



CENTRE AFRICAINE D'ETUDES
SUPERIEURES EN GESTION

DEPARTEMENT CESAG - SANTE
MBA Gestion des Services de santé
(MBA-GSS)

28ème Promotion

(2017-2018)



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

OPTION : GESTION HOSPITALIERE

THEME :

CONTRIBUTION À LA MISE EN PLACE D'UN
SYSTÈME DE GESTION PRÉVISIONNELLE
DES EMPLOIS, ET DES COMPÉTENCES (GPEC)
À L'HÔPITAL ARISTIDE LE DANTEC.

Dakar - Sénégal

Rédigé par :
Madame Gaye Marie Diagne

Encadré par :
Professeur Boubacar Wade
Enseignant associé au CESAG

MAI 2019

DEDICACES

À ALLAH, SWT Le tout puissant qui m'a guidée par la lumière de son prophète Seydouna Mouhamed (Paix et salut sur lui).

À mon défunt grand père Mame Khaly Djibril Diagne qui veille sur nous sans cesse.

À mon défunt père Mouhamed Abdoul Aziz Diagne pour toutes les valeurs morales religieuses et spirituelles qu'il nous a inculquées.

À ma brave et adorable maman Adjaratou Aby Diène que j'aime tendrement.

À mon très cher époux Dr. Serigne Bamba Gaye qui m'a toujours épaulée et soutenue durant toute la durée de cette formation. Merci mon très cher pour ta présence effective à mes côtés. Tes conseils si précieux, ton attention et ton soutien sans faille me sont grandement utiles.

À mes précieux enfants Marème, Adja Abibatou, El Hadji Malick et Mouhamed-Sakhir. Merci pour votre affection, votre tendresse et votre amour envers moi.

À ma très chère famille et belle-famille que j'aime et apprécie tant.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer toute ma reconnaissance à l'endroit de mon Directeur de mémoire le Professeur Boubacar Wade pour avoir partagé avec nous son expérience pratique, particulièrement riche, lors des séances de formation. Merci également Professeur pour votre disponibilité et pour la rigueur avec laquelle vous avez orienté ce travail.

J'adresse mes sincères remerciements à tous nos professeurs ainsi qu'à tout le personnel du CESAG pour l'attention particulière portée à notre formation.

Merci aux responsables du département CESAG-SANTE avec à sa tête le Dr El hadj Gueye pour sa grande pédagogie et sa rigueur pour le travail bien fait.

Merci aux membres du jury, pour avoir accepté de consacrer votre précieux temps pour apprécier et enrichir ce travail.

Merci au personnel de l'hôpital Aristide Le Dantec en particulier au Chef du Service des Ressources humaines Monsieur Claude Yabou Diatta ainsi qu'à toute son équipe pour m'avoir bien accueillie et bien intégrée dans le groupe durant toute la durée de mon stage.

Merci à Monsieur Omar Seck chef du service des Ressources humaines de l'hôpital principal pour sa disponibilité et son analyse éclairée sur la mise en œuvre de la GPEC à l'hôpital principal.

Merci à tous mes camarades de la Promotion 2017-2018 du MBA en Gestion des Services de Santé et du MBA en Économie de la Santé, pour les agréables moments riches en expérience partagés en votre compagnie.

À toutes et à tous ceux qui ont contribué à la finalisation de ce mémoire.

RÉSUMÉ

L'hôpital Aristide Le Dantec (HALD) est confronté à plusieurs problèmes qui l'empêchent de jouer son rôle d'hôpital national universitaire de référence. En effet, comme beaucoup d'hôpitaux de référence, il doit relever plusieurs défis dans le domaine de la gestion singulièrement en matière de déficit en personnel de qualité, et cela constitue un facteur bloquant dans l'atteinte des résultats qu'il veut atteindre.

L'objectif de cette étude est de contribuer à la mise en place d'un système de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) à l'hôpital Aristide Le Dantec. Notre problématique de recherche s'articule, par conséquent, comme suit : *quelle est la solution la plus pérenne pour résoudre le déficit en personnel de qualité auquel l'HALD fait face actuellement ?*

Cette interrogation nous pousse à expliciter les raisons qui justifient notre travail de recherche. Pour répondre à la problématique nous avons utilisé la méthode de résolutions de problèmes, une revue de la littérature sur la gestion des ressources humaines et la GPEC dans les hôpitaux ainsi que des entrevues par le biais d'un questionnaire auprès du personnel. Il s'agit d'une approche descriptive qui va nous permettre de voir quel est le principal problème auquel l'HALD fait face en matière de ressources humaines.

Les réponses collectées montrent que l'HALD est loin de satisfaire aux normes prescrites en matière de GRH pour être un hôpital de référence. Ces résultats indiquent également que des efforts doivent être entrepris au niveau de tous les services notamment au service des ressources humaines afin que l'HALD puisse résoudre de manière graduelle, par une mise en place d'une GPEC bien maîtrisée, les problèmes auxquels elle est confrontée au niveau de la gestion de ses ressources humaines.

L'apport de la GPEC nous paraît incontournable pour relever ce défi.

SOMMAIRE

DEDICACES.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
RÉSUMÉ.....	III
SOMMAIRE	IV
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
LISTE DES SCHEMAS ET GRAPHIQUES	VII
LISTE DES ANNEXES	VIII
INTRODUCTION.....	2
PARTIE I : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	4
CHAPITRE I : REVUE DE LA LITTÉRATURE	5
CHAPITRE II : CADRE CONTEXTUEL.....	15
CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE.....	42
PARTIE II : MÉTHODOLOGIE ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	47
CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE.....	48
CHAPITRE V : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....	50
PARTIE III : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES/ SOLUTIONS DU PROBLÈME PRINCIPAL.....	58
CHAPITRE VI : LES CAUSES DU PROBLÈME PRINCIPAL ANALYSE ET PRIORISATION.....	59
CHAPITRE VII : DÉTERMINATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES SOLUTIONS	64
CHAPITRE VIII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE.....	74
CHAPITRE IX : LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET	78
RECOMMANDATIONS.....	84
CONCLUSION.....	85
BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXES	90
TABLE DES MATIÈRES.....	98

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGP :	Administration et Gestion du personnel
ANDS :	Agence nationale de la Démographie et de la Statistique
CA :	Conseil d'Administration
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CME :	Commission médicale d'Établissement
CTE :	Comité technique d'Établissement
EPS :	Établissement public de santé
FONDEF :	Fonds de Développement de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle
GPEC :	Gestion prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HALD :	Hôpital Aristide Le Dantec
HOGGY :	Hôpital général de Grand Yoff
IPRES :	Institution de prévoyance retraite au Sénégal
MINUSMA :	Mission multidisciplinaire et intégré de stabilisation des Nations unies au Mali
ODD :	Objectifs de Développement durable
PNDRHS :	Plan national de Développement des Ressources humaines en Santé
PNDS :	Plan national de Développement sanitaire
RH :	Ressources humaines
SGRH :	Service de Gestion des Ressources humaines
SRH :	Service des Ressources humaines
SWOT :	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	État des lieux du personnel au 30 septembre 2018	Page 24-26
Tableau II	Répartition du personnel selon les statuts	Page 28
Tableau III	Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (FFOM)	Page 34-36
Tableau IV	Identification du problème prioritaire	Page 39
Tableau V	Répartition des effectifs par sexe	Page 48
Tableau VI	Connaissance ou des tâches à effectuer	Page 49
Tableau VII	Existence ou non d'une description des tâches à effectuer	Page 49
Tableau VIII	Répartition du personnel selon qu'ils aient entendu parler de GPEC à l'hôpital	Page 49
Tableau IX	Opinion du personnel sur la gestion des RH	Page 50
Tableau X	Avis du personnel selon les méthodes de recrutement à l'hôpital	Page 50
Tableau XI	Existence ou non d'un système d'évaluation du personnel	Page 51
Tableau XII	Existence ou non d'un plan de carrière pour le personnel	Page 51
Tableau XIII	Existence ou non d'un plan de formation pour le personnel	Page 52
Tableau XIV	Existence ou non de recrutement par reconversion	Page 52
Tableau XV	Analyse des écarts selon les prévisions du projet d'établissement	Page 55
Tableau XVI	Hiérarchisation des causes selon la matrice des critères	Page 61
Tableau XVII	Hiérarchisation des solutions possibles	Page 64
Tableau XVIII	Cadre logique	Page 73-74
Tableau XIX	Plan de mise en œuvre	Page 76
Tableau XX	Chronogramme des activités de l'étude	Page 77
Tableau XXI	Budget détaillé	Page 78

LISTE DES SCHEMAS ET GRAPHIQUES

Schéma I	Le schéma d'une mise en œuvre de la GPEC	Page 13
Schéma II	La carte administrative du Sénégal	Page 14
Schéma III	La pyramide sanitaire du Sénégal	Page 16
Schéma IV	L'organigramme du SRH	Page 33
Schéma V	Le diagramme d'Ishikawa	Page 60
Graphique I	Répartition du personnel selon leurs statuts	Page 27
Graphique II	Répartition du personnel selon leurs catégories socioprofessionnelles	Page 27
Graphique III	Répartition du personnel selon le sexe	Page 28
Graphique IV	Répartition du personnel selon l'âge	Page 29
Graphique V	Répartition du personnel selon l'ancienneté	Page 29

LISTE DES ANNEXES

Annexe I	L'organigramme de l'HALD	Page 88
Annexe II	Le questionnaire	Page 89-91
Schéma I	Le guide d'entretien	Page 92-95

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

Le Sénégal s'est engagé depuis plusieurs années à changer son système de santé à travers plusieurs réformes. Ces initiatives visent à renforcer la qualité des soins dispensés dans les centres de santé, à redessiner la carte sanitaire, à réformer le statut des hôpitaux, à réduire la mortalité infanto-juvénile, à lutter contre les pandémies, etc. Le Sénégal veut également atteindre un certain nombre d'objectifs que la communauté internationale a fixés en vue de lutter contre la pauvreté et la vulnérabilité sociale¹ notamment sur le plan sanitaire. Le Plan Sénégal² émergent, qui est le référentiel en matière de politique publique, accorde une place centrale à un renforcement continu de l'accès aux soins de qualité à un plus grand nombre de sénégalais. Cette préoccupation est également prise en charge par l'Acte 3 de la décentralisation³ qui a transféré plusieurs compétences aux collectivités locales (communes et départements) en matière de santé.

Concomitamment à cela, le gouvernement a entrepris une réforme hospitalière avec une nouvelle vision de l'hôpital qui va engendrer plusieurs conséquences en matière de gestion notamment en ressources humaines. En effet, pour atteindre les objectifs multiformes fixés par la réforme hospitalière ainsi que les principales réformes initiées par le gouvernement, la gestion des ressources humaines devra être revue afin de permettre aux hôpitaux de disposer des ressources humaines de qualité, capables de faire fonctionner les hôpitaux comme des entreprises.

Dans ce contexte, plusieurs hôpitaux du pays ont entrepris de changer leur système de gestion des ressources humaines à travers une démarche holistique, qui met l'accent sur une vision et des stratégies afin que les ressources humaines soient traitées comme un tout cohérent dans une dynamique organisationnelle en pleine mutation. Parmi ces approches, on peut citer la Gestion prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC). L'Hôpital Aristide Le Dantec, à l'instar de plusieurs hôpitaux au Sénégal est

¹ Parmi ces initiatives, on peut citer les Objectifs du millénaire pour le Développement durable (ODD).

² La santé fait partie des axes stratégiques du Plan Sénégal émergent.

³ Au Sénégal, il existe désormais deux types de collectivités : les communes et les départements.

confronté à des problèmes pour mettre en œuvre la réforme hospitalière. Parmi ces problèmes, la question du déficit en personnel qualifié pour offrir des soins de santé de qualité aux populations apparaît de manière récurrente depuis plusieurs années. Cette question sera au centre de notre travail de recherche.

Le plan adopté pour mener cette recherche s'articule comme suit : dans la première partie, l'accent est mis sur le cadre contextuel et théorique. Nous décrivons l'environnement externe et interne dans lesquels évoluent l'HALD. Ensuite, nous parlerons du cadre théorique de l'étude. Dans celle-ci, nous allons préciser la problématique de recherche, définir le but et les objectifs de l'étude et annoncer le cadre conceptuel qu'on va utiliser tout au long de ce travail. En l'espèce, nous allons montrer la place de la GPEC dans les théories des ressources humaines.

Dans la deuxième partie, l'accent sera mis sur la méthodologie et les résultats de l'étude. Nous allons nous atteler à souligner les outils utilisés pour mener notre enquête, le déroulement de celle-ci, les difficultés que nous avons rencontrées au cours de l'enquête et les résultats obtenus. Enfin, dans la troisième partie nous allons déterminer, analyser et prioriser les causes du problème principal identifié au cours de notre recherche. Des solutions pour le résoudre seront proposées ainsi qu'un plan de mise en œuvre pour rendre opérationnelle la solution retenue.

PARTIE I : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

CHAPITRE I : REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1 Historique de la GPEC

La Gestion prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) est issue d'une longue évolution dont on peut dater les prémices avec les travaux d'Elton Mayo dans les années 30. Mayo souligne que pour être productif, le travailleur doit être épanoui et en bonne santé au sein de l'entreprise. Cette critique du taylorisme va donner naissance au courant des relations humaines. Les tenants de ce courant proposent une humanisation des relations de travail et une amélioration des conditions de vie des travailleurs. Pour eux, l'épanouissement et le bien être des employés doivent être pris en considération par les patrons. L'idée est qu'on ne peut agir sur les motivations "supérieures" d'une personne qu'à la condition expresse que ses motivations primaires (besoins physiologiques et de sécurité) soient satisfaites. Dans les années 70 un autre courant va voir le jour, c'est celui des ressources humaines qui met l'accent sur une approche holistique de la gestion du personnel dans les entreprises avec une direction dédiée à la direction des ressources humaines (DRH), qui va utiliser des outils comme la planification pour gérer le personnel.

Dans les années 80, la question de l'anticipation sera introduite dans la gestion des RH notamment au niveau des hôpitaux. Ces derniers étaient en train de vivre de profondes mutations tant au niveau technologique que financier avec la fin de l'État providence. Désormais, il fallait s'adapter par une mise en place d'une gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences afin de pouvoir s'adapter à un monde en pleine mutation. C'est dans ce cadre que plusieurs hôpitaux ont adopté la GPEC comme outil de gestion de leur RH.

Mais qu'est-ce que la GPEC ?

1.2 Définition de la GPEC

Il n'y a pas une définition unique de la GPEC. On note une multitude de définitions. Parmi lesquelles, celle proposée par la Direction des hôpitaux en France, qui stipule ;

« La GPEC consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et plans d'action cohérents :

- visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement en termes d'effectifs et de compétences ;
- en fonction de son plan stratégique, ou du moins d'objectifs à moyen terme bien identifiés ;
- et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle. » ⁴

Cette définition met l'accent sur la maîtrise d'un des outils de mise en œuvre de la GPEC, à savoir le plan stratégique mais également sur la notion d'anticipation. Lambresa prend à son compte cette dimension avec sa définition de la GPEC : « Le but de la GPEC est de permettre au responsable des RH de projeter la gestion des RH dans le temps, afin d'anticiper les besoins ou les problématiques futures liés aux emplois. Ainsi, on peut dire que le but de la gestion prévisionnelle est de disposer à chaque moment de la vie de l'entreprise, des hommes et des compétences en fonction du niveau d'activité et de la volonté stratégique de celle-ci. » (2014 :14)

Sous ce rapport, il apparaît clairement que la GPEC est un outil de projection dans le temps. Elle permet de comprendre les évolutions auxquelles l'entreprise va faire face dans le court et moyen terme en matière de ressources humaines. Jean-Pierre Ledoux met également l'accent sur ce point. Pour lui : « La prévision est donc l'aboutissement d'un processus complexe tourné vers le futur. La GPEC mettra en œuvre un tel processus d'anticipation des besoins de compétences au regard des projets de développement sur lesquels l'organisme décide de s'engager. » (XVI, 2016).

Ces différentes définitions font également ressortir trois notions centrales au niveau de la GPEC, il s'agit de la gestion des effectifs et des compétences.

1.3 Définition des notions de : gestion prévisionnelle, emplois et compétences

La GPEC est constituée de trois piliers qui ont chacun sa signification.

La gestion prévisionnelle : Avant de définir la gestion prévisionnelle, il est important d'abord de dire ce qu'est la gestion. On s'accorde au niveau des sciences qui étudient

⁴ Direction des hôpitaux, Guide GPEC, ministère de la santé, 1997

l'entreprise que la gestion est un processus qui comprend quatre fonctions : la planification, l'organisation, la direction et le contrôle. La gestion est une activité intégrée. C'est un processus avec plusieurs éléments inter reliés les uns aux autres mais soumis à une direction et à des objectifs bien définis. Pour atteindre ces objectifs ou résultats, on a recours à trois éléments : les intrants, c'est à dire les ressources qu'utilise l'organisation ; l'agent transformateur ; soit l'organisation elle-même, qui transforme les intrants pour produire le troisième élément les biens ou produits finis, que l'on appelle extrants. Bergeron, P (2001 : 34). Le gestionnaire ou le manager doit tracer la voie pour atteindre les résultats, car ces derniers doivent être évalués. Martory, B, Crozet, D (2008).

En ce qui concerne la **gestion prévisionnelle**, c'est la gestion telle que définie plus haut mais qui met l'accent sur l'anticipation. Faire de la prévision, selon Jean Pierre Ledoux (2013 : XVI), c'est :

- s'appuyer sur un diagnostic de l'existant ;
- Identifier et analyser les tendances d'évolution ;
- Se fixer des objectifs ;
- Évaluer quantitativement et qualitativement les moyens à mettre en œuvre pour concrétiser ces objectifs ;
- Enfin, décider des actions à engager et les suivre.

La gestion prévisionnelle permet donc, sous ce rapport, de comprendre les besoins actuels et futurs de l'organisation comme l'emploi ou les compétences.

L'emploi désigne généralement la spécialisation du titulaire de l'emploi : emploi d'infirmière, de médecin, de chauffeur, mais il convient de souligner à la suite de Jean Pierre Ledoux ses trois significations (2013 : 260) :

- « L'emploi dans son sens générique : il s'agit de l'offre globale de travail disponible sur le marché du travail, qui fluctue en fonction de l'activité de l'économie. On parle du marché de l'emploi.
- L'emploi lié à la situation d'un individu : avoir un emploi, c'est bénéficier d'une activité salariée, à contrario du chômeur qui a perdu ou qui n'a pas encore trouvé d'emploi.
- Les emplois spécifiques à une entreprise : il s'agit d'une déclinaison de l'activité de l'entreprise, en activités spécifiques correspondant aux postes de travail et à une

spécialisation de l'activité. Dans ce cas, l'emploi se définit par un métier et/ou un statut. »

Le métier étant une spécialisation professionnelle découlant d'une maîtrise technique et d'expérience professionnelle.

La compétence est aussi une composante essentielle de la GPEC. Elle peut s'analyser comme : « un ensemble de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels, structurés, mobilisés et utilisables en fonction des activités à réaliser dans des situations de travail actuelles et futures. » Derenne, O, Lucas, A (2005 : 36) Mais la connaissance a une finalité pratique, elle vise l'action. On acquiert des compétences dans le cadre d'un travail pour agir, intervenir ou faire quelque chose. C'est pourquoi, une entreprise, une organisation ont besoin de compétences adaptées pour réussir un projet.

Ainsi, la compétence « ne peut véritablement être appréhendée qu'au travers de l'activité par laquelle elle s'exprime et dont elle permet la réalisation. Dès lors une compétence peut être spécifique à un métier. La compétence est toujours sujette à un apprentissage, et s'exprime en « être capable de ». Elle est toujours évaluable et progressive à travers des degrés de maîtrise qui peuvent être reconnus soit par un diplôme, soit une validation des acquis de l'expérience. » Derenne, O, Lucas, A (2005 : 36) On peut également créer un référentiel de compétences requises pour un métier, un poste, etc.

