



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES
SUPERIEURES EN GESTION**



MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE

Option : Gestion des Programmes de Santé

29^{ème} Promotion 2018-2019



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

THEME

**DETERMINATION DU BESOIN EN PERSONNEL MEDECINS, SAGES-
FEMMES ET INFIRMIERS DU SERVICE DE LA MATERNITE DANS
DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE DE NIVEAU III DU
SENEGAL A L'AIDE DE L'OUTIL WISN : CAS DE L'HOPITAL
PRINCIPAL DE DAKAR.**

Présenté par :

Dr N'GUESSAN Koffi Blaise
Manager des Services de Santé
Option Gestion des Programmes de Santé

Sous la direction de :

Dr SAKHO Moustapha
Economiste de la santé
Enseignant associé au CESAG

Décembre 2019

DEDICACE

Je dédie ce travail à :

DIEU tout puissant

Gloire et honneur à toi et à notre seigneur JESUS CHRIST. Cette formation a été possible grâce à toi. **“Quand on tourne vers lui les regards, on est rayonnant de joie. Et le visage ne se couvre pas de honte”**. PS.34 :6.

Mon épouse N’GUESSAN Rebecca

Ton amour et ton soutien sans faille à ce projet de formation ont été ma forme. Tes prières m’ont été d’une grande utilité. Merci pour ta patience. Que Dieu se souvienne de toi

Mes enfants BONA Daniel et N’GUESSAN Banien Marie Esther

Trouvez en ce travail, la preuve de la persévérance. *Visez haut, visez le meilleur !*

REMERCIEMENTS

Au terme de cette formation, nous exprimons ici notre reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué directement ou indirectement à la réussite de ce travail.

Au Dr Moustapha SAKHO, notre encadreur. Merci docteur pour avoir accepté de nous accompagner dans ce travail. Nous avons été particulièrement sensible à votre grande disponibilité et surtout votre humilité. Merci pour vos précieux conseils et que la main de Dieu continue d'être toujours sur vous.

Au Dr PONGATHIE Adama Sanogo, directeur de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS) MSHP CI. Merci pour votre grande compréhension et le soutien apporté.

A la Direction du CESAG pour le cadre favorable créé pour notre formation

Au Dr El Hadji GUEYE, chef de département CESAG santé pour l'encadrement et les conseils avisés

A tous les enseignants de MBA GSS pour la qualité de la formation

A la direction de l'Hôpital Principal de Dakar, particulièrement au directeur des ressources humaines, à monsieur Madior SY, responsable de la formation et à tout le personnel de la maternité. Merci pour la bonne collaboration.

A la promotion CESAG santé 2018-2019. Merci pour la confiance placée en ma personne en me mettant à la tête de notre promotion. Surtout pour l'esprit de famille entretenu tout au long de notre formation. Notre slogan « **D'horizons divers mais une seule famille** » n'a pas été une vaine phrase. Dieu vous bénisse.

Aux membres de mon groupe de travail "**les workers**" (Dr Privat AHOUA et Dr KOLIE Jean Pé) pour le "**fighting spirit**" développé.

A monsieur BADO Bayébié François. Un remerciement particulier à toi "**Prési**" pour ton assistance technique et ta disponibilité.

A la communauté ivoirienne au CESAG pour l'hospitalité

Au pasteur Joël DIOUF et tous les responsables du temple évangélique de Dakar pour le soutien spirituel apporté.

Que notre Dieu se souvienne particulièrement de vous.

SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AOF	: Afrique-Occidentale française
ACP	: Agence comptabilité particulière
AI	: Assistante infirmière
AMIU	: Aspiration manuelle intra utérine
ANSD	: Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ASH	: Agent de service d'hygiène
CESAG	: Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CFA	: Franc des Colonies Françaises d'Afrique
CHNU	: Centre Hospitalier National Universitaire
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CI	Côte d'Ivoire
CMA	: Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CPN	: Consultation prénatale
CPoN	: Consultation postnatale
CSP	: Corps socioprofessionnel
CTA	: Charge de travail annuel
DES	: Diplôme d'étude spécialisée
DIH	: Département de l'information hospitalière
DIIS	: Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire
DRH	: Direction de ressources humaines
DTC3	: Diphtérie – Tétanos – Coqueluche 3 ^e dose
ECPSS	: Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé
EDS	: Enquête démographique de la santé
EFF. REQ	: Effectif requis
EPS3	: Etablissement publique de santé de niveau 3
FAC	: Facteur d'allocation de la catégorie
FAI	: Facteur d'allocation individuelle
FAR	: Femme en âge de reproduction
GPS	: Gestion de programme de santé
GSS	: Gestion des services de santé
HPD	: Hôpital principal de Dakar
ICP	: Infirmier chef de poste
MBA	: Management of Business Administration
MC	: Médecin chef
MCD	: Médecin chef de district
MCR	: Médecin chef de région
MFA	: Ministère des forces armées
MII	: Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MRH	: Management des ressources humaines
MSAS	: Ministère de la santé et de l'action sociale
MSP	: Ministère de la santé publique
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OCTASSA	: Officier du Corps Technique et Administratif du Service de Santé des Armées
ODD	: Objectifs de développement durable
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PDIS	: Programme de développement intégré de la santé

PEV	: Programme élargi de vaccination
PIB	: Produit intérieur brut
PNDRHS	: Plan national de développement des ressources humaines en santé
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNLP	: Programme national de lutte contre le paludisme
PNUD	: programme des Nations unies pour le développement.
PR	: Personne ressource
PS	: Personnel de santé
PV	: Procès-verbal
QQOQCP	: Qui Quoi Où Quand Comment Pourquoi
RDC	: Rez-de-chaussée
RHS	: Ressources humaines en santé
SAC	: Standard d'allocation de la catégorie
SAI	: Standard d'allocation individuelle
SCT	: Standard de charge de travail
SFE	: Sage-femme diplômée d'état
SGRH	: Service de gestion des ressources humaines
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
SNIS	: Système national de l'information sanitaire
SNIS	: Système national d'information sanitaire
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
TPI	: Traitement préventif intermittent
TSS	: Technicien supérieur de la santé
TTD	: Temps de travail disponible
WISN	: Workload indicators of staffing needs

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cartographie des régions du Sénégal.....	6
Figure 2: Pyramide sanitaire du Sénégal.....	11
Figure 3: Processus WISN	36
Figure 4: Eléments de données pour une étude WISN.....	42
Figure 5: Récapitulatif de la méthode WISN	43
Figure 6: Aperçu général de la formule de WISN	43
Figure 7: Répartition selon l'expérience professionnelle.....	55
Figure 8: Répartition selon l'ancienneté dans le service.....	56
Figure 9: Diagramme 5M en arête de Poisson	77
Figure 10: Diagramme d'Ishikawa.....	78
Figure 11: Diagramme de PARETO	80

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Diagramme de priorisation des problèmes	23
Tableau 2: Avantages et limites des approches utilisées pour l'estimation des ressources humaines en santé.....	30
Tableau 3: Déroulement de l'étude	50
Tableau 4: Calcul du nombre de jours de travail annuels possibles par catégorie.....	58
Tableau 5: Calcul des jours d'absence par catégorie	58
Tableau 6: Calcul du temps de travail disponible par catégorie	59
Tableau 7: Composantes de la charge de travail de la catégorie gynécologue	60
Tableau 8: Composantes de la charge de travail de la catégorie sage-femme	60
Tableau 9: Composantes de la charge de travail de la catégorie aide infirmière	61
Tableau 10: Standards de service de la catégorie gynécologue	61
Tableau 11: Standards de service de la catégorie sage-femme	62
Tableau 12: Standards de service de la catégorie aide infirmière	62
Tableau 13: Standards d'allocation de la catégorie gynécologue	62
Tableau 14: Standards d'allocation de la catégorie sage-femme	63
Tableau 15: Standards d'allocation de la catégorie aide infirmière	63
Tableau 16: Standards d'allocation individuelle des gynécologues.....	64
Tableau 17: Standards d'allocation individuelle de la catégorie sage-femme	64
Tableau 18: Standards d'allocation individuelle de la catégorie aide infirmière	65
Tableau 19: Standards de charge de travail de la catégorie gynécologue.....	65
Tableau 20: Standards de charge de travail de la catégorie sage-femme.....	66
Tableau 21: Standards de charge de travail de la catégorie aide infirmière.....	66
Tableau 22: Facteur d'allocation de la catégorie gynécologue	67
Tableau 23: Facteur d'allocation de la catégorie sage-femme	67
Tableau 24: Facteur d'allocation de la catégorie aide infirmière.....	67
Tableau 25: Facteur d'allocation individuelle de la catégorie gynécologue.....	67
Tableau 26: Facteur d'allocation individuelle des aides infirmières.....	68
Tableau 27: Besoin en personnel gynécologue pour les activités liées aux services de santé. 68	
Tableau 28: Besoin en personnel sage-femme pour les activités liées aux services de santé.. 69	
Tableau 29: Besoin en personnel aide infirmière pour les activités liées aux services de santé	69

Tableau 30 : Besoin en personnel pour les activités de services de santé et d'appui par catégorie	70
Tableau 31: Besoin en personnel pour toutes les composantes de la charge de travail par catégorie	70
Tableau 32: Besoin en personnel sage-femme et aide infirmière pour les nuits, weekends et jours fériés	70
Tableau 33: Besoin en personnel gynécologue, sage-femme et aide infirmière pour les activités de la maternité.....	71
Tableau 34: Besoin en personnel suivant la recommandation de WISN	71
Tableau 35: Analyse et interprétation des besoins en personnel par la catégorie	72
Tableau 36: Priorisation des causes du problème par vote pondéré	79
Tableau 37: Priorisation des causes du problème avec le Diagramme de Pareto	79
Tableau 38: Priorisation des solutions pour palier à l'insuffisance du personnel en santé.....	82
Tableau 39: Cadre logique	84
Tableau 40: Plan opérationnel.....	85
Tableau 41: Budgétisation.....	86
Tableau 42: Cadre de suivi et évaluation	87
Tableau 43: Matrice des indicateurs.....	88

RESUME

L'insuffisance de personnel de santé dans les pays à faible revenu est un obstacle majeur à la réalisation des objectifs de développement durable. Outre l'insuffisance générale d'agents de santé, les inégalités dans la répartition des agents de santé aggravent encore ce problème.

Au Sénégal, pour un poids démographique de 22.48% de la population nationale, la région de Dakar dispose d'un peu plus de la moitié des personnels de santé (52.46%) toutes catégories confondues (46).

Comme la plupart des pays ouest-africains, les méthodes utilisées au Sénégal pour déterminer les besoins en personnel comprennent le calcul du ratio agent de santé/population et les normes de dotation en personnel établies par la carte sanitaire.

Mais ces méthodes ne prennent pas suffisamment en considération les importantes variations locales de la demande de services ni le travail accompli effectivement par les agents de santé (12).

Il est essentiel pour ces pays africains de disposer d'une méthode de planification reposant sur des bases factuelles permettant d'estimer la dotation effective nécessaire en personnel de santé dans les établissements de soins, afin de contribuer à offrir et à gérer les effectifs voulus là où l'on en a besoin.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la charge de travail afin de déterminer le besoin en personnel de santé du service de la maternité d'un hôpital de référence de niveau III à Dakar au Sénégal.

Cette étude a concerné les catégories gynécologue, sage-femme et aide infirmière de la maternité de l'hôpital principal de Dakar en poste durant l'année 2018. Elle a utilisé les statistiques de l'année 2018. L'effectif disponible était de 3 gynécologues, 26 sages-femmes et de 9 aides infirmières.

Les outils utilisés pour la collecte des données ont été les entretiens de groupes et individuels complétés par l'observation directe de certaines activités liées aux services de santé.

Le logiciel d'indicateurs des besoins en personnel à partir de la charge de travail (WISN) a été utilisé pour analyser la charge de travail du personnel. La différence et le ratio pour chaque catégorie de personnel ont été calculés à partir des effectifs réels disponibles et des effectifs requis calculés.

Certaines activités liées aux services de santé telles que l'accouchement et les soins infirmiers exigeaient une présence continue de personnel. Ainsi, les sages-femmes et les aides infirmières ont travaillé en rotation d'équipes de jour et de nuit. Les calculs ont donc été faits

d'abord pour déterminer l'effectif requis en personnel pour les jours ouvrés et ensuite celui pour les nuits, weekends et les jours fériés. L'effectif total requis a été la somme des deux effectifs calculés.

Comme résultats, l'expérience professionnelle était supérieure à 7 ans dans les trois catégories de personnel et 50% de leurs temps de travail ont été consacrés aux activités d'appui et plus de 1000 heures par an aux activités additionnelles

Les effectifs requis pour les activités des jours ouvrés étaient de 4 gynécologues, 24 sages-femmes et de 9 aides infirmières et ceux pour les nuits, weekends et jours fériés étaient de 2 sages-femmes et de 2 aides infirmières. L'effectif total requis pour couvrir donc toutes les activités de la maternité, de jour comme de nuit, étaient de 4 gynécologues, 26 sages-femmes et 11 aides infirmières.

L'analyse de la différence entre les effectifs disponibles et les effectifs requis a montré un besoin en personnel dans la catégorie gynécologue (-1) et aide infirmière (-2). Chez les sages-femmes il y avait un équilibre d'effectifs.

La charge de travail évaluée avec le ratio WISN, était de 0,75 et 0.82 respectivement chez les gynécologues et les aides infirmières. Cela reflète une pression de travail moins importante dans les deux catégories (25% chez les gynécologues et 18% chez les aides infirmières).

Les sages-femmes n'étaient pas soumises à une pression de travail (WISN ratio =1)

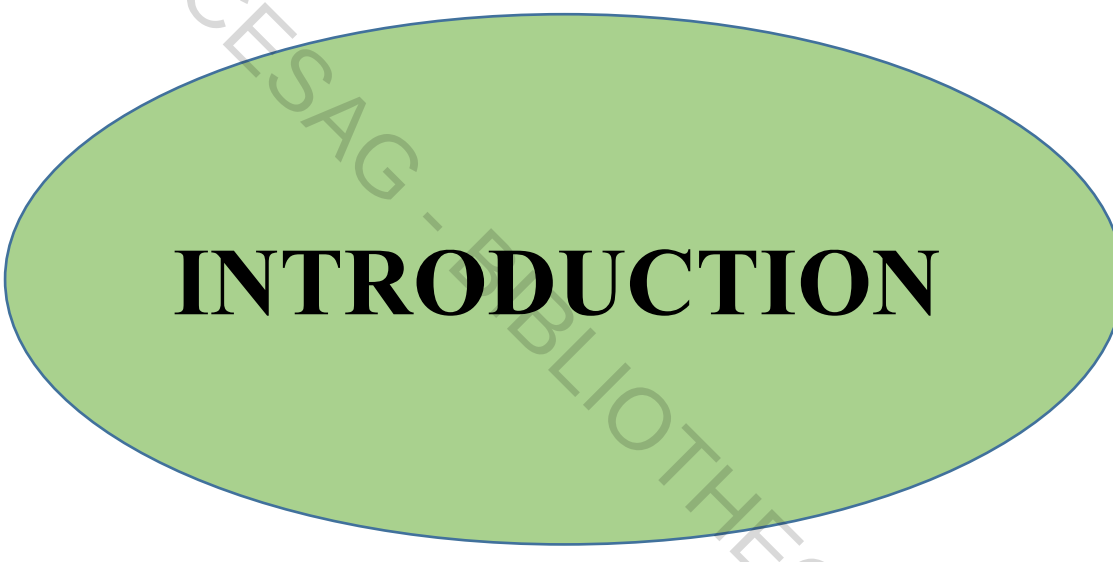
Nos calculs indiquent en conclusion un besoin d'un (01) gynécologue et de deux (02) aides infirmières en 20018 pour couvrir les activités de la maternité avec moins de pression sur les agents.

MOTS CLÉS : Sénégal, hôpital principal Dakar, Besoin en personnel, WISN, Charge de travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
Première partie	5
ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	5
CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	6
1.1 Analyse de l'environnement externe du cadre d'étude.....	6
1.2 Analyse de l'environnement interne du cadre d'étude.....	17
1.3 Identification et priorisation des problèmes du service de la maternité	21
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE	24
2.1 Problématique.....	24
2.2 Intérêt de l'étude	28
2.3 Revue de la littérature.....	28
2.4 Cadre conceptuel	32
2.5 But de l'étude	45
2.6 L'objectif général	45
2.7 Les objectifs spécifiques.....	45
Deuxième partie	46
METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE	46
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	47
3.1 Type de l'étude	47
3.2 Période et durée de l'étude	47
3.3 Population cible.....	47
3.4 Méthode de choix du cadre de l'étude	47
3.5 Critères d'inclusion.....	48
3.6 Critères de non inclusion	48
3.7 Déroulement de l'étude	48
3.8 Collecte des données	50
3.9 Traitement et analyse des données recueillies	52
3.10 Difficultés et limites de l'étude.....	52
CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	55
4.1 La présentation des résultats.....	55
4.2 Discussion.....	72
Troisième partie	75
PROBLEMES, CAUSES ET SOLUTIONS PLAN DE MISE EN ŒUVRE	75
CHAPITRE V : IDENTIFICATION, ANALYSE DES CAUSES DU PROBLEME ET LEUR PRIORISATION	
76	
5.1 Présentation des outils	76
5.2 Identification et analyse des causes du problème	77
5.3 Priorisation des causes.....	78
CHAPITRE VI : IDENTIFICATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	81

6.1	Identifications des solutions	81
6.2	Priorisation des solutions	81
CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION		83
7.1	Justification du choix de la solution retenue.....	83
7.2	Les objectifs du projet de mise en œuvre de la solution	83
7.3	Cadre logique.....	84
7.4	Plan opérationnel	85
7.5	Budgétisation.....	86
7.6	Suivi-évaluation.....	86
RECOMMANDATIONS.....		89
CONCLUSION.....		91
REFERNCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		XI
ANNEXES		XVII



INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'importance stratégique des ressources humaines en santé pour le développement et la performance du système de santé en vue de l'atteinte des Objectifs de développement n'est plus à démontrer. En effet, le domaine des ressources humaines pour la santé a été identifié par l'OMS comme la contrainte la plus critique pour l'atteinte des objectifs de santé de développement »¹. (52).

Les ressources humaines pour la santé constituent la pierre angulaire et la ressource principale du système de santé. Elles se trouvent en effet au cœur de toutes les interventions sanitaires et optimisent l'utilisation des autres ressources du système de santé² (49).

«Les ressources humaines pour la santé désignent toutes les personnes qui travaillent directement ou indirectement en vue d'entretenir et de créer la santé et le bien-être» (OMS 2016).

Alors que les populations croissent et évoluent, la demande d'agents de santé, selon l'OMS, devrait presque doubler d'ici à 2030 avec la création attendue d'environ 40 millions de nouveaux postes d'agents de santé, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et dans les pays à revenu élevé.

Cette augmentation prévue du nombre d'emplois va s'accompagner d'un déficit potentiel de 18 millions d'agents de santé pour atteindre durablement la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, principalement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire³ (40).

Face aux multiples défis pour les systèmes de santé (croissance démographique, accès inégal aux soins de base, qualité et sécurité des soins), investir dans les RHS est plus que jamais un enjeu incontournable en santé mondiale. Cependant, le nombre insuffisant de personnels de santé en raison de faibles ressources financières, la répartition inégale des agents de santé à différents niveaux, le taux d'attrition élevé et faible taux de remplacement constituent les principales contraintes en matière de ressources humaines pour la santé en vue d'interventions sanitaires prioritaires⁴ (8,12).

Il est à noter que, quel que soit leur niveau de développement économique et social, tous les pays se heurtent à des degrés divers à des difficultés sur les plans du déploiement, de la fidélisation de leurs agents de santé.

¹ RESEAU « VISION TOKYO 2010 » (2013), problématique des ressources humaines en sante des pays membres du réseau vision Tokyo 2010

² PSDRHS de la Mauritanie, 2006 – 2015

³ OMS (2016), Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon2030, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, consulté le 10 août 2019

⁴ Campbell, J. & Shojaci, T. (2018). Ressources humaines en santé dans les pays d'Afrique francophone : dynamiques et défis. *Santé Publique*

À l'instar de la grande majorité des pays à faibles revenus, les pays d'Afrique francophone font face à une insuffisance de personnels de santé qualifiés, notamment dans les zones rurales où vivent plus de 70% des populations.

La planification des ressources humaines pour la santé a pour objectif de disposer d'un effectif adéquat, ayant les compétences requises, au bon endroit, au bon moment, ayant une bonne attitude, effectuant le travail requis, à un juste coût, et produisant les résultats escomptés⁵ (26,12)

Pour satisfaire cet objectif de planification des RHS, les gestionnaires ont besoin de méthodes plus appropriées pour la prise de décisions concernant la dotation en personnel de santé ; une méthode de planification reposant sur des bases factuelles permettant de prendre des décisions politiques fondées. Cependant, cela nécessite d'avoir des données sanitaires de qualité surtout sur le personnel de santé pour les déployer avec l'efficacité voulue⁶ (12).

Différents modèles, approches et kits d'outils ont été proposés et essayés au fil des années par des instances internationales ainsi que par des pays individuels pour estimer l'offre et les besoins en ressources humaines pour la santé.

Parmi ces méthodes, l'on peut citer le ratio personnel de santé/population, l'approche de l'utilisation et de la demande, l'approche service-objectif et l'approche des besoins de santé et de services.

Les ratios effectifs de personnel de santé par rapport à la population sont les plus utilisés pour la planification des ressources humaines en santé surtout dans les pays africains.

La méthode des ratios a l'avantage d'être rapide, facile à appliquer et à comprendre mais présente des limites notamment la non prise en compte des variations locales de la demande de services ni la charge de travail des agents de santé (12).

Bien que ces approches puissent encore être utiles pour la planification au niveau des pays Africains, une nouvelle réflexion est cependant nécessaire dans le contexte actuel des soins de santé.

L'un des principaux obstacles à l'application de ces méthodes traditionnelles pour la planification des RHS est le manque de données détaillées sur les personnels de santé au niveau des pays africains surtout du sud du Sahara.

En effet, ces pays qui ont le plus besoin de ressources pour atteindre les ODD sont également ceux qui manquent généralement d'informations, de données sur le niveau actuel et la

⁵ Laurence Codjia, 2008, Management des ressources humaines de la santé, Dialogue sur la migration et autres questions des ressources humaines dans le secteur de la santé, Genève

⁶ Dreesch, N., Dolea, C., Dal Poz, M. R., Goubarev, A., Adams, O., Aregawi, M. & Scherpbier, R. (2005). An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. Health policy and planning

répartition de leurs personnels de santé et ont une capacité limitée d'analyse et de planification pour les futures ressources humaines pour la santé (12).

Par conséquent, une méthodologie simple pour évaluer la disponibilité actuelle des ressources humaines pour la santé et pour estimer les besoins futurs en ressources humaines pour la santé, sur la base des besoins en matière de santé et des objectifs des ODD, constituerait un outil utile pour la planification de leurs personnels de santé.

A l'instar des autres pays de la sous-région, le Sénégal s'est doté d'un Plan National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PNDRHS) qui couvre la période 2011-2018.

Avec une volonté de mobiliser tous les moyens nécessaires à sa mise en œuvre.

Selon ce plan, l'efficacité du système de santé qui permettra d'atteindre ces objectifs repose sur une bonne qualité des prestations dont les facteurs déterminants sont entre autres une bonne couverture nationale en infrastructures sanitaires et surtout la qualité, la disponibilité et la performance des ressources humaines.

