satisfaire les facteurs de motivation extrinsèques avant de penser aux facteurs de motivation intrinsèques qui, selon Stelly, se résument en cinq composantes : le travail bien fait, la satisfaction des malades, la formation continue, l'équité, ainsi que la triade respect-responsabilité-reconnaissance<sup>39, 40</sup>.

---

<sup>35</sup> Xirasagar S, Samuel ME, Curtin TF. Management training of physician executives, their leadership style and care management performance : an empirical study. *Am J Manag Care* 2006 ; 12 : 765-72.

<sup>36</sup> Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Hjortdahl P. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals : relevance for micro unit culture. *Hum Res Health* 2006 ; 4 : 3.

<sup>37</sup> Guichard J, Huteau M. *Psychologie de l'Orientation*. Paris : Dunod, 2004.

<sup>38</sup> Bujold C, Gringras M. *Choix professionnel et développement de carrière*. Paris : Gaëtan. Morin, 2000.

<sup>14</sup> Kouzan K. Le centre hospitalier universitaire de Lomé-Tokoin, cinquante ans après l'indépendance du Togo (1960-2010) in Gayibor NT, ed. *Cinquante ans d'indépendance en Afrique subsaharienne et au Togo*. Paris : l'harmattan, 2012 : 209-236.

<sup>39</sup> Jameson C. Helping people change : the magic of motivation. *J Okla Dent Assoc* 2003 ; 94 : 16-29.

<sup>40</sup> Quoniam N, Bungener C. Les théories psychologiques de la motivation. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillessement* 2004 ; 2 : 7-18.

## **TROISIEME PARTIE : DETERMINATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES - IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS - PLAN DE MISE EN ŒUVRE**

Cette partie nous aborderons dans un premier temps, la recherche de la cause prioritaire au problème identifié, puis celle de la solution appropriée dans un second temps et en troisième lieu, opérationnaliser la solution.

### **CHAPITRE V : DETERMINATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES CAUSES**

En vue d'identifier les solutions appropriées au problème retenu, nous avons aussi procédé à l'identification et l'analyse des causes.

#### **5.1 Présentation des outils d'identification des causes**

Différents outils nous ont permis d'identifier les causes :

- une revue documentaire ;
- un questionnaire administré à l'ensemble du personnel ;
- entretiens individuels ;
- le modèle PRECEDE/PROCEED.

Ceci nous a permis de faire une synthèse des différentes causes et leur hiérarchisation.

#### **5.2 Synthèse des causes recensées au CHUSO**

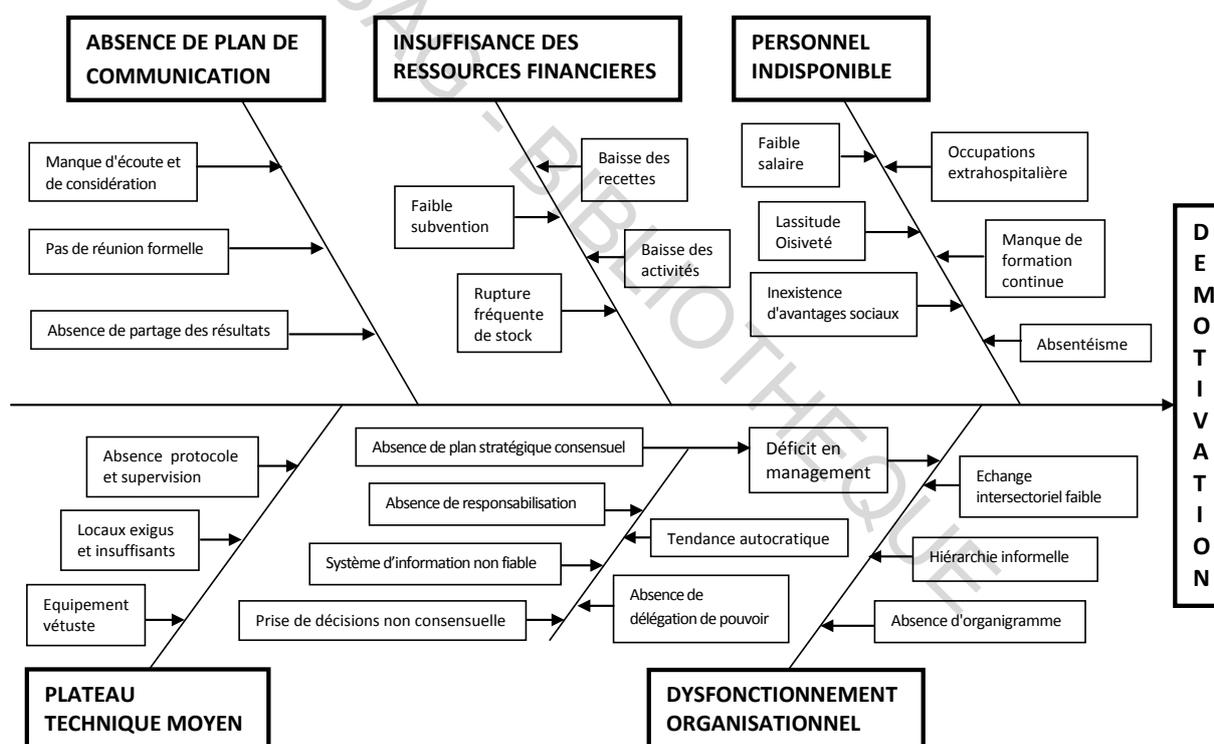
Le croisement de nos différents outils de travail nous a permis d'avoir une vue des différentes causes de démotivation possibles au CHUSO :

- Les problèmes de communication
  - Manque d'écoute et de considération ;
  - Agents non informés des décisions et stratégies ;
  - Agents non informés des résultats ;
  - Pas de réunion formelle ;
  - Pas de support de communication interne.
- Des problèmes organisationnels
  - Pas d'organigramme cohérent et adapté ;
  - Hiérarchie informelle ;
  - Echange intersectoriel faible.
- Revenus faibles des agents
  - Salaire faible ;
  - « Motivation faible » parce que les recettes sont faibles ;

- Inexistence d'avantages sociaux.
- Activité faible
  - Fréquentation décroissante ;
  - Lassitude et oisiveté.
- Des lacunes dans le management du centre
  - Absence de délégation de pouvoir ;
  - Absence de responsabilisation ;
  - Les décisions sont prises par les chefs de service sans demander l'avis des autres ;
  - Tendance autocratique très marquée ;
  - Absence de plan stratégique consensuel.

Ceci nous permet d'établir l'arbre des causes à effets d'Hishikawa ci après :

**FIGURE 6 : diagramme d'Hishikawa**



### 5.3 Analyse des causes

L'analyse des résultats des modèles PRECEDE/PROCEED et du diagramme d'Hishikawa révèlent la nature des causes profondes de l'absentéisme et indiquent que la démotivation est en rapport direct avec de nombreux dysfonctionnements (*annexe 4*).

#### 5.4 Priorisation des causes

Après l'identification et la synthèse des causes, leur priorisation par le groupe nominal a été faite. Les principales causes retenues et leur cotation sont présentées au *tableau XIII*.

Les critères de hiérarchisation des causes sont les suivantes :

- Pertinence de la cause ;
- Risque que pourrait occasionner la cause, en cas d'inaction ;
- Possibilité d'agir sur le problème.

Ces critères sont pondérés et sont notés :

- 1 si faible ;
- 2 si moyen ;
- 5 si grand.

**TABLEAU XIII : priorisation des causes**

Causes I	Causes II	Critères			Score
		Pertinence	Risque sans action	Solutions possibles	
Insuffisance de ressources	Insuffisance des ressources financières	5	5	3	<b>13</b>
	Plateau technique moyen				
Absence d'outils et de méthodes de gestion appropriés	Personnel indisponible	5	5	5	<b>15</b>
	Dysfonctionnement organisationnel				
	Absence de plan de communication				

La cause ayant obtenu le plus grand score est : « **Absence d'outils et de méthodes de gestion appropriés** ». Elle apparaît donc comme la cause prioritaire.

## **CHAPITRE VI : IDENTIFICATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES SOLUTIONS**

Cette étape est une phase très importante du travail, voire essentielle. La pertinence du thème, son influence sur le mental et le fonctionnement de la structure nous impose le partage des résultats à tous les échelons de la hiérarchie et recueillir les propositions de solutions. Cette phase se base sur les données de la revue de la littérature présentée précédemment et des données de terrains qui sont présentés ci-après.

### **6.1 Données de terrain**

#### **6.1.1 Au niveau de la Direction**

Il est important de souligner l'ouverture d'esprit et la pertinence que le Directeur du CHUSO a accordée à notre étude. Lors du dernier entretien qu'il nous a accordé, il est revenu sur les efforts déjà fournis grâce à un management stratégique. Cela a permis essentiellement un fonctionnement assez correct des services. La trésorerie de la structure connaît des tendances favorables en perspective d'une prise en charge par l'hôpital de l'ensemble de ses charges de personnel.

Quelques pistes de solution sont dégagées par le niveau hiérarchique :

- Sensibilisation sur les conséquences des déficits budgétaires et des mauvaises pratiques ;
- Conscientisation du personnel sur l'urgence de mettre en place une politique de motivation pérenne ;
- Instauration d'un consensus autour des axes stratégiques de travail ;
- Appropriation du problème de la motivation des personnels de santé par les tutelles financière et technique.

#### **6.1.2 Au niveau des personnels du centre**

Cette étape a été la plus délicate à cause de la diversité des cibles et des préoccupations. Néanmoins les entretiens groupés lors des restitutions des résultats de l'enquête et les séances de brainstorming nous ont permis de retenir quelques pistes de solution :

- Implication des chefs services dans la gestion ;
- Mise en place de la GPEC dans la gestion des ressources humaines ;
- Mise en place d'un système de communication ;
- Respect des règles et principes budgétaires ;
- Priorisation des problèmes.

Toutes les solutions, que nous avons recueillies auprès des agents tournent autour des questions de communication, de style de management et de revenus des salariés.

Les agents ont longuement insisté sur le paiement de la « motivation », des diverses primes octroyées par l'hôpital. Ils ont surtout insisté sur sa régularité même si certains ont parlé de son augmentation. Pour ces derniers nous leur avons souligné que cela dépendrait des recettes qui sont elles mêmes dépendantes de leurs efforts.

L'amélioration ou plutôt la généralisation des avantages sociaux sont évoqués.

Une catégorie du personnel dépendant du budget autonome souhaiterait un reversement sur le budget général afin de soulager les charges de l'hôpital.

Les agents ont aussi insisté sur la communication interne notamment la tenue de réunions régulières et formelles aussi bien par la direction, les responsables de départements et services.

## **6.2 Identification des options**

L'analyse précédente nous donne des pistes d'exploration. Nous allons nous concentrer sur les déterminants intrinsèques et extrinsèques de la motivation, à la lumière des résultats propres de l'enquête sur la motivation du personnel, pour dégager des options logiquement dérivées des causes retenues. Ces pistes de solutions ont été identifiées à partir des entretiens avec l'équipe qui a composé le second groupe nominal en prenant en compte tous les aspects expliqués précédemment.