Pour Ledoux, J, les compétences « constituent la vitrine de l'organisme ! Elles sont aussi son moteur. Elles définissent les savoirs, savoir-faire et savoir être de l'organisme. Jamais acquises définitivement, elles sont en constante évolution, parce que directement liées aux évolutions technologiques et réglementaires. Elles nécessitent donc une veille permanente et la mise en place d'un processus d'évaluation et de mise à jour ou de mise à niveau. » (2013 : XVII).

1.4 Les avantages de l'utilisation de la GPEC dans les hôpitaux

La GPEC sera donc introduite au niveau des entreprises pour réformer les systèmes de GRH jugés lourds et obsolètes. En effet, comme le soulignent Derenne, O et Lucas, A : « le système de santé (en France) est confronté depuis une quinzaine d'années à de multiples évolutions, à la fois de son environnement mais aussi de son contexte interne. En effet en un peu plus d'une décennie, une véritable recomposition du paysage hospitalier a été opérée, sous l'effet, conjugué de puissants facteurs d'évolution. Ainsi, l'accélération continue du progrès technique a eu des conséquences majeures sur l'organisation du travail, la dénomination des métiers et surtout leur contenu. Certains ont disparu, d'autres sont apparus, la plupart se sont transformés. De même le renforcement des politiques de santé dans les domaines de la prévention des risques, et plus généralement du développement des démarches qualité a eu des effets considérables sur les pratiques professionnelles et les compétences des acteurs de santé ; » (2005 :46).

Il fallait revoir non seulement les emplois et les compétences en vue de les adapter à ce changement contextuel et technologique majeur mais également repenser les GRH au sein de l'hôpital. Les structures hospitalières qui ont tenté cette expérience ont connu une nette amélioration de leur gestion, par contre celles qui ont tardé à le faire connaissent de multiples difficultés⁵.

En France, l'introduction de la GPEC au niveau des hôpitaux s'est faite à travers trois « générations » ou étapes allant de 1980 à 2004. Durant cette période, les hôpitaux ont tenté de prévenir les crises de fonctionnement, d'introduire de nouveaux outils pour gérer leur RH et surtout de bâtir un référentiel complet pour gérer les emplois et les compétences. Ainsi la GEPC est devenue au sein des structures hospitalières un outil qui permet d'anticiper les problèmes et ce grâce à l'élaboration d'un plan stratégique qui permet de réduire les écarts entre ce qui existe en matière de RH et les besoins réels que l'hôpital doit combler en vue d'atteindre ses objectifs. (Mouliac : 2014) Mais la GPEC est aussi une démarche qui implique le travailleur, car il prend en compte ses besoins en formation et en perfectionnement durant sa carrière, bref son employabilité. Elle est

⁵ L'adoption de la GPEC a permis aux hôpitaux de sortir de la gestion statique à s'orienter vers une gestion dynamique et prévisionnelle avec une dimension temporelle qui couvre le moyen terme voire le long terme (5 à 7 ans selon les cas).

donc une approche dynamique dont l'horizon temporel couvre le court et moyen termes (un plan GPEC couvre généralement 5 à 10 ans).

Au Canada, l'équivalent de la GPEC, la gestion stratégique des ressources humaines est appliquée dans les hôpitaux publics depuis plusieurs années. Cela a permis à ces structures de maîtriser leurs dépenses en matière de personnel et de disposer de plans de recrutement adapté aux changements technologiques auxquels les hôpitaux canadiens font face. Pour pérenniser ces acquis, le gouvernement du Canada a mis l'accent sur les 5 mesures suivantes pour renforcer la gestion des ressources humaines sur toute l'étendue de la fédération canadienne⁶ :

- bâtir un effectif pour les besoins actuels et futurs ;
- Renforcer les effectifs par le biais d'activités de formation et de perfectionnement ciblées ;
- Assurer la participation des travailleurs par l'entremise des gestionnaires à tous les niveaux ;
- Mettre d'avantage l'accent sur les professionnels de santé et les scientifiques ;
- Améliorer l'infrastructure et les services des ressources humaines pour appuyer la gestion modernisée du personnel.

En Afrique, les systèmes de santé publique ont traversé des moments très difficiles avec la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel dans les années 80 et 90. Cela a abouti à des politiques de réductions budgétaires notamment au niveau des secteurs sociaux comme l'éducation et la santé. Dans ce cadre, plusieurs hôpitaux ont connu des problèmes structurels de fonctionnement. À cela s'y ajoute que le statut de l'hôpital a connu des évolutions dans plusieurs pays y compris le Sénégal. Dans ce pays, l'hôpital n'est plus considéré comme une organisation à but non lucratif, mais il doit désormais générer des profits pour équilibrer ses comptes, même si la contribution financière de l'État est encore de vigueur. Le recours à la GPEC pourrait permettre d'atteindre cet équilibre. Plusieurs hôpitaux au Sénégal dont l'hôpital Aristide Le Dantec envisagent de

⁶ Plan stratégique des ressources humaines de santé Canada 2013

http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/sc-hc/H22-1-3-2013-fra.pdf

recourir à la GPEC pour mieux gérer leurs ressources humaines et anticiper les problèmes qui pourraient compromettre la mise en œuvre de la réforme hospitalière. L'hôpital Principal utilise cet outil depuis plusieurs années avec des résultats encourageants en termes de maîtrise des recrutements, de formation du personnel et de développement des compétences dont il a besoin dans le court et long terme.

1.5 Les inconvénients liés à l'utilisation de la GPEC dans la gestion des ressources humaines au niveau des hôpitaux.

La mise en œuvre de la GPEC dans les hôpitaux n'a pas produit que des avantages, elle peut engendrer des inconvénients parmi lesquels, on peut noter :

-La GPEC est considérée par certains comme étant trop théorique et sa mise en œuvre lourde surtout pour les hôpitaux de taille moyenne.

En outre, certains établissements de santé considèrent la GPEC comme étant impraticable dans leur structure en raison de son manque de précision. En effet, il n'est pas évident de convaincre de la pertinence d'un modèle basé sur une planification.

Enfin, certains auteurs considèrent la GPEC comme une vision dite téléologique qui décourage également un grand nombre d'établissements à s'engager dans une telle démarche. Vision selon laquelle il faudrait atteindre une situation idéale où compétence des salariés et besoins de l'entreprise sont en adéquation.

1.6 L'intérêt de la GPEC pour gérer les hôpitaux autrement

Malgré ces inconvénients, la GPEC est devenue incontournable dans la gestion des hôpitaux à travers le monde à cause de l'efficacité de son cadre d'analyse et de mise en œuvre.

En effet, avec la GPEC, les structures hospitalières peuvent initier des changements majeurs, car :

« La gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et plan d'actions cohérents :

- visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences ;
- en fonction de son plan stratégique ou du moins d'objectifs à moyen terme bien identifiés ;
- et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle. »⁷

La GPEC permet ainsi d'anticiper les problèmes et ce grâce à l'élaboration d'un plan stratégique qui permet de réduire les écarts entre ce qui existe en matière de RH et les besoins réels que l'hôpital doit combler en vue d'atteindre ses objectifs. Mais la GPEC est aussi une démarche qui implique le travailleur, car il prend en compte ses besoins en formation et en perfectionnement durant sa carrière, bref son employabilité. Elle est donc une approche dynamique dont l'horizon temporel couvre le court et moyen termes (un plan GPEC couvre généralement 5 à 10 ans). L'hôpital est en mesure d'anticiper ses besoins durant cette période, de mettre sur pied des stratégies plausibles en matière de recrutement, de formation, de rémunération, etc. et de dégager annuellement les moyens pour les mettre en œuvre. On le voit, la GPEC a aussi une fonction stratégique, car elle inscrit sa démarche dans une approche de transformation et de résultats durables à partir d'objectifs à atteindre.

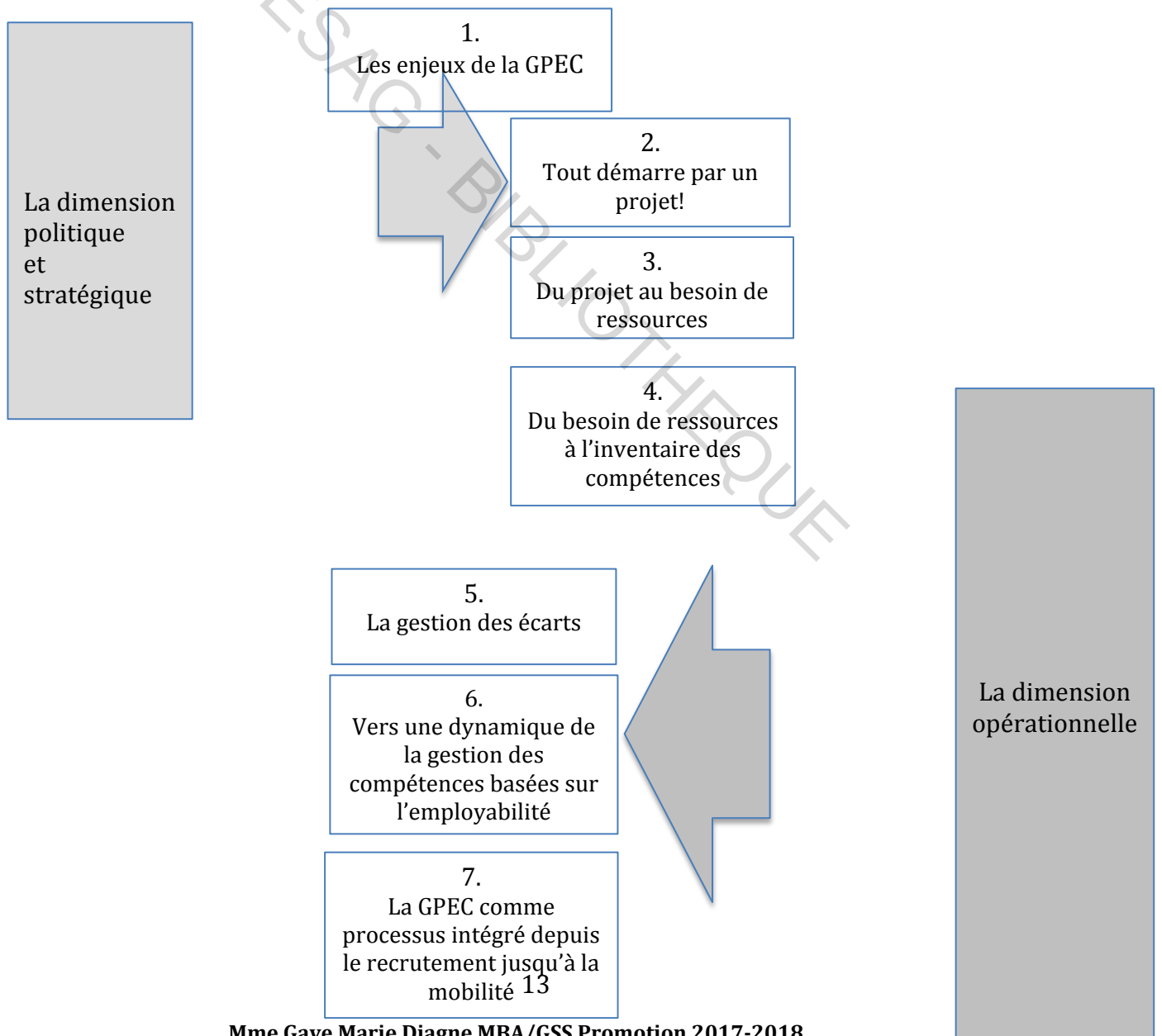
1.7 Le cadre d'analyse : les dimensions politique et stratégique de la GPEC

En résumé, la GPEC comporte deux dimensions : la dimension politique et stratégique et la dimension opérationnelle.

La dimension politique et stratégique est le point d'entrée de la démarche, car elle va donner une légitimité à l'ensemble de la démarche. Elle repose sur le projet d'entreprise et ses objectifs à atteindre.

⁷ Direction des hôpitaux, Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, Paris, ministère de la santé, mai 1997.

La dimension opérationnelle, elle définit comment passer de l'intention à la réalisation du projet d'entreprise. Elle comporte plusieurs étapes, comme le montre le tableau ci-après



8.
Les tableaux de bord de
la GPEC

Schéma I : Le schéma global d'une mise en œuvre de la GPEC

Source : La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, La caisse à outils, Paris, Afnor Éditions, 2013 page XXI

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2 CHAPITRE II : CADRE CONTEXTUEL

2.1 Analyse de l'environnement externe

2.1.1 Présentation du Sénégal



Schéma II : Carte administrative du Sénégal

Le Sénégal est un pays de l'Afrique de l'Ouest appartenant à la zone subsaharienne. Il est bordé par l'océan Atlantique à l'Ouest, la Mauritanie au Nord et à l'Est, le Mali à l'Est et la Guinée et la Guinée-Bissau au Sud. Le pays s'étend sur 196 722 km². Il doit son nom au fleuve qui le borde à l'Est et au Nord et qui prend sa source dans le Fouta Djallon en Guinée. Le climat est tropical et sec avec deux saisons : la saison sèche (octobre à juin) et la saison des pluies (juillet à septembre).

2.1.1.1 Caractéristiques de la population

La Population du Sénégal est estimée à 15 726 037 habitants (ANSD, 2018) avec une densité moyenne de 65 habitants au km², mais de grandes disparités subsistent suivant

les zones. L'espérance de vie à la naissance est 67,15 ans le taux brut de mortalité et le taux brut de natalité sont respectivement 7,7‰ et 37,2‰ tandis que Le taux global de fécondité est de 152‰.

La population est essentiellement musulmane (95%), les chrétiens représentent (4%) et les autres représentent (1%) Les ethnies principales sont les Wolofs (43%), les Haal- Pulaar (24%), les Sérères (15%), les Mandingues (4%), les Diola (5%).

Le taux d'analphabétisme se situe à 54,6%

2.1.1.2 Organisation administrative du Sénégal

Le Sénégal compte quatorze régions dont les chefs-lieux sont les principales villes : Dakar, Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kédougou, Kaolack, Kolda, Louga, Matam, Saint Louis, Sédhiou, Tambacounda, Thiès, Ziguinchor.

2.1.1.3 Situation économique du Sénégal

Le Sénégal est la deuxième économie en Afrique de l'Ouest francophone derrière la Côte d'Ivoire. Son taux de croissance est de 6,5 % en 2015, 6,6 % en 2016 et de 7,2 % en 2017. Les problèmes d'emploi, de coût de la vie, de qualité des services publics, de fourniture et de coût de l'électricité et d'approvisionnement en eau restent les préoccupations premières des Sénégalais. Le taux de chômage est 15,7% en 2017.

Le secteur primaire (15 % du PIB, 50% de la population active) demeure particulièrement exposé aux aléas climatiques et à la volatilité des cours mondiaux des matières premières. Le secteur secondaire (21 % du PIB) repose essentiellement sur les mines d'or, les phosphates, le ciment, l'agroalimentaire et le BTP. Les récentes découvertes de champs pétrolifères et gaziers devraient accroître ce pourcentage dans un futur proche. Les activités tertiaires (64 % du PIB, service public inclus pour 20 %), au sein desquelles les télécommunications occupent une place prépondérante, restent fortement dominées par le secteur informel.

2.1.2 Organisation du système sanitaire

En 2017, le Sénégal comptait :

- ✓ 39 hôpitaux
- ✓ 1342 postes de santé
- ✓ 2227 cases de santé
- ✓ 76 districts sanitaires
- ✓ 14 régions médicales

L'organisation sanitaire du pays est organisée à partir d'une pyramide de trois échelons qui s'établit comme suit :

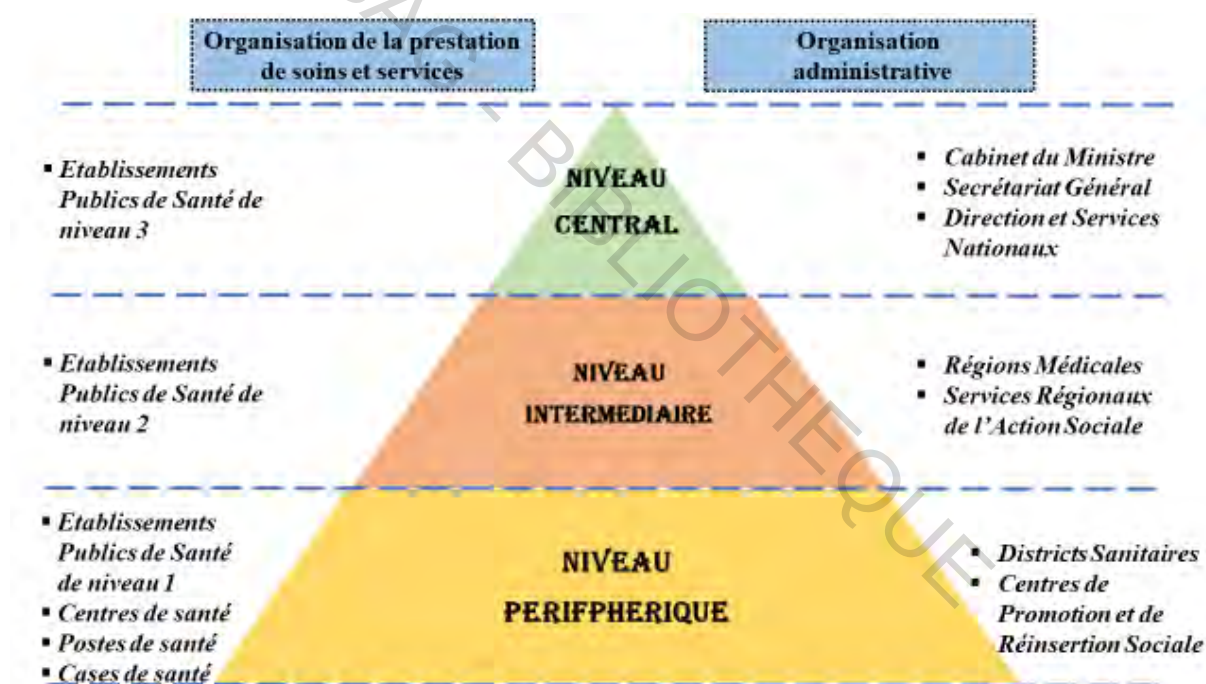


Schéma III : Pyramide sanitaire du Sénégal

L'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire ;

L'échelon régional qui correspond à la région médicale ;

L'échelon central qui correspond au cabinet du ministre, des directions et services rattachés.

Le district sanitaire est une zone opérationnelle qui comprend au minimum un centre de santé et un certain nombre de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie de celui-ci. Il représente le niveau opérationnel du système et le lieu d'exécution de tous les programmes.

Le Sénégal compte actuellement 76 districts sanitaires. Chaque district ou zone opérationnelle est géré par un médecin chef de district.

Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones qui ont été choisies.

La région médicale est la structure de coordination du niveau régional. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin chef de région (MCR). C'est le (MCR) qui anime l'équipe composée de l'ensemble des services régionaux de santé.

Le niveau central comprend, outre le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés.

2.2 Analyse de l'environnement interne

2.2.1 Présentation de l'HALD



2.2.1.1 Historique

L'hôpital Aristide Le Dantec (HALD) est situé au Sud de Dakar, la capitale du Sénégal. L'histoire de cet établissement de santé date du 19^e siècle début la colonisation du Sénégal par la France.

A l'origine, le site de l'hôpital Aristide Le DANTEC abritait des sœurs de l'Immaculée conception. Celles-ci soignaient les malades dans une case hôpital construite en 1868. Elles faisaient des visites et assuraient des soins à domicile. En outre, elles logeaient toutes les femmes malades et abandonnées. L'esprit philanthropique qui les animait a favorisé le projet de construction d'un hôpital civil à Dakar en 1896. En août 1912 fut créé l'hôpital civil de Dakar. A cette époque, il était appelé l'hôpital central en raison du rôle et de la place privilégiée qu'il occupait au niveau du Cap-Vert (actuelle région de Dakar).