Malheureusement le modèle de planification des RHS actuellement basé sur le ratio personnel de santé/population ne permet pas d'avoir des données de qualité sur cette ressource.

Or il est avéré que l'utilisation de nouvelles méthodes beaucoup plus simple facilite une juste allocation des RHS.

C'est dans ce cadre que nous nous proposons de conduire une étude utilisant une nouvelle méthode de planification des RHS développée par l'OMS, appelée Workload Indicators of Staffing Need (WISN).

Introduit les années 1990, le WISN est un outil de gestion et de planification des ressources humaines qui sert à déterminer le nombre d'agents de santé nécessaires pour faire face à la charge de travail d'un établissement de santé donné et évaluer la pression de la charge de travail sur les agents de santé d'un établissement de santé.

Cette étude a pour but de contribuer à l'amélioration de la gestion et de l'utilisation des RHS au Sénégal avec pour finalité une bonne allocation des professionnels de santé en vue d'une meilleure prise en charge des populations.

Elle comporte trois grandes parties : la première intitulée analyse situationnelle et cadre théorique, suivie de la deuxième partie concernant la méthodologie et la présentation des résultats, et enfin la troisième partie qui vise la détermination des causes du problème, l'analyse des causes et leur priorisation, la priorisation des solutions et le plan de mise en œuvre de la solution.

Première partie

**ANALYSE SITUATIONNELLE
ET CADRE THEORIQUE DE
L'ETUDE**

CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

1.1 Analyse de l'environnement externe du cadre d'étude

1.1.1 Présentation générale du Sénégal



Source : Rapport finale ECPSS 2017⁷

Figure 1: Cartographie des régions du Sénégal

1.1.1.1 Contexte géographique du Sénégal

La République du Sénégal est située en Afrique Occidentale. Sa superficie est de 196722 km². Elle est limitée au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée Conakry et la Guinée Bissau. A l'Ouest, le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côte. Sa pointe Ouest est la plus occidentale de toute l'Afrique continentale. La Gambie, qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédhiou et de Kolda au Sud.

Le réseau hydrographique du Sénégal est constitué de quatre grands fleuves : le Sénégal, la Gambie, la Casamance et par des affluents auxquels s'ajoutent quelques cours d'eau temporaires. Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre.

⁷ ANSD, Sénégal (2018). Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS)

1.1.1.2 Contexte politique

Du point de vue politique, le Sénégal est doté d'un régime présidentiel pluraliste avec une démocratie libérale. Le pouvoir exécutif est aux mains du gouvernement tandis que le pouvoir législatif revient au parlement. Le pouvoir judiciaire est indépendant des deux premiers.

Le Sénégal est l'un des pays les plus stables d'Afrique. Depuis son indépendance en 1960, il a connu trois grandes alternances politiques, toutes pacifiques. Le dernier scrutin présidentiel, qui s'est déroulé le 24 février 2019, s'est soldé par la victoire du président sortant, Macky Sall. Ce dernier, qui avait exercé auparavant un mandat de sept ans, a été réélu pour cinq ans, en vertu du référendum constitutionnel de mars 2016 qui a réduit la durée du mandat présidentiel.

1.1.1.3 Situation économique

Le Sénégal est la deuxième économie en Afrique de l'Ouest francophone derrière la Côte d'Ivoire. 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 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 et l'agroalimentaire. Les récentes découvertes de champs pétrolifères et gazières 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 informel⁸. (17)

1.1.1.4 Situation démographique

"En 2018, la population du Sénégal est estimée à 15 726 037 habitants dont 7 896 040 de femmes (50,2%) et 7 829 997 d'hommes (49,8%)", enquête démographique de l'Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD)⁹ [3].

Plus de la moitié des personnes vivant au Sénégal résident en milieu rural, soit 53,3%, tandis que les citadins représentent 46,7%, une "forte disparité dans la répartition de la population entre entités administratives régionales".

⁸ France diplomatie, Présentation du Sénégal. Consulté le 21 juillet 2019

⁹ ANSD, Sénégal (2018). Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS)

On constate de fortes disparités dans la répartition de la population entre les entités administratives régionales. La région de Dakar qui couvre 0,3% de la superficie du pays, abrite 23,1 % de la population du Sénégal, soit une densité de 6 637 habitants au Km². Elle, est suivie par les régions de Thiès et de Diourbel où vivent respectivement 13,1% et 11,0% de la population. La région de Kédougou est la région la plus faiblement peuplée avec une proportion de la population sénégalaise qui dépasse à peine 1,0%.

Croissance démographique : 2,9 (Banque mondiale, 2016)

Espérance de vie : 66,7 ans (Banque mondiale, 2015)

Taux d'alphabétisation (15 ans et plus) : 55,6 % (Banque mondiale, 2015)

Indice de développement humain : 162e sur 188 pays (PNUD, 2016)

1.1.1.5 Contexte socioculturel

Les langues officielles du Sénégal sont le français, utilisé par l'État, l'administration, l'enseignement, les médias, le monde des affaires et le wolof. Cependant, les sénégalais s'expriment aussi dans près de 40 autres idiomes selon les régions, voire selon les villages.

Sur l'ensemble des vingt-et-une langues nationales codifiées, seuls le wolof, le peul, le sérère et le mandinka sont parlés par plus d'un million de locuteurs. L'arabe est aussi présent dans le pays, où 94 % des Sénégalais sont musulmans.

Les groupes ethniques les plus représentés au Sénégal sont les Wolofs, les peuls, les Sérères et les Diolas, principalement en Casamance dans le sud du pays, auxquels s'ajoutent les Malinkés du sud-est et les Soninkés, très présents dans la haute vallée du fleuve Sénégal, ainsi que les populations mancagnes.

Les Sénégalais sont musulmans dans leur très grande majorité (plus de 95 %). Le christianisme (3 %), généralement le catholicisme, est pratiqué parmi les Sérères et les Diolas. Les croyances traditionnelles perdurent néanmoins, à travers des pratiques telles que le ndut ou le boukout.

1.1.1.6 Situation administrative

Le Sénégal est composé de 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements, 113 communes, 46 communes d'arrondissement et 370 communautés rurales.

Le village ou le quartier correspond à la cellule administrative de base. Les grandes communes du Sénégal (Dakar, Rufisque, Pikine, Guédiawaye et Thiès) sont subdivisées en communes d'arrondissement.

La capitale du Sénégal, Dakar, est en même temps la capitale de la région du même nom, presque 550 km² située à l'extrême Ouest du pays.

1.1.1.7 Politique et profils sanitaires

Politique de santé

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDSII : 2009-2018) traduit de façon concrète la politique du gouvernement du Sénégal en matière de santé.

Le PNDS 2019-2028 déjà rédigé, est en attente de publication.

Les priorités de ce plan sont traduites dans le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) pour la période 1998 – 2002.

Ces réformes concernent la réorganisation du Ministère de la Santé, le sous-secteur hospitalier, le sous-secteur de la pharmacie et du médicament, le système d'information sanitaire, le financement de la santé, la coordination des interventions et l'intégration des activités.

La politique nationale de santé met un accent particulier sur les groupes vulnérables ; elle s'articule autour des axes stratégiques qui sont :

- l'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population surtout au niveau des groupes vulnérables;
- une décentralisation des services de santé permettant de garantir la participation des populations et la responsabilisation des collectivités ;
- l'amélioration de la qualité, de la disponibilité et de la performance des ressources humaines.

Profil épidémiologique

Au Sénégal, le profil épidémiologique se caractérise par la prédominance de certaines affections dont le paludisme constitue le point d'orgue. Il occupe la première place pour les causes de morbidité et de mortalité malgré une baisse sensible au cours des dix dernières années.

Une des stratégies majeures de la lutte contre le paludisme est la protection individuelle par l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII), jumelée avec un traitement préventif intermittent (TPI) pour les femmes enceintes qui sont quatre fois plus exposées que les autres.

Si le paludisme recule, les hépatites, du fait de leur méconnaissance, augmentent. Deux millions de sénégalais sont contaminés chaque année et l'hépatite B, qui se transmet par voie sanguine et par les relations sexuelles, constitue la première cause du cancer¹⁰ (46).

Les autres affections les plus importantes sont les maladies respiratoires (12,3%) des cas de morbidité, les maladies diarrhéiques (7,9%), les maladies de la peau (7,5%), les maladies émergentes comme l'hypertension (4,5%).

En ce qui concerne la lutte contre la maladie, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) enregistre, depuis 2001, une performance qui se consolide d'année en année. Ainsi, la couverture au DTC3 est passée de 43,5% en 2001 à 93% en 2007 au niveau national. Ces résultats expliquent, entre autres, le recul des maladies cibles du PEV telles que la rougeole et la poliomyélite dont le dernier cas remonte à 1998.

Dans la lutte contre le SIDA, le Sénégal est cité comme un pays de référence en Afrique. En effet, la séroprévalence au sein de la population générale est estimée à 0,7% par l'EDS IV (2005)

Dans le cadre de la lutte contre la Tuberculose, on note une lente évolution des indicateurs malgré les efforts consentis pour assurer la gratuité du traitement. Par ailleurs, nous assistons à un accroissement des cas multi résistants aux antituberculeux majeurs.

Les maladies à potentiel épidémique, en particulier le choléra, connaissent depuis 2004, une recrudescence avec une tendance endémique du fait des problèmes d'assainissement, des difficultés d'accès à l'eau potable et des mauvais comportements individuels et collectifs.

Au cours des trois dernières années, une attention particulière a été accordée aux maladies non transmissibles surtout sur celles dont la prise en charge pose des problèmes en termes de coûts.

C'est ainsi qu'est née la notion de maladie chronique à soins coûteux (cancer, insuffisance rénale, maladies cardiovasculaires, diabète).

Organisation du système de santé

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions et Services rattachés et les programmes verticaux.

¹⁰ PNDRHS du Sénégal (2010), 2011-2018

Sur le plan opérationnel, on trouve les Centres Hospitaliers Nationaux qui constituent le dernier niveau de référence du système de soins.

Le niveau intermédiaire est représenté par la Région médicale dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative ; le Sénégal en compte quatorze.

La Région médicale assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle est dirigée par un médecin chef de région (MCR), spécialisé en santé publique.

La référence régionale est représentée par un Centre Hospitalier Régional ou EPS de niveau 2.

Le niveau périphérique opérationnel est représenté par le District sanitaire qui comprend au minimum un Centre de santé polarisant un réseau de Postes de santé qui, à leur tour supervisent des cases de santé et des maternités rurales.

Ce niveau représente le premier point de contact des populations avec le système de soins.

Chaque District sanitaire est géré par un Médecin Chef de District (MCD), tandis que les Postes de santé sont gérés par un infirmier chef de poste (ICP). Le Sénégal compte 68 districts, 24 centres de santé de référence, 52 centres de santé ordinaires, 712 postes de santé complets, 259 postes de santé sans maternité, 129 maternités isolées et près de 2 000 cases de santé.



Source : PNLP, plan stratégique 2016-2020

Figure 2: Pyramide sanitaire du Sénégal

Offre et demande de services de santé

Au sommet, l'hôpital constitue la dernière référence avec les services spécialisés (spécialités chirurgicales et médicales) qui sont disponibles au niveau des EPS3, tous implantés à Dakar sauf un à Diourbel.

Les soins de santé de base, y compris la maternité et les soins dentaires, sont disponibles au niveau des centres de santé et de quelques postes de santé. C'est également le lieu privilégié des activités préventives et promotionnelles.

Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle et infanto juvénile, des initiatives ont été prises pour rendre la césarienne, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) disponibles au niveau périphérique dans tous les centres de santé de référence.

Le Sénégal possède l'un des meilleurs systèmes opérationnels de référence contre référence matérialisé par la disponibilité des ambulances au niveau des districts et la gratuité des évacuations. Ceci a pour effet immédiat d'atténuer l'iniquité dans l'offre de services.

Financement de la santé

Le financement de la santé provient essentiellement de l'État, des partenaires au développement, des populations et des collectivités. L'État est le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS avec un apport représentant 51% du financement (La part du budget de l'État allouée au secteur de la santé est en hausse régulière ces dernières années. Ce budget représente aujourd'hui 10% du budget de fonctionnement de l'État). La contribution des partenaires extérieurs représente 27%. Les populations et les collectivités locales contribuent respectivement à hauteur de 19% et 3%. Les populations apportent leur contribution directement au financement du secteur de la santé à travers le système de contribution dans les prestations de soins. Les mécanismes de contribution varient en fonction des partenaires et se manifestent sous forme d'appui financier et technique direct ou indirect¹¹. (3)

Situation des ressources humaines en santé au Sénégal

Selon les résultats du recensement réalisé en juin 2009, les ressources humaines, tous statuts et toutes catégories socioprofessionnelles confondues, sont estimées à environ quatorze mille quatre cent soixante-trois agents (14 463).

¹¹ ANSD, Sénégal (2018). Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS)

Pour un poids démographique de 22.48% de la population nationale, la région de Dakar dispose d'un peu plus de la moitié des personnels de santé (52.46%) toutes catégories confondues. Elle est suivie de la région de Thiès qui, avec un poids démographique de 12,63%, dispose de 13,22% des ressources humaines en santé.

La distribution du personnel laisse apparaître des disparités plus aiguës au niveau des CSP. Ainsi, chez les médecins, Dakar et Thiès comptent à elles seules 71% des effectifs (Dakar 60% et Thiès 11%). Les douze autres régions du Sénégal se partagent le reste, soit 29%.

Concernant le personnel paramédical (TSS, Infirmiers et sages-femmes), Dakar compte 43,5% et Thiès 12,6% d'agents, soit 56,1% de ce personnel contre 43,9% pour les douze autres régions du Sénégal.

L'état du Sénégal reste le principal employeur des ressources humaines en santé. En effet, plus de la moitié (54,45%) sont des agents de l'État (47.54% sont des agents de la Fonction Publique et les 6.91%, des contractuels du MSP). Après l'Etat, viennent les EPS qui contractualisent 27.65% des agents de santé.

L'on note une insuffisance des mécanismes de rétention des personnels surtout dans les zones difficiles.

Les régions de Kolda, Sédhiou et Kédougou enregistrent les taux les plus élevés de mortalité maternelle et infantile. Elles ont aussi, les taux de couverture en CPN3 et les taux d'accouchement assisté les plus faibles du pays, faute de personnels qualifiés.

• Description du système actuel de gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines de l'administration publique est confiée à la fois à la Direction des Ressources humaines du Ministère de la Santé, à la Direction générale de la Fonction publique du Ministère de la Fonction publique et de l'Emploi et à la Direction de la Solde des Rentes et Dettes viagères du Ministère chargé des Finances.

La gestion des ressources humaines en santé est ainsi écartelée entre plusieurs départements ministériels, occasionnant des difficultés récurrentes dans le traitement des dossiers des agents.

• Production et utilisation des ressources humaines

La production des ressources humaines concerne principalement la formation initiale :

- les institutions de formation professionnelle paramédicale,
- les instituts universitaires.

Le recrutement de ressources humaines se fait à plusieurs niveaux :

- **L'État** : par l'intermédiaire du Ministère chargé de la Fonction publique, du Ministère chargé de la Santé et du Ministère des Forces armées.
- **Les établissements publics de santé (EPS)** : le conseil d'administration des établissements publics de santé réserve une part importante du budget au recrutement de ressources humaines en santé.
- **Les comités de santé** : ils mettent à la disposition des centres de santé, des postes de santé et des maternités, des ressources humaines.
- **Les collectivités** : elles recrutent des ressources humaines qui sont mises à la disposition des structures de santé de leurs localités.
- **Les structures de santé privées** (cabinets, cliniques, ONG, organismes internationaux...)

Il convient de constater que les efforts de production de ressources humaines ne sont pas toujours suivis de recrutements. C'est ainsi qu'une bonne partie du personnel formé est à la recherche de leur premier emploi.

- **Enjeux et défis de la gestion des RHS**

Les enjeux sont :

- la non disponibilité d'un logiciel de gestion des données sur les RHS ;
- la fragmentation des cadres de gestion et l'incoordination entre ces cadres ;
- la timidité de la gestion prévisionnelle des ressources humaines aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Les défis majeurs qui interpellent le PNDRHS sont :

- la persistance du déficit en ressources humaines de qualité ainsi que sa mauvaise répartition au détriment des zones difficiles ;
- la non fonctionnalité du système actuel de gestion qui ne permet pas de disposer en temps réel de données factuelles pouvant favoriser une bonne prise de décision;
- la question de l'accessibilité des groupes vulnérables aux soins de santé;
- la récurrence des mouvements sociaux dans le secteur de la santé.

- **Situation des besoins actuels**

La carte sanitaire, fixée par le décret 2009-521 du 4 juin 2009, a mis en place des normes en ressources humaines pour chaque catégorie de structure sanitaire et pour les équipes-cadres

des régions médicales et des districts. Élaborée par le Service national de l'Information sanitaire (SNIS), elle couvre la période 2009-2013.

Il ressort des besoins en personnel de soins par région et par CSP que Dakar présente un surplus de 81 médecins généralistes, 113 TSS et 108 SFE qu'il convient de redéployer pour respecter les normes de la carte sanitaire. Le déficit de 12 médecins spécialistes impose un recrutement imminent face à la concentration des CHNU dans la capitale et le déplacement des malades vers Dakar¹² (46).

La catégorie Infirmier est déficitaire sur l'ensemble du territoire ainsi que la catégorie SFE sauf à Dakar.

- **Projection des besoins en RHS 2011-2018**

La projection des besoins en ressources humaines a pris en compte trois éléments :

- la couverture du déficit actuel ;
- le remplacement des agents qui doivent partir à la retraite ;
- la dotation en personnel suite aux nouvelles implantations prévues par la carte sanitaire.

Durant la période 2011-2018, en tenant compte du remplacement des retraités et de la dotation des nouvelles implantations en personnel de soins, les besoins sont de 247 médecins généralistes, 709 médecins spécialistes, 1279 TSS, 10 462 infirmiers et 4848 SFE (46).

1.1.2 Présentation de l'Hôpital principal de Dakar

1.1.2.1 Historique et évolution de l'hôpital principal

Suite à la fermeture de l'hôpital de Gorée soupçonnée d'entretenir le risque épidémique de fièvre jaune de 1878, la construction de l'hôpital principal de Dakar (HPD) en projet depuis 1862 débutât en 1880.

Situé sur la presqu'île de Dakar, en bordure de l'anse Bernard, l'Hôpital fût inauguré en aout 1884.

Le Sénégal acquiert son indépendance le 04 avril 1960. Mais jusqu'en 1965, l'hôpital dépend du commandant des troupes de l'A.O.F, puis entre en autogestion et dépend de l'ambassade de France. Il fonctionne en autonomie totale jusqu'en 1983.

En 1971, une convention signée entre la France et le Sénégal place l'HPD sous la double tutelle des forces armées sénégalaises et de la république française.

¹² PNDRHS du Sénégal (2010), 2011-2018

Le 24 décembre 1999, un nouvel accord de coopération signé entre le Sénégal et la France transfère définitivement toutes les responsabilités et en particulier financières aux autorités sénégalaises.

Avec la loi 2000-01 du janvier 2000, portant réforme hospitalière, l'HPD devient, au même titre que tous les autres hôpitaux du pays, un établissement public de santé, mais avec un statut spécial. Il reste sous la tutelle du ministère des forces armées.

En 2004, trois ans après le changement de statut, et conformément aux objectifs de l'accord de 1999, l'HPD acquiert son autonomie.

En 2006, l'hôpital a sécurisé son avenir. Les lignes budgétaires des subventions de l'état sont passées du ministère de la santé au ministère des forces armées sur ordre du Président de la république.

1.1.2.2 Missions

Les missions de l'hôpital Principal de Dakar sont de Deux ordres :

❖ Les missions de service public au titre d'Etablissement Public de Santé

L'hôpital Principal de Dakar, centre hospitalier de 3ème niveau, a pour mission de garantir à tout citoyen un accès équitable aux soins. Il doit, par conséquent, disposer de services cliniques et de plateaux techniques adéquats pour un centre hospitalier de 3ème niveau.

❖ Les missions spécifiques au titre d'établissement de référence pour Forces Armées

L'Hôpital Principal de Dakar, suite au transfert de responsabilité aux autorités Sénégalaises, maintient le partenariat avec la France pour permettre à l'hôpital de :

- confirmer sa vocation d'expertise en médecine tropicale ;
- constituer une plateforme d'accueil humanitaire et de formation aux urgences ;
- devenir un pôle permanent en Afrique de l'Ouest pour la prise en charge des situations d'exception civile et militaire ;
- assurer un rôle de référence, de formation des personnels et de soutien aux structures des Forces Armées.

1.1.2.3 Organisation et fonctionnement

L'HPD est un hôpital militaire qui participe au service public hospitalier national. Il assure un rôle de référence de fonction du personnel et de soutien aux secteurs des forces armées. Il

est administré par un comité d'administration dirigé par un Médecin chef au rang de directeur d'établissement public.

Le médecin chef (MC) est le seul responsable de la conduite de l'HPD, il est l'ordonnateur du budget.

Le gestionnaire est un Officier du Corps Technique et Administratif du Service de Santé des Armées (OCTASSA). Il est responsable du bon emploi du personnel civil et militaire affecté dans les services administratifs et financiers.

Le coordonnateur des soins infirmiers, service infirmier assure ses fonctions sous l'autorité du médecin chef. Il a un rôle de conseiller technique pour l'amélioration de la qualité des soins, des conditions de travail et l'organisation des équipes soignantes.

Ses activités sont axées sur le recrutement de personnels paramédicaux et secrétaires, en même temps de la formation.

L'ACP (Agence comptabilité particulière) relève de l'autorité du ministère des finances. Il transmet l'état financier destiné à la cours des comptes.

Le service de gestion est la structure d'aide à la prise de décision. Il est rattaché au MC et est chargé de produire un tableau de bord et suivre l'évolution de la masse salariale.

Le personnel de l'HPD comprend :

- le personnel militaire relevant du MFA (ministère des forces armées) ;
- le personnel relevant du code du travail ;
- le personnel enseignant relevant de l'université de Dakar.

1.2 Analyse de l'environnement interne du cadre d'étude

1.2.1 Description de la direction des ressources humaines

❖ Son rôle :

Le service administratif des ressources humaines est chargé de :

- l'administration du personnel de toutes catégories affecté à l'hôpital ;
- du recueil et du traitement de toutes les informations nécessaires à la prise de décisions en matière de gestion des ressources humaines ;
- de la communication et des relations avec toutes les catégories de personnels ainsi qu'avec tous les responsables et conseillers ;
- la répartition des éléments de salaires et de la confection des documents administratifs nécessaires à leurs règlements ;

- De la répartition des dossiers constitués à l'occasion de réunions relatives à la situation des personnels ;
- De la tenue à jour du planning des effectifs.

❖ Organisation et fonctionnement

Le service de gestion des ressources humaines (SGRH) de l'HPD est organisé de la façon suivante :

- ✓ Le chef de service ressources humaines (DRH)

Sa mission principale est d'administrer et de gérer le personnel que ce soit civil ou militaire ;

- ✓ Secrétaire général du DRH

Sa mission est la constitution et l'ouverture de dossiers d'embauche, la saisie de tous les papiers administratifs du personnel, etc. ;

- ✓ Les gestionnaires des effectifs. Ce sont :
 - Le chef personnel militaire dont la mission est de gérer l'administration du personnel militaire.
 - Le chef personnel civil pour la gestion de l'administration du personnel civil de l'hôpital en collaboration avec le secrétaire du service.
 - Le gestionnaire de la paie chargé du solde et de la rémunération.