### **1) L'ENVIRONNEMENT**

#### ***Propositions***

- Aménagement ou extension, voire reconstruction des locaux selon un plan d'adaptation des infrastructures aux exigences actuelles ;
- Présence physique de vigiles consciencieux 24h/24h.

#### ***Avantages***

- La satisfaction des besoins physiologiques et de sécurité (Maslow) doit être assurée avant que les préoccupations des employés se portent sur le travail qu'ils exécutent ;
- Effet psychologique et satisfaisant, certain, de soutien apporté au personnel, car action visible, palpable et très réclamée par les employés à faible revenu ;
- Possibilité de régularisation de la présence du personnel sur place et effet direct sur l'irrégularité et le démarrage des activités aux heures prévues ;
- Possibilité d'application des règlements réglant la fonction ;
- Effet favorisant du sentiment d'appartenance à l'institution et d'esprit de corps ;

- Effet facilitant pour l'application des programmes de services planifiés ;
- Sécurisation des personnes et des biens du CHUSO.

### ***Inconvénients***

- La reconstruction ou l'aménagement des locaux réclament un processus lent de démarches ou d'activités génératrices de fonds indisponibles à moyen terme, d'où perte de l'effet psychologique de satisfaction ;
- Prélèvements des revenus du centre ou financement d'un bailleur pour frais de fonctionnement et de maintenance sans oublier que le centre est fortement endetté.

### ***Faisabilité***

- Technique : optimale. La conception de l'aménagement et sa réalisation incomberont à une firme spécialisée. Seule la supervision incombera aux dirigeants.
- Organisationnelle : minimale.
- Economique et financière : le gouvernement togolais et des bailleurs devraient s'engager dans la réalisation d'un tel projet.

## **2) GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

### ***Propositions***

Elles veillent à réduire le dysfonctionnement administratif.

- Veiller au respect des horaires et de présence des personnels au travail. Exiger de la part des médecins le respect des horaires planifiés avec eux et établir le principe de la continuité des soins.
- Améliorer la disponibilité des services par une planification des besoins et une satisfaction des réquisitions.
- Obtenir le personnel spécifique par rapport aux besoins et l'affecter au mieux.
- Former sur place, dépendamment des besoins.
- Elaborer et recenser les protocoles de soins qui existent et veiller à leur application.
- Régulariser la collecte d'information administrative au niveau des secteurs clés : caisse, enregistrement, laboratoire, pharmacie, imagerie.
- Améliorer la prise en charge des patients en attente en instaurant une meilleure gestion de l'accueil et de la file par un processus de dispatching approprié à la disponibilité du soin ou du service et par des activités de formation audio visuelle.

### ***Avantages***

- Augmentation de la productivité et du rendement.
- Meilleure qualité des soins et des services.
- Satisfaction des employés du fait de la meilleure prise en charge.

- Feed-back positif des patients et amélioration de la fréquentation.

### ***Inconvénients***

- Selon Herzberg, les facteurs dits d'hygiène de vie ou extrinsèques, sont associés aux sentiments négatifs qu'éprouve un individu envers son emploi.
- Si la régulation centrale ou départementale n'est pas forte, les responsables risquent de manquer de moyen de coercition.

### ***Faisabilité***

- Technique : concerne les formations.
- Organisationnelle : possible dans les limites de la régulation et du leadership.
- Economique et financière : la satisfaction des réquisitions dépendra de la caisse et du budget de fonctionnement du CHUSO. La formation des cadres réclamera aussi un budget, le support logistique aux animations (TV, vidéo, cassettes, matériel d'IEC).
- Socioculturelle et éthique : respect des droits des patients et de la liberté professionnelle des employés.

## **3) LES CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL**

### ***Propositions***

- Améliorer la sécurité au travail dans ses différentes composantes.
- Renforcer le soutien de la Direction du centre au personnel par la communication, la gestion participative et la supervision dans son double aspect d'encadrement et de contrôle.
- Encourager l'apprentissage continu.
- Nommer des responsables capacités en planification et gestion au niveau des secteurs clés tels laboratoires, imagerie, pharmacie et aux différentes urgences.

### ***Avantage***

- Ces facteurs sont facilitateurs extrinsèques de la motivation.

### ***Faisabilité***

- Organisationnelle : possibilité d'affectation et de nomination aux postes de responsabilité.
- Economique et financière : augmentation de salaire dans les limites des disponibilités salariales étatiques.
- Socioculturelle et éthique : respect du type de travail par rapport aux capacités individuelles.

## **4) LES CARACTERISTIQUES DU TRAVAILLEUR**

### ***Propositions***

Elles vont dans le sens des attentes et besoins de la catégorie de personnel à estimation haute, tels les médecins et les cadres administratif et financier.

- Renforcer les possibilités de développement personnel en fournissant la possibilité de formation continue et en définissant en équipe clairement les objectifs à atteindre.
- Développer la satisfaction au travail en établissant un système de reconnaissance pour le travail accompli et les réalisations, en créant un système de participation plus active aux prises de décision, en instaurant de nouveaux systèmes d'évaluation et d'encouragement du personnel au travail.
- Etablir clairement, en matière de relations de travail, la transparence dans les rapports, le respect d'autrui, la hiérarchie professionnelle et l'esprit d'entraide.

#### ***Avantages***

- Ce sont des facteurs déterminants de la motivation, voire intrinsèque.
- Ces facteurs sont réclamés par les cadres du centre.
- Ils sont applicables sans délai.

#### ***Inconvénient***

- Leur réussite va dépendre de la capacité des dirigeants à apporter une réponse à ces attentes par leur leadership, leur esprit d'ouverture.

#### ***Faisabilité***

- Organisationnelle : Dépend du vouloir des dirigeants de planifier et d'exécuter les projets de collaboration et de formation, et de la disponibilité effective des employés.
- Economique et financière : Toute formation continue ou ponctuelle devra trouver un financement.
- Socioculturelle et éthique : Ne devrait pas rencontrer des problèmes majeurs si elle va dans le sens de la motivation tout en respectant les libertés individuelles propres à chacun des membres.

### **6.3 Synthèse et priorisation des solutions retenues**

La synthèse de toutes ces solutions nous mène au résultat suivant :

- Solution n° 1 : amélioration des conditions de travail des agents ;
- Solution n° 2 : la formation continue ;
- Solution n° 3 : amélioration du style de management du centre.

Elle a été faite par les principaux responsables du centre en se servant les outils présentés dans ce chapitre. Après deux réunions pour l'analyse des causes et des solutions avec le personnel de la Direction, les causes ont été validées et les solutions choisies. Au total de 10 personnes ont participé à la notation.

Les critères suivants (*tableau XIV*) nous ont permis de retenir les solutions :

**TABLEAU XIV : matrice des critères de priorisation des solutions**

CRITERES	DEFINITION	COTATION		
		Grande	Moyenne	Faible
Soutien	Acceptation de la solution par les agents	5	3	1
Efficience	Impact sur la réussite des activités	5	3	1
Terme	Temps pour la mise en œuvre (12 mois)	5	3	1
Faisabilité	Disponibilité financière	5	3	1

Après un brainstorming pour la proposition de solutions possibles et une hiérarchisation des solutions en fonction des critères retenus, les résultats sont présentés au *tableau XV* ci-après :

**TABLEAU XV : matrice de la priorisation des solutions**

Solutions	Critères				Score	Rang
	Soutien	Efficience	Terme	Faisabilité		
Amélioration des conditions de travail	50	46	34	30	160	2 <sup>ème</sup>
Formation continue	48	42	36	26	152	3 <sup>ème</sup>
<b>Amélioration du style de management</b>	<b>50</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>50</b>	<b>196</b>	<b>1<sup>re</sup></b>

La solution retenue est « **l'amélioration du style de management de l'hôpital** » car ayant obtenu le meilleur score.

#### 6.4 Justification du choix de la solution prioritaire

La reconstruction ou l'aménagement des locaux sont certes efficaces et seraient bien appréciées par le personnel. Mais c'est un processus lent de démarches ou d'activités génératrices de fonds indisponibles à moyen terme, d'où perte de l'effet psychologique de satisfaction. Cette solution ne peut être envisagée qu'à long terme.

Notre étude a montré que les différents responsables des directions, des départements et des services médecins ont quasiment abandonné l'encadrement de leurs agents en corolaire au défaut de management malgré l'existence d'un fort potentiel humain de cadre. Le choix de renforcer le style de management va prendre en compte indirectement l'encadrement des agents par la formation continue dans le centre. Donc la formation et la sensibilisation viennent à point nommé pour toucher le personnel médical mais les cadres militaires garant de l'efficacité de leurs hommes.

## **CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION**

Dans ce chapitre, nous allons procéder à la conception des différentes stratégies et activités permettant l'opérationnalisation de la solution.

### **7.1 Enjeux**

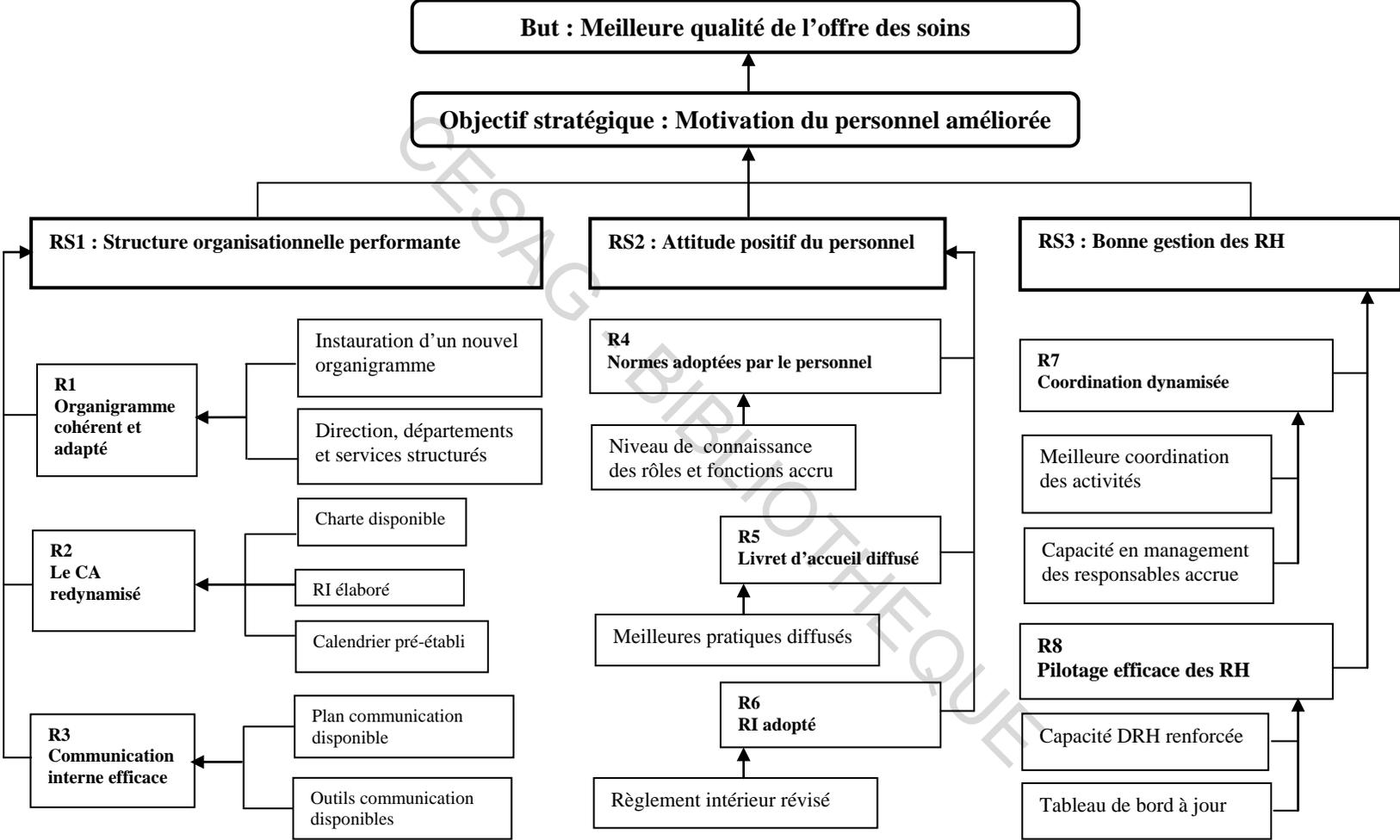
- L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins ;
- Une plus grande intégration du centre dans la communauté ;
- Une régulation valable au fonctionnement du centre.