L'offre de production de services était composée de 400 lits et de 104 agents toute catégorie confondue. Les examens d'analyses de laboratoires s'exerçaient à l'Institut

Pasteur de Dakar. Les services de soins étaient très sollicités par les usagers déshérités qui venaient de partout au Sénégal.

Pour immortaliser le médecin major de 2^e classe de troupes coloniales, le centre de référence portera en 1956 le nom de l'hôpital Aristide Le DANTEC. Cet établissement comprenait à cette époque 10 services médicaux avec des spécialités médicales.

En 1962, après l'indépendance, cette formation intégrée au Centre hospitalier universitaire était devenue le creuset de recherche, d'enseignement et de soins.

L'État assurant le monopole public de l'offre, confère à l'hôpital Aristide Le DANTEC une mission de service public à caractère administratif qui consiste à recevoir tous les usagers sans distinction de race, de sexe et de religion. Les populations ont pu bénéficier des soins gratuits. Le système d'assistance médicale individuelle rapprochait les médecins des populations. Le financement des soins est assuré par un budget voté par l'Assemblée nationale et versé par l'État.

Aujourd'hui l'HALD est un hôpital de référence de niveau 3. Il accueille les malades de la région de Dakar, qui abrite le quart de la population⁸ du pays mais également des malades venant des autres régions du pays et des pays limitrophes comme le Mali, la Guinée, la Mauritanie, etc.

2.2.1.2 Le cadre juridique et institutionnel et les missions de l'HALD

L'hôpital a été érigé en Établissement public de Santé par décret N° 99-852 du 27 août 1999 en application des lois 98 - 08 du 12/02/98 portant réforme hospitalière et 98-12 du 02/03/98 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé. Les décrets d'applications suivants précisent l'application de ces lois, il s'agit :

- Du décret N° 98 701 du 26 Août 1998 relative à l'organisation des établissements publics de santé (EPS) ;
- Du décret N° 98 702 portant organisation administrative, financière des EPS.

⁸ La population du Sénégal est estimée en 2018 à 15 millions de personnes selon l'Agence nationale de la Statistique et de la Démographie

En application de l'article 14 de la loi 98 - 12, l'Hôpital Aristide Le Dantec est placé sous la tutelle financière du Ministre chargé de l'Économie et des Finances et sous la tutelle technique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

Les missions de l'hôpital Aristide le Dantec s'inscrivent dans le cadre de la loi sur la réforme hospitalière dont l'un des objectifs est de garantir l'accessibilité financière des soins à toutes les populations et l'octroi de soins de qualité. Étant un hôpital de référence national⁹, l'HALD a une triple mission :

- Dispenser des soins de qualité aux populations,
- Participer à la formation du personnel de santé. C'est dans ce cadre, qu'il a contribué à la formation de plusieurs générations de médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.
- Participer à la recherche universitaire en matière de médecine.

Dans le domaine des soins, la mission de service public repose sur trois principes fondamentaux :

- la continuité des services ;
- l'égalité pour tous dans l'accès aux soins essentiels ;
- la mise en disposition des meilleurs soins possibles.

2.2.2 Organisation et fonctionnement

2.2.2.1 Organes de direction, consultatif et technique

Conformément aux dispositions des lois ci-dessus et de leurs décrets d'application, l'hôpital Aristide Le Dantec dispose désormais, d'un organe délibérant : le Conseil d'Administration, d'un organe d'exécution des délibérations du Conseil d'Administration : la Direction, et de deux organes consultatifs : la Commission médicale d'Établissement (CME) et le Comité technique d'Établissement (CTE)

⁹ Au Sénégal, les établissements de santé sont classés en fonction de leur importance. C'est ainsi qu'on distingue :

-Le Conseil d'Administration

Dans chaque EPS, il est mis en place un Conseil d'Administration qui définit la politique de l'établissement et délibère sur toutes les mesures concernant sa gestion. Le Conseil d'Administration de l'HALD arrête le budget de fonctionnement et d'investissement de l'hôpital. Il délibère sur le budget, les comptes prévisionnels, les comptes de fin d'exercice ainsi que les emprunts. Il revient également au Conseil d'Administration de fixer le tarif des prestations dans une fourchette de prix établie par arrêté interministériel. Les délibérations du Conseil d'Administration portent aussi sur les conventions de coopération et les accords entre hôpitaux. La durée du mandat des administrateurs est de trois ans renouvelables, sans limitation.

Le Conseil d'Administration de l'hôpital Aristide Le DANTEC est composé de 12 membres répartis comme suit :

- Le représentant du Maire de Dakar
- 2 personnalités qualifiées
- 2 représentants de la Commission Médicale d'Établissement dont le Président
- 1 représentant du personnel
- 2 représentants des usagers
- 1 représentant des organismes de prévoyance sociale
- 1 représentant du ministère de la santé
- 1 représentant du ministère des finances
- Le doyen de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

-Le Directeur

Il est nommé par décret parmi les agents de la hiérarchie A, après avis du Conseil d'Administration pour une durée de quatre ans renouvelables.

Il est chargé, entre autres de l'exécution des délibérations du Conseil d'Administration et de la direction générale de l'établissement

-La Commission médicale d'Établissement (CME)

Elle est composée de l'ensemble des chefs de services médicaux, pharmaceutiques et odontologiques, et de trois représentants des corps des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes non chefs de service élus par leurs pairs. Elle est présidée par un médecin qui collabore étroitement avec le Directeur. Elle est consultée sur toutes les questions relatives aux soins et assure la promotion de l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'établissement.

La réforme met un accent particulier sur la responsabilité des médecins qui vont concevoir et mettre en œuvre le volet médical du projet d'établissement dans le cadre de la Commission Médicale d'Établissement.

L'avis de la CME est requis sur toutes les questions relatives à la pratique médicale. En outre, elle émet un avis sur le projet d'établissement, le projet de budget, le tableau des emplois du personnel médical etc.

-Le Comité Technique d'Établissement (CTE)

Il a pour rôle de faire participer le personnel technique de l'établissement à la résolution des problèmes touchant à l'hygiène, à la sécurité, au plan de formation, à la politique d'intéressement, aux conditions et à l'organisation du travail dans l'établissement, etc. Il est composé d'un représentant de chaque catégorie du personnel désigné par ses pairs. Présidé par le Directeur, il se réunit au moins deux fois par an.

2.2.2.2 Organisation des services de l'HALD

L'HALD est composé de services et cellules avec chacun des fonctions particulières

Les services :

- Service Administratif et financier ;
- Services médico-chirurgicaux et d'aide au diagnostic ;
- Services médicaux et spécialités médicales ;
- Services chirurgicaux et spécialités chirurgicales ;
- Services d'aide aux diagnostics ;

- Service des Soins Infirmiers ;
- Service Social ;
- Service des Ressources Humaines ;
- Service Technique de Maintenance ;
- Agence Comptable.

-Les cellules

- Cellule contrôle de gestion,
- Cellule d'Audit interne,
- Cellule de communication
- Cellule de passation des marchés ;
- Cellule Partenariat ;

Présentation du personnel

D'un effectif de 900 personnes, l'HALD est un des plus grands employeurs de main d'œuvre dans le système de santé publique au Sénégal. Comme le montre le tableau ci-dessous, son personnel est constitué de :

- Fonctionnaires ;
- Personnel d'établissement ;
- Permanents ;
- Vacataires ou prestataires de services ;
- Stagiaires ;
- Universitaires qui occupent souvent les postes de chefs de services médicaux d'assistants, ou des postes de commis ou secrétaires qui jouent un rôle d'intermédiaire entre l'université et le service ;
- Personnel des collectivités locales ;
- Les non immatriculés ou non recrutés (NI).

2.2.3 État des lieux du personnel au 30 septembre 2018

Tableau I : État des lieux du personnel au 30 septembre 2018

FONCTION	TOTAL	EMPLOYEUR					SEXE	
		EPS	MSAS	MF	MAIRIE	UNIV,	M	F
Agent Administratif	21	15	6				13	8
Agent Comptable	1			1			1	
Administrateur hospitalier	1		1					1
Agent d'Administration	32	31	1				15	17
Agent d'Assainissement	2		2				2	
Agent de Service	1				1		1	
Agent d'Hygiène	1		1				1	
Aide archiviste	3	3					2	1
Aide cuisinier	15	15					6	9
Aide infirmier	96	81	14		1		18	78
Aide instrumentiste	17	17					12	5
Aide kinésithérapeute	5	3	2				1	4
Aide laborantin	2		1			1	2	
Aide magasinier	1	1					1	
Aide préparateur	1	1						1
Aide social	1		1					1
Aide-soignante	1				1			1
Aide technique	9	8	1				8	1
Archiviste	1	1						1
Assistant hospitalo-universitaire	22					22	15	7
Assistant chef de clinique	28					28	24	4
Assistant infirmier	13	9	3		1		2	11
Assistant social	6	1	5					6
Biologiste	1		1					1
Boucher	2	2					2	
Brancardier	8	7			1		8	
Buandier	6	6					3	3
Cadre de gestion	3	2	1					3

Contribution à la mise en place d'un système de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) à l'hôpital Aristide le Dantec

Chauffeur	10	8	2				10	
Chirurgien-dentiste	3		3				1	2
Commis d'administration	34	29	4			1	12	22
Comptable	8	6	2				4	4
Couturier	1	1						1
Cuisinier	1		1				1	
Pharmacien	14	8	5			1	5	9
Éboueur	1	1					1	
Économiste	5	3	2				4	1
Éducateur spécialisé	1		1					1
Électricien	6	5	1				6	
Fille de salle	27	24	3					27
Frigoriste	3	3					3	
Garçon de salle	48	42	6				48	
Gynécologue	3	1	2				2	1
Hôtelier serveur	4	4					1	3
Infirmier breveté	46	43			3		2	44
Infirmier diplômé d'état	52	30	21		1		13	39
Informaticien	1		1				1	
Ingénieur biologiste	2		2				2	
Ingénieur biomédical	2		2				1	1
Ingénieur microbiologiste	1		1					1
Journaliste	1		1				1	
Juriste	3		3				2	1
Maçon	3	3					3	
Magasinier	1	1					1	
Maitre-assistant	12					12	9	3
Manœuvre	3	3					3	
Mécanicien	1	1					1	
Médecin spécialiste	59	5	52			2	26	33
Médecin généraliste	1		1					1
Maitre de conférences agrégé	15					15	10	5
Menuisier ébéniste	1	1					1	
Menuisier métallique	2	2					2	
Peintre	1	1					1	
Planton coursier	2	2					2	

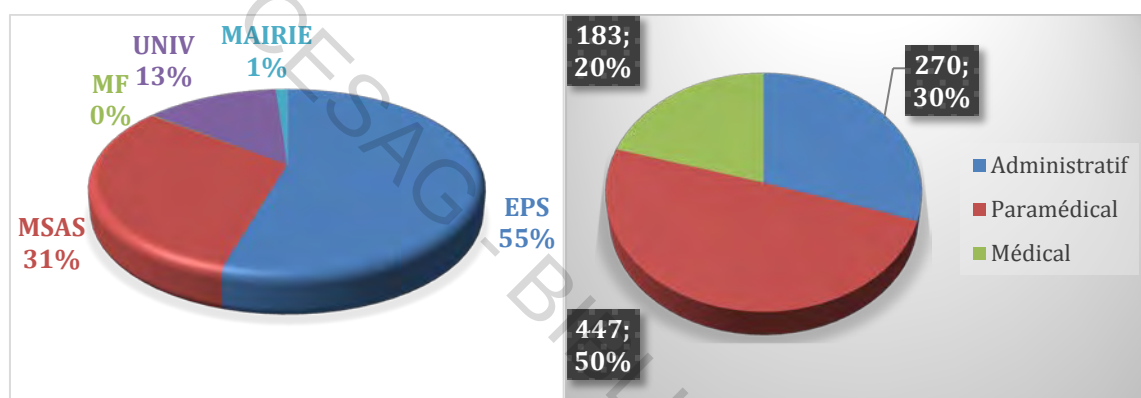
Contribution à la mise en place d'un système de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) à l'hôpital Aristide le Dantec

Physicien	4		4					4
Plombier	3	3					3	
Préparateur en pharmacie	2		2				2	
Professeurs	26					26	19	7
Psychologue	1		1					1
Sagefemme d'état	51	5	45		1			51
Secrétaire	8	3				5		8
Secrétaire de direction	5	4				1		5
Secrétaire médical	3	2				1		3
Secrétaire d'administration Aux II	28	23	3			2	7	21
Standardiste	3	3					3	
Soudeur	1	1					1	
Techn, sup, labo/biologie	14	3	10			1	2	12
Techn, sup, adm/gestion	8	2	6				5	3
Techn, sup, maintenance	2	1	1				2	
Techn, sup, biomédical	1		1				1	
Techn, sup anesthésie-réanimation	11	2	9				7	4
Techn, sup, froid	1	1					1	
Techn, sup, imagerie médicale	15		15				2	13
Techn, sup, kiné	5		5				3	2
Techn, sup, néphro	13		13				6	7
Techn, sup, odonto	1		1				1	
Techn, sup, ophtalmo	5		5				3	2
Techn, sup télécom réseaux	1	1					1	
Techn, labo/biologie	5	4				1	3	2
Techn, informatique	2	2					2	
Techn, biomédicale	1	1						1
Techn, maintenance hospitalière	1		1				1	
Techn, génie sanitaire	1		1				1	
TOTAUX	900	491	279	1	10	119	392	508

Source : **SRH**

2.2.3.1 Répartition du personnel selon leur statut et leur catégorie socio-professionnelle

Le personnel de l'HALD a un caractère diversifié tant sur le plan statutaire (Universitaires, fonctionnaires, contractuels) que sur le plan catégoriel (Médical, paramédical, administratif, soutien, technique etc.) tel qu'illustré dans les figures ci-après :



Graphiques I et II : Répartition du personnel selon la catégorie socio professionnelle et selon le statut

Source : le SRH

Cette figure nous montre que le personnel de l'établissement constitue plus de 50% des effectifs à côté du personnel étatique qui ne représente que 31% du personnel. Cet écart est dû au fait que depuis l'adoption de la réforme hospitalière en 1998, les établissements sanitaires bénéficient d'une autonomie de gestion qui leur permet de se doter eux-mêmes de leur personnel.

En dehors de la diversité des statuts, le personnel est scindé en diverses catégories socioprofessionnelles suivantes telles qu'illustrées dans le tableau ci-dessous.

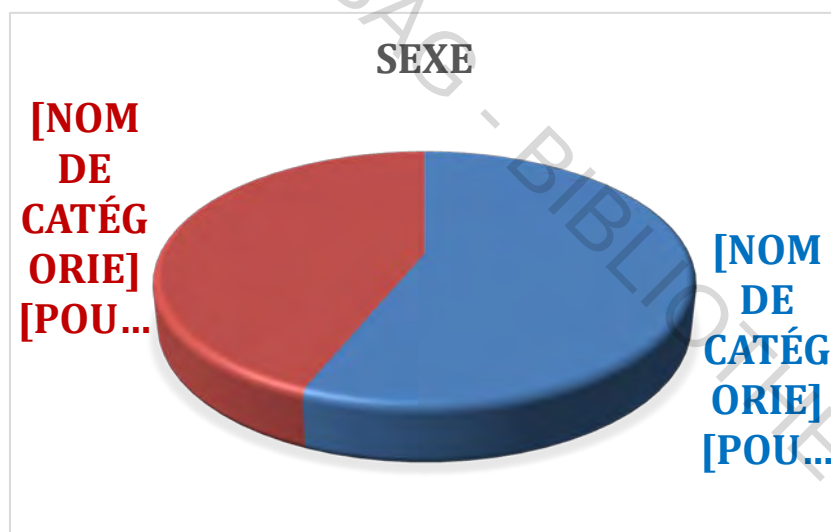
- Le personnel administratif (Comptables, gestionnaires, secrétaires, etc.)
- Le personnel médical (médecins, chirurgiens, professeurs, pharmaciens)

- Le personnel paramédical (techniciens supérieurs de santé, infirmier, infirmière d'État, sage-femme, assistant infirmier, aide infirmier)

Tableau II : Répartition du personnel selon les statuts

Personnel	EPS	MSAS	MF	UNIV	MAIRIE	TOTAL
Administratif	206	52	1	10	1	270
Paramédical	271	164		3	9	447
Médical	14	63		106		183
TOTAL	491	279	1	119	10	900

Source : le SRH



Graphique III : Répartition du personnel selon le sexe

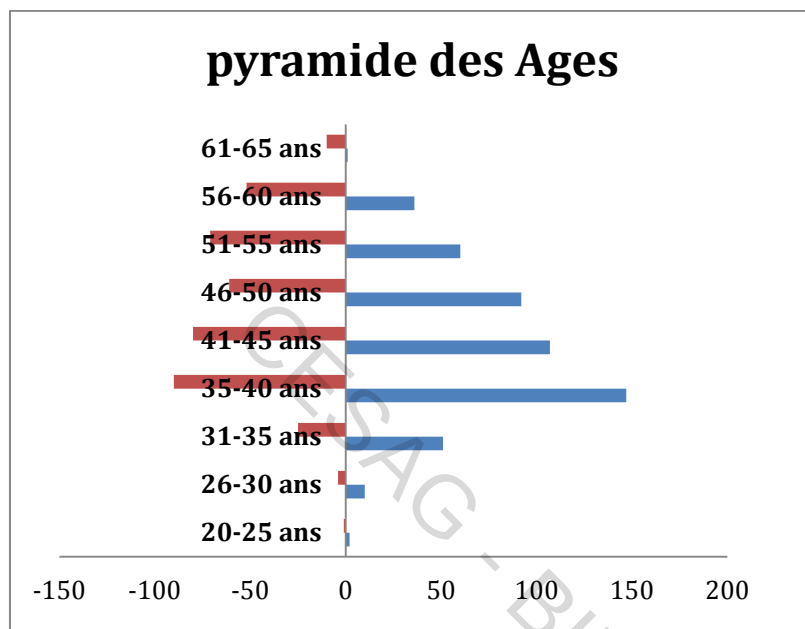
Répartition du personnel selon le sexe

Source : le SRH

Au niveau de la composition par sexe nous constatons une prédominance des femmes (56%) contre (44%) pour les hommes.

2.2.3.2 La pyramide des âges

Graphique IV : Répartition du personnel par âge

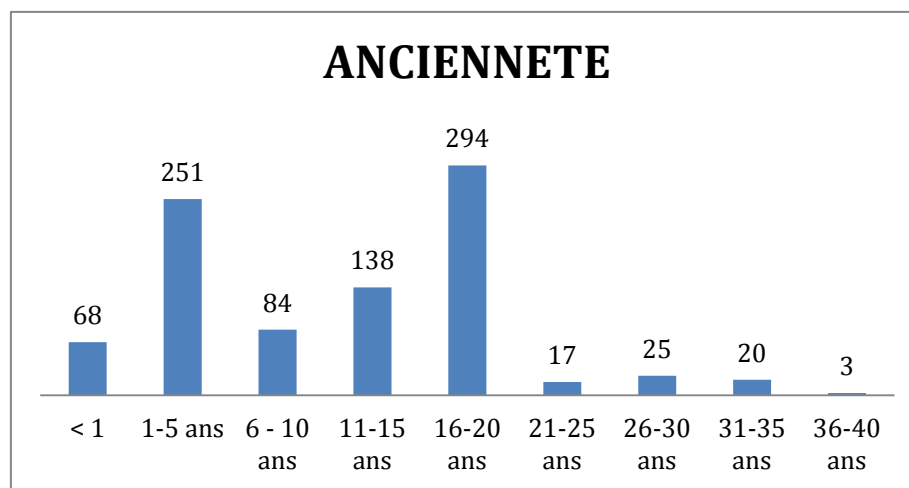


Source : le SRH

Au niveau de la pyramide des âges nous constatons que plus de 50% des effectifs ont 40 ans et plus, ce qui se traduit par un vieillissement du personnel et des départs massifs à la retraite durant les prochaines années.