1.2.2 Description de la maternité

❖ Organisation

L'administration du service de la maternité en 2018 se présente comme suit (annexe) :

- le Chef de service, médecin gynécologue ;
- le personnel médical ;
- le personnel paramédical ;
- le personnel administratif ;
- le personnel d'appui.

❖ Infrastructures

• Pavillon technique Saint Louis

- 1 salle d'accouchement avec 4 tables et 4 lits de surveillance ;
- Une capacité de 42 lits d'hospitalisation réduite à 32 au mois de novembre au profit du service Peltier Cardio (chambres et cabines inclus) ;

- 1 salle d'échographie au profit des hospitalisées, qui fait office de salle AMIU ;
- 1 salle d'échographie à titre externe ;
- 1 salle de tri ;
- 1 nurserie ;
- 1 réfectoire ;
- 1 office ;
- 2 bureaux de garde SFE (étage, RDC) ;
- 1 bureau du major administratif ;
- 2 chambres particulières ;
- 6 cabines individuelles (3 RDC et 3 à l'étage).

- **Pavillon médico-administratif Tivouane**

- Bâtiment à 2 niveaux (R+1), 2 paliers ;
- 1 bureau de consultation post natale ;
- 1 bureau de planning familial ;
- 3 bureaux des médecins ;
- 1 bureau de la surveillante ;
- 1 bureau des secrétaires.

- ❖ **Prestations**

- Consultations gynécologiques (3 bureaux de consultation) ;
- Consultations prénatales ;
- Interventions chirurgicales (césariennes, myomectomies, ...) ;
- Echographies ;
- Accouchements ;
- Nurserie ;
- Consultations postnatales ;
- Planning familial ;
- Pansements, etc.

- ❖ **Matériel technique**

- 2 appareils d'échographie ;
- 1 moniteur cardiotocographe fonctionnel ;
- 3 aspirateurs de mucosité (pour nouveau-né et AMIU) ;

- 4 tables de réanimation du nouveau-né ;
- 4 tables d'accouchement ;
- 4 lits de surveillance en salle d'accouchement.

❖ **Ressources humaines de la maternité en 2018**

- 4 gynécologue-obstétriciens dont un contractuel ayant débuté au mois d'avril 2018 ;
- 1 surveillante des soins. (C'est une sage-femme qui assure souvent le remplacement des sages-femmes absentes) ;
- 1 major administratif ;
- 3 secrétaires ;
- 25 sages-femmes ;
- 11 agents du service hospitalier (ASH) ;
- 9 aides infirmières (AI) ;
- 1 maître d'hôtel.

❖ **Les activités techniques**

✓ **A titre externe**

Les consultations

- Consultations prénatales : 2004 ;
- Les consultations post-natales : 4754 ;
- Les consultations gynécologiques : 3130 ;
- La planification familiale : 1020.

Actes techniques en externes

- Les soins externes : pansements : 3414 ;
Soins périnée : 1400 ;
- Patientes externes : 1119.

✓ **A titre interne**

Consultations au profit d'autres services : 107

L'échographie : patientes hospitalisées : 459

Hospitalisations :

- Nombre d'entrants : 3944 ;
- Nombre de journées : 11446 ;
- DMS : 2,98.

❖ **Points forts**

- Equipe dynamique, solidaire ;
- Volonté de varier et diversifier les activités avec la mise en place de l'unité d'exploration (échographie, hystéroscopie, colposcopie).

❖ **Points faibles**

✓ **Déficit de locaux pour abriter les différentes activités :**

- Le bloc des activités externes non séparé de celui des hospitalisations ;
- Absence de salles pour les activités d'hystéroscopie et de colposcopie ;
- Absence de salle de réunion équipée.

✓ **Déficit de personnel :**

- Existence d'un seul maitre d'hôtel ;
- Existence d'un seul major ;
- Absence de maitresse sage-femme ;
- Insuffisance d'aides infirmières et d'ASH.

✓ **Problèmes d'équipements :**

- Tables d'accouchement obsolètes ;
- Problèmes récurrents de plomberie, de fermeture et d'éclairage des chambres d'hospitalisation ;
- Manque de moniteurs cardiotocographes.

✓ **Retard dans la prise en charge des urgences :**

- Absence de salle opératoire dans le bâtiment obstétrical

✓ **Gestion des données :**

- Absence de logiciel de gestion des données des différentes activités (logiciel déjà offert par un laboratoire partenaire, installation en attente de l'autorisation de la Direction) ;
- Absence d'ordinateurs pour le secrétaire.

1.3 Identification et priorisation des problèmes du service de la maternité

1.3.1 Identification des problèmes

Pour l'identification des problèmes, nous avons eu des entretiens avec certains responsables de la direction de l'HPD et le personnel de la maternité.

Le rapport d'activité 2018 a été consulté et nous avons fait notre propre observation du fonctionnement du service ainsi que du déroulement des activités. Cela nous a permis d'identifier un certain nombre de problèmes qui sont :

- Absence de complétude au niveau des rapports d'activités ;
- Traitement et analyse insuffisant des données sanitaires ;
- Insuffisance de personnel de santé qualifié ;
- Absence de personnel d'accueil et d'orientation des patientes et de leurs accompagnants ;
- Insuffisance de mesures de motivation du personnel.

1.3.2 Priorisation des problèmes

Sur la base de la technique du groupe nominal, nous avons sélectionné quatre membres du personnel de la maternité. Le groupe était composé du chef de service, la surveillante des soins, une sage-femme et une aide infirmière. Ces personnes identifiées comme « **Personnes Ressources (PR)** » ont été emmenées à attribuer une note à chacun des problèmes identifiés. Le problème ayant obtenu le plus grand cumul de points est considéré comme prioritaire.

La priorisation a été faite à partir des critères de cotation suivants :

- **L'ampleur** : c'est l'étendue du problème avec son importance dans la population. Elle prend en compte les différents domaines touchés par le problème et son impact sur les performances de la structure ;
- **La gravité** du problème qui est en rapport avec les différentes conséquences de sa non résolution ;
- **La solvabilité** : c'est la possibilité d'apporter une solution au problème avec les moyens dont dispose la structure.

Chacun des différents critères a été coté de **0 à 5** selon son importance :

- **0** : le critère n'a aucune importance ;
- **1** : le critère a une importance faible ;
- **2** : le critère a une importance modérée ;
- **3** : le critère a une importance moyenne ;
- **4** : l'importance du critère est élevée ;

- 5 : l'importance du critère est très élevée.

Le tableau ci-dessous représente le diagramme de priorisation des problèmes :

Tableau 1: Diagramme de priorisation des problèmes

Critères Problèmes	Ampleur	Gravité	Solvabilité	Score	Rang
Absence de complétude des rapports d'activités	3+1+3+1	3+1+3+2	3+1+3+2	26	5 ^{ème}
Traitement et analyse insuffisant des données	3+2+3+2	3+2+3+3	3+2+2+3	28	4 ^{ème}
Insuffisance de personnel de santé qualifié	5+5+5+4	5+5+5+5	5+4+4+5	57	1^{er}
Absence de personnel d'accueil et d'orientation des patientes et de leurs accompagnants	4+3+3+3	4+3+2+2	4+3+3+4	36	2 ^{ème}
Absence de mesures de motivation	5+2+1+3	4+1+3+1	3+4+1+3	31	3 ^{ème}

Il découle du processus de priorisation qu'il existe une insuffisance de personnel de santé qualifié. Ce problème a été retenu comme problème prioritaire avec un score de 57.

C'est ce qui a motivé le thème de notre étude intitulé «**Détermination du besoin en personnel médecins, sages-femmes et infirmiers du service de la maternité dans des établissements publics de sante de niveau III du Sénégal à l'aide de l'outil WISN**».

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE

2.1 Problématique

2.1.1 Contexte et justification de l'étude

La Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 vise à accélérer les progrès en vue de l'instauration de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable en assurant un accès universel au personnel de santé¹³. (8,40)

Face aux multiples défis pour les systèmes de santé (croissance démographique, accès inégal aux soins de base, qualité et sécurité des soins), investir dans les ressources humaines en santé est donc plus que jamais un enjeu incontournable en santé mondiale. Cependant, force est de constater qu'en Afrique cette thématique reste peu étudiée. (8)

En effet, il se trouve que dans la plupart des pays africains, la problématique des ressources humaines pour la santé demeure caractérisée par la modicité des personnels de santé disponibles et l'absence de systèmes de gestion efficaces des ressources humaines de santé¹⁴. (47)

L'insuffisance de personnel de santé dans les pays à faible revenu est un obstacle majeur à la réalisation des objectifs de développement durable. Outre l'insuffisance générale d'agents de santé, les inégalités dans la répartition des agents de santé aggravent encore ce problème¹⁵. (42)

Ainsi, la grande majorité des pays d'Afrique francophone font face à une insuffisance de personnels de santé qualifiés, notamment dans les zones rurales où vit une frange importante de la population.

Plusieurs études mettent en exergue cette inégale répartition du personnel de santé, qui se concentre autour des capitales au détriment des zones rurales¹⁶. (24)

C'est le cas en Côte d'Ivoire où la région d'Abidjan concentre à elle seule 60% des RHS¹⁷. (45).

¹³ OMS (2016), Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, consulté le 10 août 2019

¹⁴ PNDHRS du TCHAD 2011-2020

¹⁵ Organisation mondiale de la santé; 2006. Travailler ensemble pour la santé: Rapport sur la santé dans le monde

¹⁶ KOFFI Kouadio Stéphane (2017), Mémoire MBA-GPS, «Détermination du besoin en personnels infirmier et sage-femme diplômés d'État des centres de santé ruraux du District sanitaire de San Pedro (Côte d'Ivoire) : application de l'outil WISN»

Au Tchad et en Mauritanie, cette concentration du personnel de santé dans les capitales est respectivement de 36,5 % dans la ville de N’Ndjamena et de 46,1% à Nouakchott (47, 49)

Les problèmes liés à la gestion des ressources humaines en santé sont communs à la plupart des pays à faible revenu, ce sont¹⁸ : (54)

- un système d’information extrêmement inadéquat en matière de santé;
- information insuffisante sur l'offre;
- le manque d'informations sur les migrations et les départs pour d'autres raisons;
- et des problèmes méthodologiques liés à l’estimation des besoins en main-d’œuvre.

Les méthodes utilisées par ces pays africains pour déterminer les besoins en personnel comprennent le calcul du ratio agent de santé/population et les normes de dotation en personnel pour les établissements de santé. Mais ces méthodes ont de sérieuses limites. Les ratios de population sont basés sur tout le personnel qualifié dans une catégorie particulière, quelle que soit leur spécialité. Aucune de ces méthodes ne tient compte des grandes variations locales en matière de morbidité, d’accès aux installations, de la demande de services ni le travail accompli effectivement par les agents de santé, etc.

Le Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS) du Sénégal s’inscrit dans la vision du PNDS 2009 – 2018. Il repose sur une politique de RH visant un Sénégal où tous services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs sont, dans le respect des normes établies à chaque niveau de la pyramide sanitaire, dotés en personnel de qualité et en nombre suffisant sur toute l’étendue du territoire, plus particulièrement dans les zones difficiles.

Les enjeux majeurs du PNDRHS sont la non disponibilité d’un logiciel de gestion des données sur les RHS et une timidité de la gestion prévisionnelle des ressources humaines aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Quant aux défis qui interpellent ce PNDRHS, ce sont principalement la persistance du déficit en ressources humaines de qualité ainsi que sa mauvaise répartition au détriment des zones difficiles et la non fonctionnalité du système actuel de gestion qui ne permet pas de disposer en temps réel de données factuelles pouvant favoriser une bonne prise de décision¹⁹ (46)

¹⁷ Plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur de la santé en Côte d’Ivoire 2009-2013

¹⁸ Shivam, S., Roy, RN, Dasgupta, S., Das Bhattacharyya, K., Misra, RN, Roy, S. et Indranil, S. (2014). Planification du personnel infirmier dans les hôpitaux ruraux du district de Burdwan, dans le Bengale occidental (Inde), à l'aide d'indicateurs de la charge de travail indiquant les besoins en personnel

¹⁹ PNDRHS du Sénégal (2010), 2011-2018

La répartition actuelle des RHS du Sénégal est basée sur les normes de la carte sanitaire qui détermine de façon globale, sans distinction entre le secteur public et le secteur privé, la nature ainsi que la localisation des structures, des équipements et des ressources humaines nécessaires à la prise en charge des patients²⁰ (23,46).

Ainsi, les besoins en RHS sont fixés en fonction des normes en Catégories Socioprofessionnelles; normes qui ne tiennent pas compte de la charge de travail du personnel.

Il est essentiel pour le Sénégal, pour atteindre les objectifs fixés dans son PNDRHS de disposer d'une méthode de planification reposant sur des bases factuelles permettant d'estimer la dotation effective nécessaire en personnel de santé dans les établissements de soins, afin de contribuer à offrir et à gérer les effectifs voulus là où l'on en a besoin.

Mener dans ce cadre, une étude sur « **la détermination du besoin en personnel gynécologue, sage-femme et aide infirmière du service de la maternité dans un établissement public de santé de niveau III au Sénégal à l'aide de l'outil WISN** » paraît appropriée.

La méthodologie WISN est un outil d'aide à la décision qui contribue à déterminer le nombre d'agents de santé d'un certain type dont un établissement de santé donné a besoin pour faire face à sa charge de travail et à évaluer la pression de la charge de travail des agents de santé dans cet établissement. Elle utilise les données disponibles dans les systèmes d'information sanitaire et offre des options pour combler les déficits en matière de personnel²¹. (32)

2.1.2 L'ampleur du problème

Il existe au Sénégal de fortes disparités dans la répartition des ressources humaines en santé.

Pour un poids démographique de 22.48% de la population nationale, la région de Dakar dispose d'un peu plus de la moitié des personnels de santé (52.46%) toutes catégories confondues.

La distribution du personnel laisse apparaître des disparités plus aiguës au niveau des CSP. Ainsi, chez les médecins, Dakar et Thiès comptent à elles seules 71% des effectifs (Dakar 60% et Thiès 11%). Les douze autres régions du Sénégal se partagent le reste, soit 29%

²⁰ **Journal officiel du Sénégal**, DECRET n° 2009-521 du 4 juin 2009, relatif à la Carte sanitaire

²¹ **Mondiale de la Santé, O.** (2017). Indicateurs des besoins en personnel de santé par rapport à la charge de travail (WISN): l'expérience de la mise en œuvre dans plusieurs pays

Malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs, les indicateurs de couverture en termes de personnel montrent que les objectifs du PNDS n'ont toujours pas été atteints et qu'on est encore loin des normes de l'OMS.

Le système de santé fait face à une crise sans précédent des ressources humaines tant du point qualitatif que quantitatif dans les zones difficiles. Cette situation est due aux insuffisances des mécanismes de rétention des personnels, aux conditions de travail difficiles²² (46)

Le déficit en personnel soignant intéresse toutes les catégories socioprofessionnelles mais est plus important pour les sages-femmes.

La couverture en personnel de santé est toujours calculée suivant les normes de l'OMS qui sont actuellement au Sénégal de 1 médecin pour 10.000 habitants, 1 sage-femme pour 300 FAR et 1 infirmier pour 5.000 habitants

Il n'existe pas de logiciels de gestion des données sur les RHS et l'on note une timidité de la gestion prévisionnelle des ressources humaines aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il n'existe pas aussi un répertoire opérationnel consensuel des métiers, emplois et compétences à tous les niveaux et surtout au niveau des EPS (46)

2.1.3 Les conséquences du problème

L'insuffisance de personnel de santé qualifié fragilise la politique de couverture sanitaire universelle du Sénégal développée à travers la Couverture Maladie Universelle (CMU).

En effet l'insuffisance en RHS ne permet pas un accès aux soins pour tous.

Les régions de Kolda, Sédhiou et Kédougou enregistrent les taux les plus élevés de mortalité maternelle et infantile. Elles ont aussi, les taux de couverture en CPN3 et les taux d'accouchement assisté les plus faibles du pays, faute de personnels qualifiés (46)

Par ailleurs, l'hypersollicitation due à la charge de travail excessive ne permet pas aux agents de santé de disposer de suffisamment de moyens et de latitude pour faire face à ce qui leur est demandé.

En l'absence d'une bonne répartition du personnel, les risques encourus pour la charge de travail sont de deux ordres : individuel (la santé et le bien-être de l'agent) et collectif (la qualité du service et la performance de la structure de santé)²³ [1].

²² PNDRHS du Sénégal (2010), 2011-2018

²³ 10 questions sur la charge de travail

Au vue de l'ampleur et des conséquences suscitées, il est indispensable pour une offre de soins de qualité d'assurer une bonne estimation des besoins en RHS afin de permettre une bonne disponibilité du personnel.

2.2 Intérêt de l'étude

2.2.1 Pour le Ministère de la santé de l'action sociale (MSAS)

Cette étude constituera pour le Ministère de la santé et de l'action sociale une base d'étude WISN dans les établissements publics sanitaires de niveau III ; la première étude WISN réalisée ici au Sénégal ayant concernée les sages-femmes itinérantes²⁴ (19).

Elle contribuera à une meilleure prise de décisions au niveau national en matière d'affectation rationnelle en ressources humaines en santé à partir de la charge réelle du travail.

2.2.2 Pour l'Hôpital Principal de Dakar

Cette étude permettra aux responsables de l'Hôpital Principal de Dakar, particulièrement ceux de la maternité de prendre des décisions plus éclairée en matière de ressources humaines. L'appropriation de cette méthode et son utilisation dans les autres services de cet établissement, permettra au gestionnaire des ressources humaines de connaître le besoin en personnel assurer les services de santé actuels et futurs.

2.2.3 Pour le CESAG

Les stagiaires du CESAG pourront se servir de ce travail pour réaliser d'autres études. Cette étude enrichira aussi la bibliothèque de cette institution.

2.2.4 Pour le stagiaire

Cette étude permettra au stagiaire d'approfondir sa connaissance sur la méthode WISN afin de mieux l'appliquer sur le terrain.

Elle permet aussi au stagiaire de mettre en application les connaissances acquises au cours de la formation.

2.3 Revue de la littérature

Les ressources humaines pour la santé constituent la pierre angulaire et la ressource principale du système de santé. Elles se trouvent en effet au cœur de toutes les interventions sanitaires et optimisent l'utilisation des autres ressources du système de santé²⁵ (49). L'utilisation

²⁴ GROUPE ISSA INNOVATION ET SYSTEME DE SANTE EN AFRIQUE (2016), Rapport final de l'étude de base ex-ante de l'état sanitaire des populations vulnérables, de la disponibilité des services SR et infantiles, de la charge de travail, de la satisfaction des patients et de la connaissance des mères au niveau des centres de santé, des postes de santé et des cases de santé dans les régions pilotes de Sédhiou et Matam

²⁵ PSDRHS de la Mauritanie, 2006 – 2015

rationnelle de ces ressources passe par une bonne planification dont la définition est donnée ici par Hall and Mejia :

« C'est le processus d'estimation du nombre de personnes et du type de connaissances, compétences et attitudes dont ils ont besoin pour atteindre des objectifs de santé prédéterminés et, en définitive, des objectifs en matière d'état de santé. Une telle planification implique également de spécifier qui va faire quoi, quand, où, comment et avec quelles ressources pour quel groupe de population ou quel groupe de population, afin que les connaissances et les compétences nécessaires à une performance adéquate puissent être mises à disposition conformément à des politiques et à des calendriers prédéterminés. Cette planification doit être un processus continu et non sporadique, et elle nécessite un suivi et une évaluation continus ». (Hall and Mejia 1978)²⁶ (8)

2.3.1 Méthodes traditionnelles d'estimation des besoins en ressources humaines

L'analyse de la situation du personnel de santé pour déterminer les futurs effectifs requis se fonde habituellement sur des variables telles que la croissance attendue de la population, les évolutions technologiques et sociales, l'éventail des compétences, les performances individuelles et la politique sanitaire²⁷. (13)

Diverses approches ont été proposées et utilisées pour estimer l'offre et les besoins en ressources humaines pour la santé. Ces différentes méthodes reposent sur des hypothèses différentes, des exigences de données différentes, des coûts différents et répondent à différents types de questions.

De ces approches, l'on peut citer les approches fondées sur les besoins, les approches fondées sur l'utilisation ou la demande, les ratios effectifs de santé par rapport à la population et la définition d'objectifs (Hall et Mejia 1978; Markham et Birch 1997) [8].

Les avantages et les limites de ces méthodes sont résumés dans le tableau suivant :

²⁶ Campbell, J. & Shojaei, T. (2018). Ressources humaines en santé dans les pays d'Afrique francophone : dynamiques et défis. *Santé Publique*

²⁷ Dussault, G., Buchan, J., Sermeus, W., & Padaiga, Z. (2010). Estimation des besoins en personnel de santé à l'avenir. In Estimation des besoins en personnel de santé à l'avenir

Tableau 2: Avantages et limites des approches utilisées pour l'estimation des ressources humaines en santé

Méthode d'estimation des besoins en RHS	Description	Avantages	Limites
Basé sur les besoins	Estime les besoins futurs en fonction des déficits de santé estimés de la population	Répondre aux besoins de santé de la population en utilisant un mélange de ressources RHS ; Indépendant de l'utilisation actuelle des services de santé	Ignore la question de l'efficacité dans la répartition des ressources entre les autres secteurs ; Requiert des données détaillées.
Basé sur l'utilisation (sur la demande)	Estime les besoins futurs en fonction du niveau actuel d'utilisation des services par rapport aux projections futures des profils démographiques	Objectifs économiquement réalisables en raison de l'absence ou de peu de changement dans les taux d'utilisation spécifiques à la population (supposés)	Requiert des données détaillées ; Néglige les conséquences des «erreurs» résultant des hypothèses qui se révèlent invalides ; Produit une projection de «statu quo», étant donné que les taux d'utilisation des futurs segments de population sont similaires à ceux des segments de l'année de base.
Ratio personnel de santé / population	Spécifie le ratio travailleur / population souhaité	Rapide, facile à appliquer et à comprendre	Ne fournit aucun aperçu de l'utilisation du personnel ; Ne permet pas d'explorer les interactions entre les nombres, la composition, la distribution, la productivité et les résultats ; La mauvaise distribution de l'année de base se poursuivra probablement dans l'année cible.
Service ciblé	Fixe des objectifs pour la production et la fourniture de services de santé spécifiques axés sur les résultats	Relativement facile et compréhensible Peut évaluer les interactions entre les variables	Hypothèses potentiellement irréalistes
Approche de service ajustée	Identifie les besoins en services en fonction du profil épidémiologique et démographique et des objectifs programmatiques.	Utile pour des programmes spécifiques Examine les problèmes d'efficacité et le potentiel de combinaison de compétences Utile pour identifier les besoins en formation	Nécessite des études de flux de travail détaillées ou une expertise et un avis ; Ne peut être efficace que si l'infrastructure, les fournitures et la logistique sont en place pour soutenir les ressources humaines pour la santé.

Source: Hall and Mejia (1978), Markham and Birch (1997), O'Brien-Pallas et al. (2001a)

Ces approches visant à remédier aux déséquilibres de la main-d'œuvre, aux taux d'attrition et aux changements démographiques peuvent encore être utiles pour la planification des RHS. Cependant, de nouvelles méthodes sont nécessaires pour une meilleure estimation des besoins.