### **7.2 Objectifs du projet**

- **But**  
Contribuer au maintien d'une qualité des soins au sein du CHUSO.
- **Objectif général**  
Améliorer la motivation des ressources humaines du CHUSO.
- **Objectifs spécifiques**
  - Renforcer la structure organisationnelle d'ici 3 mois ;
  - Créer des mécanismes de responsabilisation et de délégation de pouvoir d'ici 6 mois ;
  - Assurer des normes internes en personnel dans les services d'ici 6 mois.

### **7.3 Cadre stratégique**

**FIGURE 7 : cadre stratégique**



#### 7.4 Cadre logique

Le cadre logique décrit les activités à mener pour atteindre les objectifs ainsi que les buts dans une séquence cohérente et facile à comprendre. Les éléments doivent se dérouler selon les séquences suivantes :

- si les moyens sont disponibles, on peut entreprendre les activités et grâce aux activités réalisées les résultats attendus devraient être atteints si les conditions critiques sont levées ;
- les résultats obtenus doivent contribuer à la réalisation des objectifs spécifiques ;
- si les conditions critiques sont évitées là aussi, nous devrions nous attendre à atteindre l'objectif général ;
- l'objectif général avec l'apport des autres projets du centre contribueront à la finalité que constitue la préservation de la santé de la population par l'amélioration de la qualité des soins au CHUSO.

**TABLEAU XVI : matrice du cadre logique**

<b>Logique d'intervention</b>	<b>Indicateurs objectivement vérifiables</b>	<b>Moyens de vérification</b>	<b>Conditions critiques</b>
<b>But</b> Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins	CHUSO correctement fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PV d'enquête de satisfaction</li> </ul>	
<b>Objectif général</b> Contribuer à l'amélioration de la motivation du personnel du CHUSO	Pourcentage du personnel satisfait de la politique de motivation du CHUSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PV d'enquête</li> <li>• PV de sondage</li> </ul>	Adhésion des parties prenantes
<b>Objectifs spécifiques</b>			
OS1 : Renforcer la structure organisationnelle	Existence d'une structure organisationnelle performante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport annuel d'activités</li> </ul>	Adhésion et implication des parties prenantes
OS2 : Assurer des normes internes en personnel dans les services	Meilleures pratiques diffusées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents de travail</li> </ul>	
OS3 : Créer des mécanismes de responsabilisation et de délégation de pouvoir	Bonne gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notes de service</li> </ul>	
<b>Extrants ou Résultats</b>			
R1 Organigramme mis en place	Un organigramme est conçu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Note de service du nouvel organigramme</li> <li>• Affichage de l'organigramme</li> </ul>	
R2 Conseil d'administration redynamisé	Nombre de sessions tenues	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PV de session</li> </ul>	
R3 Communication interne efficace	Le personnel est informé de la nomination d'un chargé de communication	Note de service de nomination du chargé de communication	
R4 Les normes sont mises en place	Normes élaborées	Document des normes	
R5 Le livret d'accueil est élaboré et distribué à tous les agents	Le livret est disponible	PV d'enquête	
R6 Le nouveau RI mis en place	RI révisé	Note de service du CA	

R7 Coordination des activités dynamisée	Le chronogramme des réunions élaboré	<ul style="list-style-type: none"> <li>Note de service de la direction</li> <li>Note de service des Chefs service</li> </ul>	Adhésion de la direction, chef départements et des chefs services
R8 Suivi et évaluation réalisés	Nombre de réunions de suivi Nombre d'évaluation mené	Rapports d'activités Rapports d'évaluation	
<b><u>Intrants ou activités</u></b>			
A1.1 Recensement de toutes les activités du centre	Toutes les activités du centre recensées	Rapport annuel d'activités	Disponibilité des chefs d'unités, chefs services et directions
A1.2 Regroupement des activités relevant du même domaine	Les groupes d'activité identifiés	Répertoires des groupes d'activités	
A1.3 Entretien avec la Direction pour une première ébauche d'organigramme	Réunion tenue	PV de réunion	
A1.4 Réunion avec les chefs services pour proposer le nouvel organigramme	Réunion tenue	PV de réunion	
A1.5 Séance de travail avec la direction pour finaliser l'organigramme	Séance de travail tenu	PV de réunion	
A1.6 Nomination des différents responsables des services non mis en place	Tous les chefs d'unité sont nommés	Note de nomination	
A1.7 Affichage de l'organigramme dans les différentes unités	Un organigramme affiché par service	Affiches d'organigramme diffusées	
A1.8 Elaborer des différents organigrammes pour les directions et les départements	Les organigrammes des directions et départements affichés par service	Note de service Affiches d'organigramme diffusées	
A2.1 Préétablir le calendrier de réunions annuelles du CA	4 sessions par an	PV de réunion	
A2.2 Elaborer une charte des administrateurs	Charte des administrateurs élaborée	Arrêté de décision	Participation des administrateurs
A2.3 Elaborer un règlement intérieur pour le	CA doté d'un règlement intérieur	Arrêté de décision	

CA			
A3.1 Tenue d'une réunion d'explication de la démarche entre le DG et les différents chefs de services	Réunion tenue	PV de réunion	
A3.2 Nomination du chargé de la communication	Un agent est nommé	Note de service	
A3.3 Diffusion de la note de service nommant le chargé de la communication	Tous les agents sont informés	PV de sondage	
A3.4 Séances de travail avec le DG et chargé de la communication sur l'utilisation des outils de communication	Séances tenues	Documents de travail	
A3.5 Conception et mise en place de deux boîtes à idées (suggestions)	2 boîtes à idées mises en place	Présence physique de l'outil	
A3.6 Elaboration d'un plan de communication interne	Plan de communication interne élaboré	Document validé du plan de communication	
A4.1 Elaboration des fiches de postes ou de fonctions dans tous les services	Fiches de postes élaborés	Répertoire des fiches de poste	
A4.2 Organisation des réunions d'élaboration des normes en personnel du CHUSO	Réunions tenues	Rapport de réunions	
A4.3 Mise à disposition de la DRH de 2 assistants en DRH	Nombre d'assistant en DRH	Note de service	
A4.4 Acquisition pour la DRH, 03 armoires pour dossiers individuels	Nombre d'armoire acquis	Bordereau d'attribution	Disponibilité de ressources financières
A5.1 Elaboration du livret d'accueil (LA)	Livret d'accueil élaboré	Draft du livret d'accueil	
A5.2 Edition et distribution du LA	Livret édité et distribué	PV de sondage	
A5.3 Elaboration d'une brochure du LA	Brochure élaborée	Document de conception	
A5.4 Edition et distribution des brochures du LA	Brochure édité et distribué	PV de sondage	

A6.1 Révision du règlement intérieur (RI)	Règlement intérieur révisé	Note de service du CA	
A6.2 Edition et distribution du RI	RI édité et distribué	PV de sondage	
A7.1 Tenir un conseil de direction par trimestre	Nombre de conseil de direction tenu	PV de conseil de direction	Implication et disponibilité de la direction, des chefs d'unités, chefs services et chefs de direction
A7.2 Tenir une réunion du comité de direction par mois	Nombre de réunions de comité tenues	PV de réunion du comité de direction	
A7.3 Tenir une réunion de direction ou du département une fois par mois	Nombre de réunions de direction tenues	PV de réunion de direction ou de département	
A7.4 Tenir une réunion de la CMC par trimestre	Nombre de réunions de la CMC tenues	PV de réunion de la CMC	
A7.5Elaboration du calendrier de réunions mensuelles entre le DG et les responsables de services	Réunions tenues	Note d'information du calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité de l'équipe à amener le changement</li> <li>• résistance au changement du personnel (médecins et infirmières)</li> <li>• Disponibilité des concernés</li> </ul>
A7.6Elaboration des calendriers de réunions trimestrielles entre le DG et tout le personnel	Réunions tenues	Note d'information du calendrier	
A7.7Effectuer par chaque directeur et chef département, une réunion de coordination trimestrielle des chefs services	Nombre de réunions tenues	PV de réunion	
A7.8Effectuer par chaque chef service, une réunion de coordination trimestrielle des agents	Nombre de réunions tenues	PV de réunion	
A7.9Former les directeurs, chefs départements et chefs de services en management des organisations	Pourcentage de responsables formés	Rapport de formation	Disponibilité des concernés
A8.1 Produire semestriellement des indicateurs de suivi et d'évaluation des RH (charge de travail, taux d'absentéisme, ratio de productivité, etc.)	Nombre de rapport	Rapports d'activités semestrielles de la GRH	
A8.2Evaluation à mis parcours	Evaluation à mis parcours réalisé	Rapport d'évaluation à mis parcours	Disponibilité de ressources financières
A8.3Evaluation finale	Evaluation finale réalisée	Rapport d'évaluation finale	

## **CHAPITRE VIII : LA MISE EN ŒUVRE**

Elle pourra se faire avec l'établissement et l'exécution du plan d'action élaboré que voici.

### **8.1 Modalités de son implantation**

Il s'agit de mobiliser les ressources en vue d'accomplir les objectifs. Cela comprend une séquence d'activités et la prévision du comment ces activités et services seront mis en place.

« Le plan altère les pratiques courantes de l'organisation. La mise en œuvre introduit un processus de changement dans l'organisation »<sup>41</sup>.