2.2.3.3 La répartition du personnel selon l'ancienneté

Graphique V : La répartition du personnel selon l'ancienneté



Source : le SRH

Le tableau sur l'ancienneté montre que les agents qui disposent de moins de 21 ans d'ancienneté sont de très loin supérieur à ceux qui disposent de plus de 22 ans d'ancienneté. Parmi la première tranche, on constate que ceux qui ont moins de 11 ans d'ancienneté représente 48 %, cela montre qu'il y a eu un recrutement massif au cours de ces dernières années de personnel non qualifié.

2.2.3.4 Services existants et leur organisation

L'hôpital Aristide Le Dantec est composé de services administratifs, médicaux, chirurgicaux, médicotechniques et de soutien. Les services médicaux, chirurgicaux et médico-techniques se composent comme suit :

➤ Services médicaux et spécialités médicales :

La Médecine interne. Les services de Néphrologie et de Gastro-entérologie, La Pédiatrie, La Dermatologie, La Cardiologie.

➤ Services chirurgicaux et spécialités chirurgicales :

La Chirurgie générale. La Chirurgie Pédiatrique, L'Orthopédie-traumatologie, L'Urologie-andrologie, L'Institut Curie (Cancérologie), L'Oto Rhino Laryngologue (O.R.L.), L'Odontologie, La stomatologie, L'Ophtalmologie, L'Anesthésie-Réanimation, La Clinique Gynécologique et obstétricale.

➤ Services d'aide aux diagnostics

Le Laboratoire de biochimie. Le Laboratoire de biologie. Le laboratoire de bactériologie, Le Laboratoire de cytologie, Le laboratoire de parasitologie, Le laboratoire d'anatomie pathologie, La Radiologie, La Pharmacie.

Tous les services cliniques de l'hôpital mènent des activités de consultation, d'hospitalisation, d'enseignement et de recherche, conformément aux missions

dévolues à l'HALD. Ils sont appuyés par les services d'aide au diagnostic, les services administratifs et le service technique de maintenance.

2.2.3.5 Organisation interne des services médico-chirurgicaux et d'aide au diagnostic

Ces services sont placés sous la responsabilité d'un médecin-chef de service assisté dans ses fonctions par un surveillant de service. A l'HALD, tous les chefs de services Médico-techniques sont des enseignants de rang magistral. Leurs collaborateurs sont également hospitalo-universitaires (Maître de conférence, maître assistant, assistant).

Le surveillant de service assure la gestion du matériel et est chargé de l'organisation des soins dans le service. Par ailleurs, il veille au respect du règlement intérieur de l'hôpital par les agents relevant de son service.

La configuration architecturale de l'hôpital Aristide Le Dantec en fait une structure de type pavillonnaire ; il n'y a aucun lien fonctionnel entre les différents services et cela constitue un véritable handicap. Il n'y a, non plus, aucune possibilité d'extension en hauteur des bâtiments. S'impose alors la nécessité de reconstruire l'hôpital selon les normes en vigueur.

2.2.3.6 Le Service des Ressources humaines (SRH)

Le service des ressources humaines occupe une place centrale dans l'organigramme et le fonctionnement de cet hôpital. Il est composé de :

- ✓ La division administration et gestion du personnel ;
- ✓ La division formation ;
- ✓ La division GPEC ;
- ✓ Du bureau solde et mobilité ;
- ✓ Du bureau informatique
- ✓ Du bureau du fichier

Comme le montre l'organigramme ci-après, le service de gestion des Ressources humaines est composé des postes suivants :

- a) Le poste du chef de service des ressources humaines

Le chef du SRH est chargé de :

- Assurer la planification des ressources humaines
- Assurer les fonctions de l'administration du personnel, de la gestion et de la formation.

- b) Le poste d'administration et gestion du personnel

Sous la supervision du chef de service, il aura à

- Gérer les dossiers du personnel,
- Intégrer le personnel dans l'organisation,
- Effectuer la paie, Gérer les absences, les heures effectuées et les congés.
- Réaliser toutes les autres activités que lui confiera dans le cadre du service de gestion des ressources humaines son supérieur immédiat.

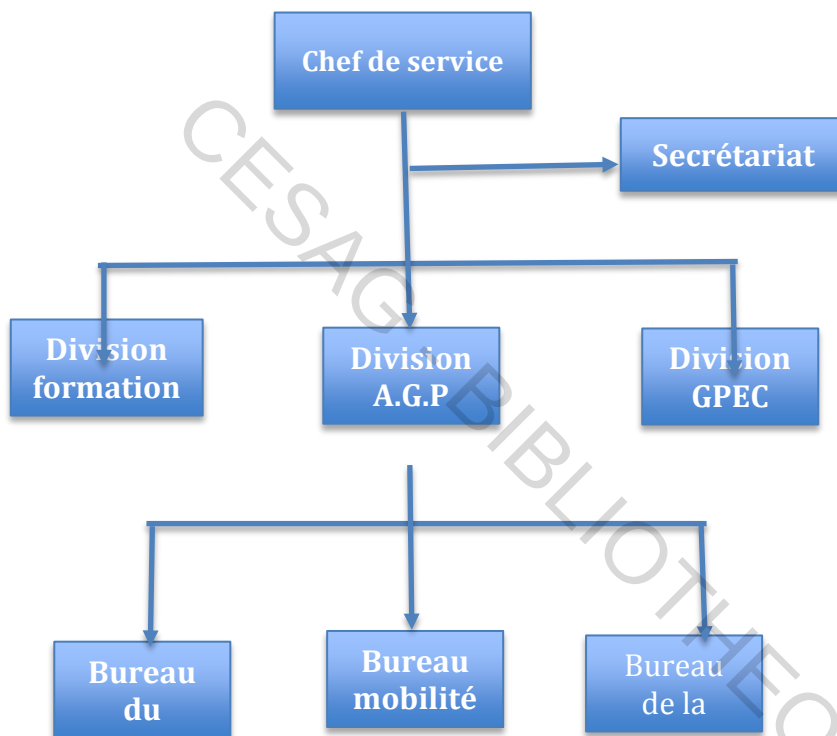
- c) Le poste de gestion de la formation et des carrières

Sous la supervision du chef de service, il aura à

- Sélectionner le personnel,
- Recruter le personnel,
- Définir les postes.
- Suivre la réalisation des formations,
- Gérer les carrières,

- Évaluer le rendement,
- Suivre les mouvements des individus.

Schéma IV : Organigramme du service des ressources humaines



Source : nous même

2.3 Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)

L'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) de l'HALD en matière de RH a pour but de montrer les forces et les atouts dont dispose cette institution dans un contexte concurrentiel marqué par la présence d'autres hôpitaux de références de même niveau et d'établissements privés qui connaissent un succès de plus en plus grand. Elles montrent également les entraves qui peuvent affaiblir cet établissement dans son positionnement stratégique au sein de cet environnement en perpétuel

évolution. Pour mettre en œuvre sa vision ainsi que les défis auxquels elle fait face. Aussi, la capacité de l'HALD à converser son rang ou à l'améliorer dépendra de la façon dont il gèrera, à la fois son environnement interne et externe. Ces aspects sont examinés, en profondeur dans le tableau, ci-dessous.

Tableau III : Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM)

FFOM	DESCRIPTION
Forces	-Existence d'un plan de formation annuel - Reclassement du personnel revenant de formation - Convention de partenariat avec les écoles de formations privées - Partenariat avec le FONDEF - Climat social apaisé - Création de Commissions sur le redéploiement, le recrutement, le reclassement et l'avancement, la mobilité, le fonctionnement interne de l'Hôpital, la formation - Régularité dans le paiement des salaires et motivations - Convention avec l'IPRES pour solder les arriérées de cotisations - Dettes de la Caisse de Sécurité Sociale intégralement soldées - Évaluation annuelle du personnel - Développement d'activités de promotion sociale en faveur du personnel

	- Convention avec certaines banques de la place en vue d'octroyer au personnel des prêts remboursables sur plusieurs années et déductibles de la motivation nationale - Intégration du Président de la Commission Médicale d'Établissement, du Pharmacien chef, du représentant des médecins non chefs de service et du coordonnateur de la Cellule d'Information Médicale au Staff de Direction - Implication des partenaires sociaux aux instances de réflexion et d'orientation stratégiques de la structure
Faiblesses	- Absence d'un plan pluriannuel de recrutement - Personnel paramédical insuffisant - Absence de formation continue pour le personnel de la maintenance - Existence de personnels prestataires et stagiaires au niveau de la facturation, de la caisse et de la division contrôle des recettes - Gestion du personnel universitaire non maîtrisée - Utilisation non efficiente des brancardiers - Temps de présence insuffisant dans les services - Absence d'un logiciel de gestion des

	ressources humaines - Division GPEC Non fonctionnelle - Prime de responsabilité et de caisse très faible par rapport aux autres structures
Menaces	- Existence de structures sanitaires privées favorisant la fuite des compétences ou le cumul d'emplois - Politiques de motivation plus intéressantes dans les autres structures sanitaires - Mouvements récurrents de personnel étatique vers d'autres structures
Opportunités	• Partenariat avec les Instituts de formation en santé et en gestion. • Octroi de bourses de formation grâce au partenariat. • Forte sollicitation des usagers liée à l'expertise interne • Taux de fréquentation élevé des étudiants étrangers • Convention de stage avec les universités étrangères • Protocole d'accord avec les Institutions de prévoyance sociale • Convention de partenariat avec d'autres

	hôpitaux pour la prise en charge maladie du personnel
--	---

Les résultats de l'analyse FFOM de l'HALD posent la question des capacités dont il dispose pour faire face aux menaces de son environnement et à ses faiblesses internes d'une part, et d'autre part, à tirer profit de ses opportunités et de ses forces.

2.4 Identification et priorisation des problèmes

L'analyse des résultats obtenus à partir de nos questionnaires et guide d'entretien a fait ressortir une liste de problèmes non exhaustive auxquels l'hôpital est confronté. Ces problèmes énumérés ci-après constituent non seulement un frein à une mise en place d'une GPEC réussie mais également à une gestion saine de ses ressources humaines.

2.4.1 L'identification des problèmes

L'identification du problème est d'une grande importance pour tout acteur qui désire comprendre comment une organisation est confrontée dans la mise en œuvre de son programme, à des difficultés qui peuvent compromettre sa rentabilité ou l'atteinte de ses résultats. Dans le cadre de notre étude, pour trouver les problèmes auxquels l'HALD est confronté, nous avons procédé à un brainstorming, qui a regroupé les acteurs suivants :

- le chef du Service des Ressources humaines,
- Le Responsable de la formation,
- Le représentant du personnel,
- La responsable de l'administration et la gestion du personnel.

À l'issue de ce brainstorming, les problèmes ci-dessous, ont été identifiés avec les différents acteurs :

- ✓ Un système de recrutement principalement basé sur la reconversion et le reclassement ;
- ✓ Problème de renouvellement du personnel envoyé par la tutelle ;

- ✓ Problème de sous-effectif au niveau médical et paramédical ;
- ✓ Système de communication interne défaillant ;
- ✓ Difficultés financières persistantes
- ✓ Problème d'harmonisation dans la gestion du personnel ;
- ✓ Forte implication des partenaires sociaux dans le recrutement ;
- ✓ Personnel vieillissant et absence de plan de gestion des départs à la retraite.

2.4.2 La priorisation des problèmes

Un problème est important de par ses conséquences humaines et financières mais surtout lorsqu'il touche la dimension stratégique de l'organisation.

L'ensemble des problèmes identifiés sont hiérarchisés à partir de la méthode Hanlon.

Les critères suivants seront utilisés pour leur classification :

- L'ampleur du problème qui est évaluée à partir de l'échelle suivante : 0,2,4,6,8,10
- La gravité du problème qui est évaluée à partir de l'échelle suivante :
0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
- La solvabilité du problème qui est cotée sur une échelle de 0,5 ; 1 ; 1,5
- La faisabilité du problème oui = 1 ; non = 0

Le score obtenu pour chaque problème se calcule comme suit :

Score = (Ampleur + Gravité) × Solvabilité × Faisabilité.

Tableau IV : Identification du problème prioritaire

PROBLEMES	APPRECIATIONS					
	Ampleur	Gravité	Solvabilité / Efficacité	Faisabilité	Score	Rang
Problème de renouvellement du personnel envoyé par la tutelle	8	8	1	1	16	2 ^{ème}
Surcharge de travail	8	7	1	1	13	4 ^{ème}
L'hôpital est confronté à un déficit de personnel de qualité.	8	8	1,5	1	24	1^{er}
Système de communication interne défaillant	6	6	1	1	12	5 ^{ème}
Gestion du personnel de l'hôpital, du personnel universitaire, et celui du ministère non harmonisé	8	6	0,5	1	7	7 ^{ème}
Absence d'un logiciel RH	6	8	1	1	14	3 ^{ème}

Personnel vieillissant et absence de plan de gestion des départs à la retraite.	6	5	1	1	11	6ème
---	---	---	---	---	----	------

Source : nous-même

À la suite de la hiérarchisation des problèmes, nous avons retenu comme problème prioritaire : « **L'hôpital est confronté à un déficit de personnel de qualité** ».

Le score le plus élevé revient à cet item. Compte tenu du niveau très élevé de ce score, nous tenterons d'élucider les tenants et les aboutissants de ce problème prioritaire à travers notre thème.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

3 CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

3.1 Problématique

L'HALD est donc confronté à plusieurs problèmes qui l'empêchent de jouer son rôle d'hôpital national universitaire de référence.

3.1.1 Formulation du problème

A l'instar de plusieurs hôpitaux de référence l'HALD est confronté à plusieurs problèmes de gestion singulièrement en matière de ressources humaines, et cela constitue un facteur bloquant dans l'atteinte des résultats qu'ils veulent atteindre. Mieux, les objectifs que les pouvoirs publics se sont fixés en matière de réforme du système de santé et en particulier dans le domaine de la réforme hospitalière ne peuvent être atteints, entre autres, que par une bonne formation du personnel de santé, un système de prévision des effectifs, des emplois et des compétences bien élaboré, un recrutement transparent et objectif, etc. En outre, la gestion des ressources humaines pour être durable doit s'inscrire dans une perspective de moyen et long terme, cela va éviter une gestion parcellaire et improvisée, qui n'est plus adaptée à la complexité du management des centres hospitaliers. Du reste, les pays qui ont réussi leur réforme hospitalière ont mis l'accent sur une amélioration continue de la gestion des ressources humaines à travers une approche holistique déclinée par des approches stratégiques plausibles dans le court, moyen et long terme dans les aspects des ressources humaines (recrutement, formation, plans de carrières, etc.) Il y a, à l'évidence, dans le cadre de la réforme des hôpitaux un double défi à relever pour que l'hôpital du XXI^e siècle puisse remplir correctement sa mission. Il faut d'abord que sa structure soit le plus proche de l'entreprise, c'est à dire une organisation régie sur des principes d'efficacité et de rentabilité mais dans le respect des valeurs humanistes et d'équité sociale. Il faut également que, l'hôpital comme organisation, soit fonctionnelle, et ce dans tous ses compartiments, sans que ceux-ci soient isolés les uns des autres. Ce caractère fonctionnel concerne au premier chef la gestion des ressources humaines que plusieurs auteurs considèrent comme la clé de voûte de l'organisation hospitalière car le moteur

du fonctionnement de toute organisation c'est d'abord la qualité des hommes et des femmes chargés de l'animer et la gérer. Plus une organisation est performante dans la gestion de ses ressources humaines, plus elle est en mesure d'atteindre ses objectifs dans tous les domaines. Ainsi, au Sénégal, le succès des réformes en cours dans le domaine de la santé est intrinsèquement lié à la réforme hospitalière et que cette dernière ne peut aboutir que si les hôpitaux adoptent de nouvelles modalités de gestion de leurs ressources humaines. Ces nouvelles modalités de gestion constituent donc un impératif catégorique qui s'impose à tous les hôpitaux du pays. C'est dans ce cadre, du reste, que plusieurs hôpitaux ont décidé de revoir la gestion de leurs ressources humaines en optant pour la Gestion prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC)¹⁰. L'hôpital Aristide Le Dantec, une des plus vieilles structures sanitaires du pays, est dans un processus de mutations profondes pour relever les nombreux défis liés à la réforme hospitalière notamment en matière de ressources humaines. Mais pour relever ces défis cet hôpital devra résoudre le déficit en personnel de qualité dont il fait face actuellement. D'où notre question de recherche, quelle est la solution la plus pérenne pour résoudre le déficit en personnel de qualité auquel l'HALD fait face actuellement ? L'apport de la GPEC nous paraît incontournable pour résoudre ce problème. Cette interrogation nous pousse à expliciter les raisons qui justifient notre travail de recherche.

3.1.2 Justifications de l'étude

La pertinence de notre recherche s'articule autour de plusieurs raisons. La première raison et qui reprend ce qui a été dit précédemment, c'est que l'hôpital Le Dantec doit devenir une structure hospitalière bien gérée et rentable comme le stipule la réforme hospitalière. Sous ce rapport, la réforme de son système des ressources humaines est inéluctable. La deuxième raison réside dans le fait que plusieurs hôpitaux de par le monde ont adopté la GPEC pour gérer leurs ressources humaines et cela a donné des résultats probants en matière de recrutement et s'y ajoute qu'au Sénégal des hôpitaux et non des moindres sont dans cette dynamique. Il y a donc des leçons apprises de cette

¹⁰ Parmi ces hôpitaux, on peut citer : l'Hôpital principal de Dakar, l'Hôpital général de Grand Yoff (HOGGY).

expérience que l'hôpital Le Dantec pourra étudier et se l'approprier pour introduire la GPEC dans son management. Enfin, l'adoption de la GPEC va permettre à cette structure hospitalière de gérer ses ressources dans une dynamique de moyen et long terme à travers une planification maîtrisée de ses effectifs, des recrutements, des départs à la retraite, etc.

3.1.3 Spécificité du problème

Le sous-effectif est une question récurrente dans la plupart des hôpitaux du pays et dans le cas de l'HALD, ce problème revêt une dimension centrale. En effet pour être aux normes de la réforme hospitalière, une bonne gestion des ressources humaines est indispensable. Cela requiert d'abord une bonne planification des besoins en termes de compétences et de postes, une dotation en ressources financières et un système de recrutement optimal. La question du sous-effectif est donc une priorité pour tout manager, qui veut maîtriser les ressources humaines en vue de produire des résultats et des performances. L'atteinte de ces derniers points est donc intimement liée à la maîtrise des effectifs.

3.1.4 Ampleur du problème

Une situation de sous-effectif en personnel qualifié peut avoir des manifestations négatives dans le fonctionnement de l'hôpital notamment au niveau de la répartition de la charge de travail entre les employés. Un hôpital qui est en sous-emploi risque d'offrir des services de qualité moindre dans certains de ses services et cela peut affecter sa réputation auprès de ses usagers, Pour un hôpital de référence de niveau trois comme l'HALD être en sous-effectif en personnel de qualité ne lui permet pas de répondre à la demande très forte qu'il reçoit en matière de soins et d'hospitalisation. Ne pas résoudre la question du sous-effectif revient à creuser davantage le fossé entre l'offre et la demande.

3.1.5 Conséquences du problème

Le problème du sous-effectif constitue une des raisons principales qui empêchent les travailleurs de réaliser l'intégralité de leurs tâches journalières. Cela a comme conséquences :

- Une baisse du rendement des agents;
- Une surcharge de travail excessive pouvant entraîner l'épuisement et une détérioration de la santé du personnel;
- Une démotivation du personnel soignant qui est épuisé et qui n'arrive pas à répondre adéquatement aux besoins des patients.