2.3.2 Méthodes nouvelles d'estimation des besoins en ressources humaines en santé

Ces nouvelles approches permettent d'effectuer une analyse des écarts entre ce qui est nécessaire pour accomplir les activités, en termes de personnel de santé, et ce qui est réellement disponible au niveau des pays. Les résultats de cette analyse pourraient ensuite être utilisés, en particulier dans le contexte des pays en développement, pour l'élaboration de stratégies sectorielles intégrées. Cela permettrait de mieux répondre aux problèmes de santé prioritaires et aux contraintes de ressources humaines. Cela devrait permettre une répartition plus équilibrée du personnel. De ces nouvelles méthodes d'estimation des besoins, l'on cite :

- ❖ Le système RAFAELA mis au point en Finlande dans les années 90 pour faciliter la mesure systématique et quotidienne de l'intensité des soins infirmiers et l'allocation de personnel infirmier²⁸ (16,51)
- ❖ La méthode WISN. Une méthode publiée par l'OMS en 1998. Elle permet un meilleur ajustement des effectifs et la répartition du personnel des établissements de santé à tous les niveaux, depuis le plan local jusqu'à l'échelon national. Le WISN (Workload Indicators of Staffing Needs) ou indicateurs des besoins en personnel à partir de la charge de travail permet une bonne estimation du besoin en personnel.

Cette nouvelle méthode WISN offre une méthodologie susceptible, si elle est bien suivie, de produire des résultats qui sont fondés sur des bases factuelles et que comprennent tous les partenaires et parties prenantes au niveau national, à commencer par le ministère de la santé, l'interlocuteur privilégié. Son application a tendance à donner de meilleurs résultats quand les responsables institutionnels sont associés au processus dès le départ (OMS 2014).

Au regard des différentes méthodes décrites dans cette partie et en tenant compte des avantages qu'elles présentent, la méthode WISN proposée par l'OMS sera utilisée pour estimer le besoin en personnel dans notre étude.

2.3.3 Etudes réalisées par la méthode WISN.

Des études ont été réalisées dans plusieurs pays pour déterminer les besoins en personnel en utilisant la méthode WISN

²⁸ Fagerström, L., Lønning, K., & Andersen, M. H. (2014). The RAFAELA system: a workforce planning tool for nurse staffing and human resource management. *Nursing Management*

C'est le cas de l'étude WISN réalisée en 2016 au Sénégal sur la charge de travail des sages-femmes itinérantes dans les régions pilote de Sedhiou et Matam. Cette étude a montré un besoin en infirmiers dans les deux régions et un équilibre d'effectif chez les sages-femmes (19).

En Côte d'Ivoire, l'étude réalisée en 2017 concernant les infirmiers et les sages-femmes des centres de santé ruraux du district de San-Pedro a montré une insuffisance de personnel dans les deux catégories (24). Une autre étude faite en 2013 au Burkina et au Niger sur la charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité de soins a montré une insuffisance d'effectif au Niger alors qu'au Burkina Faso, cet effectif est suffisant pour faire face à la gratuité totale²⁹ (5).

En Tanzanie, elle a été faite pour déterminer le personnel infirmier requis pour les soins périnataux (37)

La méthode WISN a été aussi utilisée pour déterminer les normes de recrutement national.

C'est le cas de celle menée à Oman, pays de la péninsule d'Arabie en 2018 pour estimer les besoins en personnel dans les soins de santé primaires et à Mashhad en Iran en 2015 pour actualiser la norme d'estimation des infirmières dans les hôpitaux³⁰ (31, 55) ; en Namibien en 2003³¹ (30).

Au Bangladesh, Inde and Népal, la méthode WISN a servi en 2013 à évaluer les ressources humaines afin de renforcer la détection active des cas de Leishmaniose viscérale³² (35)

Quant à celle menée en Guinée Conakry, elle a permis en 2014 de calculer la productivité théorique des RHS³³ (15,22)

Au vu de ses multiples usages, la méthode WISN se présente comme un outil efficace pour la planification et la gestion des RHS

2.4 Cadre conceptuel

Dans le cadre conceptuel, certains aspects de l'étude permettant de bien comprendre les termes et le fonctionnement du WISN sont abordés.

2.4.1 Définition des termes et abréviations de la méthode WISN

- **Standard d'activité :**

Temps nécessaire à un agent bien formé, motivé et compétent, pour réaliser une activité suivant les normes professionnelles en fonction des circonstances locales. On distingue deux types de standards d'activité :

²⁹ Antarou, L., Ridde, V., Kouanda, S., & Queuille, L. (2013). La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger

³⁰ Mohamed, N., Al-Qasbi, A., Al-Lamki, S., Bayoumi, M., & Al-Hinai, A. (2018). An estimation of staffing requirements in primary care in Oman using the Workload Indicators of Staffing Needs method

³¹ McQuide, P. A., Kolehmainen-Aitken, R. L., & Forster, N. (2013). Applying the workload indicators of staffing need (WISN) method in Namibia

³² Naznin, E., Kroeger, A., Siddiqui, N. A., Sundar, S., Malaviya, P., Mondal, D. & Dreesch, N. (2013). Human resource assessment for scaling up VL active case detection in Bangladesh, India and Nepal.

³³ Jansen, C., L. Codjia, G. Cometto, ML Yansané et M. Dieleman (2014). Réaliser la couverture sanitaire universelle pour les services de santé maternelle en République de Guinée: utilisation des projections relatives à la main-d'œuvre pour concevoir des interventions sur le marché de la santé

- **Standard de service** : standard d'activité pour les activités liées aux services de santé. (Des statistiques annuelles sont tenues régulièrement pour ces activités.)
- **Standard d'allocation** : standard d'activité pour les activités d'appui et les activités additionnelles. (Il n'existe pas de statistiques annuelles régulières pour ces activités.)

On distingue deux types de standards d'allocation :

- **Standard d'allocation de la catégorie (SAC)** : standard d'allocation pour les activités d'appui réalisées par tous les membres d'une catégorie de personnel.
- **Standard d'allocation individuelle (SAI)** : standard d'allocation pour les activités additionnelles réalisées par certains membres (et non tous les membres) d'une catégorie de personnel.
- **Facteur d'allocation** :

Facteur utilisé pour tenir compte des besoins en personnel pour des activités pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles régulières. On distingue deux types de facteurs d'allocation :

- **Facteur d'allocation de la catégorie (FAC)** :

Un multiplicateur utilisé pour calculer le nombre total d'agents de santé requis à la fois pour les activités liées aux services de santé et pour les activités d'appui.

- **Facteur d'allocation individuelle (FAI)** :

L'effectif requis pour couvrir les activités additionnelles de certains membres de la catégorie de personnel. Le FAI est ajouté à l'effectif requis pour couvrir à la fois les activités liées aux services de santé et les activités d'appui.

- **Temps de travail disponible (TTD)** :

Temps dont un agent de santé dispose sur une année pour faire son travail, compte tenu des absences autorisées et non autorisées.

- **Standard de charge de travail** :

Quantité de travail qu'un agent de santé peut réaliser en une année pour une composante de la charge de travail liée aux services de santé (si tout le temps de travail devait être consacré uniquement à cette activité).

- **Composante de la charge de travail** :

L'une des principales activités auxquelles un agent de santé consacre la majeure partie de son temps de travail quotidien. Les composantes de la charge de travail sont réparties en trois groupes :

- **Activités liées aux services de santé** : activités en rapport avec les services de santé, réalisées par tous les membres d'une catégorie de personnel, et pour lesquelles des statistiques annuelles sont tenues régulièrement.
- **Activités d'appui** : activités importantes d'appui aux activités liées aux services de santé,

réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, mais pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles régulières.

- **Activités additionnelles** : activités réalisées par certains membres seulement (et non par tous les membres) de la catégorie de personnel et pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles régulières.

2.4.2 Qu'est-ce que la méthode WISN ?

Workload Indicators of Staffing Need (WISN) en anglais et indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail en français, est un outil qui a été développé par l'OMS dans les années 90 et mis sous forme logiciel en 2010³⁴ (39).

Il est un outil de gestion et de planification des ressources humaines ; servant à :

- déterminer le nombre d'agents de santé d'un certain type nécessaires pour faire face à la charge de travail d'un établissement de santé donné ;
- évaluer la pression de la charge de travail des agents de santé de l'établissement en question.

La méthode WISN est :

- facile à mettre en œuvre, s'appuyant sur des données disponibles ;
- simple à utiliser, applicable aux décisions concernant la dotation en personnel à tous les niveaux des services de santé ;
- techniquement acceptable pour les gestionnaires des services de santé ;
- compréhensible pour les gestionnaires sans formation médicale ;
- réaliste, fournissant des cibles pratiques pour la budgétisation et l'allocation des ressources.

2.4.3 La mise en œuvre de la méthode WISN

L'outil WISN propose la constitution d'un certain nombre de comités ou de groupes de travail pour gérer et appliquer la méthodologie

En effet, une mise en œuvre réussie du processus WISN nécessite trois différents groupes de personnes.

- **Comité d'orientation**

Conformément au manuel WISN, l'OMS recommande toujours la mise en place d'un comité d'orientation fondé sur le contexte du pays concerné

Le comité d'orientation devrait être composé des responsables de haut niveau qui exploiteront les résultats de WISN.

L'initiative d'utiliser WISN est vouée à l'échec si elle ne bénéficie pas du soutien des décideurs

³⁴ OMS (2014), Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail (WISN), Manuel de l'utilisateur, Organisation Mondiale de la Santé, Genève

auxquels il incombe de prendre les décisions en matière de ressources humaines. Avant que le travail ne commence, il est fondamental de s'assurer que ces décideurs comprennent ce qu'est la méthode WISN, quels résultats elle produira et comment ces résultats peuvent leur être utiles pour la prise de décisions.

Le bon fonctionnement du comité détermine le succès de la mise en œuvre.

Le rôle du comité d'orientation est d'approuver la stratégie de mise en œuvre du processus WISN et d'adopter le plan de travail et le budget. Le comité observe comment progresse la mise en œuvre et supervise l'ensemble du travail.

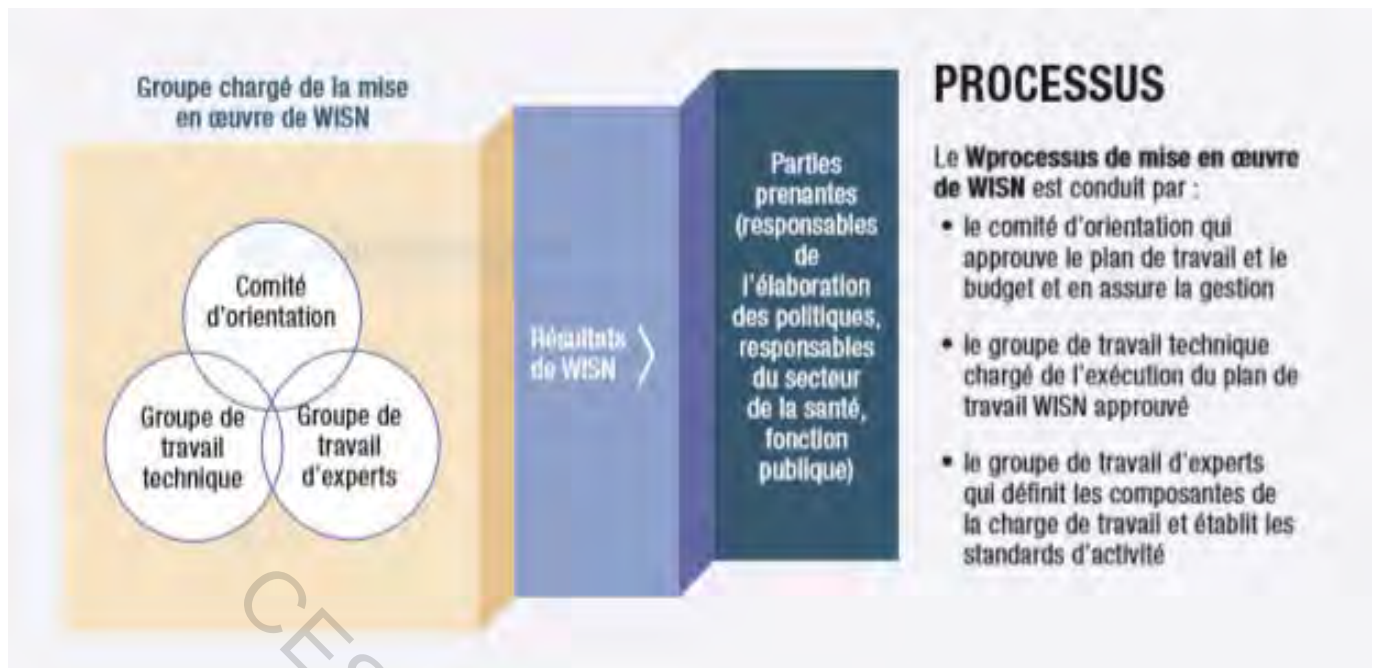
- **Le groupe de travail technique et son responsable**

Le groupe de travail technique est responsable de la mise en œuvre du processus WISN.

Le groupe de travail technique devrait être présidé par le chef des ressources humaines pour la santé au niveau national, lequel exerce des responsabilités d'un niveau suffisamment élevé pour faire partie du comité d'orientation ou avoir au moins directement accès à son président afin de faciliter la prise de décisions rapides pendant le processus de mise en œuvre.

- **Groupe(s) de travail d'experts**

Le groupe de travail d'experts a pour rôle principal de fixer des standards d'activités de chacune des composantes de la charge de travail des services de santé à l'étude, en fonction du contexte national. Afin de garantir la confiance des agents de santé, le groupe de travail d'experts doit être constitué de hauts représentants sélectionnés dans la catégorie de personnel visée. Ces personnes doivent être respectées par leurs collègues et avoir acquis sur le long terme une grande expérience dans leur travail.



Source : Rapport OMS WISN

Figure 3: Processus WISN

2.4.4 Les étapes de la méthode WISN

Cette section permet de parcourir chaque étape de la méthode WISN.

Les étapes de la méthode WISN sont les suivantes :

- déterminer la (les) catégorie(s) de personnel et le(s) type(s) d'établissements de santé prioritaires ;
- estimer le temps de travail disponible ;
- définir les composantes de la charge de travail ;
- établir des standards d'activité ;
- établir des standards de charge de travail ;
- calculer les facteurs d'allocation ;
- déterminer les besoins en personnel à partir des résultats de WISN ;
- analyser et interpréter les résultats de WISN.

Étape 1 : Déterminer la (les) catégorie(s) de personnel et le(s) type(s) d'établissements de santé prioritaires.

La méthode WISN peut être appliquée à toutes les catégories d'agents de santé et à tous les types d'établissements. Vous devrez décider quelles catégories de personnel travaillant dans quels établissements de santé seront visées par la méthode.

Étape 2 : Estimer le temps de travail disponible (TTD)

Pour estimer le TTD d'un agent de santé d'une catégorie de personnel, comptez d'abord le nombre de jours de travail possibles dans une année, en multipliant le nombre de semaines dans une année (52) par le nombre de jours que cet agent de santé travaille par semaine.

Calculez ensuite le nombre de jours pendant lesquels l'agent de santé ne travaille pas au cours de l'année.

En effet, les agents de santé ne travaillent pas tous les jours de l'année. Les absences autorisées comprennent les congés annuels et les jours fériés. Les autres absences englobent les congés maladie, la formation, les absences pour des raisons personnelles, etc.

Pour calculer le temps de travail disponible (TTD), l'on déduit du nombre annuel de jours de travail possibles le nombre annuel de jours d'absence.

Ces opérations apparaissent dans la formule mathématique suivante :

$$\text{TTD} = \text{A} - (\text{B} + \text{C} + \text{D} + \text{E})$$

Dans cette formule :

TTD : est le temps total de travail disponible.

A : est le nombre annuel de jours de travail possibles.

B : est le nombre annuel de jours de congé correspondant à des jours fériés sur une année.

C : est le nombre annuel de jours de congé pris dans le cadre des congés annuels sur une année.

D : est le nombre annuel de jours de congé pour cause de maladie sur une année.

E : est le nombre annuel de jours de congé pris pour d'autres raisons, telles que la formation, etc., sur une année.

Le TTD peut être exprimé en jours par an ou en heures par an.

Étape 3 : Définir les composantes de la charge de travail

Les activités de travail auxquelles un agent de santé consacre la majeure partie de son temps de travail quotidien sont qualifiées de composantes de la charge de travail de la catégorie du personnel visée.

Les composantes de la charge de travail sont réparties en trois groupes :

- **Activités liées aux services de santé** : activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, et pour lesquelles des statistiques annuelles sont tenues régulièrement.
- **Activités d'appui** : activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, mais pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles.
- **Activités additionnelles** : activités réalisées par certains membres seulement (et non par

tous les membres) de la catégorie de personnel et pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles.

Les composantes de la charge de travail devraient être les activités les plus importantes dans le programme quotidien de l'agent de santé. Chaque composante nécessite qu'on y consacre un temps distinct.

Étape 4 : Établir des standards d'activité

Établir des standards d'activité, c'est de déterminer combien de temps de travail est consacré à chaque composante si cette dernière est réalisée convenablement.

Un standard d'activité est le temps nécessaire à un agent bien formé, motivé et compétent, pour réaliser une activité dans le respect des normes professionnelles dans les circonstances locales.

En fonction des circonstances locales signifie que les normes professionnelles utilisées pour définir les standards d'activité doivent être appropriées au contexte local.

On distingue deux types de standards d'activité :

- **Standards de service :**

Etablis pour les activités liées aux services de santé réalisées par une catégorie d'agents de santé. Des statistiques annuelles sont tenues régulièrement pour ces activités.

Il existe deux façons de les exprimer : en unité de temps (temps moyen dont un agent de santé a besoin pour réaliser l'activité) ou en cadence de travail (nombre moyen d'activités réalisées pendant une durée déterminée). L'unité de temps d'un standard de service est mesurée du début d'une activité au début de la prochaine activité de même nature.

- **Standard d'allocation :**

Standard d'activité pour les activités d'appui et les activités additionnelles. Il n'existe pas de statistiques annuelles régulières pour ces activités.

On en distingue deux types :

- **Les standards d'allocation de la catégorie (SAC)** établis pour les activités d'appui que réalisent tous les membres d'une catégorie de personnel.

Pour calculer les standards d'allocation de la catégorie, il faut :

- ✚ Énumérez les composantes de la charge de travail pour le groupe d'activités d'appui.
- ✚ Notez le temps que prend chacune des composantes.
- ✚ Ensuite, convertissez le temps effectif en pourcentage de temps de travail, pour chacune des composantes de la charge de travail

- ✚ Enfin, additionnez tous les pourcentages pour obtenir le pourcentage total concernant les SAC (Total SAC).
- **Les standards d'allocation individuelle (SAI)** fixés pour les activités additionnelles réalisées par certains membres seulement de la catégorie de personnel.

Comment calculer les SAI ?

Calculez combien de temps nécessitent les activités additionnelles de certains membres du personnel.

- ✚ Notez le nombre de membres du personnel réalisant chaque activité et le temps qui leur est nécessaire.
- ✚ Multipliez ensuite le nombre de membres du personnel par le temps consacré par chacun à l'activité en un an. Faites de même pour chaque composante de la charge de travail.
- ✚ Additionnez les résultats pour calculer le temps total concernant les SAI (Total SAI) sur un an. Veillez à utiliser la même unité de temps (par exemple, heures par an) quand vous faites l'addition.

Une activité individuelle est mesurée en utilisant une des huit unités suivantes :

Minutes par jour, Heures par jour, Heures par semaine, Heures par mois, Heures par an, Jours par semaine, Jours par mois, Jours par an

Étape 5 : Établir les standards de charge de travail

Le standard de charge de travail est la quantité annuelle de travail qu'un agent de santé peut assumer en une année pour une composante de la charge de travail liée aux services de santé.

Pour calculer le standard de charge de travail, on part du principe qu'un agent de santé consacre tout son temps de travail annuel à la composante pour laquelle on établit le standard de charge de travail, ce qui, bien sûr, n'est pas le cas dans la réalité.

La formule servant à calculer la charge de travail dépend de ce que le standard de service est exprimé en unité de temps ou en cadence de travail. Il faut s'assurer que le TTD, l'unité de temps ou la cadence de travail sont exprimés dans la même unité de temps (par ex. heures, jours, ou minutes).

Utilisez la formule suivante quand le standard de service est exprimé en unité de temps :

Standard de charge de travail = TTD dans une année divisé par l'unité de temps

Utilisez la formule suivante quand le standard de service est exprimé en cadence de travail :

Standard de charge de travail = TTD dans une année multiplié par la cadence de travail

Étape 6 : Calculer les facteurs d'allocation

L'objectif ici est de montrer comment tenir compte du temps consacré aux autres activités importantes réalisées par les agents de santé mais pour lesquelles des données de routine ne sont pas recueillies, par exemple, les activités d'enregistrement et de notification.

Pour prendre en considération ces activités d'appui et ces activités additionnelles, il faut convertir les standards d'allocation (SAC et SAI) en facteurs d'allocation.

Pour les activités d'appui, il s'agit du facteur d'allocation de la catégorie (FAC) et pour les activités additionnelles, on parle du facteur d'allocation individuelle (FAI).

Le facteur d'allocation de la catégorie (FAC) est un multiplicateur qui est utilisé pour calculer le nombre total d'agents de santé requis à la fois pour les activités liées aux services de santé et pour les activités d'appui. Il est calculé à l'aide de la formule suivante :

$$FAC = \frac{1}{[1 - (\sum SAC) \div 100]}$$

$$FAC = \frac{100}{100 - \sum SAC}$$

Le facteur d'allocation individuelle (FAI) permet de déterminer l'effectif requis pour couvrir les activités additionnelles de certains membres de la catégorie de personnel. Le FAI est ajouté à l'effectif requis pour couvrir à la fois les activités liées aux services de santé et les activités d'appui. Pour calculer le FAI, divisez le temps total annuel concernant les standards d'allocation individuelle (SAI) par le temps de travail disponible (TTD).

Le **FAI** est calculé à l'aide de la formule suivante :

$$FAI = \text{Total SAI} / \text{le TTD}$$

$$FAI = \frac{\sum SAI}{TTD}$$

Etape 7 : Déterminer les besoins en personnel à partir de WISN

C'est la dernière étape qui permet de déterminer le nombre d'agents de santé requis pour faire face à toutes les charges de travail.

Pour cela, il vous faut les statistiques annuelles concernant les services pour l'année précédente et pour chaque établissement pour lequel l'on veut calculer les besoins en personnel. Il s'agit des données pour chaque activité liée aux services de santé pour laquelle un standard de charge de travail a été calculé. Le nombre total de membres du personnel requis pour les trois groupes de composantes de la charge de travail doit se calculer séparément.

- **Besoin en personnel pour les activités liées aux services de santé :**

Pour chaque composante de la charge de travail d'un établissement de santé, divisez la charge de travail annuelle (d'après les statistiques annuelles concernant les services) par le standard de charge de travail. Vous obtenez le nombre d'agents de santé dont vous avez besoin pour chaque activité de cet établissement de santé. Additionnez les besoins en personnel calculés pour toutes les composantes de la charge de travail. Le résultat obtenu correspond au besoin total en personnel pour l'ensemble des activités liées aux services de santé.

La formule est la suivante :

$$\text{Effectif Requis (ER1)} = \sum_i^n \left(\frac{CTAi}{SCTi} \right)$$

Composante i = 1,2,3...n

CTA = Charge de travail Annuelle de la composante i

SCT = Standard de Charge de Travail de la composante ii

Remarque : Le CTA est l'information qui provient des établissements de santé, ce sont les statistiques annuelles qui sont produites régulièrement par les centres de santé sur leurs activités routinières.