- Au niveau de l'environnement inter organisationnel :
  - Identifier les organisations qui sont susceptibles d'interagir avec le projet afin de réduire l'incertitude et augmenter le consensus. Ce serait le SYNPHOT local, le Ministère de la santé et les partenaires.
  - Vérifier auprès de ces organisations leur intérêt à apporter un appui au projet de stimuler la motivation au CHUSO,
  - Identifier les stakeholders (détenteurs d'enjeux) qui supporteraient ou s'opposeraient au projet,
  - Effectuer une analyse de rôles en spéculant sur les buts et intérêts des acteurs (*annexe 5*),
  - Sélectionner les stratégies qui nécessiteront un partage du pouvoir en se reposant plus sur la négociation particulièrement en matière d'application d'horaires de travail,
  - Faire un sondage de terrain pour savoir si le personnel serait prêt à s'engager dans le changement ou s'il préfère le statu quo.
- Au niveau de l'environnement interne de l'organisation :
  - Vérifier si le besoin de changement est reconnu de façon unanime,
  - S'assurer que les cadres s'impliqueront pour supporter le programme,
  - Faire participer les intéressés à la formulation et à l'application du nouveau programme,
  - Bien choisir le chef de projet ayant pour qualités l'habileté à introduire le changement, la croyance au programme et la compétence dans son introduction,
  - Simplifier au possible les procédures,

---

<sup>41</sup> Pineault R, Daveluy C. La planification de la mise en œuvre dans *La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Editions Nouvelles ; 1995 : 373-405.

- Accompagner le programme d'un plan de formation du personnel (perfectionnement ou mise à jour),
- Stimuler les habiletés requises et la motivation nécessaire.

**TABLEAU XVII : éléments organisationnels à considérer lors de la mise en œuvre<sup>42</sup>**

Au niveau de la prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le motif</li> <li>• Les sources de support</li> <li>• La participation</li> </ul>
Au niveau de la gestion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le responsable</li> <li>• Les tâches</li> <li>• La formation</li> </ul>
Au niveau de l'exécution	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les habiletés</li> <li>• La motivation</li> </ul>

## 8.2 Ordonnement des activités et tâches

Parmi les méthodes d'ordonnement, nous avons priorisé un échéancier permettant de prévoir les dates de début et de fin pour l'accomplissement des activités. C'est le diagramme de Gantt (*tableau XVIII*). Elles débutent le 1<sup>re</sup> octobre 2014 et se terminent au 30 septembre 2015. Cet échéancier prévoit une période de 2 à 3 mois de pré réalisation du projet, dite phase de développement au cours de laquelle les responsables devraient prendre en considération toutes les recommandations stratégiques sus mentionnées, particulièrement l'appréciation des conditions critiques, l'inventaire des compétences au travail et l'assurance des ressources matérielles et financières.

**TABLEAU XVIII : diagramme de Gantt**

Activités	OCT	NOV	DEC	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUL	AOUT	SEP
A1.1	x											
A1.2	x											
A1.3	x											
A1.4	x											
A1.5	x											
A1.6		x										
A1.7		x										
A1.8		x										
A2.1	x											
A2.2		x	x	x								
A2.3		x	x	x								
A3.1	x											
A3.2		x										
A3.3		x										

<sup>42</sup> Scheirer MA, *Program Implementation, the Organizational Context*. Beverly Hills, CA : Sage Publications ; 1981, 30-63.

A3.4		x										
A3.5		x	x	x								
A3.6		x	x									
A4.1				x								
A4.2				x								
A4.3	x											
A4.4	x											
A5.1				x								
A5.2				x								
A5.3				x								
A5.4				x	x							
A6.1				x	x							
A6.2					x	x						
A7.1	x											
A7.2	x			x			x			x		
A7.3			x				x			x		x
A7.4			x				x			x		x
A7.5				x								
A8.1							x					x
A8.2							x					
A8.3												x

### 8.3 Evaluation des ressources

- **Les Ressources Matérielles** comprennent des boîtes à suggestions, un vidéo projecteur, ordinateurs, imprimante, rames papiers, cartouches d'encre.
- **Les Ressources Humaines** peuvent comprendre :
  - au niveau du centre : le staff de direction, la CMC, l'ensemble des responsables du centre, les assistants sociaux, les secrétaires, un chef projet, le stagiaire du CESAG.
  - au niveau central : un cadre administratif de support au projet peut être prévu.
- **Les Ressources Financières** seront fournies sur fonds propres du centre. Le détail est porté sur le chapitre suivant à savoir le budget.

### 8.4 Plan opérationnel

**TABLEAU XIX : plan opérationnel**

Activités	Période				Responsables	Ressources			Résultats attendus		
	T1	T2	T3	T4		Financières		Matérielles		Humaines	
						Qté	C.U.	Montant			
<b>Objectif spécifique 1 : Renforcer la structure organisationnelle</b>											
<b>R1 Organigrammes mis en place</b>											
A1.1 Recensement de toutes les activités du centre	x				Stagiaire cesag	0	0	PM	Matériels didactiques	Directeurs, Chefs de départements, Chefs services, Chefs d'unités	Répertoire des activités du centre élaboré
A1.2 Regroupement des activités relevant du même domaine	x				Stagiaire cesag	0	0	PM	Matériels didactiques	Chef projet	Domaines d'activités identifiés
A1.3 Entretien avec la Direction pour une première ébauche d'organigramme	x				Stagiaire cesag	0	0	PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Chef projet	Draft du nouvel organigramme validé
A1.4 Réunion avec les chefs services pour proposer le nouvel organigramme	x				DRH Stagiaire cesag	0	0	PM	laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Service communication	Nouveau organigramme validé
A1.5 Séance de travail avec la direction pour finaliser l'organigramme	x				DRH Stagiaire cesag	0	0	PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Staff de direction	Organigramme et fiches de poste disponibles
A1.6 Nomination des différents responsables des services non mis en place	x				Directeur	0	0	PM	PM	Staff de direction	Chargé de la communication nommé
A1.7 Affichage de l'organigramme dans les différentes unités	x				Chargé de la communication	100	1 000	100 000	Matériels didactiques		Organigramme diffusé
A1.8 Elaborer des différents organigrammes pour les directions, départements	x				Directeurs, Chefs départements, Chefs services	100	1 000	100 000	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	DRH Stagiaire cesag	Organigramme et fiches de poste disponibles
<b>Total R1</b>								<b>200 000</b>			

<b>R2 Conseil d'administration redynamisé</b>											
A2.1 Préétablissement du calendrier des administrateurs	x				Président du CA	0		PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Conseil d'administration	4 sessions/an tenues
A2.2 Elaborer une charte des administrateurs	x	x			Président du CA			PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Conseil d'administration	Bonnes pratiques adoptées
A2.3 Elaborer un règlement intérieur pour le CA	x	x			Président du CA			PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Conseil d'administration	Existence du RI appliqué
<b>Total R2</b>								<b>0</b>			
<b>R3 Communication interne efficace</b>											
A3.1 Tenue d'une réunion d'explication de la démarche entre le Directeur et les différents chefs de services	x				DRH	0	0	PM	Matériel didactique	Service communication	Démarche partagée
A3.2 Nomination du chargé de la communication	x				Directeur	0	0	PM	Matériel didactique	Directeur	Chef service communication nommé
A3.3 Diffusion de la note de service nommant le chargé de la communication	x				DRH	0	0	PM	Matériel didactique	Service communication	Information de nomination diffusée
A3.4 Séances de travail avec le Directeur et le chargé de la communication sur l'utilisation des outils de communication	x				Chargé de la communication	0	0	PM		Service communication Stagiaire cesag	Utilisation efficace des outils de communication
A3.5 Conception de quatre boîtes à idées		x			Chargé de la communication	4	15 000	60 000	Service matériel, économe	Service matériel Stagiaire cesag	Boîte à suggestion mis en place
A3.6 Elaboration d'un plan de communication interne		x			Chargé de la communication			PM			
<b>Total R3</b>								<b>60 000</b>			
<b>Total OS1</b>								<b>260 000</b>			
<b>Objectif Spécifique 2 : Assurer les normes internes en personnels</b>											
<b>R4 Normes internes mis en application</b>											
A4.1 Elaboration des fiches de postes ou de fonctions dans tous les services		x			DRH			PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques		Fiches de poste disponibles
A4.2 Organisation des réunions d'élaboration des normes en personnel du		x			DRH			PM	Laptop, vidéo projecteur,	DRH, comité de direction	Normes élaborées

CHUSO									matériels didactiques			
A4.3 Mise à disposition de la DRH, 02 assistants en DRH	x				Directeur			PM	PM	Comité de direction	RH en DRH renforcé	
A4.4 Acquisition pour la DRH, de 03 armoires pour dossiers individuels	x				Directeur	3	500 000	1 500 000		Econome, service du matériel	Dossiers personnel sécurisé	
<b>Total R4</b>								<b>1 500 000</b>				
<b>R5 Livret d'accueil élaboré et distribué</b>												
A5.1 Elaboration du livret d'accueil	x				DRH Stagiaire cesag				PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Staff direction, CMC, Syndicat	Livret d'accueil disponible
A5.2 Edition et distribution du LA		x			Chargé de communication	1 000	1 000	1 000 000		Matériel didactique	Service communication	Livret d'accueil diffusé
A5.3 Elaboration d'une brochure du LA		x			DRH				PM			Brochure disponible
A5.4 Edition et distribution des brochures du LA		x			Chargé de communication	2 000	300	600 000			Service communication	Brochures distribuées
<b>Total R5</b>								<b>1 600 000</b>				
<b>R6 Nouveau règlement intérieur mis en place</b>												
A6.1 Révision du règlement intérieur		x			Directeur				PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Staff direction, CMC, Syndicat, personnel	Nouveau règlement intérieur disponible
A6.2 Edition et distribution du RI		x			Chargé de communication	1 000	1 000	1 000 000		Matériel didactique	Econome, chargé communication	Document du RI disponible
<b>Total R6</b>								<b>1 000 000</b>				
<b>Total OS2</b>								<b>4 100 000</b>				
<b>Objectif spécifique 3 : Créer des mécanismes de responsabilisation et de délégation de pouvoir</b>												
<b>R7 Coordination des activités dynamisée</b>												
A7.1 Tenir un conseil de direction par trimestre	x	x	x	x	Directeur				PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Equipe de direction	
A7.2 Tenir une réunion du comité de direction par mois	x	x	x	x	Directeur				PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Equipe de direction	
A7.3 Tenir une réunion de direction ou	x	x	x	x	Responsables				PM	Laptop, vidéo	Equipe de	