3.1.6 Intérêt de l'étude

3.1.6.1 Intérêt de l'étude au plan individuel.

Ce travail va nous permettre de renforcer nos connaissances académiques en matière de gestion des ressources humaines en particulier dans le domaine de la GPEC à travers une revue de la littérature assez fouillée. Une bonne maîtrise conceptuelle dans le cadre d'une recherche permet de mieux articuler notre problématique de recherche à des réalités empiriques et, in fine, de comprendre ce qui fait sens. Les deux mois de stage professionnel à l'hôpital Le Dantec nous ont permis de comprendre le fonctionnement de cette structure et surtout d'identifier les problèmes auxquels elle est confrontée dans son processus de transformation.

3.1.6.2 Intérêt de l'étude pour le ministère de la santé

Sur un autre plan, les résultats de cette étude pourront permettre au ministère de la Santé publique et de l'Action sociale d'avoir une compréhension des défis à relever en matière de réforme hospitalière au niveau de l'hôpital Aristide Le Dantec. En outre, la direction de cette structure pourra exploiter les résultats de notre étude pour lancer le processus de mise en œuvre de la GPEC de manière maîtrisée.

3.1.6.3 Intérêt de l'étude pour le CESAG

Pour le CESAG, ce mémoire vient renforcer son leadership en matière de formation en santé publique et l'intérêt qu'il accorde à une bonne gestion des structures hospitalières avec une utilisation maîtrisée de la GPEC par le management de ces structures.

3.1.7 But de l'étude

Cette étude contribue à la mise en place d'une GPEC à l'hôpital Aristide Le Dantec

3.1.8 Objectifs de l'étude :

3.1.8.1 Objectif général

L'objectif principal de cette étude est de permettre à l'hôpital Aristide Le Dantec de réduire son déficit en personnel de qualité à travers la mise en place d'une GPEC.

3.1.8.2 Objectifs spécifiques :

1. Identifier les problèmes auxquels l'hôpital est confronté en matière de ressources humaines et singulièrement dans le domaine du recrutement;
2. Démontrer l'utilité et la pertinence de l'adoption d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en matière de recrutement pour résoudre de manière pérenne son déficit en matière de personnel qualifié;
3. Connaître les leçons apprises en matière d'adoption de la GPEC par des hôpitaux de la place et qui peuvent féconder la démarche qui sera adoptée au niveau de l'hôpital Le Dantec. En effet, cet hôpital gagnerait à éviter les erreurs commises par d'autres et de profiter amplement des succès enregistrés en matière d'adoption de la GPEC au Sénégal et dans le monde en milieu hospitalier.

PARTIE II : MÉTHODOLOGIE ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

4 CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE

4.1 Type d'étude

La méthode de résolutions de problème est utilisée pour mener ce travail. C'est une étude descriptive qualitative utilisant la méthode de résolutions de problèmes. Elle consiste à identifier dans une structure donnée un problème de gestion qui préoccupe les responsables et cette identification sera suivie de l'analyse des causes pour enfin rechercher des pistes de solutions possibles.

C'est une approche descriptive qui va nous permettre de voir quel est le principal problème auquel l'HALD fait face en matière de ressources humaines.

4.2 Démarche de l'étude

Nous avons suivi les étapes suivantes et utilisé les outils et méthodes ci-dessous :

- Une revue de la littérature sur la gestion des ressources humaines et la GPEC dans les hôpitaux ;
- Un séjour in situ au sein de l'HALD pendant 2 mois ;
- Un recueil de données auprès du personnel à travers un questionnaire.

Notre analyse a été réalisée à l'aide :

- de questionnaires auprès de 100 agents de l'hôpital. Le questionnaire était fermé.
- d'entrevues auprès du responsable des RH de l'HALD et de celui de l'hôpital Principal.

L'analyse des données s'est faite de manière suivante :

- un classement par ordre d'importance des problèmes qui entravent une bonne gestion des RH au sein de l'hôpital en fonction du score obtenu par chaque problème identifié ;
- Les résultats exploités proviennent des questionnaires.

4.3 Méthode de collecte des données

- La première étape : au cours de celle-ci nous avons rencontré à plusieurs reprises le responsable des ressources humaines de l'hôpital. Les discussions que nous avons eues avec lui nous ont permis de comprendre quels étaient les problèmes auxquels il fait face en tant que gestionnaire.
- La deuxième étape : l'élaboration du questionnaire. Il a été administré à 100 agents.
- La troisième étape : elle consiste à l'organisation d'un brainstorming avec un groupe d'agents de l'hôpital pour élucider les principaux problèmes de cet établissement et de les classer par ordre d'importance.
- La quatrième étape consiste à trouver les causes du problème principal et de les prioriser.
- La cinquième étape : elle consiste à dépouiller et à analyser les résultats de notre étude.

4.4 Dépouillement des données

Toutes les données ont été collectées anonymement pour assurer la confidentialité des répondants.

La synthèse des différentes réponses aux questionnaires a été regroupée en thèmes.

4.5 Difficultés rencontrées

Pour la réalisation de cette étude, nous avons été confrontés à plusieurs difficultés parmi lesquelles :

- 47% des agents n'ont pas répondu aux questionnaires ;
- le manque de motivation de certains agents pour répondre à vos sollicitations de recherche.

5 CHAPITRE V : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Pour avoir une compréhension exhaustive des problèmes auxquels l'HALD fait face en matière de RH, nous avons administré un questionnaire à plusieurs agents de cet hôpital. Ce questionnaire vise à recueillir la perception des employés sur des points précis comme : la qualité de la gestion des RH, les méthodes de recrutement, l'organisation des tâches, la GPEC, le plan de formation des employés, le plan de carrière, système d'évaluation, etc. Nous avons distribué ce questionnaire à 100 employés, mais nous n'avons recueilli que 53 réponses¹¹¹.

5.1 Présentation des résultats de l'enquête et des écarts en matière de personnel selon le projet d'établissement

Les résultats de notre étude nous ont permis de faire un état des lieux afin de pouvoir quantifier les effectifs du personnel mais également de prendre connaissance des méthodes et techniques de gestion des ressources humaines en pratique au sein de l'hôpital.

5.1.1 Présentation des résultats de l'enquête

Tableau V : Répartition des effectifs par sexe

Quelle est votre sexe ?	Effectif	Pourcentage
Homme	25	47%
Femme	28	53%
Total	53	100%

La dimension genre a été prise en compte car sur 53 réponses, 28 proviennent de femmes soit près de 53%.

Tableau VI : Connaissance ou non des tâches à effectuer

¹¹¹ Voir en annexe le questionnaire en intégralité.

Avez-vous fait connaissance des tâches à effectuer lors de votre recrutement ?	Effectif	Pourcentage
Oui	26	49%
Non	27	51%
Total	53	100%

Tableau VII : Existence ou non d'une description des tâches à effectuer

Existe-t-il une fiche de description de vos tâches ?	Effectif	Pourcentage
Oui	23	43%
Non	30	57%
Total	53	100%

Un peu plus de la moitié des personnes ayant répondu à notre questionnaire n'ont pas fait connaissance des tâches à effectuer lors de leur recrutement et 57% n'ont pas de fiches de description de leurs tâches.

Tableau VIII : Répartition du personnel selon qu'ils aient déjà entendu parler de GPEC à l'hôpital

Avez-vous déjà entendu parler de GPEC à l'hôpital ?	Effectif	Pourcentage
Oui	12	23%
Non	41	77%
Total	53	100%

La mise en place d'une bonne GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) constitue le noyau central d'une bonne politique de ressources humaines. 77% des personnes interrogées n'ont pas entendu parler de GPEC à l'hôpital. Il urge

pour l'hôpital de mettre en place ce système ambitieux afin de faire face aux nouvelles exigences du système hospitalier.

Tableau IX : Opinion du personnel sur la gestion des ressources humaines

Que pensez-vous de la gestion des ressources humaines ?	Effectif	Pourcentage
Très bonnes	8	15%
Bonnes	15	28%
Passable	30	57%
Total	53	100%

La gestion du personnel hospitalier revêt un caractère particulier du fait de sa diversité tant sur le plan statutaire que sur le plan catégoriel. Des efforts considérables doivent être fournis à ce niveau. Selon notre enquête, 57% des personnes interrogées ont une appréciation passable de la gestion des ressources humaines.

Tableau X : Avis du personnel selon les méthodes de recrutement à l'hôpital

Pensez-vous que les méthodes de recrutement se font sur la base des besoins de l'hôpital ?	Effectif	Pourcentage
Oui	15	28%
Non	38	72%
Total	53	100%

Les recrutements massifs intervenus au début des années 2000 constituent l'écrasante majorité du personnel à moindre qualification et explique en partie, la situation que traverse l'hôpital aujourd'hui. Selon les résultats de notre enquête, 72% des personnes enquêtées estiment que le recrutement à l'hôpital ne s'effectue pas sur la base de ses besoins.

Tableau XI : Existence ou non d'un système d'évaluation du personnel

Êtes-vous évalué sur une base périodique ?	Effectif	Pourcentage
Oui	11	21%
Non	42	79%
Total	53	100%

L'évaluation du personnel comporte plusieurs avantages. Il permet entre autres de mettre en place un système d'encouragement et d'incitatifs pour le personnel.

Notons qu'un système d'évaluation du personnel est pratiquement inexistant au sein de l'hôpital. Près de 80% des personnes interrogées estiment n'avoir pas été évaluées sur une base périodique.

Tableau XII : Existence ou non d'un plan de carrière pour le personnel

Votre plan de carrière est-il prévu et défini ?	Effectif	Pourcentage
Oui	11	21%
Non	42	79%
Total	53	100%

79% des personnes interrogées (sages-femmes, infirmiers et personnel de soutien) n'ont pas de plan de carrière défini.

Tableau XIII : Existence ou non d'un plan de formation pour le personnel

Avez-vous bénéficié de formation depuis votre recrutement ?	Effectif	Pourcentage
Oui	37	70%
Non	16	30%
Total	53	100%

Des efforts considérables ont été fournis au niveau de la formation du personnel. Il existe un plan de formation annuel, un système de reclassement du personnel et 70% des personnes interrogées estiment avoir bénéficié d'une formation depuis leur recrutement.

Tableau XIV : Existence ou non de recrutement par reconversion

Avez-vous déjà bénéficié d'une reconversion ?	Effectif	Pourcentage
Oui	34	64%
Non	19	36%
Total	53	100%

Le recrutement du personnel de l'HALD est principalement basé sur un système de reconversion du personnel. 64% des personnes enquêtées ont déjà bénéficié d'une reconversion.

5.1.2 Analyse des résultats de l'enquête

Il ressort de ces différents tableaux, les constats suivants :

➤ Recrutement

Le recrutement massif intervenu après la réforme, au sein de l'HALD ne s'est pas effectué de manière objective. Plusieurs agents du personnel de soutien ont été reconvertis en personnel médical non pas sur la base de leurs compétences ou de leurs

qualifications mais plutôt sur la base de leur ancienneté. L'hôpital rencontre depuis lors des difficultés dues au manque de qualification de certains agents. Le recrutement s'effectue principalement au niveau interne, par reconversion ou reclassement. L'agent reconverti change alors de statut et son salaire augmente. Il sera remplacé par un stagiaire qui à son tour passera de statut de stagiaire au statut de prestataire de service moyennant un salaire.

Cette méthode de recrutement gruge une bonne partie du budget alloué au service des ressources humaines.

L'hôpital utilise les services de plusieurs journaliers dont la gestion de leurs activités et de leurs temps de présence effective ne s'effectue pas de façon régulière.

Certains stagiaires peuvent être en situation irrégulière pendant de longues années. Malgré qu'ils offrent des services à l'hôpital, en temps plein, ils ne détiennent aucune attestation les liant à l'hôpital ni aucune forme de rémunération. Ces personnes ne figurent pas dans le fichier ou base de données de l'hôpital. Elles ne sont donc pas visibles au moment du recrutement ou de la reconversion.

Depuis plusieurs années, les prestataires de service qui représentent une bonne partie du personnel sont en situation irrégulière. Leurs contrats de prestations de services sont renouvelés à tous les trois mois soit quatre fois durant l'année. Le processus de renouvellement de leurs contrats qui suit toute une procédure engendre des coûts financiers importants pour l'hôpital.

➤ Déficit en personnel

Le projet d'établissement fait ressortir d'importants écarts entre la situation actuelle en personnel et les normes requis par la réforme hospitalière. Ce déficit en personnel est très accentué chez les infirmiers d'État et les assistants infirmiers. Ce qui entraîne des conséquences non négligeables dans la qualité des soins dispensés aux patients.

➤ Planification des ressources humaines

Les départs à la retraite ne sont pas planifiés. Lorsque des agents partent en congé,

décèdent ou d'autres mis en disponibilité, ils ne sont pas remplacés systématiquement à partir d'un recrutement en bonne et due forme. Des arrangements se font à l'interne pour assurer la continuité. Les syndicats jouent un grand rôle dans ces arrangements.

➤ La GPEC

La plupart des agents rencontrés ne connaissent pas la GPEC ni son importance. Il existe un bureau GPEC au sein du SRH mais il n'est pas fonctionnel et manque de personnels qualifiés.

➤ Formation

L'objectif général de la formation professionnelle est de donner la possibilité à l'ensemble du personnel d'acquérir des compétences actualisées afin de permettre à l'établissement de remplir ses missions. Ces formations sont soit décrites et planifiées sur un plan de formation interne soit elles sont réalisées au sein des services. Ces actions de formation interne permettent le maintien des compétences.

Au sein de l'HALD nous notons une inexistence d'un plan pluriannuel de recrutement mais aussi une absence de formation continue pour le personnel notamment celui de la maintenance.

Des formations sont dispensées à l'interne dans les domaines de la communication, de l'accueil des patients, de la législation du travail etc.

Certains agents ont bénéficié de formation à l'externe moyennant une subvention de l'hôpital. Cependant, il n'existe pas un historique du personnel qui a été formé depuis plusieurs années.

5.2 Analyse des écarts selon les prévisions du projet d'établissement de l'HALD

Tableau XV : Analyse des écarts selon les prévisions du projet d'établissement de l'HALD (Médical et paramédical)

Catégorie d'emploi	Titre de l'emploi	Effectif actuel	Effectif requis	Écarts
MÉDICAL	Médecins (généralistes/spécialistes)	121	143	22
PARAMÉDICAL	Infirmiers d'État	53	159	106
	Aide-Infirmiers	97	164	67
	Sage-femme	55	75	20
	Assistant infirmier	13	164	151

Le tableau des écarts des effectifs fait ressortir un important déficit en personnel paramédical très accentué chez les infirmiers d'État et les assistants infirmiers. Ce qui entraîne des conséquences non négligeables dans la qualité des soins dispensés aux patients.

PARTIE III : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES/
SOLUTIONS DU PROBLÈME PRINCIPAL

6 CHAPITRE VI : LES CAUSES DU PROBLÈME PRINCIPAL ANALYSE ET PRIORISATION

Cette partie va traiter des modalités de détermination des causes du problème principal, de leur priorisation ainsi que du plan d'action proposé pour résoudre ledit problème.

6.1 Détermination et analyse des causes

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

6.1.1 Les causes du problème selon la littérature

L'insuffisance des ressources financières est une question récurrente dans la gestion des hôpitaux publics dans la plupart des pays du monde, riches ou en voie de développement. Plusieurs causes sont avancées par les auteurs pour expliquer cette situation. La plupart mettent l'accent sur la fin de « l'État-providence » dans les années 70, suite aux premiers chocs pétroliers avec la récession qui s'en est suivie dans les pays industrialisés. Cette situation a engendré une diminution des budgets alloués aux secteurs sociaux comme l'éducation et la santé selon François-Xavier Merrien (2007). Cette diminution de ressources s'est traduite par un déficit en personnel qualifié dans les hôpitaux publics.

Le triomphe de l'idéologie libérale à partir des années 90 a également engendré de nouvelles coupes dans les secteurs de la santé avec la diminution des subventions accordées par l'État aux hôpitaux publics. En Afrique et au Sénégal, l'adoption des politiques d'ajustement structurel à la fin des années 70 a porté un coup dur aux secteurs sociaux. Le gouvernement du Sénégal, à l'instar de la plupart des gouvernements des pays africains, a opéré des coupes drastiques dans le secteur de la santé sous l'injonction des organisations de Breton Woods (FMI et Banque mondiale). Selon Makhtar Diouf cela a impacté de manière négative sur la qualité du système de

santé et l'accessibilité aux soins pour les populations les plus démunies et surtout le recrutement en personnel de santé qualifié. Diouf (1992)

La réforme hospitalière a, quant à elle, considéré l'hôpital comme une entreprise, qui doit générer des ressources pour son fonctionnement. Ce dernier devra désormais être géré comme une entreprise du secteur privé tout en poursuivant ses missions de service public et garantir un accès équitable aux soins de santé à toutes les couches de la population.

La subvention de l'État va venir en complément pour permettre à l'hôpital d'équilibrer ses comptes. Mais de plus en plus, cette subvention diminue et la plupart des hôpitaux publics ne parviennent pas à générer suffisamment de ressources propres pour recruter du personnel qualifié en nombre suffisant, c'est le cas de l'hôpital Aristide Le Dantec.

6.1.2 Les causes selon les résultats de notre étude

L'HALD est confronté à une situation de sous-effectif en personnel qualifié qui perdure depuis plusieurs années et qui le conduit quasiment au blocage.

Plusieurs services sont affectés par ce phénomène en particulier au niveau médical avec un déficit de plus de vingt (20) médecins et au niveau paramédical où l'expression des besoins se fait le plus sentir.

Plusieurs raisons sont à l'origine de ses difficultés que rencontre l'hôpital parmi lesquels nous citons :

- 1) Les Charges en personnels subalternes non qualifiés excessives pour un CHU.

Le recrutement massif de personnels non qualifiés intervenu après la réforme induit une masse salariale élevée par rapport aux recettes générées ce qui constitue un important manque à gagner pour l'hôpital. Une bonne planification aurait permis de diminuer le recrutement de cette catégorie de personnel et d'augmenter les autres catégories, là où les besoins sont les plus importants.

- 2) L'insuffisance des ressources financières :

Plusieurs facteurs sont à l'origine des difficultés financières que traverse l'hôpital

depuis plusieurs années. Ce sont, entre autres :

- La faiblesse de la subvention allouée à l'hôpital ;
- La faiblesse des tarifs adoptés par le CA ;
- La faiblesse des ressources propres ;
- Une Masse salariale élevée par rapport aux recettes générées
- La non facturation de certaines prestations dispensées
- Le taux d'insolvabilité élevé en particulier aux urgences
- Les difficultés rencontrées dans le recouvrement des créances
- La vétusté des bâtiments et des équipements qui entraînent des coûts de maintenance élevés ;
- Les activités privées qui ne sont pas maîtrisées à l'hôpital ;
- Le mode de gestion peu performant.