- **Besoin en personnel pour les activités d'appui réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel :**

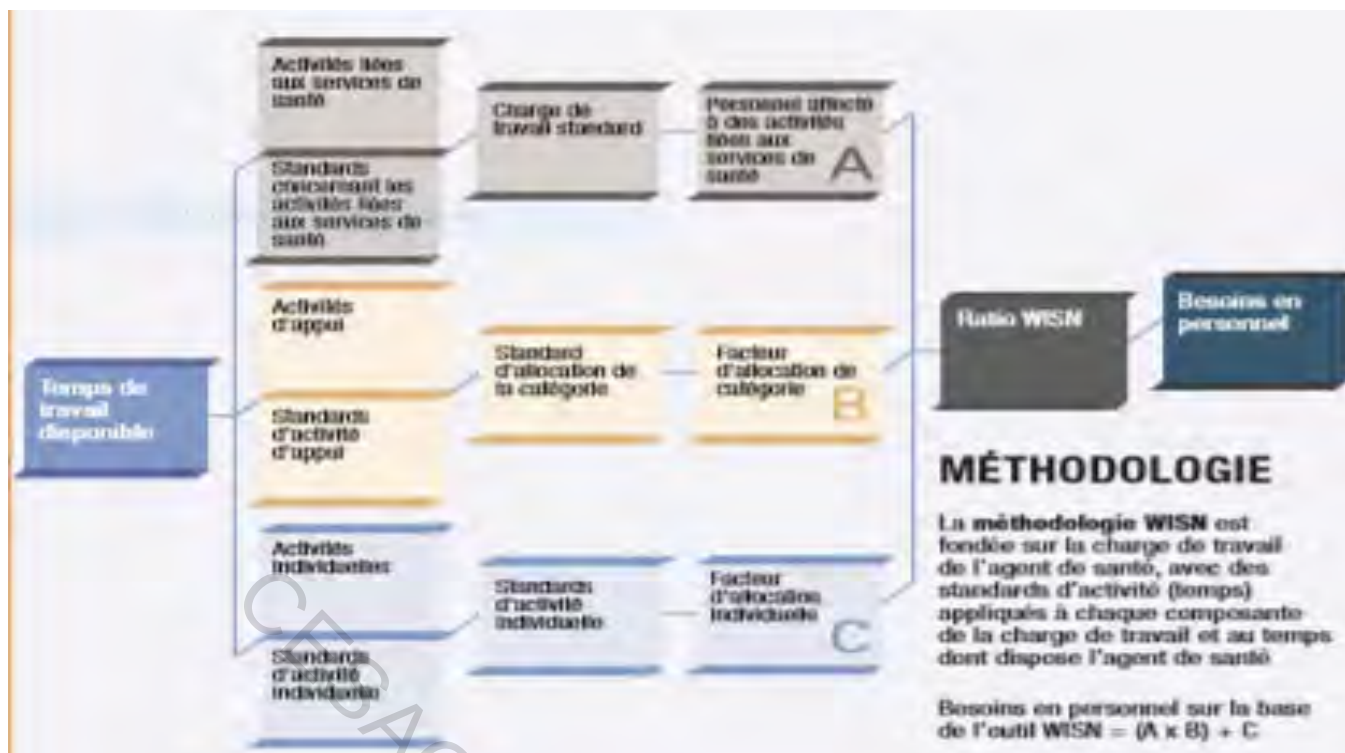
Multipliez le résultat obtenu au paragraphe précédent (besoins en personnel pour les activités liées aux services de santé) par le facteur d'allocation de la catégorie. Vous obtenez le nombre d'agents de santé requis pour l'ensemble des activités liées aux services de santé et des activités d'appui.

La formule est : $FAC \times \sum_i^n \left(\frac{CTAi}{SCTi} \right)$

- **Besoin en personnel pour les activités additionnelles de certains membres de la catégorie de personnel :**

Additionnez le facteur d'allocation individuelle aux besoins en personnel calculés ci-dessus.

La formule finale de WISN est : $TOTAL\ REQUIS = FAC \times \sum_i^n \left(\frac{CTAi}{SCTi} \right) + FAI$

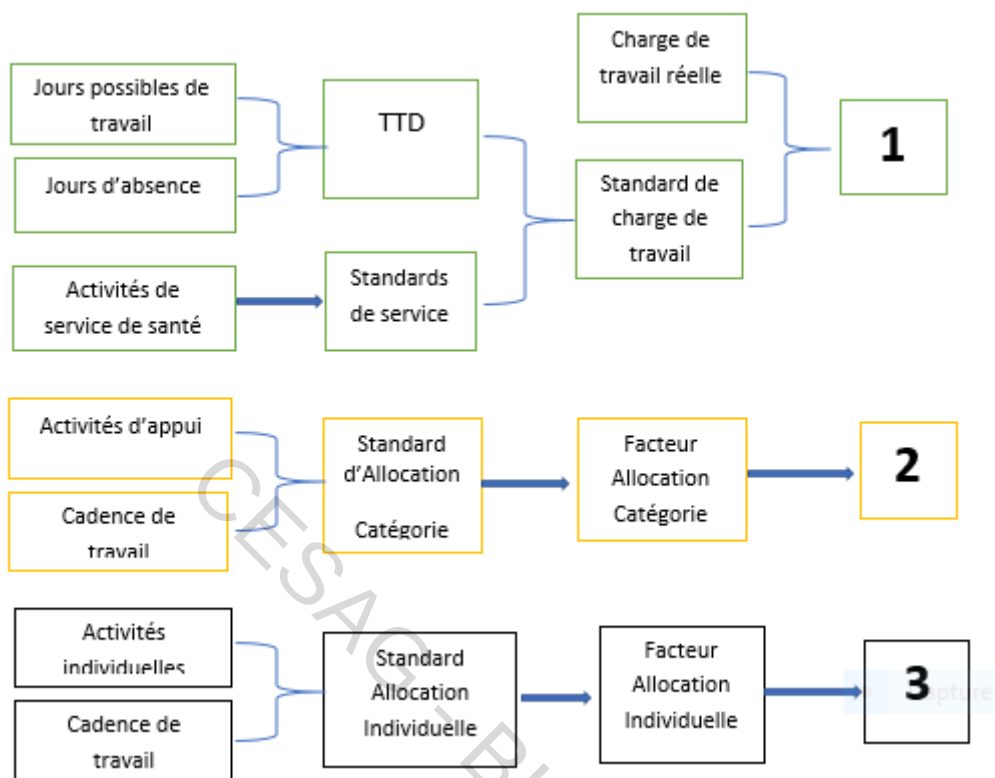


Source : Rapport OMS WISN³⁵ (41)

Figure 4: Eléments de données pour une étude WISN

³⁵ OMS (2017) Indicateurs des besoins en personnel de santé par rapport à la charge de travail (WISN) : l'expérience de la mise en œuvre dans plusieurs pays, Série Observateur des ressources humaines pour la santé

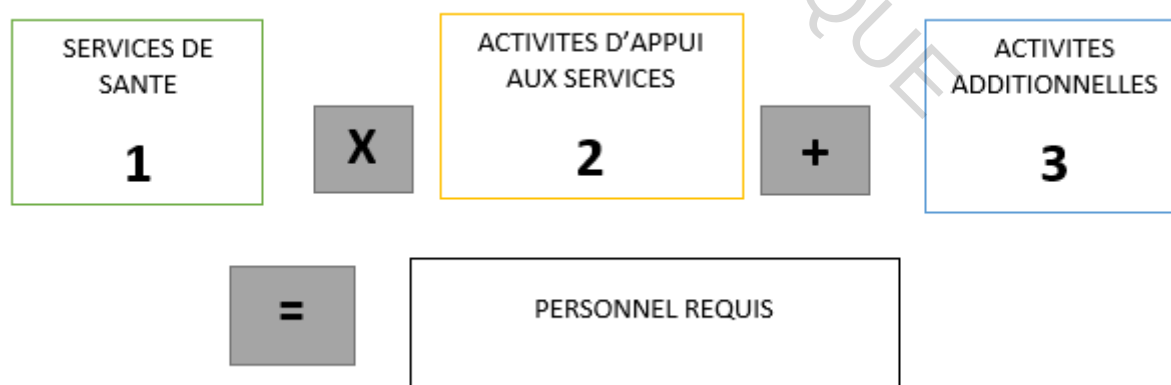
RECAPITULATIF



Source : Manuel d'utilisation de WISN

Figure 5: Récapitulatif de la méthode WISN

APERCU GENERAL DE LA FORMULE DE WISN



Source : Manuel d'utilisation de WISN

Figure 6: Aperçu général de la formule de WISN

Résultats en chiffres décimaux :

Le nombre total final de membres du personnel requis comporte souvent des chiffres après la virgule, qu'il faut arrondir à l'unité. Utilisez la recommandation ci-dessous pour vous aider à décider s'il est préférable d'arrondir par défaut ou par excès.

1,0 – 1,1 est arrondi par défaut à 1 et >1,1 – 1,9 est arrondi par excès à 2.

• 2,0 – 2,2 est arrondi par défaut à 2 et >2,2 – 2,9 est arrondi par excès à 3.

• 3,0 – 3,3 est arrondi par défaut à 3 et >3,3 – 3,9 est arrondi par excès à 4.

• 4,0 – 4,4 est arrondi par défaut à 4 et >4,4 – 4,9 est arrondi par excès à 5.

• 5,0 – 5,5 est arrondi par défaut à 5 et >5,5 – 5,9 est arrondi par excès à 6.

Étape 8 : Analyser et interpréter les résultats de WISN

Les résultats de WISN sont analysés de deux manières.

La première analyse s'appuie sur la différence entre les effectifs disponibles et les effectifs requis.

La seconde analyse est fondée sur le ratio de ces deux nombres. Les deux analyses vous aident à examiner différents aspects de la situation en matière de dotation en personnel dans vos établissements.

- **La différence :**

En comparant la différence entre les effectifs disponibles et les effectifs requis, vous pouvez repérer les établissements de santé qui manquent de personnel ou sont dotés d'un personnel pléthorique par rapport à d'autres.

- **Le ratio :**

En utilisant le ratio WISN comme mesure indirecte, vous pouvez évaluer la pression de la charge de travail à laquelle les agents de santé sont confrontés au quotidien dans un établissement de santé.

Vous calculez le ratio WISN en divisant le nombre actuel de membres du personnel par le nombre requis. Un ratio WISN de 1 montre que la dotation en personnel est en équilibre par rapport aux besoins en personnel induits par la charge de travail de l'établissement de santé. Un ratio WISN supérieur à 1 témoigne d'un sureffectif par rapport à la charge de travail. À l'inverse, un ratio de WISN inférieur à 1 atteste que l'effectif actuel est insuffisant pour faire face à la charge de travail. Plus le ratio de WISN est petit, plus la pression de travail est grande.

2.5 But de l'étude

Cette étude a pour but de contribuer à l'amélioration de l'utilisation des ressources humaines en santé dans l'optique d'une meilleure planification des interventions en santé au Sénégal.

2.6 L'objectif général

Évaluer la charge de travail afin de déterminer le besoin en personnel de santé gynécologue, sage-femme et aide infirmière du service de la maternité de l'Hôpital Principal de Dakar au cours de l'année 2018.

2.7 Les objectifs spécifiques

- ✓ Apprécier la charge de travail effective des personnels de santé en charge des soins maternels du service de la maternité;
- ✓ Déterminer le besoin en personnel gynécologue, sage-femme et aide infirmière du service de la maternité;
- ✓ Proposer un plan de mise en œuvre de la solution retenue ;
- ✓ Formuler des recommandations.

Deuxième partie

**METHODOLOGIE ET
PRESENTATION DES
RESULTATS DE L'ETUDE**

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

3.1 Type de l'étude

C'est une étude quantitative et rétrospective, menée à la maternité de l'Hôpital Principal de Dakar entre août et octobre 2019. Cette étude a concerné les statistiques de l'année 2018.

Notre travail étant un mémoire de résolution de problèmes. Elle a consisté dans un premier temps, à identifier dans le service un problème de gestion jugé prioritaire par les dirigeants et le personnel ; puis dans un deuxième temps, à identifier les causes du problème et enfin à proposer des solutions en vue de sa résolution à travers un plan d'action.

3.2 Période et durée de l'étude

Notre étude s'est déroulée du 20 août au 10 octobre 2019. L'enquête de terrain a duré 30 jours allant du 1er au 30 septembre 2019.

3.3 Population cible

La population cible est représentée par les prestataires des services de la maternité précisément les gynécologues, les sages-femmes et les aides infirmières ; ces dernières font dans ce service office d'infirmières. Ce sont des agents qui étaient en poste durant toute l'année 2018, embauchés ou contractuels.

3.4 Méthode de choix du cadre de l'étude

Le choix de l'Hôpital Principal de Dakar, Etablissement Public de Santé de niveau III (EPS III) s'est fait suivant un choix raisonné.

En effet, l'HPD est un hôpital militaire, sous régional réputé pour la qualité de son service et de la discipline qui règne en son sein. Il dispose de plusieurs services médicotéchniques et un personnel de santé important.

Un tel cadre pourrait être approprié pour mener une étude WISN qui exige des données de qualité et une statistique bien tenue

Le choix du service de la maternité s'est fait suivant deux (2) critères. Le volume d'activités et le nombre d'agents de santé.

3.5 Critères d'inclusion

Pour être inclus dans notre population d'étude, il faut être un agent de santé appartenant à l'une des trois catégories de personnel que sont gynécologue, sage-femme et aide infirmière en poste durant l'année 2018 à la maternité de l'HPD.

3.6 Critères de non inclusion

Tout agent de santé d'une des trois catégories remplissant les critères d'inclusion mais ayant quitté le service au cours de l'année 2018 sans avoir été remplacé.

3.7 Déroulement de l'étude

Après avoir obtenu l'autorisation de la direction de l'HPD pour mener notre étude, nous avons d'abord rencontré le responsable des ressources humaines pour lui présenter les objectifs, expliquer le déroulement de l'étude et la méthodologie de la collecte des données.

Nous lui avons fait une brève présentation de la méthode WISN et son efficacité pour une meilleure répartition du personnel de santé.

Notre étude ayant pour but de mettre à la disposition du gestionnaire des RH et de la direction de l'HPD un outil d'aide à la décision, nous avons sollicité la collaboration et l'implication du responsable des RH car une étude WISN est sans utilité si ceux qui sont sensés l'utiliser pour décider n'y sont pas associés.

Pour ce faire, nous avons expliqué la nécessité de mettre en place les différents comités recommandés par cette méthode à savoir le comité d'orientation, le comité technique et le comité d'experts pour mener à bien notre étude.

Après le gestionnaire des RH, nous avons rencontré le chef de service de la maternité qui nous a permis de présenter en réunion de service les objectifs, la méthodologie de l'étude et l'outil WISN.

La surveillante des unités de soins a été désignée comme notre interlocuteur et le point focal de cette étude. La surveillante à son tour nous a permis de rencontrer les sages-femmes et les aides infirmières du service.

Suite à la rencontre de ces différentes entités, nous avons pu constituer les membres des comités qui se présentent comme suit :

- **Le comité d'Orientation**, formé de trois membres, est constitué du responsable des RH (président), du chef de service de la maternité et de la surveillante de la maternité.

- **Le comité technique** est formé du gynécologue, chef de service de la maternité (président), de la surveillante (point focal), d'une sage-femme (membre) et d'une aide infirmière (membre).
- **Le comité d'expert.** Pour ce comité chargé de définir les composantes de la charge de travail, nous avons retenu deux gynécologues pour la catégorie gynécologue, dix sages-femmes les plus expérimentées pour la catégorie sage-femme et cinq aides infirmières pour la catégorie aide infirmière.

Après la mise en place des différents comités, nous sommes passés à la phase de formation des membres.

Les membres du comité d'orientation ont été informés sur la méthode WISN et son utilisation pour la prise de décisions ; ceux du comité technique ont été formés sur les différentes étapes du processus de calcul du besoin en personnel. Quant au groupe des experts, ils ont été rencontrés en groupe et en entretien individuel, selon la catégorie, pour la définition des composantes d'activités et des standards d'activités.

Nous avons régulièrement travaillé avec l'équipe technique surtout avec le point focal pour suivre le bon déroulement de la collecte des données.

Dans le cadre de cette collecte, nous avons aussi visité le département de l'information hospitalière de l'HPD pour nous assurer comment les données sanitaires étaient gérées.

Une fois les données recueillies, les membres de l'équipe technique ont été réunis pour calculer eux-mêmes manuellement suivant les étapes du WISN, les effectifs requis en personnel selon la catégorie.

A la fin de notre stage, les résultats de notre étude ont été présentés en plénière aux membres de la direction (DRH, la DIH, la cellule formation), au chef de service de la maternité et aux représentants des catégories qui ont fait objet de cette étude.

Les différentes étapes du déroulement des travaux de cette étude sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3: Déroulement de l'étude

Activités	Périodes de l'année 2019						
	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Revue documentaire							
Choix et validation du thème par l'encadreur							
Définition de la problématique, des objectifs et plan de travail							
Rencontre des autorités et du personnel de l'HPD							
Identification et priorisation des problèmes							
Mise en place et formation des membres des comités (orientation, technique et d'experts)							
Élaboration des outils de collectes des données							
Collecte des données							
Traitement et analyse des données							
Présentation des résultats de l'étude à l'HPD							
Rédaction du mémoire							
Lecture et correction du mémoire par l'encadreur							
Dépôt du mémoire au CESAG							
Soutenance du mémoire							
Apport des corrections							

3.8 Collecte des données

3.8.1 Méthodologie de collecte des données

La collecte de données a été basée sur la recherche documentaire, l'entretien de groupe et individuel et les observations directes d'activités.

Nous avons d'abord fait une revue documentaire qui a consisté à :

- Consulter le département de l'information hospitalière pour nous assurer de la disponibilité des données sanitaire de l'année 2018 du service de la maternité ;
- Recueillir auprès de la direction des ressources humaines des informations sur le personnel de santé de l'hôpital principal de Dakar particulièrement au niveau de la maternité. ;
- Consulter le DHIS2 de la maternité pour connaître la matrice renseignée au niveau de la maternité ;
- Consulter le planning de travail et le registre des absences des agents de santé de la maternité ;
- Collecter des données sanitaires des rapports d'activités de l'année 2018 de la maternité ;
- Consulter les registres de consultations, d'accouchements et de soins des services de la maternité de l'année 2018.

Nous avons également consulté les mémoires, les articles, les thèses, des ouvrages et des rapports de travaux traitant du sujet.

En entretien de groupe, nous avons rencontré les prestataires par catégorie professionnel.

Les gynécologues ont été rencontrés dans leurs bureaux par contre les sages-femmes et les aides infirmières ont été rencontrées en groupe et individuellement.

Chaque groupe de catégorie était composé d'agents expérimentés. Certains occupaient des postes de responsabilité.

Ainsi, les catégories de sage-femme, gynécologue, et aide infirmière ont défini chacune, les composantes de la charge de travail et les standards d'activités.

Quelques agents ont été ensuite rencontrés individuellement afin d'avoir plus d'informations sur les absences enregistrées au cours de l'année 2018 et aussi connaître les activités additionnelles.

Les entretiens ont eu lieu durant le temps où le prestataire était disponible pour ne pas perturber ses activités.

Pour vérifier les standards d'activités estimés par les experts des différentes catégories de personnel, nous avons observé directement l'exécution de certaines activités liées aux services de santé (03 consultations PF, 02 accouchement, 03 CPoN et 05 pansements).

Cette méthode d'observation visuelle a permis de suivre le déroulement des activités et de noter les données requises en notant le temps mis à la réalisation de chaque activité effectuée.

L'unité de temps d'un standard de service est mesuré du début d'une activité jusqu'au début de la prochaine activité.

En plus de l'observation directe, nous avons consulté 50 dossiers d'accouchement indiquant les heures d'arrivée et de sortie de la salle pour avoir une idée de la durée moyenne d'un accouchement.

Pour avoir les données des activités de l'année 2018, nous avons consulté le rapport d'activité et l'application DHIS2. Cela nous a permis d'avoir la charge de travail annuel (CTA) de 2018.

3.8.2 Outils de collecte de données.

Pour la collecte de données nous avons utilisé deux principaux outils, l'un d'ordre quantitatif : le questionnaire et les fiches d'observations et l'autre qualitatif : l'entretien.

Le questionnaire a été élaboré en nous inspirant du manuel d'utilisation de la méthode WISN.

La faisabilité, la pertinence et la compréhension du questionnaire ont été pré-testées auprès de 3 prestataires de la maternité de l'Hôpital Principal. Plusieurs questions ont pu ainsi être améliorées.

L'entretien a été d'abord en groupe puis individuel

L'entretien en groupe avec les catégories de personnel a été utilisé pour la définition des composantes de la charge de travail et les standards d'activités pour les activités liées aux services de santé et d'appui.

L'entretien individuel a été choisi pour recueillir les informations sur les activités additionnelles et sur les absences (congés annuels, congés maladies, formations et autres absence). Il nous a aussi permis de vérifier les composantes de la charge de travail et les standards d'activités définis lors de l'entretien de groupe.

L'entretien individuel a permis enfin d'avoir une idée sur les conditions de travail des agents des différentes catégories.

A côté des entretiens, nous avons fait des observations directes de certaines activités liées aux services.

3.8.3 Considérations éthiques

Les réponses individuelles des interviewés demeureront confidentielles et ne seront pas partagées avec qui que ce soit. Les informations sur le personnel, jugées sensibles ne seront pas aussi partagées. Par ailleurs, les résultats de ce travail ne seront utilisés que dans le cadre d'un exercice académique, contexte de cette étude.

3.9 Traitement et analyse des données recueillies

Les logiciels utilisés pour le traitement et l'analyse ont été le Sphinx et le logiciel WISN.

Le logiciel Sphinx nous a permis d'avoir les temps moyens à la réalisation des activités effectuées par les 4 catégories de personnels étudiées.

Le logiciel WISN a servi à évaluer la charge de travail des catégories de personnel ciblées et à déterminer le personnel requis pour couvrir les activités de services de santé, d'appui et les activités additionnelles.

Les résultats finaux de cette étude ont été pris en compte dans un plan de résolution du problème prioritaire.

3.10 Difficultés et limites de l'étude

- **Les difficultés**

Retard au démarrage du stage du fait du déménagement de la direction des RH dans un autre local ;

Changement du directeur des ressources humaines au cours de la période de stage ;

Les agents de santé étaient souvent indisponibles, surtout les gynécologues ;

Certains rapports d'activités tels que les soins infirmiers n'étaient pas désagrégés et il y avait un problème de complétude au niveau des rapports des CPN. Nous avons donc été emmenés à consulter les registres de consultations de l'année 2018 pour les compléter.

Le programme de travail du personnel (8h-18h pour les gynécologues et la surveillante, 8h-20h ou 20h-08 pour les équipes tournantes des sages-femmes et des aides infirmières) a rendu difficile le calcul du besoin en personnel.

Manque d'intérêt accordé à l'étude par certains agents du service

Certains agents étaient en congé annuel pendant la période d'étude.

- **Les limites**

En dehors des pansements dont une statistique existe, les autres soins infirmiers qui occupaient la majeure partie du temps de travail des aides infirmières étaient regroupés dans un paquet de soins constitués d'injections, transfusions, nursing, préparation de laits. Cela ne nous a pas permis d'avoir des standards d'activités détaillés des soins infirmiers.