du département une fois par mois					de direction, Chef département				projecteur, matériels didactiques	direction	
A7.4 Tenir une réunion de la CMC par trimestre	x	x	x	x	Président du CMC			PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Membre CMC	
A7.5 Elaboration du calendrier de réunions mensuelles entre le DG et les responsables de services	x				Directeur	1		PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Staff DG, chefs services	Partage des résultats d'activités
A7.6 Elaboration des calendriers de réunions semestrielles entre le DG et tout le personnel	x	x	x	x	Directeur	4	0	PM	laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Staff DG, personnel	Partage des résultats d'activités
A7.7 Effectuer par chaque directeur et chef département, une réunion de coordination trimestrielle des chefs services	x	x	x	x	Responsables dedirection et chefs départements	4	0	PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Directeurs, Chefs de départements, personnel	Partage des résultats d'activités
A7.8 Effectuer par chaque chef service, une réunion de coordination trimestrielle des agents	x	x	x	x	Chefs services	4	0	PM	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	Chefs services, personnel	Partage des résultats d'activités
A7.9 Former les directeurs, chefs départements et chefs de services en management des organisations		x			DRH	20	155 690	3 113 800	Laptop, vidéo projecteur, matériels didactiques	2 formateurs, directeurs, chefs départements, chefs services	Responsables capacités en management des organisations
<b>Total R7</b>								<b>3 113 800</b>			
<b>R8 Suivi et évaluation réalisées</b>											
A8.1 Produire semestriellement des indicateurs de suivi et d'évaluation des RH		x		x	DRH	1	0	PM	Document support, laptop, vidéoprojecteur,	Chef de projet	Suivi de la productivité
A8.2 Evaluation à mis parcours		x			Chef de projet	1	0	PM	Support de cours, laptop, vidéoprojecteur,	Chef projet, un gestionnaire	Appréciation du projet par le Directeur
A8.3 Evaluation finale				x	Chef de projet	1	0	PM	Document support, laptop, vidéoprojecteur	Chef de projet	Appréciation du projet par le CA
<b>Total R8</b>								<b>0</b>			
<b>Total OS3</b>								<b>3 113 800</b>			
<b>TOTAL</b>								<b>7 473 800</b>			

## 8.5 Budgétisation

**TABLEAU XX : budgétisation**

Activités	Rubriques	Qté	Nbre jours	P.U.	Montant	Sous total
A1.7	Poster organigramme général	100	1	1 000	100 000	100 000
A1.8	Poster organigramme des direction et départements	100	1	1 000	100 000	100 000
A3.5	Confection de boîte à idées	4	1	15 000	60 000	60 000
A4.4	Achat d'armoires	3	1	500 000	1 500 000	1 500 000
A5.2	Edition du livret d'accueil	1000	1	1 000	1 000 000	1 000 000
A5.3	Edition de brochures du livret d'accueil	1000	1	1 000	1 000 000	1 000 000
A6.2	Edition et distribution du règlement intérieur	1000	1	1 000	1 000 000	1 000 000
A7.9	Papier flip chart	1		5 000	5 000	3 113 800
	Marqueurs	6		800	4 800	
	Bloc note	20		2 000	40 000	
	Stylos	20		200	4 000	
	Classeur	20		500	10 000	
	Pause café	40	5	1 000	200 000	
	Repas	22	5	5 000	550 000	
	Perdiems des participants	20	5	20 000	2 000 000	
	Honoraire des formateurs	2	5	25 000	250 000	
PEC formateurs	2	5	30 000	300 000		
<b>TOTAL</b>						<b>7 873 800</b>
IMPREVUS (5%)						393 690
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>8 267 490</b>
<b>LE BUDGET ANNUEL EST ARRETE A LA SOMME DE : huit million deux cent soixante sept mille quatre cent quatre vingt dix FCFA</b>						

## **CHAPITRE IX : SUIVI ET EVALUATION**

Le projet sera évalué à mi-parcours et à la fin. La mise en œuvre, l'échéancier, les résultats seront suivis. Les conditions critiques et les contraintes seront prises en compte. Les expériences négatives qui peuvent survenir seront relevées et retenues.

### **9.1 Suivi**

Le suivi est un processus continu par le contrôle, l'analyse des progrès tout en fournissant les preuves. Concernant le programme, nous avons décidé à l'unanimité de faire un monitoring du plan d'action que nous avons élaboré. En effet, le monitoring des activités essentielles qui sont sur notre plan d'action se fera à travers les réunions mensuelles du Directeur et sur le GANTT réalisé qui servira de tableau de bord. Ainsi chaque mois le bilan des activités exécutées sur le nombre d'activités prévues est précisé sur le PV de la réunion avec :

- le nombre d'activités terminées à temps ;
- le nombre d'activités terminées en retard ;
- le nombre d'activités terminées en avance ;
- le nombre d'activités en cours à temps ;
- le nombre d'activités en cours en retard ;
- le nombre d'activités en cours en avance ;
- le nombre d'activités planifiées à temps ;
- le nombre d'activités planifiées en retard ;
- et pour chaque activité donner le niveau de satisfaction par la mesure des indicateurs déjà définis et précisés dans les rapports d'activités.

Ce bilan nous permet d'avoir une vision synoptique de nos réalisations, mais surtout de déceler les problèmes et d'avoir une situation mensuelle des activités en retard. Après cela, il faudra trouver les raisons et apporter des actions correctives afin de palier ce retard. Il est aussi important de tirer les enseignements pour la future planification.

Les acteurs du suivi sont :

- par le Directeur à travers l'interpellation des différents responsables sur l'état d'exécution de leurs activités lors des réunions du conseil de direction ou du comité de direction ;
- par tous les responsables des activités répertoriés dans le présent plan d'actions qui doivent s'assurer de l'exécution effective de leurs activités ;
- par le directeur du contrôle interne qui dresse un rapport trimestriel de l'exécution du plan d'actions ;

- par tous les directeurs, chefs de départements et de services à travers les supervisions qui relèvent des attributions normales de tout responsable.

## 9.2 Evaluation

Pour l'évaluation, deux activités à visée évaluative sont prévues dans le plan opérationnel :

- ***une évaluation à mi-parcours***

C'est une évaluation formative pendant l'exécution de notre programme et notre objectif ici sera d'apprécier les progrès réalisés, de tirer les conclusions initiales pour la gestion du programme et de faire des recommandations applicables à la période restante. Les **indicateurs objectivement vérifiables** et les **moyens de vérification** sont précisés dans le cadre logique (*tableau XVI*).

- ***une évaluation rétrospective ou ex-post***

C'est une évaluation récapitulative qui sera conduite à la fin du plan d'action annuel. Notre but ici sera de comprendre les facteurs d'échec ou de succès, d'évaluer l'issue, l'impact et la durabilité des résultats et de tirer les résultats en vue d'interventions analogues dans l'avenir. Un atelier est prévu en fin décembre 2015 pour faire cette évaluation.

Les acteurs de l'évaluation concernent :

- par le Conseil d'administration lors des sessions ;
- par le Président du Conseil d'administration lors de ses séjours statutaires ;
- par le Directeur à travers les évaluations à mi-parcours et finale.

## **RECOMMANDATIONS**

Elles concernent tout ce qui est utile à la réussite du projet, à sa continuité et à sa reproduction.

### **1. A court terme, il faudra :**

#### **• A l'endroit de la Direction**

- Améliorer la communication au sein de l'hôpital  
En usant des cadres de concertation évoqués plus haut pour faciliter l'accès aux informations (partage des informations administratives, présentation des performances de l'hôpital). Ces cadres de concertation serviront de tremplin pour le monitoring des performances.
- Elaborer un système d'appréciation de la performance  
L'hôpital étant engagé dans le processus d'accréditation hospitalière, le staff de direction devrait réfléchir à l'élaboration d'une grille d'évaluation des performances des ressources humaines en s'inspirant du modèle de l'accréditation hospitalière.
- Améliorer la jouissance des avantages sociaux  
Pour renforcer le sentiment d'appartenance et améliorer les relations interpersonnelles, il faudrait organiser des sorties de groupe et des réjouissances populaires à des occasions solennelles. Il faudrait aussi créer l'émulation au sein du personnel en récompensant le personnel performant à la fin de chaque année.

#### **• A l'endroit des chefs des départements et des services**

- Renforcer la participation du personnel à la prise de décision  
En créant des cadres de concertation susceptibles de générer des idées novatrices. Ces cadres de concertation devront d'abord être mis en place dans les départements et services dont les responsables seront chargés de remonter les idées collectées au staff de direction.

#### **• A l'endroit du personnel**

- Respecter les règles et les règlements régulant le fonctionnement de l'hôpital ;
- Développer une véritable culture organisationnelle.

## 2. A moyen terme, il faudra :

### • A l'endroit de la Direction

- Améliorer les performances de gestion

Il faudra, dans un premier temps, faire un diagnostic organisationnel qui permettra de concevoir un organigramme avec définition des rôles, responsabilités et des fiches de postes. En deuxième temps, élaborer et mettre en œuvre les procédures administratives, financières et comptables. Puis en troisième temps, élaborer un projet d'établissement du l'hôpital dont la mise en œuvre nécessite un renforcement des capacités de planification et de gestion des responsables des services.

- Améliorer la planification et la mise en œuvre de la formation continue

Pour cela, il faut mettre en place un bureau en charge de la formation continue qui devrait avec l'appui des personnes ressources du Ministère de la santé, élaborer un plan stratégique de formation continue. Ce plan devra prendre en compte les besoins de formation du personnel et rendre plus visibles les critères de formation. Il devra aussi identifier des formateurs disponibles et négocier avec eux le programme de formation élaboré au début de chaque année.

- Instaurer une politique de motivation diversifiée

La première motivation demeure l'existence de bonnes conditions de travail. L'enquête nous a montré et à l'unanimité que toutes les catégories professionnelles confondues attestent qu'ils ne disposent pas des moyens nécessaires pour accomplir leur travail. La politique de motivation malgré tous les moyens qui y sont déployés, n'agrée pas la plupart du personnel.

L'aspect financier présente des défaillances car ne respectant pas les délais de paiement, les charges étant trop lourdes pour l'hôpital. Le CHUSO gagnerait à promouvoir des assises autour du label : « une politique de motivation au service de l'hôpital ». Il faudra beaucoup d'audace face aux inerties, et une gestion transparente pour propulser ce chantier, dont l'ouverture demeure une nécessité.

### • A l'endroit du Ministère de la santé

- Améliorer les facteurs d'hygiènes

Le premier élément concerne l'environnement du travail. Pour l'améliorer, il faudrait améliorer l'entretien de l'infrastructure hospitalière, la gestion des déchets biomédicaux et réduire la nuisance sonore. Les effectifs du personnel devraient être adaptés aux besoins sur la base d'un plan d'effectif soumis à la direction des ressources humaines du ministère de la santé. Le matériel de travail devrait

également être renouvelé, et l'infrastructure réhabilitée pour la rendre commode au confort du personnel et aux normes actuels (reconstruction de l'hôpital sur le même site ?).

- Elaborer un plan de développement des carrières

L'existence d'un plan de carrière au CHUSO demeure assez floue. Elle n'est pas partagée, ni ressentie par l'ensemble du personnel. Le plan de carrière indique la succession des postes permettant à l'agent d'acquérir une qualification croissante et promotionnelle. Le plan de carrière influence positivement la loyauté, instaure une saine émulation, de la considération, réduit les risque de sous utilisation et de blocage.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **CONCLUSION GENERALE**

Notre mandat de vouloir renforcer la motivation du personnel au CHUSO, centre étatique, relève d'un défi sur la possibilité d'introduire un changement institutionnel majeur dans une organisation publique de santé.