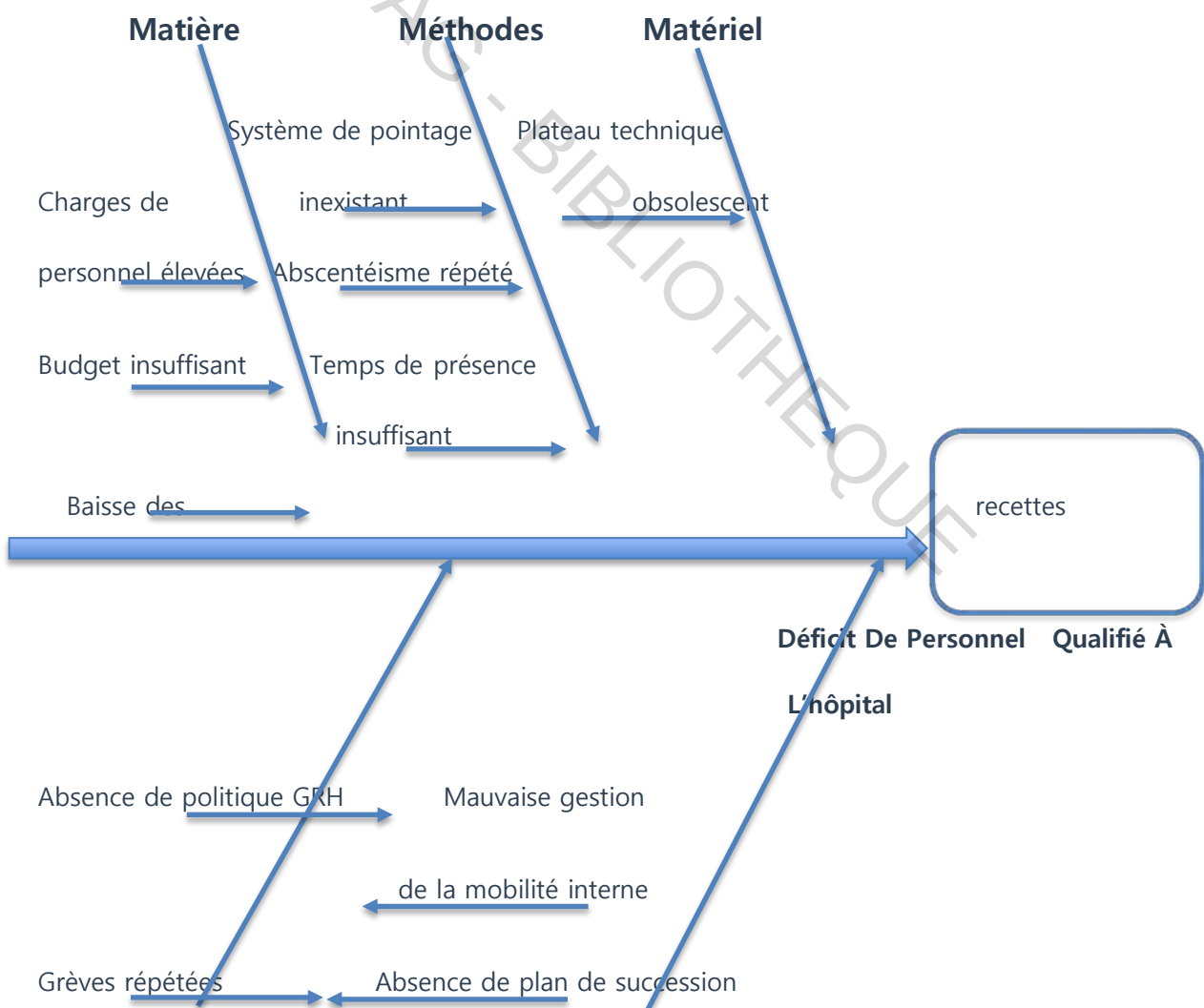
L'augmentation des recettes peut se faire soit par une augmentation des tarifs en vigueur soit par une augmentation de l'offre de soins. Quant au recouvrement des impayés, c'est un problème récurrent au niveau du système de santé public. L'État et ses démembrements tardent à payer leurs factures notamment au niveau de la CMU. Les ressources internes générées par l'hôpital ne sont pas suffisantes et la subvention de l'État ne parvient pas à combler les gaps enregistrés. Résultat : l'hôpital ne dispose pas de tous les leviers pour recruter un personnel de qualité en nombre suffisant.

6.2 La priorisation des causes

6.2.1 La priorisation des causes par le diagramme d'Ishikawa

Le diagramme d'Ishikawa aussi appelé diagramme de causes à effets, rappelant le squelette d'un poisson, est un outil qui a pour finalité de lister les causes d'un problème et pour visualiser, de façon simple, l'ensemble des causes possibles.

Schéma V : La priorisation des causes par le diagramme d'Ishikawa





Source : nous même

6.2.2 La priorisation des causes selon la méthode Hanlon :

Les causes seront hiérarchisées par à partir d'un vote pondéré selon les critères suivants :

L'importance : l'ampleur, la gravité de la cause pour la structure

Très faible = 1 Faible = 2 Moyenne = 3 Considérable = 4 Très considérable = 5

-La visibilité : le degré d'incidence du problème dans la prise en charge.

Très faible = 1 Faible = 2 Moyenne = 3 Grande = 4 Très grande = 5

-La faisabilité : la possibilité d'effectuer des changements au niveau de la cause.

Très faible = 1 Faible = 2 Moyenne = 3 Grande = 4

Très grande = 5

Tableau XVI : Hiérarchisation des causes selon la matrice des critères

Causes	Importance	Visibilité	Faisabilité	Score
Recrutement basé sur la reconversion et le reclassement	4	4	3	11
Personnel pléthorique non qualifié	5	3	4	12
Insuffisance des ressources financières	5	5	4	14
Mots d'ordre de grève répétés	5	4	3	12
Forte implication des partenaires sociaux dans le recrutement	3	3	3	9
Absence de plan de recrutement	4	3	4	11

annuel				
Absence de suivi de la part de la tutelle	4	4	4	12
Procédure de recrutement du personnel inadéquate	4	3	4	11
Absence de plan de formation	3	3	3	9

La cause ayant obtenu le score le plus élevé est : « **Insuffisance des ressources financières** ». Elle est considérée comme étant la cause prioritaire qui mérite toute notre attention

Source : nous-même

7 CHAPITRE VII : DÉTERMINATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

7.1 Détermination et analyse des solutions

7.1.1 Données de la revue de la littérature

Pour les tenants d'une approche holistique comme la GPEC, la question du sous-effectif dans les hôpitaux doit être abordée sous l'angle plus vaste de la question de l'évolution de l'emploi. Pour ce faire, ils proposent d'envisager la question à travers des entrées et des sorties du personnel à partir des catégories de personnels par emplois, par âge, par ancienneté, par sexe, par qualification. Ledoux, J P (2013 :190). Cette approche permet d'avoir une vue d'ensemble du personnel et surtout d'identifier les tendances critiques sur lesquelles le décideur doit anticiper pour éviter des problèmes de sous-effectif. Cette approche doit s'inscrire dans le cadre d'une mise en œuvre de la GPEC au sein de l'hôpital pour résoudre de manière durable la question des RH. En d'autres termes, résoudre la question du sous-effectif dans les hôpitaux, revient à mettre en œuvre une démarche GPEC qui prendra en compte cette dimension. On ne peut pas résoudre de manière isolée la question du sous-effectif, il faut l'inscrire dans une approche holistique.

Pour d'autres, par contre, la question du sous-effectif peut être envisagée à travers la question de la concordance des temps de l'ensemble des travailleurs. Cette approche permet : « d'analyser l'existant dans les différentes plages horaires, de repérer les évolutions possibles, d'étudier leur impact tant sur la qualité de service, l'efficacité des prestations, les conditions de vie et de travail des personnels, d'anticiper les opportunités et les risques de la réduction du temps de travail à cet égard. » ANACT (17).

La question du sous-effectif dans les hôpitaux publics peut être réglée par une répartition des effectifs sur le plan qualitatif. Cela signifie que les services jugés prioritaires seront favorisés dans le recrutement et l'affectation du personnel.

Enfin, la solution au sous-effectif dans les hôpitaux pourrait être envisagée positivement si on prend en compte l'activité de l'hôpital, mesurée par le nombre de patients et le type de pathologies traitée selon Joelle Carton (2003).

7.1.2 Les données de notre étude

7.1.2.1 Identification des solutions

À partir d'un brainstorming avec l'équipe nous avons identifié les solutions suivantes adaptées à notre structure :

- Élaborer un plan de recrutement pour résorber le déficit.
- La mise en œuvre maîtrisée de la GPEC
- L'augmentation des recettes et le recouvrement des impayés
- Mettre l'accent sur la formation et la réinsertion du personnel

7.1.2.2 Priorisation des solutions

Un brainstorming a permis la priorisation avec les critères suivantes : une note par consensus de 1 à 3 est attribuée à chaque item selon 3 critères que sont la gravité, la disponibilité financière, l'efficacité de la résolution. Les résultats ont permis la hiérarchisation des solutions possibles dans le tableau ci-après.

Tableau XVII : Hiérarchisation des solutions possibles

SOLUTIONS	CRITERES			
	Gravité	Disponibilité des finances	Efficacité de la solution	Score
La mise en œuvre maîtrisée de la GPEC	3	3	3	9
Élaborer un plan de recrutement pour résorber le déficit en personnel qualifié.	2	1	1	4
L'augmentation des recettes et le	3	2	2	7

recouvrement des impayés				
Mettre l'accent sur la formation et la réinsertion du personnel	2	2	2	6

« **La mise en œuvre maîtrisée de la GPEC** » a obtenu le plus grand score. Elle est la solution prioritaire et fera l'objet de notre plan de mise en œuvre.

La mise en œuvre maîtrisée de la GPEC est donc la solution la plus pertinente pour résoudre les problèmes identifiés en matière de GRH à l'HALD singulièrement le sous-effectif en personnel qualifié de l'hôpital.

7.1.3 La démarche de la mise en œuvre maîtrisée de la GPEC au sein de l'HALD

L'objectif premier d'une démarche GPEC consiste à identifier l'écart qui existe entre les ressources et les besoins d'une structure. À la suite de cela, on peut envisager la mise en œuvre réelle de la GPEC selon les modalités ci-dessous.

Le diagnostic mené dans la deuxième partie a permis de montrer quelques difficultés auxquelles l'HALD était confronté en matière de GRH notamment en matière de recrutement et de sous-effectif. Ces difficultés constituent des obstacles dans l'atteinte des objectifs que cette structure veut atteindre en vue de devenir un établissement de santé performant et attrayant. Dans cette partie de notre travail nous allons faire un certain nombre de propositions pour réformer la GRH avec l'adoption de la GPEC en vue de résorber le déficit en effectif médical et sous médical. Nous avons insisté tout au long de ce travail sur l'importance de cette démarche dans la réforme hospitalière, il s'agira à travers les lignes qui suivent de montrer le comment pour arriver graduellement à une autre forme de gestion des RH au sein de l'HALD, qui n'a pas encore entrepris une démarche pareille, et ce, malgré l'existence d'un bureau GPEC sur l'organigramme.

La mise en œuvre de la GPEC dans une structure passe généralement par trois étapes :

- définition de la stratégie de l'établissement;
- analyse des besoins et des ressources;
- résorption des écarts constatés et/ou anticipés.

Cette démarche qualifiée de descendante essaye de concilier une approche théorique et opérationnelle. En effet, comme le souligne Derenne, O et Lucas, A (2005 : 32) : « une démarche GPEC pour qu'elle puisse aboutir, doit ainsi nécessairement allier une approche conceptualisée de la problématique posée ainsi que des pistes de résolution envisagées, et une prise en compte des aptitudes et des aspirations individuelles. »

7.1.3.1 Définir un projet d'entreprise

La définition d'un projet d'entreprise constitue la charpente de la « maison GPEC ». Si elle est solide et bien faite la maison va tenir, sinon elle va s'écrouler à la première bourrasque. Il a pour mission de : « définir un cap pour le moyen, voire le long terme, et permettre à chacun de connaître ce cap, afin de pouvoir définir les objectifs opérationnels qui en seront les déclinaisons pour chaque unité de travail. » Ledoux, J P (2013 : 16). Ce cap c'est la destination finale à atteindre. Il est aussi un cheminement que les acteurs devront suivre pour atteindre les objectifs fixés avec les moyens mis en œuvre à chaque étape de ce parcours. Bref, c'est une vision qui permet à l'entreprise d'évoluer qualitativement et quantitativement dans le court et long terme.

Tous les employés doivent être impliqués, mais c'est la direction qui impulse ce processus. Le directeur ou la directrice de l'hôpital doit posséder un leadership fort pour enclencher un processus de mise en œuvre et démontrer suffisamment d'engagement pour mobiliser leur équipe. « Il a besoin de la compréhension et de l'adhésion aux objectifs. Il a besoin aussi de relais pour traduire ces objectifs en résultats concrets sur le terrain. Enfin, il a besoin d'informations précises et rapides pour éclairer les choix et les décisions qu'il a à prendre. » Ledoux, J P (2013 : 17).

Il faut un engagement fort dans la durée de la direction, cette volonté doit être formalisée à travers un projet social, « temps fort de réflexion et de projection d'une

politique de GRH adaptée aux enjeux de l'institution et prenant en considération les aptitudes et les aspirations individuelles.» Derenne, O, Lucas, A (2005 : 94). L'élaboration du projet d'entreprise passe par plusieurs étapes, parmi lesquelles, on peut retenir :

- Identifier les problèmes à résoudre (celui du recrutement par reconversion et non pas à partir des compétences est apparu selon notre analyse comme un problème majeur) ;
- faire un diagnostic précis des problèmes à résoudre et les présenter par ordre prioritaire et préciser les liens, les relations qui existent entre eux. Par exemple comment un mauvais système de recrutement peut impacter négativement le rendement dans un service.
- Impliquer tous les acteurs : même si la direction assure le leadership du processus d'élaboration du projet, tous les acteurs de l'hôpital doivent être impliqués. Cela va permettre une plus grande implication des acteurs dans le processus mais surtout une appropriation de la vision par les acteurs concernés qui vont la porter et la défendre. Un projet GPEC doit être inclusif et mobilisateur.
- Constituer un groupe de pilotage : La direction doit former un groupe de pilotage pour conduire le processus jusqu'à son terme. Ce groupe placé sous l'autorité du directeur doit être composé de cadres compétents férus de stratégie et connaissant bien les RH. Il doit comprendre le personnel de santé et le personnel technique. Il doit être multi métier et transversal.
- Communiquer régulièrement : A toutes les étapes du processus, la direction et l'équipe de pilotage doivent communiquer, partager les informations. Ce partage de l'information favorise la transparence et évite les suspicions, les rumeurs, la désinformation. Il permet surtout de lutter contre les résistances au changement notées au sein de l'hôpital : corporatisme, léthargie du personnel, manque d'initiatives, frustrations, etc.
- Impliquer les acteurs sociaux : les acteurs sociaux présents à l'hôpital doivent être mobilisés. Les syndicats ont un poids important à l'HALD. Leur implication va contribuer à pacifier le climat social au sein de l'entreprise mais surtout de lever tous les malentendus sur un quelconque « complot contre les travailleurs » qu'une démarche GPEC pourrait véhiculer.

-Impliquer fortement l'encadrement : Les cadres de l'hôpital doivent porter le projet de réforme des ressources humaines. Pourquoi? Ils sont d'abord encadrateurs d'équipe et ont une influence sur leurs subordonnés, ensuite ils ont les compétences nécessaires pour animer et conduire les travaux liés à la GPEC : enquêtes, études, négociations, construction de stratégies, définitions de nouvelles compétences, de nouveaux métiers, élucidation des besoins technologiques, etc.

Si ces étapes sont bien maîtrisées, l'utilité de la démarche GPEC sera acceptée par un grand nombre d'acteurs, « la GPEC n'est pas qu'un simple outil d'anticipation. C'est tout d'abord un formidable moyen d'accélérer les prises de conscience collectives et individuelles sur le caractère permanent du changement et les adaptations continues qu'il induit. L'approche « compétence » objective de manière très pédagogique et non conflictuelle des évolutions nécessaires. La logique qui consiste à lier le niveau de compétences de chacun à son employabilité est une logique qui généralement est comprise et soutenue par les équipes. » Derenne, O, Lucas, A (2005 : 102).

7.1.3.2 Définir un tableau de bord pour appliquer la GPEC (dimensions opérationnelles)

Une fois le projet défini et adapté par la direction de l'établissement, il faut le mettre en œuvre et cela passe par l'élaboration et la mise en œuvre du tableau de bord en vue de le rendre opérationnel. Pour Jean-Pierre Ledoux, « le tableau de bord constitue un véritable outil de conduite de la politique sociale de l'entreprise, permettant de piloter et d'anticiper sur les tendances du contexte économique et social de l'entreprise. Ledoux, J P (2013 : 190).

Le tableau comporte plusieurs avantages, car, il permet d'analyser :

- L'évolution de l'emploi : à travers des entrées et des sorties du personnel à partir des catégories de personnels par emplois, par âge, par ancienneté, par sexe, par qualification. Ledoux, J P (2013 :190). Cette approche permet d'avoir une vue d'ensemble du personnel et surtout d'identifier les tendances critiques sur

lesquelles le décideur doit anticiper pour éviter des problèmes de fonctionnement de son entreprise ou des crises de fonctionnement;

- L'évolution des compétences : à travers les emplois créés, les formations proposées ainsi que l'évolution des qualifications. Dans un hôpital comme L'HALD, cet outil est primordial car il permet à cette structure de s'adapter aux changements technologiques qui caractérise les hôpitaux mais également de renforcer les capacités de ses agents à travers des formations innovantes qui répondent aux besoins réels en termes de compétences thérapeutiques, techniques, et de soutien;
- Les conditions de vie des salariés : La direction doit accorder une attention particulière aux conditions d'hygiène et de sécurité au travail des travailleurs. Ces derniers font face à plusieurs risques au sein de l'hôpital comme les infections nosocomiales. La rémunération des travailleurs doit être gérée avec rigueur et transparence en vue d'amoindrir les conflits sociaux si fréquents dans les hôpitaux sénégalais.

L'évolution de ces tendances à travers une périodicité bien déterminée (un ou deux ans) permet de dégager des tendances significatives et donner l'opportunité à la direction de l'hôpital de prendre les bonnes décisions pour gérer les ressources humaines, anticiper les gaps à venir et prévoir les investissements stratégiques dans tous les domaines de fonctionnement de l'hôpital afin que ce dernier puisse mériter le label d'hôpital de référence moderne et fonctionnel.

Le tableau de bord joue un rôle d'alerte. En effet, un bon suivi de l'évolution des tendances, ci-dessus, permet de voir les zones rouges et d'alerter les responsables à agir avant qu'il ne soit trop tard. Le management peut agir en toute connaissance de cause. Les employés au fait des problèmes à venir et de leur gravité dans la bonne marche de l'entreprise seront plus enclins à accepter les décisions prises par la direction de l'hôpital. Bref, le tableau de bord est un outil d'alerte, de veille et de mobilisation du personnel.

7.1.3.3 Former un noyau de cadres pour conduire la GPEC

Pour réussir une réforme GPEC dans une structure hospitalière, il faut avoir un noyau de managers qui maîtrise cette approche et capable de conduire le processus de mise en œuvre du début à la fin. À cet égard, il convient d'identifier au sein de l'hôpital, les cadres les plus compétents, les plus motivés pour les former afin qu'ils maîtrisent la GPEC. Cette formation pour être efficace doit allier la théorie et la pratique. L'expérience a montré que les meilleurs experts de la GPEC ne sont pas uniquement des théoriciens, mais ils sont surtout de bons praticiens, capables de :

- diagnostiquer une structure dans sa complexité, son fonctionnement et ses relations avec son environnement externe;
- élaborer une démarche stratégique;
- mobiliser des équipes;
- faire partager au personnel la vision de la réforme;
- lutter contre les résistances au changement;
- avoir une culture de suivi-évaluation;
- avoir du leadership.

En somme, il faut former un noyau de cadres et d'agents qui peuvent promouvoir des changements transformationnels. La GPEC est mise en place par une équipe et pas seulement par le directeur ou la directrice de l'établissement. Ce dernier ou cette dernière doit croire au bien-fondé de la réforme, l'incarner et surtout la partager avec un noyau d'acteurs dans un premier temps.