Le peu de temps accordé au stage ne nous a pas permis de former correctement les membres de l'équipe technique.

Aussi, le service de la maternité utilise des médecins stagiaires en spécialisation, DES. Ces médecins stagiaires réalisent certaines activités telles que les césariennes qui sont des activités dédiées aux gynécologues permanents. Malheureusement ces stagiaires ne sont pas pris en compte dans le calcul du WISN car ils ne sont pas des agents permanents.

Par ailleurs, les données qualitatives recueillies au cours des différents entretiens avec le personnel de la maternité n'ont pu être utilisées dans cette méthode. Entre autres plaintes signalées par les prestataires, nous retenons :

- L'intensité du travail ;
- La dépendance à certaines patientes non accompagnées ;
- Les pressions psychologiques (difficultés à obtenir un repos, peur de perdre son emploi, ...).

Aussi, comme la plupart des informations recueillies surtout celles concernant les activités d'appui et additionnelles dépendent de l'appréciation de l'agent, cela pourrait biaiser l'estimation du besoin en personnel.

Enfin, le travail effectif est ici difficile à apprécier avec cet outil ; WISN ne s'intéressant qu'au temps de travail pour estimer les besoins.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE

4.1 La présentation des résultats

4.1.1 Description de la population d'étude

4.1.1.1 Catégories de personnel concernées et leurs effectifs en 2018.

Catégories de personnel	Effectifs
Gynécologue	03
Sage-femme	26
Aide infirmière	09

4.1.1.2 Expériences professionnelles

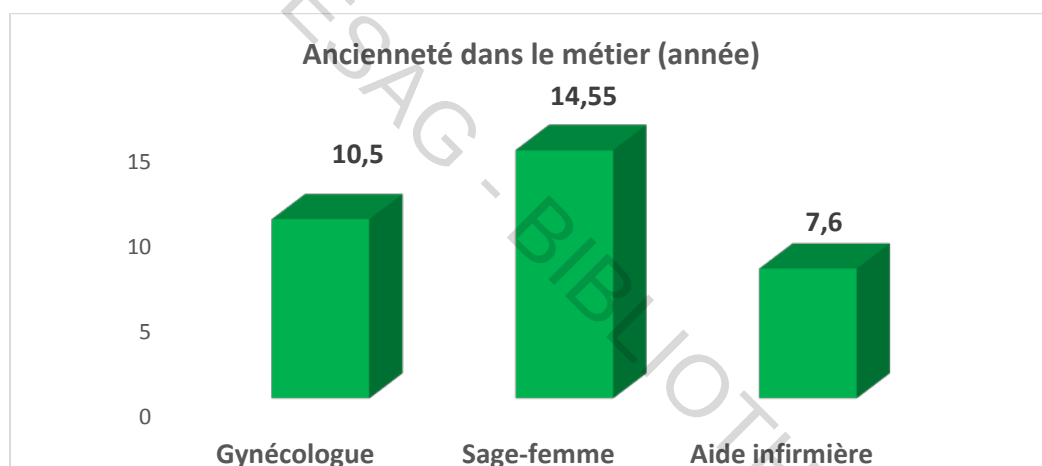


Figure 7: Répartition selon l'expérience professionnelle

L'expérience professionnelle des catégories interrogées est de 10,5 ans pour les gynécologues, 14,6 ans pour les sages-femmes et de 7,6 ans pour les aides infirmières

4.1.1.3 Ancienneté dans le service

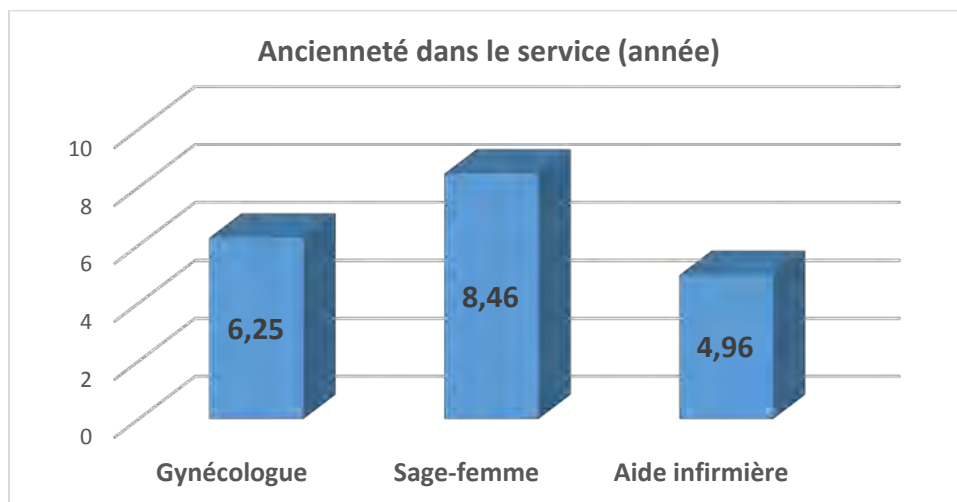


Figure 8: Répartition selon l'ancienneté dans le service

La catégorie sage-femme a une moyenne d'ancienneté dans le service plus élevée que les catégories gynécologue et aide infirmière

4.1.1.4 Le planning et activités principales des agents de santé

🏥 Catégorie gynécologue.

Les gynécologues travaillent de 8h à 18h du lundi au vendredi.

Il y a un jour de bloc opératoire par semaine pour chaque gynécologue.

Parallèlement à leurs activités quotidiennes, il y a un gynécologue d'astreinte chaque jour.

L'astreinte est une activité qui consiste à s'occuper de tout problème de gynécologie signalé au cours de cette journée, survenu aussi bien dans le service de la maternité que dans tous les autres services de l'HPD. C'est en sorte le responsable gynécologue du jour.

Activités principales des gynécologues :

- Consultations gynécologiques ;
- Consultations prénatales ;
- Interventions chirurgicales ;
- Visites des hospitalisées.

🏥 Catégorie sage-femme

Les sages-femmes sont subdivisées en deux groupes de travail.

Un premier groupe pour les activités de jour (8h à 16h). Il est composé de deux sages-femmes qui ne s'occupent que des activités de Planning familial et des consultations postnatales (CPoN).

Un deuxième groupe composé de quatre équipes de trois sages-femmes qui travaillent en rotation de jour (8h à 20h) et de nuit (20h à 8h).

Les sages-femmes du deuxième groupe bénéficient d'un jour de repos après chaque permanence ou garde en guise de compensation

Activités principales des sages-femmes :

- Accouchements ;
- Visites en hospitalisations ;
- Consultations postnatales ;
- Planning familial.

La surveillante d'unité de soins est une sage-femme de formation et remplace par moment les sages-femmes absentes à leur poste. Elle travaille du lundi au vendredi de 8h à 16h. Les activités principales de la surveillante se résument à la production des rapports d'activités, le contrôle et la commande des médicaments, la coordination des soins et l'administration.

Catégorie aide infirmière

Les aides infirmières ont le même planning de travail que les sages-femmes, c'est-à dire, subdivisées aussi en deux groupes.

Un groupe pour les activités de jour (8h à 16h). Il s'agit du pansement et de la nurserie.

Un autre groupe de trois équipes de deux aides infirmières qui aussi un programme tournant de 8h à 20h et de 20h à 8h.

Elles bénéficient aussi d'un jour de repos pour chaque permanence ou garde faite, cela en guise de compensation.

Leurs activités principales des aides infirmières sont :

- Pansements ;
- Soins infirmiers (injections, perfusions, transfusions, nursing, ...) ;
- Nurserie (toilette, soins et vaccinations des nouveau-nés en salle d'accouchement).

4.1.1.5 Déroulement des activités

L'HPD étant un établissement sanitaire de référence de niveau III, le service de la maternité est ouvert tous les jours 24h/24.

Les activités telles que l'accouchement et les soins infirmiers sont assurées de jour comme de nuit ; par contre les consultations gynécologiques et prénatales, les CPoN, le planning familial, les pansements et la nurserie sont des activités de jours.

Pour le calcul du WISN dans ce service, nous avons donc procédé de la façon suivante pour déterminer le besoin en personnel :

- Un premier calcul pour déterminer l'effectif requis en personnel selon la catégorie pour les activités des jours ouvrés ;

- Un second calcul pour déterminer l'effectif requis en personnel pour assurer les activités des nuits, les weekends et les jours fériés ;
- L'effectif total requis a été la somme des deux effectifs calculés.

4.1.2 Calcul du besoin en personnel requis pour les activités des jours ouvrés

4.1.2.1 Estimation du Temps de Travail Disponible (TTD)

Pour estimer le TTD, l'on calcule d'abord le temps de travail possible de l'année de la catégorie, puis le nombre total d'absences. Le TTD s'obtient par soustraction des absences du temps de travail possible.

- **Calcul du nombre annuel de jours de travail possibles (A)**

Tableau 4: Calcul du nombre de jours de travail annuels possibles par catégorie

Catégorie de personnel	Semaines dans une année	Jours de travail par semaine	Jours de travail possibles par an
Gynécologue	52	5	260
Sage-femme	52	5	260
Aide infirmière	52	5	260

Le temps de travail possible est de 260 jours pour chacune des trois catégories

- **Calcul des jours d'absence par catégorie (B, C, D, E)**

Les absences ont porté sur les absences autorisées et non autorisées telles que définies par la méthode WISN. Les absences autorisées sont les jours fériés et les congés annuels, tandis que les congés maladies et les autres congés sont non autorisés.

Tableau 5: Calcul des jours d'absence par catégorie

Raison d'absence	Gynécologue	Sage-femme	Aide infirmière
Jours fériés (B)	13	13	13
Congé annuel (C)	22,5	27,4	22
Congé maladie (D)	0	6,72	13
Autre congé (formation, congé personnel, maternité, etc.) (E)	12,5	8,02	2,2
Nombre annuel de jours d'absence	48	55,14	50,2

Le nombre annuel de jours d'absences est de 48 jours pour la catégorie gynécologue, 55,14 jours pour la catégorie sage-femme et de 50,2 pour les aides infirmières. La catégorie sage-femme, en 2018, a eu plus de jours d'absence que la catégorie aide infirmière qui elle a été plus absente que la catégorie gynécologue.

Il faut noter que les agents cumulent souvent les congés sur deux années. Six (6) sages-femmes et une aide infirmière interrogées ne sont pas allées en congé en 2018.

La durée du congé annuel va de 0 à 58 jours chez les sages-femmes et de 0 à 55 jours chez les AI. Tous les gynécologues avaient pris leurs congés en 2018.

- **Calcul du temps de travail disponible par catégorie**

Il se fait suivant la formule suivante :

$$TTD = A - (B+C+D+E)$$

Tableau 6: Calcul du temps de travail disponible par catégorie

	Gynécologue	Sage-femme	Aide infirmière
Jours de travail par semaine	5	5	5
Heures de travail par jour (F)	8	8	8
Jours fériés de l'année	13	13	13
Congés annuels	22,5	27,4	22
Congés maladie	0	6,72	13
Autres congés (formation, maternité, etc.)	12,5	8,02	2,2
Temps de travail disponible (TTD) en jours	212	204,9	209,8
Temps de travail disponible (TTD) en heures : $TTD = [A - (B + C + D + E)] \times F$	1696	1638,9	1678,4
Temps de travail disponible (TTD) en minutes : $TTD \times F \times 60$	101760	98332,8	100704

Les TTD ont été de 212 jours ou 1696 heures pour la catégorie gynécologue, 204,9 jours ou 1638,9 heures pour la catégorie sage-femme et de 209,8 jours ou 1678,4 heures pour la catégorie aide infirmière

La catégorie gynécologue avait le TTD le plus élevé.

4.1.2.2 Définition des composantes de la charge de travail par catégorie de personnel

Les différentes composantes ont été identifiées lors des focus group et entretien individuel.

4.1.2.2.1 Composantes de la charge de travail de la catégorie Gynécologue

Les composantes de la charge de travail de la catégorie gynécologue sont représentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7: Composantes de la charge de travail de la catégorie gynécologue

Groupes de composantes de la charge de travail		Composantes de la charge de travail
Activités liées aux services de santé	Activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, et pour lesquelles des statistiques annuelles sont tenues régulièrement	Consultations gynécologiques
		CPN1
		CPN suivantes (2, 3, 4 et plus)
		Césariennes
		Myomectomies
Activités d'appui aux services de santé	Activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, mais pour lesquelles il n'existe pas de statistiques.	Enregistrements et notifications
		Visites patientes hospitalisées
		Réunion (Staff)
Activités additionnelles	Activités réalisées par certains membres seulement de la catégorie de personnel	Production de rapports
		Encadrement des stagiaires
		Heures d'astreinte
		Réunion de service
		Administration

4.1.2.2.2 Les composantes de la charge de travail de la catégorie Sage-femme

Celles de la catégorie gynécologue sont représentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8: Composantes de la charge de travail de la catégorie sage-femme

Groupes de composantes de la charge de travail		Composantes de la charge de travail
Activités liées aux services de santé	Activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, et pour lesquelles des statistiques annuelles sont tenues régulièrement	Accouchements
		CPoN
		Planning Familial
Activités d'appui aux services de santé	Activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, mais pour lesquelles il n'existe pas de statistiques.	Enregistrements et notifications
		Visites patientes hospitalisées
		Réunion (Staff)
Activités additionnelles	Activités réalisées par certains membres seulement de la catégorie de personnel	Production de rapports
		Encadrement des stagiaires
		Contrôle et commandes des médicaments
		Coordonnations des activités de soins
		Administration

Les composantes contrôles et commande des médicaments, la coordination des soins et la production des rapports sont en grande partie faites par la surveillante qui est aussi une sage-femme.

4.1.2.2.3 Les composantes de la charge de travail de la catégorie Aide infirmière

Les composantes de la charge de travail de la catégorie aide infirmière sont représentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9: Composantes de la charge de travail de la catégorie aide infirmière

Groupes de composantes de la charge de travail		Composantes de la charge de travail
Activités liées aux services de santé	Activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, et pour lesquelles des statistiques annuelles sont tenues régulièrement	Pansements
Activités d'appui aux services de santé	Activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, mais pour lesquelles il n'existe pas de statistiques	Enregistrements et notifications
		Soins infirmiers (injections, perfusions, transfusions, etc.)
Activités additionnelles	Activités réalisées par certains membres seulement de la catégorie de personnel	Rapports d'activités
		Encadrement des stagiaires
		Nurserie des Nouveau-nés (toilettes, soins et vaccinations)

Les pansements sont les seules activités dont une statistique existe. Les autres soins infirmiers sont regroupés en un paquet de soins sans statistique détaillée.

4.1.2.3 Définition des standards d'activités

Les standards d'activités par catégorie de personnel se présentent comme suit :

4.1.2.3.1 Les standards de service pour les activités liées aux services de santé par catégorie

Les standards de service pour les activités liées aux services de santé par catégorie sont présentés comme suit :

Les standards de service de la catégorie Gynécologue

Tableau 10: Standards de service de la catégorie gynécologue

Composantes de la charge de travail liées aux services de santé	Unité de temps
Consultation gynécologique	15mn par patiente
CPN1	20mn par patiente
CPN2 ; CPN3 ; CPN4 ;...	15mn par patiente
Césarienne	40mn par patiente
Myomectomie	90mn par patiente

On remarque que le standard de service la plus petite pour la catégorie gynécologue est la « consultation gynécologique » qui est de 15mn par patiente tandis que le standard de service le plus élevé est la myomectomie qui est 90mn par patiente.

Les standards de service de la catégorie Sage-femme

Tableau 11: Standards de service de la catégorie sage-femme

Composantes de la charge de travail liées aux services de santé	Unité de temps ou cadence de travail
Accouchements	5h par patiente
CPoN	20mn par patiente
Premier Planning Familial	40mn par patiente
Ancien Planning Familial	20mn par patiente

Le standard de service de la catégorie sage-femme le plus élevé est l'accouchement qui est de 5 heures par patiente, les plus faibles sont les CPoN et le planning familial qui sont de 20mn par patiente.

Les standards de service de la catégorie Aide infirmière

Tableau 12: Standards de service de la catégorie aide infirmière

Composantes de la charge de travail liées aux services de santé	Unité de temps ou cadence de travail
Pansements	10mn par patiente

Le standard de service de la catégorie aide infirmière est le pansement qui est de 10mn par patiente

4.1.2.3.2 Les standards d'allocation de la catégorie (SAC) pour les activités d'appui

Les standards d'allocation de la catégorie sont présentés dans les tableaux suivant :

Les standards d'allocation de la catégorie gynécologue

Tableau 13: Standards d'allocation de la catégorie gynécologue

Heures de travail disponibles en moyenne par jour =..... 8			
Jours de travail disponibles par semaine =..... 5			
Heures de travail disponibles par semaine =..... 40			
Jours de travail disponibles par an = 212			
Heures de travail disponibles par an = 1696			
Groupe de composantes de la charge de travail	Composantes de la charge de travail	Standard d'allocation de la catégorie (SAC)	SAC en % (pourcentage du temps de travail)
Activités d'appui réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel	Enregistrements et notifications	1h30mn par jour	18,8
	Visites patientes hospitalisées	1h30mn par jour	18,8
	Réunion (Staff)	1 heure par jour	12,5
	Total SAC en %		50,0

La catégorie gynécologue consacre en moyenne 50% de leur temps de travail aux activités d'appui, soit 18,8% pour l'enregistrement et les visites aux patientes hospitalisées et 12,5% aux réunions.

Les standards d'allocation de la catégorie Sage-femme

Tableau 14: Standards d'allocation de la catégorie sage-femme

Heures de travail disponibles en moyenne par jour =.....8			
Jours de travail disponibles par semaine =..... 5			
Heures de travail disponibles par semaine =..... 40			
Jours de travail disponibles par an = 204,8			
Heures de travail disponibles par an = 1634,4			
Groupe de composantes de la charge de travail	Composantes de la charge de travail	Standard d'allocation de la catégorie (SAC)	SAC en % (pourcentage du temps de travail)
Activités d'appui réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel	Enregistrements et notifications	2heures par jour	25
	Visites patientes hospitalisées	2heures par jour	25
	Réunion (Staff)	1 heure par jour	12,5
	Total SAC en %		62,5

En moyenne la catégorie sage-femme consacre 62,5% de leur temps de travail à la réalisation des activités d'appui dont 25% pour les enregistrements, 25% pour les visites aux patientes et de 12,5% pour les réunions

Les standards d'allocation de la catégorie des Aide infirmière

Tableau 15: Standards d'allocation de la catégorie aide infirmière

Heures de travail disponibles en moyenne par jour =..... 8			
Jours de travail disponibles par semaine =..... 5			
Heures de travail disponibles par semaine =..... 40			
Jours de travail disponibles par an = 200,5			
Heures de travail disponibles par an = 1604			
Groupe de composantes de la charge de travail	Composantes de la charge de travail	Standard d'allocation de la catégorie (SAC)	SAC en % (pourcentage du temps de travail)
Activités d'appui réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel	Enregistrements et notifications	30mn par jour	6,25
	Soins infirmiers (injections, perfusions, transfusions, nursing, etc.)	7 heures par jour	87,5
	Total SAC en %		93,75

La catégorie aide infirmière consacre 93,75% de leur temps de travail aux activités d'appui avec une forte proportion pour les soins infirmiers qui sont de 87,5%. L'enregistrement occupent moins de temps à cette catégorie (6,25%)

4.1.2.3.3 Les standards d'allocation Individuelle (SAI) pour les activités additionnelles

Les standards d'allocation individuelles des membres de la catégorie sont se présentent comme suit :

Standard d'allocation individuelle pour la catégorie gynécologue

Tableau 16: Standards d'allocation individuelle de la catégorie gynécologue

SAI sur un an (pour tous les membres du personnel réalisant les activités)	Composantes de la charge de travail	Nombre de membres du personnel réalisant les activités	SAI (temps de travail effectif par personne)	SAI sur un an (pour tous les membres du personnel réalisant les activités)
Activités additionnelles réalisées par certains membres de la catégorie	Production de rapports	1	1 heure/mois	12 heures par an
	Encadrement des stagiaires	1	1 heure/jour	260 heures par an
	Heures d'astreintes	1	2 heures/jour	520 heures par an
	Réunion de service	3	1heure/semaine	156 heures par an
	Administration	1	30mn/jour	130 heures par an
	Total SAI sur un an			1078 heures par an

Certains membres de la catégorie gynécologue consacrent en moyenne 1078 heures par an aux activités additionnelles.

Les astreintes sont les activités individuelles à laquelle la catégorie gynécologue consacre plus de temps dans l'année (520 heures par an)

Standard d'allocation individuelle pour la catégorie sage-femme

Tableau 17: Standards d'allocation individuelle de la catégorie sage-femme

SAI sur un an (pour tous les membres du personnel réalisant les activités)	Composantes de la charge de travail	Nombre de membres du personnel réalisant les activités	SAI (temps de travail effectif par personne)	SAI sur un an (pour tous les membres du personnel réalisant les activités)
Activités additionnelles réalisées par certains membres de la catégorie	Production de rapports	3	14 h/mois	504 heures par an
	Encadrement des stagiaires	2	30mn/jour	260 heures par an
	Contrôle et commandes des médicaments	1	30mn/jour	130 heures par an
	Coordinations des activités de soins	1	3 h/jour	780 heures par an

	Administration	1	30mn/jour	130 heures par an
Total SAI sur un an				1804 heures par an

1804 heures est le temps que certains membres de la catégorie sage-femme ont consacré aux activités additionnelles au cours de l'année 2018.

La coordination des soins et la production des rapports sont les activités additionnelles qui occupent plus de temps à cette catégorie ; elles sont respectivement de 780 heures et 504 heures

Standard d'allocation individuelle pour la catégorie Aide infirmière

Tableau 18: Standards d'allocation individuelle de la catégorie aide infirmière

SAI sur un an (pour tous les membres du personnel réalisant les activités)	Composantes de la charge de travail	Nombre de membres du personnel réalisant les activités	SAI (temps de travail effectif par personne)	SAI sur un an (pour tous les membres du personnel réalisant les activités)
Activités additionnelles réalisées par certains membres de la catégorie	Production de rapports	2	1 h/mois	24 heures par an
	Encadrement des stagiaires	1	30mn/jour	130 heures par an
	Nurserie des Nouveau-nés (toilettes, soins et vaccinations)	1	7h/jour	1820 heures par an
	Total SAI sur un an			1974 heures par an

Des membres de la catégorie aide infirmière ont consacré 1974 heures par an à la réalisation des activités additionnelles.

La nurserie occupe la majeure partie des activités additionnelles de la catégorie aide infirmière (1820 heures/1974, soit 92,2%)

4.1.2.4 Établissement des standards de charge de travail

Les standards de charge de travail par catégorie sont présentés comme suit. Les calculs ont été faits suivant la formule ci-après.

Standard de charge de travail = TTD dans une année divisé par l'unité de temps

Standards de charge de travail de la catégorie Gynécologue

Tableau 19: Standards de charge de travail de la catégorie gynécologue

TTD par an : 101760 minutes		
Composantes liées aux services de santé	Unité de temps en minutes par patient	Standard de charge de travail
Consultations gynécologiques	15mn par patiente	6784
CPN1	20mn par patiente	5088
CPN suivantes	15mn par patiente	6784

Césariennes	40mn par patiente	2544
Myomectomies	90mn par patiente	1131

Selon ces standards, la catégorie gynécologue aurait réalisé 6784 consultations gynécologiques si elle se consacrait uniquement qu'à cette activité et 2544 césariennes si elle se consacre aussi qu'à cette activité.