Au cours de notre étude sur le CHUSO, nous avons diagnostiqué un grave dysfonctionnement du centre imputable à un manque de motivation. Cette présomption a été mise à l'épreuve de l'éclairage des notions académiques, puis soumise à celle des techniques d'analyse. Beaucoup d'indications, nôtres et autres, convergent vers le problème de la motivation comme l'un des facteurs fondamentaux du malaise institutionnel et du mal être de son personnel. Nous avons relevé aussi des pistes de résolution du problème, parfois sur la recommandation même du personnel. C'est pourquoi nous avons priorisé un petit groupe d'interventions motivantes, condensés en une option prioritaire, qui ne rencontrent pas de difficulté particulière pour sa mise en œuvre.

Malgré les efforts consentis au cours de ses dernières années par l'Etat togolais pour l'amélioration des conditions de vie des agents de la santé, les besoins primaires restent encore insatisfaits notamment les conditions de travail, la formation continue et la rémunération. Afin d'améliorer l'état de santé de la population togolaise, il s'avère prioritaire et sans délais que l'Etat prenne en compte ces trois entités.

Dans le contexte national actuel, la résolution du problème de la motivation dans les institutions de santé au Togo restera inséparable de la nécessaire et vitale réforme hospitalière et de l'amélioration de son statut.

## **SOURCES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Bevort, Annette Jobert, Michel Lallemer, Armand Mias (Dir), *Dictionnaire du travail*. Paris : Presses universitaires de France, collection « Quadrige dicos poche » ; 2012 : 880p.
2. Gilson L, Palmer N, Schneider H. Trust and health worker performance : exploring a conceptual framework using South African evidence. *Social Science & Medicine*. 2005,61:1418-1429.
3. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *The Lancet* 2005, 366: 1026-1035.
4. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation : a conceptual framework. *Social Science & Medicine*. 2002,54:1255-1266.
5. Henri Moët. *L'entreprise au service de l'homme*. Paris : La pensée Universelle ; 1982 p. 247.
6. Résultats définitifs du quatrième RGPH de 2010.
7. MICS 3 et 4, Enquête Step-Wise 2010.
8. Rapport sur l'APD, Togo, août 2010.
9. Rapport du PNUD, rédigé dans le cadre de la préparation du forum du DRSP II, Décembre 2011.
10. DSRP II, décembre 2011. Etat des lieux de la situation socio-économique du Togo de 2008 à 2011, présenté au cours du forum national d'orientation du DSRP II, décembre 2011.
11. Enquête QUIBB-Togo, 2006.
12. Profil en ressources humaines pour la santé du Togo. Direction des Ressources Humaines, Ministère de la santé du Togo, 31 mai 2012.
13. En 1884, à Anèho, le docteur allemand Auguste Wicke construit le premier hôpital dénommé « hôpital Nachtigal ».
14. Kouzan Komlan. Le centre hospitalier universitaire de Lomé-Tokoin, cinquante ans après l'indépendance du Togo (1960-2010) in Gayibor Nicoué Théodore, ed.

*Cinquante ans d'indépendance en Afrique subsaharienne et au Togo*. Paris : l'harmattan ; 2012 : 209-236.

15. Décret n°71-184 du 12 octobre 1971, portant transformation du CNH en CHU de Lomé. Journal officiel de la République du Togo, 1971.
16. Décret du 28 janvier 1967, signé par Cl. K. Dadjo. Journal officiel de la République du Togo du 1<sup>er</sup> mars 1967.
17. Décret n°71-184 du 12 octobre 1971, portant transformation du CNH en CHU de Lomé. Journal officiel de la République du Togo, 1971.
18. Picoche J. *Dictionnaire étymologique du français, Le Robert*. Bruxelles : Ducolot ; 2002 : p.1064.
19. Poulet B. *Les outils du manager*. Paris : Demos Editions ; 2005 : p.190.
20. Hellriegel D, Slocum JW. *Organizational behavior*, 10<sup>th</sup> edition, 2004.
21. Batonon Lisette MH. La motivation dans la Fonction publique béninoise. Mémoire de fin de cycle. Cotonou : ENA ; 1996, p.71.
22. Roussel P. (2000). *La motivation au travail - concept et théories*, note de recherche du Lirhe, Toulouse, n°326.
23. Sékiou, Blondin, Fabi, Bayad, Peretti, Alis, Chevalier. *Gestion des ressources humaines*, 2<sup>ème</sup> édition. Bruxelles : De Boeck Université ; 2007 : p.411.
24. Le Saget M. (2006). *Le manager intuitif : une nouvelle force* (2<sup>ème</sup> édition). Paris : Dunod ; 2006 : 269p.
25. Morin EM, Rondeau A. La Motivation in Morin EM, Rondeau A, eds. *Psychologies au travail*. Montréal : Gaëtan Morin ; 1996 : 535-552.
26. Houtoukpé André. Problèmes de motivation du personnel soignant en milieu rural au Bénin. Mémoire DSGS. Dakar : CESAG ; 1994, p. 103.
27. Bruce Anne, Peptone James S. *Motiver ses collaborateurs*. Paris : Editions Maxima ; 2002 p. 210.
28. Boni Alpha Ali. Diagnostic de la fonction personnel du Centre de traumatologie et d'orthopédie de Dakar. Mémoire DSGS. Dakar : CESAG ; 1994, p. 110.
29. Terry GR, Franklin SG. *Les principes du management*. Paris : Economica, 1985.
30. Taylor FW. *La direction scientifique des entreprises*. Paris : Marabout, 1911.

31. DISER, Ministère de la santé du Togo, Principaux indicateurs de santé au Togo, 2012.
32. Péretti JM. *Ressources humaines et gestion des personnes*. Paris : Vuibert, 1977.
33. Von Vultee PJ, Arnetz B. The impact of management programs on physicians' work environment and health. A prospective, controlled study comparing different interventions. *J Health Organ Manag* 2004 ; 18 : 25-37.
34. Mc Gregor D. *La dimension humaine dans l'entreprise*. Paris : Gauthier-Villars, 1971.
35. Xirasagar S, Samuel ME, Curtin TF. Management training of physician executives, their leadership style and care management performance : an empirical study. *Am J Manag Care* 2006 ; 12 : 765-72.
36. Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Hjortdahl P. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals : relevance for micro unit culture. *Hum Res Health* 2006 ; 4 : 3.
37. Guichard J, Huteau M. *Psychologie de l'Orientation*. Paris : Dunod, 2004.
38. Bujold C, Gingras M. *Choix professionnel et développement de carrière*. Paris : Gaëtan Morin, 2000.
39. Jameson C. Helping people change : the magic of motivation. *J Okla Dent Assoc* 2003; 94 : 16-29.
40. Quoniam N, Bungener C. Les théories psychologiques de la motivation. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillissement* 2004 ; 2 : 7-18.
41. Pineault R, Daveluy C. La planification de la mise en œuvre in Pineault R, Daveluy C, eds. *La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Editions Nouvelles ; 1995 : 373-405.
42. Scheirer MA, *Program Implementation, the Organizational Context*. Beverly Hills, CA : Sage Publications ; 1981 : 30-63.

## ANNEXES

### Annexe 1 : guide d'interview avec le Directeur

- 1) D'une manière générale, êtes-vous satisfaite du fonctionnement du centre ?
- 2) Si non, pouvez-vous en établir les causes du dysfonctionnement ?
- 3) Quelles seraient les causes principales du problème de la sous-fréquentation du CHUSO par la population ?
- 4) Les employés en sont-ils conscients ?
- 5) Font-ils le rapport entre leur absence ou retard avec le dysfonctionnement de leur institution ?
- 6) Que proposent-ils pour améliorer la situation ?
- 7) Y a t-il un esprit d'appartenance à une institution ?
- 8) Sont-ils contents de venir travailler au centre ?
- 9) A quoi doit s'attendre un employé irrégulier ?
- 10) Les règlements gérant le fonctionnement administratif du centre sont-ils connus de tous ?
- 11) Quelle est la cause principale de l'irrégularité ?
- 12) Quelle catégorie de personnel présente le plus ce problème ?
- 13) Y a t-il une raison particulière à cela ?
- 14) Comment gérez-vous ce problème ?
- 15) Le personnel craint-il l'application des règlements de votre part ?
- 16) Qu'avez-vous déjà fait pour tenter d'améliorer la motivation du personnel ?
- 17) Quelles ont été les résultats obtenus ?
- 18) Quelle catégorie de personnel qui avait le mieux répondu ? Et pourquoi ?
- 19) Quelle catégorie de personnel avait le moins répondu ? Et pourquoi ?
- 20) Est-ce que le centre est sous fréquenté par les patients ? Si oui, pourquoi ?
- 21) Est-ce cela a un rapport avec l'irrégularité du personnel ?
- 22) Quelles sont les caractéristiques particulières de votre personnel ?
- 23) Est-ce vous pensez que la présence satisfaisante de tout le personnel aux heures de fonctionnement normal est une utopie ?
- 24) Si tout le personnel est présent, est-ce que cela va améliorer la performance ?
- 25) Quels incitatifs peut-on prévoir pour encourager le personnel ?
- 26) Comment apprécier l'amélioration de la performance du personnel ?
- 27) Comment améliorer les conditions locales de travail ?
- 28) Si les conditions locales de travail sont améliorées est-ce que le personnel sera plus motivé ?
- 29) Comment recrute-t-on le personnel ? Avez-vous une influence sur le choix du personnel ?
- 30) Est-ce que le niveau central vous aide à gérer le centre ?
- 31) Quelles aides vous apportent-ils à la résolution des problèmes ?
- 32) Quelles sont les chances de succès d'un plan de motivation pour améliorer la performance au centre ?
- 33) En quoi d'après vous devrait consister ce plan ?
- 34) Quelle catégorie de personnel supporterait ce plan ?
- 35) Qui se sentiraient menacé ?**