7.2 Tenir compte des leçons apprises dans l'adoption de la GPEC par d'autres structures hospitalières

Plusieurs structures hospitalières ont commencé à appliquer la GPEC pour gérer leurs ressources humaines. Parmi lesquelles, on peut citer l'hôpital Principal de Dakar. Cet hôpital de référence est un démembrement des Forces armées du Sénégal. Il bénéficie d'une double tutelle (ministère des Forces armées et ministère de la santé publique). Son personnel dirigeant est issu des rangs de l'Armée nationale. La GPEC est mise en œuvre dans cet hôpital depuis bientôt 10 ans. L'adoption de la GPEC s'est traduite par la mise en œuvre des mesures suivantes :

-L'hôpital dispose de plans triannuels ou quinquennaux en RH notamment en matière de recrutement. Il y a un effort d'intégration des effectifs dans un plan de recrutement sur plusieurs années

- Un plan GPEC 2016-2020 est en cours d'exécution ;
- Le Plan GPEC est arrimé au Plan stratégique de l'hôpital ;
- Une méthodologie pour quantifier les dépenses et besoins sur 5 ans ;
- Les budgets, le recrutement, les départs à la retraite sont gérés à travers une démarche GPEC ;
- Il existe un plan de formation et de recrutement, ce qui permet d'éviter les reconversions comme c'est le cas à l'HALD ;
- Il y a une flexibilité dans la gestion des carrières. Un agent recruté à partir d'une fiche de poste établi lors de son recrutement (exemple un infirmier) peut postuler à autre poste au bout de 5 ans ;
- Un logiciel de paie gère les salaires.

L'application de ces mesures a produit des résultats importants qui ont changé le fonctionnement de l'hôpital, le rendement de l'hôpital ainsi que son rayonnement. A cet égard, l'hôpital a pu :

- Équilibrer les comptes de l'hôpital : grâce à la mise en œuvre de la GPEC, l'hôpital a des comptes équilibrés et est devenu attractif avec un matériel de pointe, un personnel bien formé et peu de grèves du personnel, contrairement à ce qu'on observe dans les autres structures de santé du pays.
- Améliorer l'accueil des urgences avec le recrutement de 5 infirmiers par an formés au service de réanimation. Conséquence : une nette amélioration des conditions d'accueil au service des urgences, une meilleure prise en charge des malades qui arrivent à l'hôpital souvent dans des situations assez critiques ;
- Renforcer le prestige de l'hôpital. La Mission pluridisciplinaire et intégrée de Stabilisation des Nations unies au Mali (MINUSMA) envoie son personnel se soigner à l'hôpital. Elle paie en moyenne 1 800 000 000 FCFA par an¹².

¹² Toutes les informations nous ont été fournies par le directeur des RH de l'hôpital principal, lors de l'interview qu'il nous a accordé le 12 novembre 2018 à Dakar.

- Renforcer les dotations en matériel de pointe. L'hôpital dispose d'un appareil de coronarographie (pour déboucher les veines).

Il y a eu au cours de ces 10 dernières années une appropriation de la GPEC par les agents et ce malgré quelques résistances au changement observés sur ce processus. Cependant, il n'est pas exagéré de parler de succès stories obtenus grâce à l'adoption et une mise en œuvre maîtrisée de la GPEC à l'hôpital principal de Dakar. Ces leçons apprises peuvent être utilisées par les responsables de l'hôpital Aristide Le Dantec pour gérer de manière différente leur RH et impulser une dynamique de gestion basée sur les résultats tangibles. Cette approche permettra de corriger les dysfonctionnements et les écarts que nous avons analysés dans les chapitres précédents notamment en matière de recrutement.

8 CHAPITRE VIII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE

Une fois la solution retenue, il convient de proposer un plan de mise en œuvre de cette solution. Ce plan doit s'inscrire dans une démarche logique à travers un cadre logique comportant des résultats à atteindre. Ce plan est conçu sous forme de projet et se décline comme suit :

8.1 Objectifs du projet

8.1.1 But

Contribuer à la mise en place d'une Gestion Prévisionnelle des emplois et des compétences à l'HALD.

8.1.2 Objectif général

L'objectif principal de cette étude est de permettre à l'hôpital Aristide Le Dantec de réduire son déficit en personnel de qualité à travers la mise en place d'une GPEC.

8.1.3 Objectifs spécifiques (OS)

OS1 : Résorber le déficit en personnels médicaux et paramédicaux ;

OS2 : Réduire la surcharge de travail du personnel de soins ;

OS3 : Réduire l'écart entre le personnel requis et l'existant.

8.2 Cadre logique

Le cadre logique permet de présenter de façon synthétique la logique d'intervention d'un projet et la façon dont seront mesurés les résultats. Il permet de décrire les activités à mener pour atteindre les objectifs. Ce sont ces activités qui lorsqu'elles sont réalisées produisent des résultats qui vont contribuer à la réalisation des objectifs spécifiques.

Tableau XVIII : Cadre logique

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Conditions critiques
But : Contribuer à la mise en place d'une GPEC à l'HALD	Une cartographie des compétences et des métiers est disponible	Logiciel RH développé ; Fiches de poste élaborées ; Cartographie des métiers dressée ; Tableaux de bord de suivi des effectifs dressés ;	Implication de la tutelle, de la Direction et des acteurs

Contribution à la mise en place d'un système de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) à l'hôpital Aristide le Dantec

		Référentiels de compétence élaborés ; Pyramide des âges dressée.	
Objectif général : Définir une bonne politique de ressources humaines en vue d'atteindre les normes	L'hôpital est en conformité avec les normes	Les normes (nombre de lits par médecin et nombre de lits par infirmier) sont respectées	Implication de la tutelle, de la Direction et des autres acteurs
OS1 : Résorber le déficit en personnels médicaux et paramédicaux	Le personnel est moins stressé et plus motivé	Enquête de satisfaction auprès du personnel	-Implication de la Direction et des acteurs
OS2 : Réduire la surcharge de travail du personnel de soins	Meilleure prise en charge des patients	Enquête de satisfaction auprès des patients	-Implication de la Direction et de tous les chefs de service
OS3 : Réduire l'écart entre le personnel requis et l'existant	Les services sont renforcés en personnel	Les besoins en personnel des services sont comblés	Implication de la Direction
Résultat1 : Le déficit en personnel et la surcharge de travail sont réduits A1 : Mobiliser les ressources financières nécessaires A2 : Procéder au recrutement A3 : Mise en place d'un cadre de formation continue		Les recettes sont en hausse Le financement est mis en place. Le déficit en personnel se réduit. Les services obtiennent de meilleurs résultats	Implication de la tutelle et de tous les acteurs La Direction ainsi que tous les chefs de service sont impliqués
Résultat2 : Les soins dispensés aux patients sont améliorés.	La durée des patients à l'hôpital est réduite	Enquête de satisfaction auprès des patients	Les chefs de service sont fortement impliqués
A1 : Réorganiser le travail au niveau de tous les services A2 : Définir le rôle de chacun	Les tâches de chacun sont bien identifiées Le personnel est productif	Les fiches de postes sont bien élaborées Le personnel est évalué périodiquement	Implication du chef de service RH et de tous les chefs de service
Résultat 3 : Mise en œuvre d'un plan de gestion prévisionnelle	La GPEC est fonctionnelle	Un logiciel RH est développé ; Les fiches de poste sont élaborées ; Une cartographie des métiers est dressée ; Des tableaux de bord de suivi des effectifs sont dressés ; Les référentiels de compétence sont élaborés ;	Volonté de la tutelle et de tous les acteurs Implication de tous les acteurs

		La pyramide des âges est dressée.	
--	--	-----------------------------------	--

L'objectif général qui consiste à définir une bonne politique de ressources humaines en vue d'atteindre les normes pourrait être atteint si les conditions critiques sont levées.

8.2.1 Résultats

Résultat1 : Le déficit en personnel et la surcharge de travail sont réduits

Résultat2 : Les soins dispensés aux patients sont améliorés.

Résultat3 : Un plan de gestion prévisionnelle est mis en œuvre.

8.2.2 Activités

Résultat 1 :

A1 : Mobiliser les ressources financières nécessaires

A2 : Procéder au recrutement et satisfaire les besoins les plus importants en personnel exprimés par les services

A3 : Mise en place d'un cadre de formation continue

Résultat 2 :

A1 : Réorganiser le travail au niveau de tous les services

A2 : Définir le rôle de chacun

Résultat 3 :

A1 : Développer un logiciel RH

A2 : La démarche GPEC est amorcée

9 CHAPITRE IX : LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

9.1 Mise en œuvre du projet

TABLEAU XIX : Plan de mise en œuvre

Résultats	Activités	Période	Responsable	Ressources			Source de financement
				Humaine	Matérielle	Financière	
Résultat1 : Le déficit en personnel est réduit	A1 : Mobiliser les ressources financières nécessaires	Janvier/mars 2020	La Direction	Néant	Néant	184 333 065F	L'État et les recettes de l'hôpital
	A2 : Procéder au recrutement et satisfaire les besoins en personnel les plus exprimés par les services	Avril/juillet 2020	La Direction	Recruter 5 médecins, 15 infirmiers d'État, 5 sage-femme d'État, 20 Assistants Infirmiers	Néant	159 555 300F	
	A3 : Mise en place d'un cadre de formation continue	Aout/octobre 2020	Le chef du SRH et le Responsable de la formation	Les formateurs	Néant	12 000 000F	La direction

Résultat2 : Les soins dispensés aux patients sont améliorés.	A1 : Réorganiser le travail au niveau de tous les services	Novembre/ Décembre 2020	Le Directeur	Le SRH, les chefs de service médicaux	Néant	Néant	Néant
	A2 : Définir le rôle de chacun	Nov./ Déc 2020	Le Chef du Service RH	Néant	Néant	Néant	
Résultat3 : Mise en place d'une GPEC	A1 : Développer un logiciel RH A2 : Formation et suivi-évaluation	Nov./ Décembre 2020	Le chef du SRH et le responsable de la formation	Néant Évaluateurs externes et formateurs	1 logiciel	4 000 000F	Budget RH

9.2 Chronogramme des activités

Les activités se dérouleront selon le chronogramme suivant :

Tableau XX : chronogramme du déroulement des activités de l'étude

ACTIVITES	JANVIER À DÉCEMBRE 2020											
	Janv.	Fév.	Ma.	Av.	Mai	Juin	Jui	Ao.	Sep.	Oct.	Nov.	Déc.
Mobiliser les ressources												
Procéder au recrutement du personnel												
Mise en place d'un cadre de formation continue												
Réorganiser le travail au niveau de tous les services												

Définir le rôle de chacun											
Développer un logiciel RH											
Assurer un suivi-évaluation des activités de soins											

Source : nous même

9.3 Budget annuel détaillé

Notre budget pour le projet se présente comme suit :

Tableau XXI : Budget détaillé

Rubriques	Nombre	Salaire annuel	Total
RECRUTEMENT			
Médecins généralistes/spécialistes	5	8 868 948	44 344 740
Infirmiers d'État	15	3 007 800	45 117 000
Sage-femme d'État	5	3 007 800	15 039 000
Assistants Infirmiers	20	2 752 728	55 054 560
FORMATION CONTINUE			12 000 000
DÉVELOPPEMENT DU LOGICIEL RH			4 000 000F

TOTAL			175 555 300F
IMPREVUS (5%)			8 777 765F
TOTAL GENERAL			184 333 065 FCFA

9.4 Suivi et évaluation

Le suivi de la mise en œuvre du projet de réduction du déficit en personnel de l'HALD se fera de manière permanente tandis que l'évaluation se fera en deux phases : une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale.

9.4.1 Le suivi

Le suivi d'un projet est un exercice permanent, il permet de voir si les activités en cours sont conformes à celles décrites dans le cadre logique. Il permet aussi d'identifier les retards enregistrés dans la mise en œuvre du projet. Le suivi permet également de voir l'état d'exécution des ressources financières dédiées aux différentes activités. Pour ce projet nous proposons que le suivi se fasse à chaque trimestre. Ainsi un rapport détaillé sera élaboré par le responsable du suivi au sein de l'hôpital. Ce rapport sera soumis au directeur. Ce dernier pourra apprécier de manière objective l'état d'avancement des résultats prévus. Il pourra prendre des mesures avec son équipe pour corriger les retards et les faiblesses notées par le rapport trimestriel. A la fin de chaque année, un rapport annuel sera produit. Ce rapport présente un tableau exhaustif des résultats atteints au cours de l'année écoulée.

Les principaux acteurs impliqués dans le suivi sont :

- Le directeur général
- Les directeurs
- Les chefs de service
- Le responsable GPEC
- Le responsable du suivi

9.4.2 L'évaluation

L'évaluation se fera en deux temps :

- une évaluation à mi-parcours
- une évaluation finale.

9.4.2.1 L'évaluation à mi-parcours

Elle interviendra à mi-parcours de la durée d'exécution du projet. Pour garantir son objectivité et éviter tout conflit d'intérêt, il est préférable de la confier à un consultant externe ou un cabinet indépendant. Elle sera faite sur la base de termes de références (TDR) élaborés par l'hôpital. Son objectif, c'est de vérifier si les résultats planifiés sont atteints ou pas. Elle devra identifier les facteurs de blocage qui ont entravé l'atteinte des objectifs et proposer des solutions pour l'atteinte des résultats à la fin du projet.

Les principaux acteurs impliqués dans l'évaluation à mi-parcours sont :

- Le directeur général
- Les directeurs
- Les chefs de service
- Le responsable GPEC
- Le consultant indépendant ou le cabinet.

9.4.2.2 L'évaluation finale

Elle sera faite à la fin du projet par un consultant extérieur ou un cabinet indépendant pour garantir sa neutralité. Tout comme l'évaluation à mi-parcours, elle se fera sur la base de TDR élaborés par l'hôpital. Elle montre si le projet a atteint l'objectif principal qu'il s'est assigné ainsi que les objectifs spécifiques. L'évaluation finale devra également donner un tableau exhaustif des résultats atteints, la situation des ressources financières dépensées. Cette évaluation devra se baser sur les indicateurs du cadre logique pour vérifier l'état d'atteinte des résultats obtenus. Enfin, l'évaluation finale devra identifier les principales leçons apprises et proposer des recommandations pour que les résultats du projet puissent produire des changements durables dans le court et moyen termes.

Les principaux acteurs impliqués dans l'évaluation finale sont :

- Le directeur général

- Les directeurs
- Les chefs de service
- Le responsable GPEC
- Le ministère de la santé publique
- le consultant indépendant ou le cabinet.

Les indicateurs

Pour assurer un suivi objectif du plan de mise en œuvre, il faut définir les indicateurs pertinents, mesurables et de qualité. De manière générale, les indicateurs permettent de mesurer l'atteinte des résultats que le projet s'est fixés. Ils permettent d'assurer un suivi rigoureux du projet. Les indicateurs doivent être pertinents par rapport aux résultats du cadre logique, ils doivent être mesurables avec des données quantifiables, exemple : le nombre d'infirmiers recrutés par l'hôpital annuellement. Ils peuvent être qualitatifs, exemple : la perception des usagers de l'hôpital sur la qualité des soins prodigués par le personnel.

Il faut établir les indicateurs avant le démarrage du projet, ils doivent être présents dans le document de projet. Ce sont les mêmes indicateurs qui vont servir à évaluer le projet à mi-parcours et à sa fin. Conserver les mêmes indicateurs durant tout le processus de mise en œuvre du projet permet d'avoir une cohérence pour mesurer les résultats atteints par rapport à l'objectif de base du projet. Des indicateurs mesurant la dimension genre seront proposés afin de voir dans quelle mesure les besoins différenciés des femmes et des hommes ont été pris en compte par le plan de mise en œuvre en matière d'emploi.

Recommandations

La mise en œuvre de la GPEC est un processus long, il faut mettre en œuvre plusieurs recommandations pour arriver aux résultats souhaités notamment en matière de recrutement. Dans ce cadre, les recommandations ci-dessous, peuvent permettre d'améliorer dans le court terme la gestion du recrutement et des finances de l'hôpital en attendant la mise en œuvre effective de la GPEC :

- Améliorer les recettes de l'hôpital par une diminution des jours de grève et un recouvrement systématique des impayés ;
- Renforcer le rayonnement de l'hôpital en améliorant l'offre de santé et par l'acquisition de matériel de pointe ;
- Acquérir et rendre fonctionnel un logiciel RH de l'hôpital ;
- Affecter un budget substantiel à la formation ;
- Initier un plan de développement des ressources humaines ;
- Élaborer un programme pluriannuel de formation qui intègre toutes les catégories socio-professionnelles
- Améliorer de manière continue les compétences du personnel paramédical ;
- Renforcer, de manière continue, les compétences des personnels de soins et de soutien ;
- Identifier les départs définitifs des personnels et les planifier ;
- Élaborer des référentiels de compétences et des fiches de poste ;
- Mettre à jour le tableau synoptique des ressources humaines ;
- Dresser des tableaux de bord de suivi des effectifs ;
- Mettre en œuvre la convention hospitalo-universitaire ;

Par ailleurs, il faut restaurer à l'HALD sa fonction de Centre Hospitalo-universitaire, de lieu de soins de haut niveau, de formation des personnels de santé de qualité, de centre de recherche et de pôle d'excellence de la médecine en Afrique de l'Ouest. Il faut, en somme, lui redonner son identité.

L'HALD possède des ressources humaines capables de rivaliser avec les meilleurs acteurs des pays du Nord. Il faut lui en donner les moyens.

CONCLUSION

La réforme hospitalière est devenue un enjeu politique et social de par le monde, car tous les États ont des obligations constitutionnelles pour soigner leurs populations et assurer leur bien-être physique et mental. Les hôpitaux, sous ce rapport, jouent un rôle central pour atteindre ces objectifs. En effet, dans la pyramide sanitaire, ils apparaissent comme les structures les mieux indiquées pour se jouer ce rôle, et ce, à cause de leur plateau technique, de la qualité de leurs ressources humaines et techniques. Disposer donc d'hôpitaux performants et fonctionnels est une exigence pour tout système de santé moderne. Le Sénégal est dans cette quête depuis la mise en œuvre de la réforme hospitalière et de l'adoption des documents de politiques de santé publique comme le Plan national de Développement des Ressources humaines en Santé (PNDRHS) 2011-2018 et le Plan national de Développement sanitaire (2009-2018).

Cependant la réforme hospitalière tant souhaitée n'a pas encore atteint tous ses objectifs dans tous les hôpitaux du pays, c'est le cas de l'HALD notamment en matière de GRH et surtout de recrutement. Cet hôpital de référence de niveau 3 est un maillon important de la pyramide de santé à cause du nombre de patients qu'il accueille chaque année et surtout de la qualité et de la diversité de ses ressources humaines. Celles-ci sont encore régies par des modalités de gestion qui ont atteint leurs limites et qui ne sont plus en adéquation avec les exigences du management moderne notamment en matière de recrutement. Son SGRH comporte plusieurs faiblesses comme nous l'avons souligné précédemment parmi lesquelles, on peut noter :

- L'existence d'un sous-effectif de personnel qualifié dans plusieurs services ;
- L'absence d'un plan pluriannuel de recrutement ;
- La persistance du recrutement par reconversion
- Le personnel paramédical est insuffisant ;
- L'absence de formation continue pour le personnel de la maintenance.

Ces faiblesses conjuguées aux menaces qui pèsent sur l'HALD en termes de concurrence et de qualité de ses prestations montrent l'urgence de réformer le SGRH de cette structure. Mais cette réforme n'est pas une panacée et ne va pas de soi, il faut pour qu'elle aboutisse disposer d'une bonne méthode et surtout d'une approche qui permet de concevoir cette réforme de manière holistique et maîtrisée. Cette approche selon nous est la GPEC car, elle a démontré son efficacité au Sénégal et dans le monde mais surtout elle est pertinente pour résoudre les problèmes que nous avons diagnostiqués tout au long de ce travail.