Standards de charge de travail de la catégorie Sage-femme

Tableau 20: Standards de charge de travail de la catégorie sage-femme

TTD par an : 1634,4 heures ou 98064 minutes		
Composantes liées aux services de santé	Unité de temps par patient	Standard de charge de travail
Accouchements	5 heures par patiente	328
CPoN	20mn par patiente	4917
Première Planning Familial	40mn par patiente	2458
Ancien Planning Familial	20mn par patiente	4917

Le standard de charge de travail le plus élevé est de 4917 CPoN si la catégorie sage-femme se consacrait seulement qu'à cette activité. Le standard le plus faible est l'accouchement qui est de 328.

Standards de charge de travail de la catégorie Aide infirmière

Tableau 21: Standards de charge de travail de la catégorie aide infirmière

TTD par an : 1604 heures ou 96240 minutes		
Composantes liées aux services de santé	Unité de temps en minutes par patient	Standard de charge de travail
Pansements	10mn par patiente	10070

Si la catégorie aide infirmière ne se consacrait qu'aux pansements, elle aurait fait 10070 pansements.

4.1.2.5 Calcul des facteurs d'allocation

Le facteur d'allocation de la catégorie et le facteur d'allocation individuelle sont les suivantes :

4.1.2.5.1 Les facteurs d'allocation de la catégorie (FAC)

Le facteur d'allocation de la catégorie est un multiplicateur utilisé pour calculer le nombre total de personnel requis pour réaliser à la fois les activités liées aux services de santé et les activités d'appui.

Les facteurs d'allocation de la catégorie se présentent comme suit :

Facteur d'allocation de la catégorie Gynécologue

Tableau 22: Facteur d'allocation de la catégorie gynécologue

Facteur d'Allocation de la Catégorie (FAC)	Catégorie gynécologue
$\sum SAC$	50,0%
$FAC = \frac{100}{100 - \sum SAC}$	2,00

Il faut deux (2) gynécologues travaillant à temps plein pour couvrir à la fois les activités liées aux services et les activités d'appui de cette catégorie.

Facteur d'allocation de la catégorie Sage-femme

Tableau 23: Facteur d'allocation de la catégorie sage-femme

Facteur d'Allocation de la Catégorie (FAC)	Catégorie gynécologue
$\sum SAC$	62,5%
$FAC = \frac{100}{100 - \sum SAC}$	2,67

Il faut 2,67 sages-femmes travaillant à temps plein pour réaliser les activités liées aux services de santé et les activités d'appui.

Facteur d'allocation de la catégorie Aide infirmière

Tableau 24: Facteur d'allocation de la catégorie aide infirmière

Facteur d'Allocation de la Catégorie (FAC)	Catégorie gynécologue
$\sum SAC$	93,75%
$FAC = \frac{100}{100 - \sum SAC}$	16,00

Pour couvrir les activités liées aux services de santé et celles d'appui, Il faut 16 aides infirmières travaillant à temps plein.

4.1.2.5.2 Facteur d'allocation individuelle (FAI)

Il correspond aux effectifs en personnel pour couvrir les activités additionnelles de certains membres de la catégorie de personnel

Le nombre total de personnel requis par catégorie pour réaliser les activités additionnelles est présenté ci-après :

Facteur d'allocation individuelle de la catégorie gynécologue

Tableau 25: Facteur d'allocation individuelle de la catégorie gynécologue

Facteur d'Allocation Individuelle (FAI)	Catégorie gynécologue
$\sum SAI$	1078 heures
$FAI = \sum SAI \div TTD$	FAI = 0,64

Il faut 0,64 gynécologue travaillant à temps plein pour couvrir les activités additionnelles.

Facteur d'allocation individuelle de la catégorie Sage-femme

Tableau 26 : Facteur d'allocation individuelle de la catégorie sage-femme

Facteur d'Allocation Individuelle (FAI)	Catégorie sage-femme
$\sum SAI$	1674 heures
$FAI = \sum SAI \div TTD$	FAI = 1,10

Il faut 1,10 sage-femme pour réaliser les activités additionnelles de certains membres de la catégorie sage-femme.

Facteur d'allocation individuelle de la catégorie aide infirmière

Tableau 27: Facteur d'allocation individuelle des aides infirmières

Facteur d'Allocation Individuelle (FAI)	Catégorie aide infirmière
$\sum SAI$	1974 heures
$FAI = \sum SAI \div TTD$	FAI = 1,18

Il faut 1,18 aide infirmière travaillant à temps plein pour couvrir les activités additionnelles de certains membres de cette catégorie de personnel.

4.1.2.6 Détermination du personnel requis

Le personnel requis par catégorie au sein du service de la maternité est :

4.1.2.6.1 Personnel requis pour les activités liées aux services de santé

Le personnel requis par catégorie pour les activités liées aux services de santé est :

Besoin en personnel gynécologue pour les activités liées aux services de santé

Tableau 28: Besoin en personnel gynécologue pour les activités liées aux services de santé

Activités liées aux services de santé	Standards de service	Charge de Travail Annuelle	Standard de la Charge de Travail	Effectif requis.
Consultations gynécologiques	15min par patiente	5540	6784	0,82
Première consultation prénatale	20min par patiente	398	5088	0,08
Consultations prénatales suivantes	15min par patiente	1602	6784	0,24

Césariennes	40mn par patiente	994	2544	0,39
Myomectomies	90min par patiente	65	1131	0,06
TOTAL				1,58

Il faut 1,58 gynécologue travaillant à temps plein pour assurer que les activités liées aux services de santé de cette catégorie.

Besoin en personnel sage-femme pour les activités liées aux services de santé

Tableau 29: Besoin en personnel sage-femme pour les activités liées aux services de santé

Activités liées aux services de santé	Standards de service	Charge de Travail Annuelle	Standard de la Charge de Travail	Effectif requis.
Accouchement	5heures par patiente	2384	328	7,27
CPoN	20mn par patiente	4754	4917	0,97
Premier Planning Familial	40mn par patiente	258	2458	0,10
Ancien Planning Familial	20mn par patiente	762	4917	0,15
TOTAL				8,50

Il faut un total de 8,50 sages-femmes travaillant à temps plein pour assurer uniquement les activités liées aux services de santé dont 7,27 sages-femmes pour la seule activité d'accouchement.

Besoin en personnel Aide infirmière pour les activités liées aux services de santé

Tableau 30: Besoin en personnel aide infirmière pour les activités liées aux services de santé

Activités liées aux services de santé	Standards de service	Charge de Travail Annuelle	Standard de la Charge de Travail	Effectif requis.
Pansements	10mn par patiente	4814	10070	0,48
TOTAL				0,48

Il faut moins d'une aide infirmière (0,48) travaillant à temps plein pour réaliser que les activités liées aux services de santé de cette catégorie.

4.1.2.6.2 Personnel requis pour les activités liées aux services de santé et les activités d'appui par catégorie

Le personnel requis par catégorie pour les activités liées aux services de santé et les activités d'appui se présente comme suit :

Tableau 31 : Besoin en personnel pour les activités liées aux services de santé et d'appui par catégorie

Effectif requis	Gynécologue	Sage-femme	Aide infirmière
Besoin en personnel pour les activités liées aux services de santé	1,58	8,50	0,48
FAC	2,00	2,67	16,00
Personnel requis pour les activités liées aux services de santé et les activités d'appui	1,58x2,00 = 3,16	8,50x2,67 = 22,67	0,48x16 = 7,68

Le nombre total de personnel de santé dont la maternité a besoin pour les activités liées aux services de santé et les activités d'appui, est de 3,16 gynécologues, 22,67 sages-femmes et de 7,68 aides infirmières.

4.1.2.6.3 Personnel requis pour toutes les composantes de la charge de travail selon la catégorie

Tableau 32: Besoin en personnel pour toutes les composantes de la charge de travail par catégorie

Effectif requis pour les trois groupes de composantes de la charge de travail	Gynécologue	Sage-femme	Aide infirmière
Personnel requis pour les activités liées aux services de santé et les activités d'appui	3,16	22,67	7,68
Personnel requis pour les activités additionnelles (FAI)	0,64	1,10	1,18
Personnel requis pour toutes les composantes de la charge de travail	3,16+0,64 = 3,8	22,67+1,10 = 23,77	8,86

Il faut 3,8 gynécologues, 23,77 sages-femmes et 8,86 aides infirmières dans le service de la maternité, travaillant à temps plein pour couvrir l'ensemble des activités des trois composantes.

4.1.3 Calcul du besoin en personnel requis pour assurer les nuits, les weekends et les jours fériés

Pour ce calcul, on divise le nombre total de nuits, weekends et de jours fériés au cours de l'année 2018 par le TTD (en jours) de la catégorie.

Tableau 33: Besoin en personnel sage-femme et aide infirmière pour les nuits, weekends et jours fériés

Effectif requis en sage-femme et aide infirmière pour assurer les nuits, les weekends et les jours fériés	Catégorie sage-femme	Catégorie aide infirmière
Total nuit	365	365
Total weekend	104	104
Total fériés	13	13
TOTAL	482	482
TTD en jours	204,86	209,8

	Effectif requis (total non travaillé/TTD en jours)	2,4	2,3
--	---	------------	------------

2,4 sages-femmes et 2,3 aides infirmières sont nécessaires pour assurer la continuité des activités du service de la maternité pendant les nuits, les weekends et les jours fériés.

4.1.4 Personnel total requis par catégorie pour couvrir toutes les activités de la maternité de jour comme de nuit (24h/24 et 7j/7)

On additionne pour cela, l'effectif requis en personnel pour les jours ouvrés et l'effectif requis en personnel pour les nuits, les weekends et les jours fériés

Tableau 34: Besoin en personnel gynécologue, sage-femme et aide infirmière pour les activités de la maternité

	Catégorie gynécologue	Catégorie sage-femme	Catégorie aide infirmière
Jours ouvrés	3,8	23,77	8,86
Nuits, weekends et fériés	0	2,4	2,3
Effectif total requis	3,8	26,17	11,16

L'effectif total requis en personnel pour couvrir les activités liées aux services de santé, les activités d'appui et les activités additionnelles des différentes catégories de personnel, de jours comme de nuit, 24h/24 et 7jours/7 est de 3,8 gynécologues, 26,17 sages-femmes et 11,16 aides infirmières.

Personnel requis par ajustement des nombres décimaux

L'effectif de 3,8 gynécologues est arrondi à 4 car selon la recommandation du WISN car pour un effectif compris entre 3,3 et 3,9, il est arrondi par excès.

L'effectif de 26,17 sages-femmes est arrondi à 26 car pour un effectif compris entre 1,1 et 1,2 ; il est arrondi par défaut à 1 ; ($26,17 = 25 + 1,7$).

L'effectif de 11,16 aide infirmière est arrondi à 11 car pour un effectif compris entre 1,1 et 1,2 ; il est arrondi par défaut à 1 ; ($11,16 = 10 + 1,16$).

Tableau 35: Besoin en personnel suivant la recommandation de WISN

Besoin /Catégorie	Gynécologue	Sage-femme	Aide infirmière
Besoin requis en personnel	4	26	11

Il faut 4 gynécologues, 26 sages-femmes et 11 aides infirmières travaillant à temps pleins au service de la maternité pour couvrir les activités liées aux services de santé, les activités d'appui et les activités additionnelles au cours de l'année 2018.

4.1.5 Analyse et interprétation des résultats par la catégorie

L'analyse et l'interprétation des résultats par catégorie sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 36: Analyse et interprétation des besoins en personnel par la catégorie

Catégorie de personnel	Effectif disponible	Effectif total requis	Différence en effectif	Problème d'effectif	Ratio de WISN	Pression de la charge de travail	Total besoin
Gynécologue	3	4	-1	Pénurie	0,75	Surcharge (25%)	1
Sage-femme	26	26	0	Equilibre	1,0	normale	0
Aide infirmière	9	11	-2	Pénurie	0,82	surcharge (18%)	2

L'analyse des différences des effectifs montre qu'il y a une insuffisance de personnel au niveau des catégories gynécologue (-1) et aides infirmières (-2). Quant à la catégorie sage-femme, l'effectif disponible était suffisant pour faire face à la charge de travail au cours de l'année 2018.

Le ratio de la catégorie gynécologue est de 0,75 inférieur à 1 ce qui montre que le personnel est en sous-effectif avec une pression de travail de 25%. Le ratio des aides infirmières est de 0,82 inférieur à 1, signe d'un sous-effectif avec une charge de travail de 18%.

La catégorie sage-femme, avec un ratio égale à 1, a une charge de travail normale.

4.2 Discussion

Notre étude a concerné les catégories gynécologues, sage-femme et aide infirmière de la maternité de l'HPD. Ce sont des agents qui étaient poste en 2018. Le service disposait en 2018 de 4 gynécologues dont 1 parti et non remplacé, 26 sages-femmes et 9 aides infirmières.

L'HPD étant un hôpital de référence de niveau III, la maternité est ouverte tous les jours 24h sur 24.

L'expérience professionnelle était en moyenne de 10,5 ans pour les gynécologues, 14,6 ans pour les sages-femmes et de 7,4 ans pour les aides infirmières.

Les TTD étaient de 212 jours ou 1696 heures pour la catégorie gynécologue, 204,8 jours ou 1634,4 heures pour la catégorie sage-femme et de 200,5 jours ou 1604 heures pour les aides infirmières.

Certaines composantes de la charge de travail tel que l'accouchement et les soins infirmiers exigent une présence continue de personnel. Ainsi, les sages-femmes et les aides infirmières travaillent en rotation d'équipes de jour et de nuit.

Les calculs ont été donc fait d'abord pour déterminer les besoins en personnel par catégorie pour les activités des jours ouvrés ensuite pour ceux pour les nuits, weekends et les jours fériés.

Les trois catégories de personnel étudiées ont consacré plus de 50% de leurs temps de travail aux activités d'appui et plus de 1000 heures par an aux activités additionnelles.

Les effectifs requis pour les activités des jours ouvrés étaient de 3,8 gynécologues, 23,77 sages-femmes et de 8,86 aides infirmières et ceux pour les nuits, weekends et jours fériés étaient de 2,4 sages-femmes et de 2,3 aides infirmières. L'effectif total requis pour couvrir donc toutes les activités de la maternité, de jour comme de nuit, étaient après ajustement des décimaux, de 4 gynécologues, 26 sages-femmes et 11 aides infirmières.

L'analyse de la différence entre les effectifs actuels et les effectifs requis a montré un besoin en personnel dans la catégorie gynécologue (-1) et aide infirmière (-2). Chez les sages-femmes il y avait un équilibre.

La charge de travail évaluée avec le ratio WISN, était de 0,75 et 0.82 respectivement chez les gynécologues et les aides infirmières. Cela reflète une pression de travail moins importante dans les deux catégories (25% chez les gynécologues et 18% chez les aides infirmières).

Les sages-femmes n'étaient pas soumises à aucune pression de travail (WISN ratio =1)

D'autres études WISN faites ailleurs ont corroboré en partie nos résultats. C'est le cas de l'étude réalisée en Tanzanie dans les hôpitaux municipaux qui a montré qu'en plus de la pénurie d'infirmiers, il y avait une pénurie aigüe de sages-femmes avec des ratios allant de 0,2 à 0,4³⁶ (37)

Il a été de même dans l'étude réalisée au Burkina Faso pour estimer les besoins en personnel infirmier et obstétrique dans les maternités des hôpitaux de référence. Dans cette dernière étude, le nombre d'infirmières et de sages-femmes nécessaires pour mener à bien les activités dans la maternité de l'hôpital universitaire et du CMA était supérieur à l'effectif disponible, les ratios WISN étant respectivement de 0,68 et 0,79³⁷ (27)

Dans les hôpitaux ruraux en Inde, la pénurie a concerné les infirmières. Le besoin minimum était de 10 infirmières et la pression de travail était maximale dans certains hôpitaux, allant de 70 à 75% (ratio WISN = 0,25 à 0,30)³⁸ [54].

³⁶ Nyamtema A, Urassa D, Massawe S (2008): staffing needs for quality perinatal care in Tanzania. African Journal of Reproductive Health, 12:113-24

³⁷ Ly, A., Kouanda, S. et Ridde, V. (2014). Besoins en personnel infirmier et obstétrique dans les maternités des hôpitaux de référence au Burkina Faso

³⁸ Shivam, S., Roy, RN, Dasgupta, S., Das Bhattacharyya, K., Misra, RN, Roy, S. et Indranil, S. (2014). Planification du personnel infirmier dans les hôpitaux ruraux du district de Burdwan, dans le Bengale occidental (Inde), à l'aide d'indicateurs de la charge de travail indiquant les besoins en personnel. *Journal de la santé, de la population et de la nutrition*

Dr KOFFI Stéphane, dans son étude sur les infirmiers et les sages-femmes dans les centres de santé ruraux du district de San pédro en Côte d'Ivoire a trouvé lui, une pénurie de personnel dans les deux catégories avec des charges de travail se situant entre 0,14 et 0,50 (24).

En Afrique du sud, l'étude WISN réalisée pour quantifier les besoins en personnel dans les établissements de soins de santé primaires et qui a concerné le personnel médical et paramédical a montré des niveaux de dotation en personnel variant considérablement entre les établissements dans tous les districts mais globalement une insuffisance de personnel ; le nombre de médecins ne représente que 7% du nombre requis³⁹ (9)

Plusieurs autres études WISN réalisées dans d'autres pays africains ont mis en exergue cette pénurie en personnel de santé ; c'est le cas en Namibie⁴⁰ (30), au Kenya⁴¹ (7) et dans la région de Kilimandjaro en Tanzanie⁴² (29).

Ailleurs, des études WISN ont montré un équilibre d'effectif comme la catégorie sage-femme dans notre étude ou un effectif pléthorique.

C'est le cas de l'étude WISN réalisée au Burkina Faso qui a montré un effectif de personnel supérieur ou égal à l'effectif requis dans les huit centres de santé concernés⁴³ (5,27).

En Namibie, bien que le pays compte un nombre adéquat d'infirmières, les effectifs d'infirmières sont plutôt orientés vers les hôpitaux, dont les effectifs sont suffisants ou légèrement supérieurs à la charge de travail des infirmières⁴⁴ (30)

En somme, le problème de répartition des ressources humaines en santé est réel dans la plupart des pays surtout africains. La méthode WISN, par sa capacité à estimer le besoin en personnel sur des bases factuelles peut aider à une meilleure dotation des établissements sanitaires pour une prise en charge de qualité de la population.

³⁹ Daviaud, E., & Chopra, M. (2008). How much is not enough? Human resources requirements for primary health care: a case study from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*

⁴⁰ McQuide, P. A., Kolehmainen-Aitken, R. L., & Forster, N. (2013). Applying the workload indicators of staffing need (WISN) method in Namibia: challenges and implications for human resources for health

⁴¹ Burmen, B., Owuor, N., & Mitei, P. (2017). An assessment of staffing needs at a HIV clinic in a Western Kenya using the WHO workload indicators of staffing need WISN

⁴² Mbwele, B., Reddy, E., & Reyburn, H. (2012). A rapid assessment of the quality of neonatal healthcare in Kilimanjaro region, northeast Tanzania

⁴³ Antarou, L., Ridde, V., Kouanda, S., & Queuille, L. (2013). La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger

⁴⁴ McQuide, P. A., Kolehmainen-Aitken, R. L., & Forster, N. (2013). Applying the workload indicators of staffing need (WISN) method in Namibia: challenges and implications for human resources for health policy

Troisième partie

**PROBLEMES, CAUSES ET
SOLUTIONS. PLAN DE MISE EN
ŒUVRE**

CHAPITRE V : IDENTIFICATION, ANALYSE DES CAUSES DU PROBLEME ET LEUR PRIORISATION

Dans ce chapitre, nous allons déterminer les causes du problème par deux approches : La revue de la littérature et les entretiens réalisés avec le personnel de la maternité. Ensuite une synthèse des causes sera faite et enfin nous allons passer à la phase de priorisation avec les personnes ressources de la maternité.

5.1 Présentation des outils

Selon YOUNES Benanteur et collaborateurs dans **“organisation logistique et technique à l'hôpital”**, il existe cinq outils de résolution des problèmes appelés outils de la qualité permettant d'identifier les causes d'un problème donné⁴⁵ (25). Ce sont :

- Le Qui Quoi Où Quand Comment Pourquoi (QQOQCP)
- Le Diagramme de Pareto (diagramme 20/80)
- Le Brainstorming
- La Boîte à idées
- Le Diagramme d'Ishikawa ou Diagramme en arête de poisson.

Pour ce travail, nous allons utiliser le diagramme d'Ishikawa qui présente l'avantage d'être simples, concrets et visuel. Nous prioriserons les causes du problème avec le Diagramme de PARETO, lequel nous servira également de support pour le choix de la solution. Car en effet, selon PARETO 20% des causes produisent 80% des conséquences.

Qu'est-ce que le Diagramme d'Ishikawa ou Diagramme en arête de poisson ?

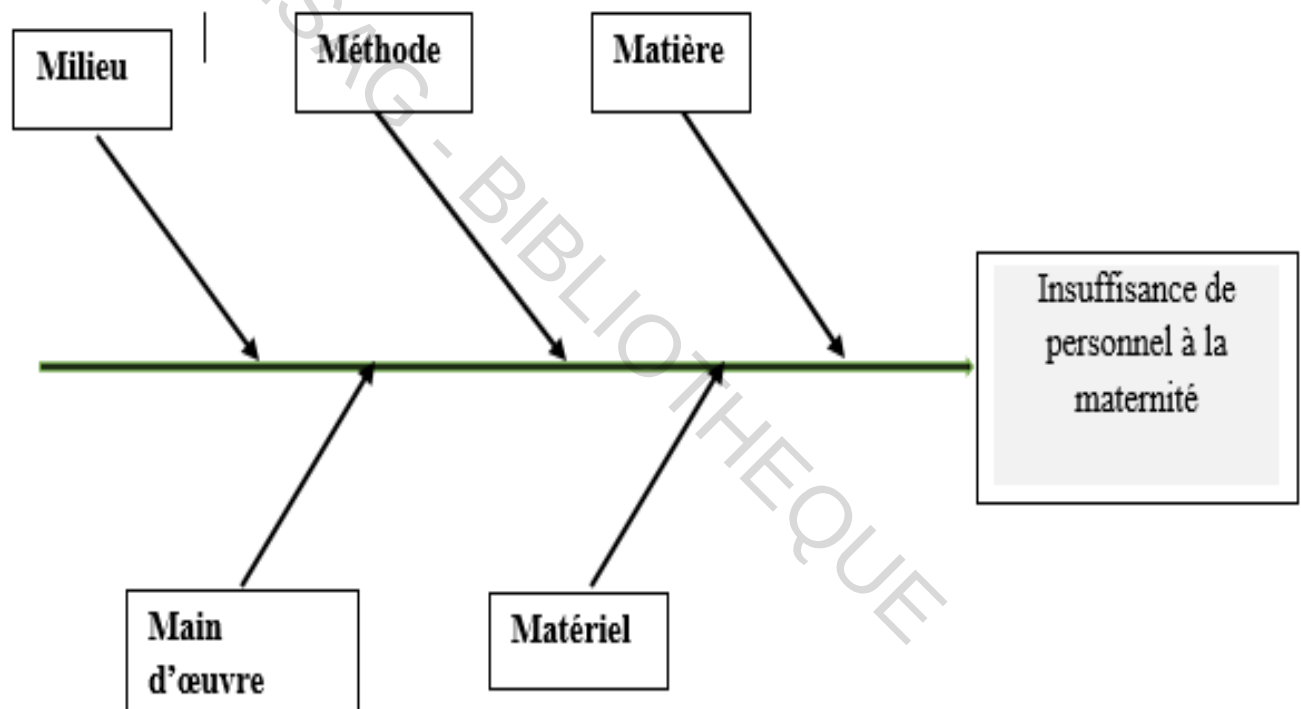
Le Diagramme d'Ishikawa ou Diagramme en arête de poisson classe de manière générale, les causes en cinq grandes familles (**Matière, Méthodes, Matériel, Main d'œuvre, Milieu**).