## **Annexe 2 : guide d'entretien avec le responsable des ressources humaines**

- 1) En tant qu'administrateur, vous jouez le rôle de DRH, est-ce que vous pensez que vous réaliser quelque chose de bien ?
- 2) Vous sentez-vous mettant votre potentiel dans le travail que vous réalisez ?
- 3) Pouvez-vous fonctionner avec une certaine autonomie et/ou une certaine créativité? Cela veut dire est-ce que, si vous devez entreprendre quel que soit la chose, vous devez avoir l'approbation soit du Ministère de la santé, soit de la Direction du CHUSO ?
- 4) Vous sentez-vous obéi par les employés ?
- 5) Est-ce que vous pensez que les employés ont confiance en vous ?
- 6) Tenez-vous vos promesses envers le personnel ?
- 7) Pensez-vous, particulièrement pour le personnel non médical, que chacun se trouve à la bonne place ?
- 8) Pensez-vous que : le personnel non médical soit traité avec équité ? le personnel médical soit traité équitablement ?
- 9) Pensez-vous qu'il existe un respect mutuel entre employés ? Entre chefs hiérarchiques et subalternes ?
- 10) Encadrez-vous les employés quand ils ont un problème, lié ou non à leur travail ?
- 11) Lorsque le MS envoie quelqu'un à nouveau au centre, bénéficie-t-il d'une période de probation ?
- 12) Pensez-vous que votre personnel pourrait avoir des raisons de démotivation ? Si oui, lesquelles ?
- 13) Y a-t-il des conflits dans le travail ? Si oui, comment vous prenez-vous pour les résoudre ?
- 14) Face à un "employé à problèmes" ou un "employé irrégulier et démotivé", comment vous prenez-vous pour les résoudre ?
- 15) Comment pouvez-vous décrire l'ambiance générale du travail ?
- 16) En tant que gestionnaire des RH, constatez-vous l'irrégularité du personnel ? Si oui, quelle tranche/catégorie ?
- 17) Comment gérez-vous le problème de la présence du personnel ?
  - A. Cahier de présence ?
  - B. Présence ou absence enregistrées ?
  - C. Qui est à la charge du contrôle des présences ?
- 18) Au su d'irrégularités, que faites-vous ?
- 19) Est-ce que l'irrégularité s'explique par la démotivation du personnel ?
- 20) Que peut-on faire pour encourager le personnel ? Incitatifs ?
- 21) Est-ce que les règlements d'horaires de présence sont écrits et disponibles ?
  - A. Sont-ils affichés ?
  - B. Faites-vous appel à des règlements pour traiter les différends ou les écarts ?
  - C. Quelles sont les causes ou obstacles au bon fonctionnement du Centre ?
- 22) Avez-vous un "feed-back" de la part des patients ?
- 23) Comment le personnel réagit-il aux sanctions ?

## **Annexe 3 : questionnaire**

### **PRESENTATION**

Nous vous remercions d'avance de consacrer du temps à remplir la totalité de ce questionnaire.

Ce questionnaire fait partie d'un mémoire de fin d'étude en MBA, Gestion des Services de Santé, du Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion de Dakar (SENEGAL), et ne saura être complet sans votre apport.

Son objectif est de connaître vos impressions, vos intérêts et les problèmes que vous rencontrez comme employé du CHUSO. Vos réponses permettront de mieux comprendre comment les employés du CHUSO vivent leur situation, quels obstacles ils doivent surmonter. Vous nous aiderez ainsi à proposer des réponses aux difficultés de motivation au travail.

*Vos réponses resteront strictement confidentielles. Elles serviront uniquement à concevoir des actions d'aide à l'amélioration de la motivation au travail.*

### **A. ASPECTS SOCIO-PROFESSIONNELLES**

#### **1. PROFIL SOCIO-PROFESSIONNEL**

1.1 Etes-vous...

- Un homme                       Une femme

1.2 Pourriez-vous situer votre âge ?

- 18 ans à 25 ans                       26 ans à 35 ans  
 36 ans à 45 ans                       46 ans ou plus

1.3 Etes-vous...

- Célibataire                       Marié (e)  
 Divorcé (e)                       Veuf (e)

1.4 Etes-vous personnel...

- Médical (médecin, pharmacien, chirurgien dentiste)  
 Paramédical<sup>43</sup>  
 Technique et d'appui<sup>44</sup>  
 Administratif (cadre et appui)

1.5 Combien d'années de service avez-vous ?

- Moins de 5 ans                       5 ans à 10 ans  
 11 ans à 15 ans                       16 ans ou plus

1.6 Quel est votre niveau d'instruction ?

- Universitaire                       Secondaire  
 Primaire

1.7 Quel est votre service d'affectation ? .....

1.8 Quel est votre poste ? .....

### **B. MOTIVATION INTRINSEQUE**

#### **2. MANAGEMENT DU CENTRE**

2.1 Connaissez-vous les objectifs et priorités de votre service ?

- Oui                       Non

2.2 Etes-vous associé au processus de prise de décision dans votre service ?

- Oui                       Non

2.3 Etes-vous régulièrement informé des résultats de votre service ?

- Oui                       Non

2.4 Avez-vous la possibilité de prendre des initiatives dans votre travail en vue de l'amélioration ?

- Oui                       Non

2.5 Comment voyez-vous le style de management du centre ?

<sup>43</sup> Sage-femme, Infirmier, Psychologue de santé, Technicien supérieur hospitalier, Technicien en pharmacie, Technicien dentiste, Personnel de salubrité, Personnel de laboratoire, Personnel de réadaptation fonctionnelle.

<sup>44</sup> Accoucheuse permanente, Infirmier permanent, Laborantin permanent, Gardes malades, Aides soignants, Brancardiers, Morguiers, Personnel technicien

- Autocratique (le chef décide seul sans nous demander notre avis)
  - Participatif (le chef nous demande nos avis)
  - Pas d'opinion
- 2.6 Comment trouvez-vous la communication interne dans le centre ?
- Très bonne
  - Bonne
  - Mauvaise
- 2.7 Que pensez-vous de vos relations avec vos supérieurs hiérarchiques ?
- Très bonne
  - Bonne
  - Mauvaise
- 2.8 Que pensez-vous de vos relations avec vos collègues ?
- Très bonne
  - Bonne
  - Mauvaise
- 2.9 Que pensez-vous de vos relations avec les patients ?
- Très bonne
  - Bonne
  - Mauvaise
- 2.1. Est –ce qu'il vous arrive d'être en retard/absent au travail ?
- Oui Si oui pourquoi ? .....
  - Non
- 2.2. Selon vous, quel est l'effet de l'absentéisme et du retard sur la qualité des soins ?
- Positif
  - Négatif
- 2.3. Pensez-vous que vous êtes valorisé, respecté dans votre travail ?
- Oui
  - Non

### C. MOTIVATION EXTRINSEQUE

#### 3. ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL (facteurs d'hygiène)

- 3.1. Comment trouvez-vous votre cadre physique de travail ? (bruit, éclairage, odeur)
- Très agréable
  - Agréable
  - Désagréable
- 3.2. Les bâtiments de l'hôpital offrent-ils toutes les commodités facilitant le travail ? (bureaux, toilettes)
- Oui
  - Non
- 3.3. Avez-vous les équipements/matériels nécessaires pour accomplir votre travail ?
- Oui
  - Non
- 3.4. Les tâches sont bien réparties dans mon service.
- Oui
  - Non
- 3.5. L'effectif de mon service est adapté à la charge de travail.
- Oui
  - Non
- 3.6. Les conflits interpersonnels sont-ils bien gérés dans mon service.
- Oui
  - Non

#### 4. MOYENS FINANCIERS ET MATERIELS

- 4.1. Etes-vous satisfait de votre salaire ?
- Oui
  - Non
- 4.2. Avez-vous autre revenu additionnel ?
- Primes de motivation (prime de rendement ou prime de bloc et prime rayon X)
  - Primes d'intéressement (ristourne)
  - Primes de garde, astreintes, contagion
  - Activités rémunératrices privées
  - Autres (précisez).....
- 4.3. Ce revenu additionnel est-il régulier ?
- Oui
  - Non
- 4.4. Ce revenu additionnel est-il satisfaisant ?
- Oui
  - Non
- 4.5. Vos activités rémunératrices privées ont-elles des répercussions dans sur votre vie
- Professionnelle
  - Privée
- 4.6. Votre habitation est-il...

- Location simple                       Maison familiale
- Propriété personnelle               Logement de fonction
- Location-vente                         Autres (précisez) .....

4.7. Quel type de moyen de transport utilisez-vous pour venir au service ?

- Voiture/moto personnelle               Voiture/moto de service
- Bus     Taxi
- Taxi-moto                                       Autres (préciser) .....

**5. DEVELOPPEMENT PERSONNEL ET DE CARRIERE**

5.1. Etes-vous adhérent d'un syndicat ?

- Oui                       Non

5.2. Etes-vous adhérent d'une association ?

- Oui                       Non

5.3. Les formations continues en cours de carrière professionnelle sont pour vous :

- Très utiles               Utiles                       Inutiles

5.4. Avez-vous bénéficié d'une formation continue ou d'un recyclage au cours des deux dernières années ?

- Oui                       Non

5.5. Existe-t-il un plan de carrière ?

- Oui                       Non

**D. FACTEURS DE MOTIVATION**

**6. FACTEURS DE MOTIVATION**

6.1. Etes-vous démotivé au travail ?

- Oui                       Non

6.2. Si oui, pourquoi ? .....  
 .....  
 .....

6.3. Que pensez-vous de la motivation dans le travail ?

- Très importante               Importante               Pas importante

6.4. Selon vous, quel est le type de motivation le plus important parmi les propositions suivantes ?

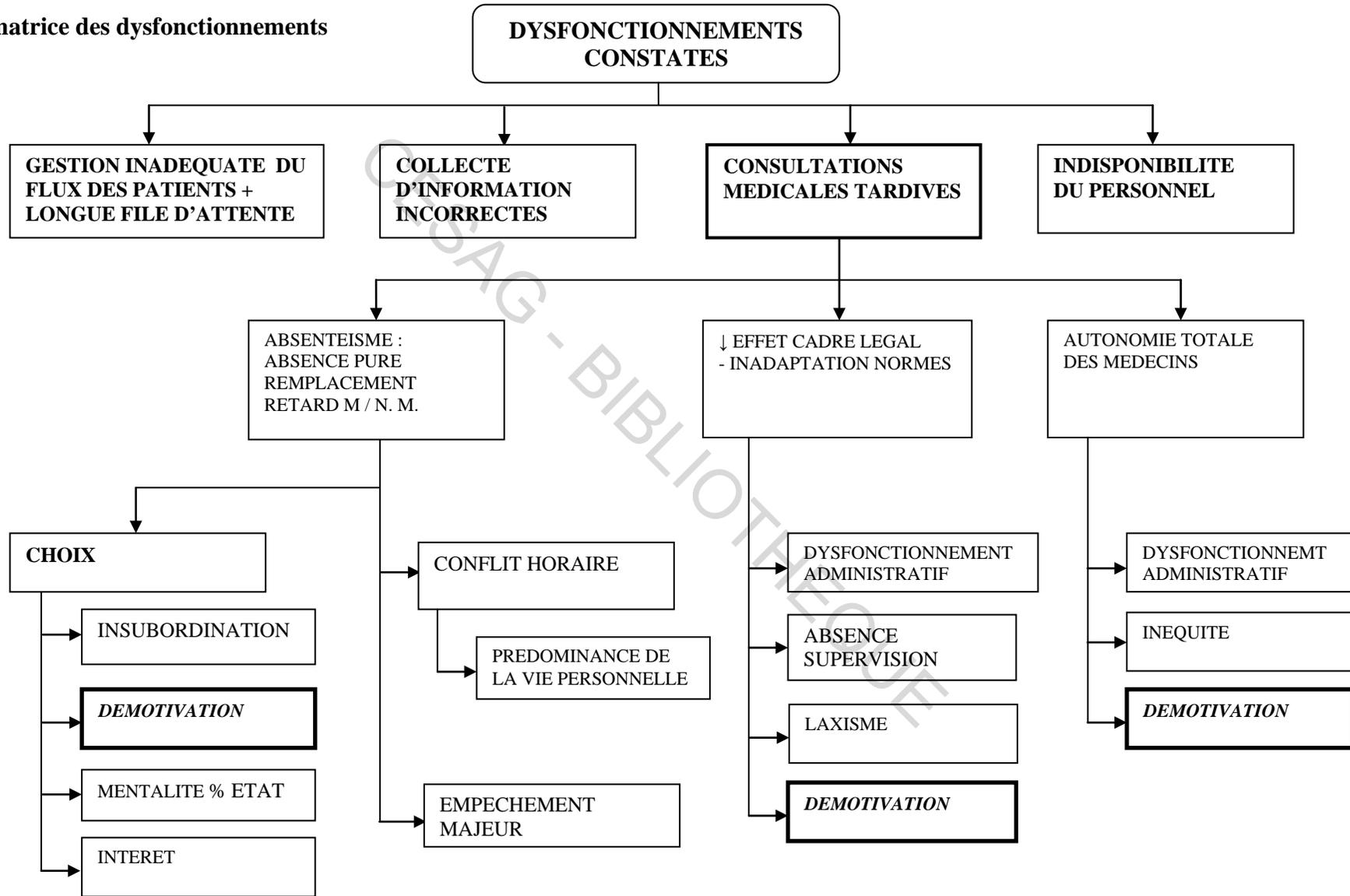
- Les conditions de travail
- Les conditions de vie
- La rémunération
- La formation/promotion des carrières
- L'implication dans les processus de prise de décision