En effet, le diagnostic que nous avons réalisé montre la nécessité de disposer d'une vision pour réformer le SGRH en vigueur dans cette structure mais également d'élaborer un plan stratégique cohérent, participatif et durable pour adapter l'HALD aux exigences de la réforme hospitalière. Pour y arriver il faut, résoudre un certain nombre de préalables, parmi lesquels, on peut retenir :

- Existence d'un leadership transformateur pour conduire le processus de mise en œuvre de la GPEC ; Ce leadership est un prérequis pour piloter la dimension politique et stratégique de la GPEC ;
- Élaboration d'une approche pratique pour conduire toutes les étapes liées à une mise en œuvre de la GPEC dans le court et moyen terme ; En effet, après avoir défini une vision, il faut mettre ses axes stratégiques dans un plan et avoir un chronogramme pour mettre en œuvre dans la durée les éléments de ce plan ;
- Existence de personnes qualifiées pour lancer et encadrer le processus de mise en œuvre. Ces personnes devraient être choisies parmi les agents qui ont un niveau universitaire adéquat avec une bonne culture stratégique et une maîtrise des outils de mise en œuvre des politiques et réformes en matière de santé publique au Sénégal et dans le monde ;
- Prise en compte des leçons apprises en matière d'adoption et de mise en œuvre de la GPEC dans les réformes hospitalières dans le monde et singulièrement au Sénégal.

Dans ce cadre les résultats obtenus par l'HP de Dakar constituent des « succès stories » qui doivent encourager la direction de l'HALD à s'engager résolument dans l'adoption de la GPEC pour réformer son SGRH en vue d'avoir un système de recrutement efficace et efficient.

Ce dernier pré requis est la condition de réalisation de notre première hypothèse à savoir : Un système de recrutement efficace permet à l'hôpital d'être performant. En ce concerne notre deuxième hypothèse à savoir : Un plan GPEC pertinent et reposant sur une vision claire permet à l'hôpital de mettre en œuvre sa stratégie en matière de ses ressources humaines, elle n'est pas remplie pour le moment. Cependant il convient de souligner une réelle volonté au niveau du SRH de s'orienter vers la mise en œuvre de la GPEC. Dans l'organigramme de l'hôpital figure un bureau GPEC, mais pour le moment, il n'est pas fonctionnel. Cependant l'HALD envisage de former un noyau d'agents à la GPEC.

On le voit donc l'HALD est à la croisée des chemins. Il doit choisir entre le statuquo et le changement. Le statuquo n'est pas tenable ni souhaité au vu des exigences de la réforme hospitalière et des immenses défis que le Sénégal doit relever pour devenir un pays émergent notamment dans le domaine de la santé. Il doit plutôt s'inscrire dans un processus continu de réformes, car comme tout hôpital de cette dimension, il doit s'adapter dans un univers en pleine transformation technologique, sociale, managériale, etc. L'hôpital moderne est une structure dynamique avec une gouvernance efficace tournée vers l'atteinte des résultats et la préservation du caractère humaniste et social de cette institution, qui demeure malgré tout la clef de voûte de notre système de santé. L'HALD doit s'inscrire dans cette dynamique pour rénover la GRH. En effet, relever le défi de la mise en œuvre de la GPEC, c'est relever les défis de la réforme hospitalière dans tous ses domaines : finances, technologie, marketing, médical et surtout en matière de recrutement et de formation permanente. C'est un pari qu'il faut gagner pour exister dans un univers concurrentiel et complexe comme celui dans lequel évolue l'HALD.

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages

1. Bédard, M, Miller, R : La Gestion des organisations, Montréal, Chenelière/ McGraw-Hill, 1995
2. Bergeron, P : La Gestion dynamique, Montréal, Gaëtan Morin, 2001
3. Bernier, P, Grésillon, A : La GPEC. Construire une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, Paris, Dunod, 3^e édition, 2016
Direction des hôpitaux, Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, Paris, ministère de la santé, mai 1997
4. Ledoux, JP : La Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. La caisse à outils, Paris, Afnor Editions, 2013
5. Martory, B, Crozet, D : Gestion des ressources humaines : pilotage social et performances, Paris, Dunod, 2008
6. Merrien François-Xavier, L'État-providence, PUF, 2007
Ministère des Affaires étrangères : Guide en organisation hospitalière dans les pays en développement, Paris, La documentation française, 2009
7. Morgan, G : Images de l'organisation, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003
8. Rouleau, L : Théories des Organisations, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 2007
9. St Onge, S, Audet, M : Relever les défis de la Gestion des Ressources humaines, Montréal, Gaetan Morin, 1998
10. Teisseire, B (sous la direction) : Le Management des ressources humaines dans les établissements de soins : « quelles pistes d'amélioration pour le service public ? », Paris Flammarion-Médecins-Sciences, 2005

II. Articles :

1. Makhtar Diouf : L'ajustement en crise, Paris, politique africaine, mars 1992
2. Anact : L'organisation du temps de travail des hôpitaux publics Edition Anact,
3. Joëlle Carton : la réforme du financement des hôpitaux : la notion d'activité justifiée dans Reflets et perspectives de la vie économique, 2003/1, tome XLII

III. Mémoires

1. Fondio, M : Contribution à l'amélioration de la gestion prévisionnelle mise en place à l'hôpital Aristide Le Dantec, mémoire DESS/GRH, GESAG, 2010-2011
2. Ndayishimiye, T : Contribution à la mise en place des outils de GPC pour le personnel de l'HPD : Cas du référentiel emploi/métier des agents du service de gestion des ressources humaines, mémoire MBA GRH, GESAG, 2014-2015

IV. Lois et textes réglementaires :

1. Loi 98 - 08 du 12/02/98 portant réforme hospitalière et 98-12 du 02/03/98 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé.
2. Décret N° 99-852 du 27 août 1999 en application des lois 98 - 08 du 12/02/98

V. Documents de politique de santé

1. Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale : Plan national de Développement des Ressources humaines en Santé (PNDRHS) 2011-2018
2. Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale : Plan national de Développement sanitaire (2009-2018).

3. Ministère de la Santé et de la Prévention : Système d'Information hospitalier.
4. Manuel des Procédures de la Gestion des Ressources humaines, Dakar, 2002
5. Projet d'établissement de l'HALD 2013-2017

ANNEXES

Annexe 1 : Organigramme de l'HALD

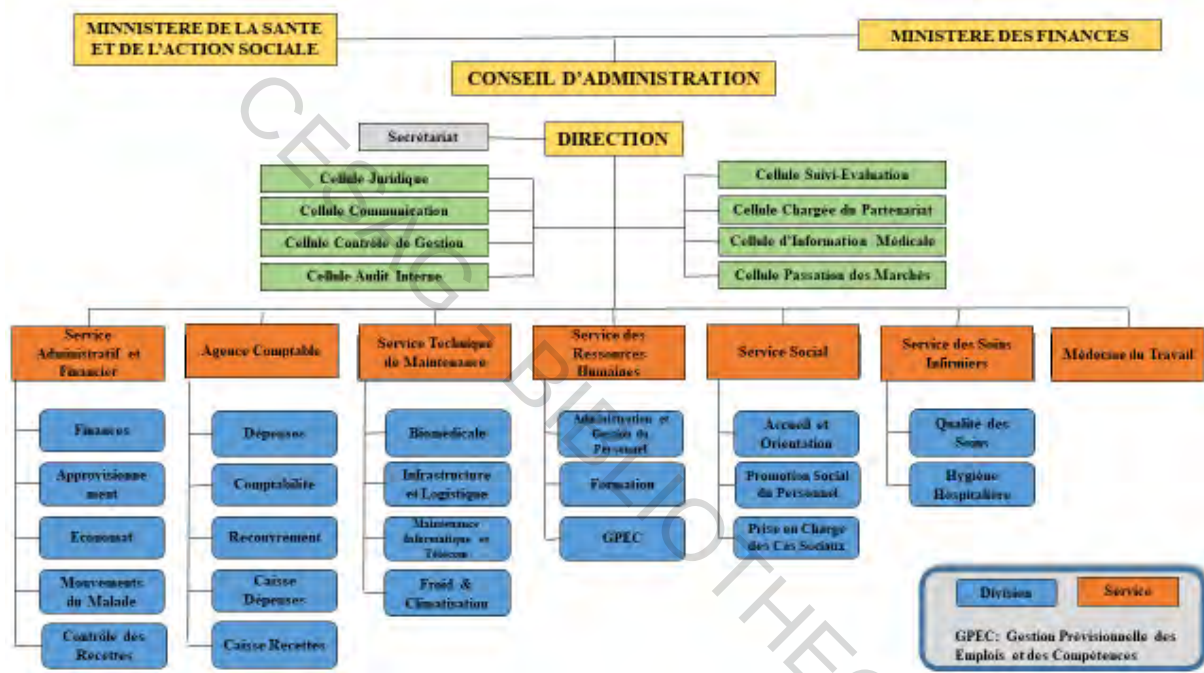


Figure 8 : organigramme services administratifs HALD

Annexe 2 : Questionnaire

Pour la validation de mon MBA en Gestion des Systèmes de Santé, je rédige un mémoire de fin d'études portant sur :

« CONTRIBUTION À LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE
GESTION PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPÉTENCES (GPEC) À
L'HÔPITAL ARISTIDE LE DANTEC »

C'est dans ce cadre que ce questionnaire a été élaboré pour recueillir vos avis et suggestions sur une mise en place d'une GPEC.

Merci de bien vouloir répondre aux questions.

Identification

- Votre âge :

20-30 ans ☐ 31-40 ans ☐ 41-50 ans ☐ 51-60 ans ☐

- Votre ancienneté :

0-5 ans ☐ 5-10 ans ☐ 10-15 ans ☐ +15 ans ☐

- Sexe :

Femme ☐ Homme ☐

Q1- Quelle est votre famille professionnelle ?

- Administrative ☐
- Paramédicale ☐
- Médicale ☐
- Soutien-technique ☐

Q2- Quel est votre statut professionnel ?

- Étatique ☐
- Contractuel ☐
- Prestataire ☐

Autres à préciser

Q3- Lors de votre recrutement ou de votre affectation, avez-vous fait connaissance des tâches à effectuer ?

- Oui ☐
- Non ☐

Q4- Si oui, Ces tâches sont-elles décrites ?

- Oui ☐
- Non ☐

Q5- Si oui, Comment ?

Q6- Pensez-vous que les méthodes de recrutement se font sur la base des besoins de l'hôpital ?

- Oui ☐
- Non ☐

Q7- Que pensez-vous de la gestion des Ressources Humaines ?

- Excellente ☐
- Très bonne ☐
- Bonne ☐
- Passable ☐

Pourquoi ?

Q8- Les fonctions liées à votre poste sont-elles décrites ?

- Oui ☐
- Non ☐

Q9- Votre plan de carrière est-il prévu et défini ?

- OUI ☐
- NON ☐

Q10- Êtes-vous évalué sur une base périodique ?

- OUI ☐
- NON ☐

Q11- Avez-vous bénéficié d'une formation depuis votre recrutement ?

- Oui ☐
- Non ☐

Q12- Si oui, quel type de formation ?

- Continue (séminaire) ☐
- Initiale (Diplômant) ☐
- Dans quel domaine ☐

Q13- Êtes-vous évalué périodiquement ?

- Oui ☐
- Non ☐

Q14- Si oui à quel moment ?

- Tous les 3 mois ☐
- Tous les 6 mois ☐
- Chaque année ☐

Q15- Avez-vous bénéficié une fois de promotion ?

- Oui ☐
- Non ☐

Q16- Si oui, comment ?

Q17- Existe-t-il un plan de promotion interne ?

- Oui ☐
- Non ☐

Q18- Êtes-vous au courant d'une démarche GPEC à l'hôpital ?

- OUI ☐
- NON ☐

Annexe 3 : Guide d'entretien

I. PRESENTATION DE LA STRUCTURE

Q1- Que pensez-vous de l'organigramme de l'hôpital ?

.....

.....

.....

.....

Q2- Pouvez-vous nous décrire les missions principales de l'hôpital ?

.....

.....

.....

.....

II. RESSOURCES HUMAINES

Q3- Comment est organisé le service des Ressources Humaines ?

.....

.....

.....

.....

Q4- Quel est l'effectif du personnel ?

.....

.....

.....

.....

Q5- Définissez- nous la composition de cet effectif ?

.....

.....

.....

Q6- Quels outils utilisez-vous pour gérer les Ressources Humaines ?

.....

.....

.....

.....

III. RECRUTEMENT/ INTEGRATION

Q7- Que pensez-vous de la politique de recrutement à l'hôpital ?

.....

.....

.....

.....

Q8- Les techniques de recrutement sont-elles en adéquation avec les besoins de l'hôpital

.....

.....

.....

.....

IV. FORMATION/ EVALUATION

Q9- Votre politique de formation vise-t-elle une adaptation à un nouvel emploi à l'hôpital ?

.....

.....

.....

.....

Q10- Quels sont les instruments que vous utilisez pour évaluer votre personnel ?

.....

.....

.....

.....

V. GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES

Q11- Existe-t-il une description des fonctions pour chaque métier ?

.....

.....

.....

.....

Q12- Existe-t-il une prévision des besoins en Ressources Humaines ?

.....

.....

.....

.....

Q13- Avez-vous déjà mis en place une démarche GPEC ?

.....

.....

.....

.....

Q14- Avez-vous déjà élaboré un projet GPEC ?

.....

.....

.....

.....

Q15- A votre avis, quelles sont les avantages de la mise en place d'une GPEC à l'hôpital ?

.....

.....

.....

.....

Q16- Quels sont les obstacles à la mise en place de la GPEC ?

.....

.....

.....

.....

Q17- Avez-vous un plan pour la gestion des départs à la retraite ?

.....

.....

.....

.....

Q18- Existe-t-il un plan de mobilité interne ?

.....

.....

.....

.....

TABLE DES MATIÈRES

DEDICACES.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
RÉSUMÉ.....	III
SOMMAIRE	IV
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
LISTE DES SCHEMAS ET GRAPHIQUES	VII
LISTE DES ANNEXES	VIII
INTRODUCTION.....	2
PARTIE I : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	4
CHAPITRE I : REVUE DE LA LITTÉRATURE	5
1.1 HISTORIQUE DE LA GPEC	5
1.2 DEFINITION DE LA GPEC	5
1.3 DEFINITIONS DES NOTIONS DE : GESTION PREVISIONNELLE, EMPLOIS ET COMPETENCES.....	6
1.4 LES AVANTAGES DE L'UTILISATION DE LA GPEC DANS LES HOPITAUX.....	8
1.5 LES INCONVENIENTS LIES A L'UTILISATION DE LA GPEC DANS LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES AU NIVEAU DES HOPITAUX.....	11
1.6 L'INTERET DE LA GPEC POUR GERER LES HOPITAUX AUTREMENT.....	11
1.7 LE CADRE D'ANALYSE : LES DIMENSIONS POLITIQUE ET STRATEGIQUE DE LA GPEC.....	12
CHAPITRE II : CADRE CONTEXTUEL.....	15
2.1 ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE.....	15
2.1.1 <i>Présentation du Sénégal</i>	15
2.1.1.1 Caractéristiques de la population	15
2.1.1.2 Organisation administrative du Sénégal.....	16
2.1.1.3 Situation économique du Sénégal.....	16
2.1.2 <i>Organisation du système sanitaire</i>	17
2.2 ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE	19
2.2.1 <i>Présentation de l'HALD</i>	19
2.2.1.1 Historique	19
2.2.1.2 Le cadre juridique et institutionnel et les missions de l'HALD.....	20
2.2.2 <i>Organisation et fonctionnement</i>	21
2.2.2.1 Organes de direction, consultatif et technique.....	21
2.2.2.2 Organisation des services de l'HALD.....	23
2.2.3 <i>État des lieux du personnel au 30 septembre 2018</i>	25
2.2.3.1 Répartition du personnel selon leur statut et leur catégorie socio-professionnelle.....	28
2.2.3.2 La pyramide des âges.....	30
2.2.3.3 La répartition du personnel selon l'ancienneté	30
2.2.3.4 Services existants et leur organisation.....	31
2.2.3.5 Organisation interne des services médico-chirurgicaux et d'aide au diagnostic	32
2.2.3.6 Le Service des Ressources humaines (SRH).....	32
2.3 ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES (FFOM)	34
2.4 IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES PROBLEMES	38
2.4.1 <i>L'identification des problèmes</i>	38
2.4.2 <i>La priorisation des problèmes</i>	39
CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE.....	42
3.1 PROBLEMATIQUE	42

3.1.1	Formulation du problème.....	42
3.1.2	Justifications de l'étude.....	43
3.1.3	Spécificité du problème.....	44
3.1.4	Ampleur du problème.....	44
3.1.5	Conséquences du problème.....	45
3.1.6	Intérêt de l'étude.....	45
3.1.6.1	Intérêt de l'étude au plan individuel.....	45
3.1.6.2	Intérêt de l'étude pour le ministère de la santé.....	45
3.1.6.3	Intérêt de l'étude pour le CESAG.....	46
3.1.7	But de l'étude.....	46
3.1.8	Objectifs de l'étude :.....	46
3.1.8.1	Objectif général.....	46
3.1.8.2	Objectifs spécifiques :.....	46
PARTIE II : MÉTHODOLOGIE ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE		47
CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE.....		48
4.1	TYPE D'ETUDE.....	48
4.2	DEMARCHES DE L'ETUDE.....	48
4.3	METHODE DE COLLECTE DES DONNEES.....	49
4.4	DEPOUILLEMENT DES DONNEES.....	49
4.5	DIFFICULTES RENCONTREES.....	49
CHAPITRE V : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....		50
5.1	PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE ET DES ECARTS EN MATIERE DE PERSONNEL SELON LE PROJET D'ETABLISSEMENT.....	50
5.1.1	Présentation des résultats de l'enquête.....	50
5.1.2	Analyse des résultats de l'enquête.....	54
5.2	ANALYSE DES ECARTS SELON LES PREVISIONS DU PROJET D'ETABLISSEMENT DE L'HALD.....	56
PARTIE III : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES/ SOLUTIONS DU PROBLÈME PRINCIPAL.....		58
CHAPITRE VI : LES CAUSES DU PROBLÈME PRINCIPAL ANALYSE ET PRIORISATION.....		59
6.1	DETERMINATION ET ANALYSE DES CAUSES.....	59
6.1.1	Les causes du problème selon la littérature.....	59
6.1.2	Les causes selon les résultats de notre étude.....	60
6.2	LA PRIORISATION DES CAUSES.....	62
6.2.1	La priorisation des causes par le diagramme d'Ishikawa.....	62
6.2.2	La priorisation des causes selon la méthode Hanlon :.....	63
CHAPITRE VII : DÉTERMINATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....		64
7.1	DETERMINATION ET ANALYSE DES SOLUTIONS.....	64
7.1.1	Données de la revue de la littérature.....	64
7.1.2	Les données de notre étude.....	65
7.1.2.1	Identification des solutions.....	65
7.1.2.2	Priorisation des solutions.....	65
7.1.3	La démarche de la mise en œuvre maîtrisée de la GPEC au sein de l'HALD.....	67
7.1.3.1	Définir un projet d'entreprise.....	68
7.1.3.2	Définir un tableau de bord pour appliquer la GPEC (dimensions opérationnelles).....	70
7.1.3.3	Former un noyau de cadres pour conduire la GPEC.....	71
7.2	TENIR COMPTE DES LEÇONS APPRISSES DANS L'ADOPTION DE LA GPEC PAR D'AUTRES STRUCTURES HOSPITALIÈRES.....	72
CHAPITRE VIII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE.....		74
8.1	OBJECTIFS DU PROJET.....	74
8.1.1	But.....	74
8.1.2	Objectif général.....	75

8.1.3	Objectifs spécifiques (OS).....	75
8.2	CADRE LOGIQUE	75
8.2.1	Résultats.....	77
8.2.2	Activités	77
CHAPITRE IX : LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET		78
9.1	MISE EN ŒUVRE DU PROJET	78
9.2	CHRONOGRAMME DES ACTIVITES.....	79
9.3	BUDGET ANNUEL DETAILLE	80
9.4	SUIVI ET EVALUATION	81
9.4.1	Le suivi.....	81
9.4.2	L'évaluation	82
9.4.2.1	L'évaluation à mi-parcours.....	82
9.4.2.2	L'évaluation finale	82
RECOMMANDATIONS.....		84
CONCLUSION.....		85
BIBLIOGRAPHIE		88
ANNEXES		90
TABLE DES MATIÈRES		98