6.5. Faites des propositions d'amélioration de la motivation au travail au sein de l'hôpital.

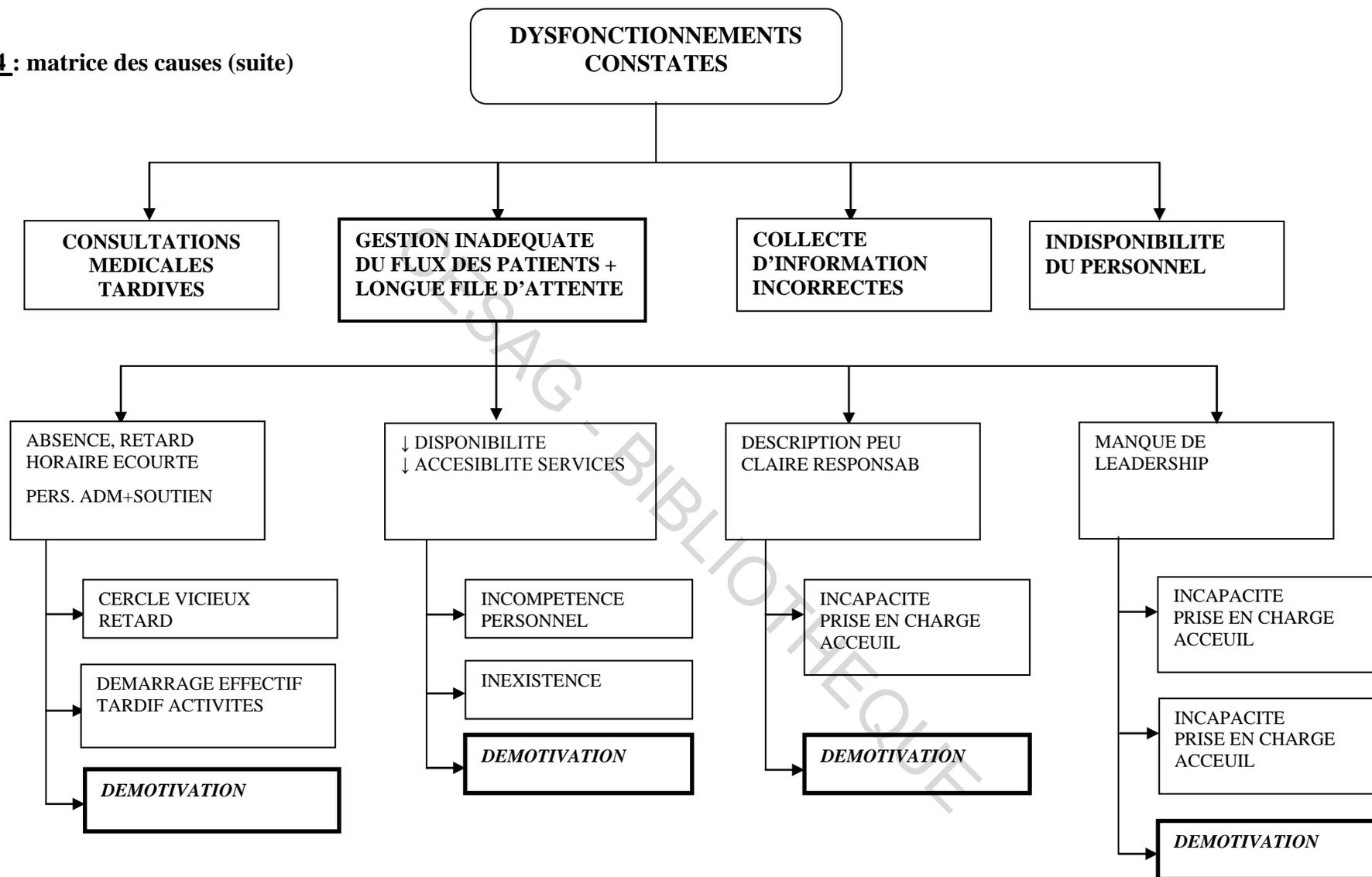
- 1/.....
- 2/.....
- 3/.....
- 4/.....

**Merci de votre collaboration.**

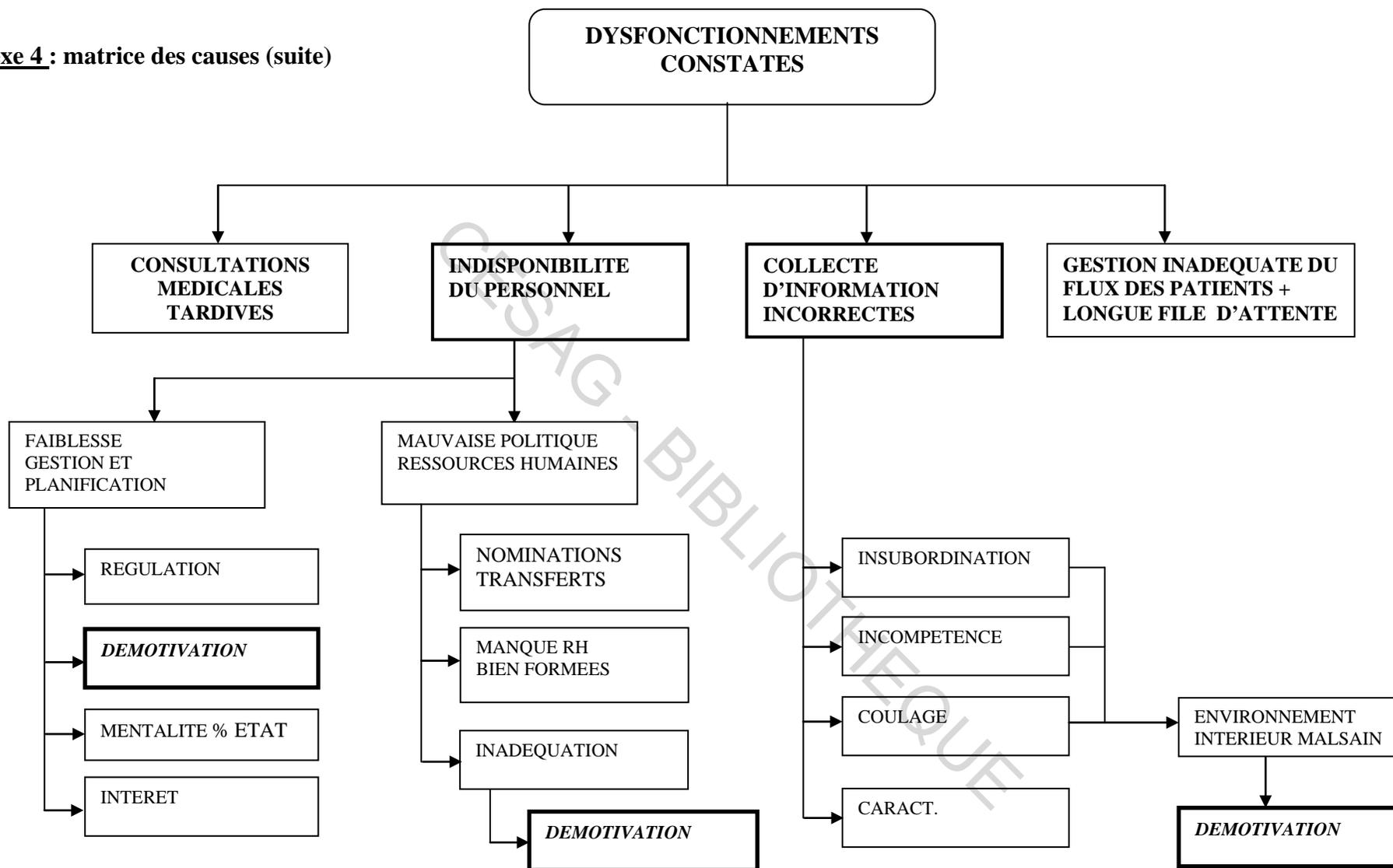
**Annexe 4 : matrice des dysfonctionnements**



**Annexe 4 : matrice des causes (suite)**



**Annexe 4 : matrice des causes (suite)**



**Annexe 5 : identification et analyse du rôle des acteurs dans le fonctionnement du CHUSO**

<b>Acteurs</b>	<b>Caractéristiques</b>	<b>Buts</b>	<b>Attitudes</b>	<b>Comportements</b>
MS	Ministère tutelle	Santé	Salaires	Mouvements de personnels
CA	Décentralisation	Santé	Administration	Néant
CHUSO	Décentralisation	Santé	Expectative	Néant
Directeur	Cadre supérieur	Responsable soins	Engagement	Active
DRH	Cadre supérieur	Responsable gestion	Engagement	Active
Personnel médical	Employé	Traitement	Collaboration	Irrégularité
Personnel paramédical	Employé	Aide technique	Collaboration	Irrégularité
Personnel technique et de soutien	Employé/gage	Facilitateur	Collaboration	Irrégularité
Patients et clients	Utilisateurs	Bénéficiaire	Demande	Satisfaction +/-
SYNPHOT	Interne	Soutien	Revendication	Active
Leaders	Externes	Soutien	Observateur	Collaboration

**Annexe 6 : proposition d'organigramme à la direction du CHUSO**