- ✚ **Matière** : Tout ce qui est consommable (matière première) : données sanitaires, l'information sanitaire, etc.
- ✚ **Méthodes** : Tout ce qui est lié au savoir-faire ou à l'organisation ou méthode de réalisation de la tâche : Systématique de travail, démarche à suivre, document de politique et d'orientation sur les tâches, respect des procédures, modes d'emploi, etc.

⁴⁵ **KOFFI Kra Marcel** (2017), Mémoire MBA-GPS, «Contribution à l'optimisation de l'utilisation de l'Information Sanitaire pour la prise de décision au MSHP Côte d'Ivoire

- ✚ **Matériel** : Tout ce qui résulte d'investissements : les locaux, les registres, l'outil informatique et les logiciels de gestion des données, locaux, etc.
- ✚ **Main d'œuvre** : Tout ce qui est relatif à l'action humaine : compétence, connaissance, comportement et attitudes, formation, organisation de l'équipe de travail, etc.
- ✚ **Milieu** : Tout ce qui est lié à l'environnement de travail, réglementaire, physique et humain : condition de travail, pression, dynamique de groupe, relations institutionnelles de coopération entre le Gouvernement et l'ensemble des parties prenantes, etc.

Le Diagramme d'Ishikawa se schématise comme suit :



Source : Cours de M. Colly, CESAG, 2019 [21]

Figure 9:Diagramme 5M en arête de Poisson

5.2 Identification et analyse des causes du problème

Nous nous sommes basés sur les entretiens avec le responsable des RH, le chef de service de la maternité, la surveillante et avec certains membres du personnel. Nous avons fait aussi des observations. Tout cela nous a permis d'identifier certaines causes de l'insuffisance de personnel de santé à la maternité de l'HPD. Ce sont :

- Absence de méthodes d'estimation des besoins en personnel ;

- Contraintes budgétaires ;
- Mauvaise répartition du personnel de santé
- Faible recrutement de personnel de santé de qualité
- Absence de mesures de motivation
- Informations insuffisantes sur le personnel de santé
- Faiblesse du système d'informations hospitalière
- Locaux insuffisants
- Absence de personnel qualifié pour la gestion des données sanitaires

Ces différentes causes sus-évoquées ont été visualisées à travers le diagramme d'ISHIKAWA ou diagramme en arête de poisson :

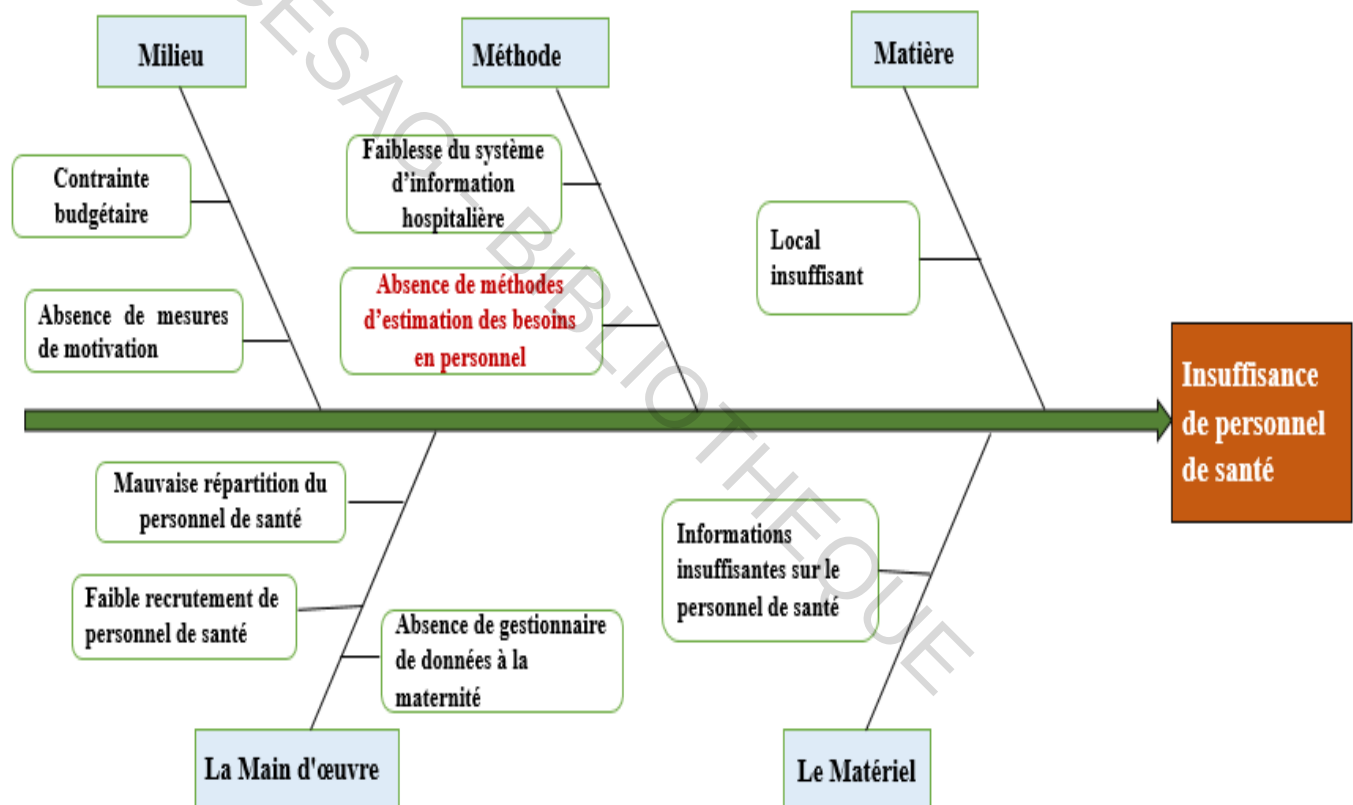


Figure 10: Diagramme d'Ishikawa

5.3 Priorisation des causes

La hiérarchisation des causes de l'insuffisance de personnel de santé s'est faite par un vote pondéré des membres du groupe nominal. Chaque personne ressource (PR) attribue une note sur une échelle allant 1 à 10 selon l'importance accordée à la cause.

Tableau 37: Priorisation des causes du problème par vote pondéré

Causes	Vote des membres					Total	Rang
	PR 1	PR 2	PR 3	PR 4	PR 5		
Locaux insuffisants	2	3	2	2	3	12	8 ^e
Absence de personnel qualifié pour la gestion des données	1	2	1	2	3	9	9 ^e
Contraintes budgétaires	5	3	2	4	3	17	5 ^e
Faible recrutement du personnel de santé qualifié	5	6	5	7	5	28	3 ^e
Absence de mesures de motivation	3	5	4	3	4	19	4 ^e
Informations insuffisantes sur le personnel de santé	3	4	3	2	3	15	6 ^e
Mauvaise répartition du personnel de santé	8	5	7	4	8	32	2 ^e
Absence de méthodes d'estimation de besoin en personnel	8	8	6	8	7	37	1^{er}
Faiblesse du système d'information hospitalière	3	3	2	3	3	14	7 ^e
TOTAL	38	39	32	35	39	183	

Le total des points attribués à chaque cause a montré que « **l'absence de méthodes d'estimation de besoin en personnel** » est la cause qui a enregistré le plus gros score (total : 37), donc retenue comme la principale cause de l'insuffisance en personnel de santé à la maternité de l'HPD.

Après la priorisation des causes par vote pondéré, nous les avons ensuite classées par ordre décroissant afin de construire le diagramme de Pareto. Le diagramme de Pareto est un graphique qui présente l'importance des différentes causes d'un phénomène. Il permet de mettre en évidence les causes les plus importantes sur le nombre total d'effet et ainsi de prendre des mesures ciblées pour améliorer une situation. Nous avons pour ce faire calculé la fréquence relative des différences causes hiérarchisées et la fréquence cumulée.

Tableau 38: Priorisation des causes du problème avec le Diagramme de Pareto

Causes	Score	Fréquence relative	Rang	Fréquence cumulée
A Absence de méthodes d'estimation de besoin en personnel	37	20,2%	1^{er}	20,2%
B Mauvaise répartition du personnel de santé	32	17,5%	2 ^{ème}	37,7%
C Faible recrutement du personnel de santé	28	15,3%	3 ^{ème}	53,0%
D Absence de mesures de motivation	19	10,4%	4 ^{ème}	63,4%
E Contraintes budgétaires	17	9,3%	5 ^{ème}	72,7%
F Informations insuffisantes sur le personnel de santé	15	8,2%	6 ^{ème}	80,9%
G Faiblesse du système d'information hospitalière	14	7,7%	7 ^{ème}	88,5%
H Locaux insuffisants	12	6,6%	8 ^{ème}	95,1%
I Absence de personnel qualifié pour la gestion des données	9	4,9%	9 ^{ème}	100,0%

Selon ce tableau de priorisation, l'absence de méthodes d'estimation de besoin en personnel vient en tête des principales causes pouvant expliquer l'insuffisance de personnel de santé à l'HPD et particulièrement dans le service de la maternité. En effet, l'absence de méthodes d'estimation des besoins en personnel représente 20,7% des causes suivies de la mauvaise répartition du personnel (17,5%) et de la faiblesse de recrutement de personnel de santé qualifié (15,3%).

Selon la loi de PARETO, 20% des causes induisent 80% des conséquences du problème ; en résolvant donc les 20% des causes du problème, cela permettra d'éviter plus de 80% de problème de l'insuffisance de personnel de santé.

Nous avons donc construit le diagramme de Pareto pour voir quelle est la cause ou groupe de causes qui sont englobées pour accumuler 80%.

Afin de faciliter la délibération, les causes énumérées ont été identifiées par des lettres de l'alphabet.

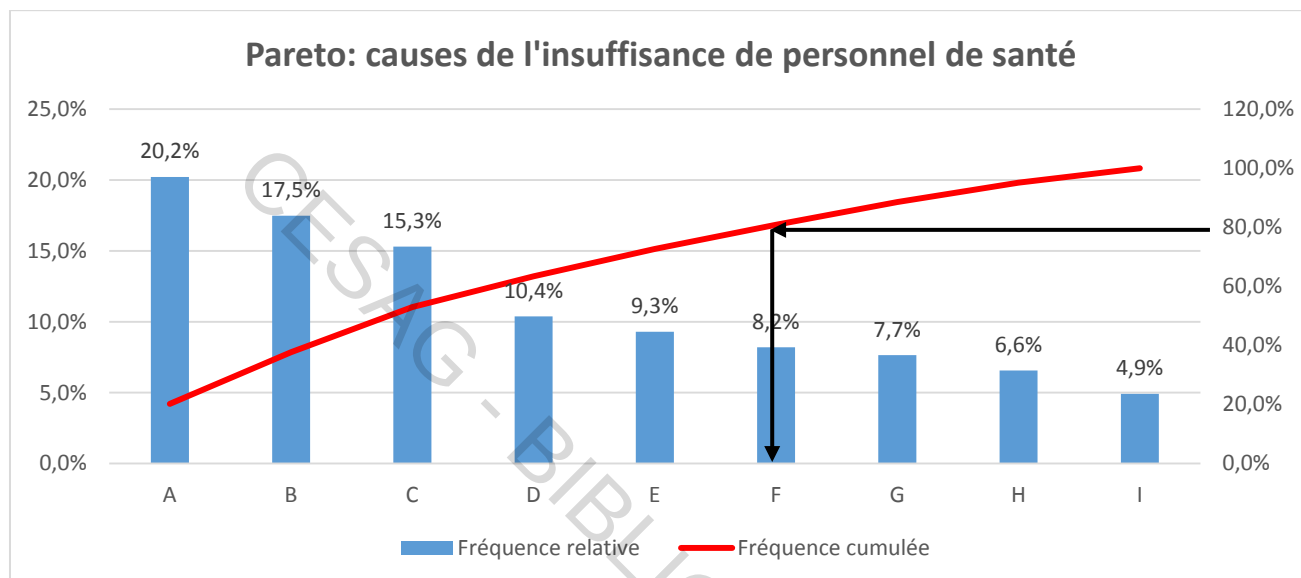


Figure 11: Diagramme de PARETO

Ce diagramme de Pareto montre que nous ne sommes pas dans une répartition 20/80, autrement dit 20% des causes ne produit pas 80% des effets. La disponibilité de méthodes d'estimation de besoin en personnel ne peut donc pas à elle seule régler le problème d'insuffisance en personnel de santé ; d'autres causes telles que la mauvaise répartition du personnel, le faible recrutement de personnel qualifié, absence de mesures de motivation et les contraintes budgétaires doivent être aussi prise en compte dans la résolution du problème d'insuffisance de personnel à la maternité de l'HPD.

Mais il faut s'attaquer prioritairement à l'absence de méthodes d'estimation des besoin en personnel et par extension aux 4 autres causes pour régler à plus de 80% le problème de l'insuffisance de personnel en santé

CHAPITRE VI : IDENTIFICATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

Cette étape du travail est essentielle. Elle consiste à chercher un ensemble de solutions et à choisir celle qui semble la plus adaptée à la résolution du problème d'insuffisance de personnel de santé à la maternité de l'HPD.

Les solutions proposées ici sont issues de la revue documentaire et de notre étude.

6.1 Identifications des solutions

De l'avis des agents de la maternité et de certains responsables de la direction consultés, nous pouvons noter les solutions suivantes à la pénurie de personnel dans les services :

- Motiver du personnel ;
- Recruter du personnel surtout des gynécologues ;
- Accorder plus d'attention aux agents, les repos et les permissions sont rares ;
- Faire la demande d'agents de santé à l'Etat ;
- Alléger le rythme de travail du personnel de la maternité.

6.2 Priorisation des solutions

Les solutions proposées par la revue de littérature et celles issue de notre étude ont été soumis à l'appréciation de l'équipe technique et aux personnes ressources. Celles qui ont été retenues sont les suivant :

- Accorder des mesures de motivation au personnel
- Former un groupe de personnes sur l'estimation du besoin en personnel en fonction de la charge de travail
- Accorder des facilités de formation au personnel
- Faire un recrutement régulier de personnel de santé
- Utiliser du personnel fonctionnaire à l'HPD

Les critères pour la priorisation ont été les suivants⁴⁶ (24,25):

- **Temps** : Il s'agit du délai nécessaire pour exécuter la solution ;
- **Coût** : Ce sont le ressources nécessaires pour la réalisation de la solution ;
- **Acceptabilité** : la solution sera-t-elle acceptée par les responsables et les prestataires ? ;

⁴⁶ **KOFFI Kra Marcel** (2017), Mémoire MBA-GPS, «Contribution à l'optimisation de l'utilisation de l'Information Sanitaire pour la prise de décision au MSHP Côte d'Ivoire

- **Faisabilité** : la solution retenue est-elle réalisable et réaliste.

L'objectif de la pondération était de retenir une solution qui soit pratique, peu onéreuse et facilement réalisable dans le temps. La priorisation s'est faite selon les critères suivants cotés de 1 à 3 :

- **Le coût** : Pas couteux = 3 Couteux = 2 Très couteux = 1 ;
- **Le temps** : Très raisonnable = 3 Peu raisonnable = 2 Non raisonnable = 1 ;
- **La faisabilité** : Très faisable = 3 Faisable = 2 Difficilement faisable = 1 ;
- **L'acceptabilité** : D'accord = 3 Indifférent = 2 Pas d'accord = 1.

La priorisation a été assurée par les mêmes personnes ressources utilisées pour l'identification et priorisation des problèmes. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 39: Priorisation des solutions pour palier à l'insuffisance du personnel en santé.

Critères Solutions	Temps	Coût	Acceptabilité	Faisabilité	Score	Rang
Former un groupe de personnes sur l'estimation du besoin en personnel en fonction de la charge de travail	9	9	9	10	37	1^{er}
Accorder des mesures de motivation au personnel	7	6	8	6	27	2 ^{ème}
Accorder des facilités de formation au personnel	5	5	8	6	24	3 ^{ème}
Faire un recrutement régulier de personnel de santé	3	6	6	7	22	4 ^{ème}
Utiliser du personnel fonctionnaire à l'HPD	3	5	3	2	13	5 ^{ème}

Le vote par pondération et la priorisation des solutions a montré que la formation des agents sur l'estimation des besoins en personnel été retenue comme la solution la plus réalisable en terme de temps, coût et acceptabilité.

Nous allons donc planifier et mettre en œuvre, la formation des agents de l'HPD sur l'estimation du besoin en personnel en fonction de la charge de travail selon la méthode WISN.

CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

7.1 Justification du choix de la solution retenue

A l'issu du processus d'identification et de priorisation des causes de l'insuffisance de personnel à l'hôpital principal de Dakar, l'absence de méthodes d'estimation du besoin en personnel a été en tête des causes pouvant expliquer cette pénurie. Des solutions proposées pour remédier à cette situation, issues aussi bien de la revue de littérature que de notre étude, il ressort que la formation du personnel en charge de la gestion des ressources humaines sur l'estimation de besoin en personnel à partir de la charge de travail est la plus faisable en terme de temps, coût et acceptabilité. Une bonne estimation des besoins en personnel permettra aux décideurs que sont la direction générale et le gestionnaire des RH d'avoir des données factuelles pour des décisions plus justifiées. Il y aura une bonne répartition du personnel dans les différents services. Les autres solutions proposées telles que le recrutement de personnels, l'amélioration des conditions de travail et la mise en place de mesures de motivation sont toutes aussi justifiées mais nécessitent une mobilisation de ressources plus élevées.

Mais au vu des liens logiques et opérationnels qui existent entre les différentes solutions soumises au vote, il serait souhaitable de procéder à une mise en œuvre intégrée de toutes les solutions sous-jacentes. Ceci permettra d'aboutir à de meilleurs résultats.

7.2 Les objectifs du projet de mise en œuvre de la solution

7.2.1 Objectif Général

Disposer d'une meilleure méthode de gestion du personnel de santé à l'hôpital principal de Dakar.

7.2.2 Objectifs Spécifiques

- 1) Sensibiliser les responsables de la direction et des ressources humaines de l'HPD à l'importance de l'outil WISN ;
- 2) Former une équipe de personnel de l'HPD à l'utilisation de la méthode WISN pour une meilleure estimation du besoin en personnel ;
- 3) Accompagner à travers une assistance technique l'équipe formée à la réalisation d'une étude par la méthode WISN dans un service pour une meilleure appropriation de l'outil.

7.3 Cadre logique

Tableau 40: Cadre logique

RÉSUMÉ NARRATIF	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	MOYENS DE VERIFICATION	CONDITIONS CRITIQUES
OBJECTIF GENERAL			
Contribuer à la mise en œuvre d'une meilleure planification des ressources humaines axée sur les besoins du secteur	Existence de documents de planification des ressources humaines en santé	Documents de planification des ressources humaines en santé	Volonté politique du MSAS
OBJECTIF SPECIFIQUE			
Disposer d'une meilleure méthode de gestion du personnel de santé à l'hôpital principal de Dakar	Utilisation de la méthode WISN à l'HPD pour déterminer le besoin en personnel	Rapport d'étude de la méthode WISN pour déterminer le besoin en personnel	-
EXTRANTS			
E1 : Les responsables de la direction et des ressources humaines de l'HPD sensibilisés à l'importance de l'outil WISN	Nombre de personnes de la direction de l'HPD sensibilisés	Liste des participants à la rencontre de sensibilisation	-
E2 : Une équipe de personnel de l'HPD est formée à l'utilisation de la méthode WISN pour une meilleure estimation du besoin en personnel	Nombre de personne formées à l'utilisation de la méthode WISN à l'HPD	Rapport de la formation La liste de présence	-
E3 : Une assistance technique est apportée à l'équipe formée à la réalisation d'une étude par la méthode WISN dans un service pour une meilleure appropriation de l'outil	Proportion de personnes formées maîtrisant les différentes étapes de calcul de la méthode WISN	Résultats de l'étude WISN réalisée dans le service pilote.	-

7.4 Plan opérationnel

Tableau 41: Plan opérationnel

RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS	Oct. 2019	1 ^{ère} sem. janv. 2020	2 ^e sem. janvier 2020					RESPONSABLE	COUTS (F CFA)
					L	M	M	J	V		
Les responsables de la direction et des ressources humaines de l'HPD sensibilisés à l'importance de l'outil WISN	Rencontrer des responsables des RH et de la cellule formation	Nombre de responsables rencontrés.	Réalisée les 1 ^{er} et 2 oct.							Nous même	Of CFA
	Restituer en plénière les résultats de notre étude WISN faite à la maternité	Nombre de participants à la séance de restitution	Réalisée le 08 oct.							Nous même	Of CFA
	Organiser un atelier d'une demi-journée pour informer 5 responsables de la direction de l'HPD sur la méthode WISN et son utilité dans la prise de décision	Nombre de responsables de directions informés								Equipe formateurs	300 000f CFA
Une équipe de personnel de l'HPD est formée à l'utilisation de la méthode WISN pour une meilleure estimation du besoin en personnel	Confectionner des supports de formations	Nombre de supports confectionnés								Responsable cellule formation	54 000f CFA
	Former en 3 jours 10 agents de l'HPD sur les différentes étapes de calcul de la méthode WISN pour estimer les besoins en personnel	Nombre de personnes formées sur les étapes de calcul de WISN								Equipe formateurs	1 860 000f CFA
Une assistance technique est apportée à l'équipe formée à la réalisation d'une étude par la méthode WISN dans un service pour une meilleure appropriation de l'outil	Organiser sur deux journées une séance pratique d'une étude WISN dans un service avec le personnel formé	Nombre de personnes ayant participées à cette séance pratique								Equipe formateurs	

7.5 Budgétisation

Le budget estimatif de cette formation s'élève à **deux million deux-cent-quatorze milles (2 214 000) francs CFA**

Tableau 42: Budgétisation

Libellé	Effectifs	Quantité	Coût unitaire	TOTAL (FCFA)
Hôtellerie				
Pause-café participants	15	5	1 500	112 500
Eau en salle	15	5	300	22 500
Déjeuner participants	15	5	3 000	225 000
S/total Hôtellerie				360 000
Prise en charge				
Honoraire formateur	2	6	150 000	1500 000
S/total prise en charge				1 800 000
Administration				
KIT de participants	12	1	1 500	18000
Manuels de formation	12	1	3000	36000
S/total Administration				54000
TOTAL GENERAL DE L'ACTIVITE				2 214 000

7.6 Suivi-évaluation

7.6.1 Définitions

Le suivi : Fonction continue qui vise à fournir aux gestionnaires du programme et aux principales parties prenantes, des indications sur les progrès réalisés ou des difficultés rencontrées au cours de la mise en œuvre d'une activité⁴⁷. (14)

Tous les trois mois, le comité technique fera un rapport d'activité qu'il adressera au responsable des ressources humaines.

L'évaluation : Exercice limité dans le temps qui vise à mesurer objectivement l'impact (changement) attribuable à l'intervention d'un programme. (14)

⁴⁷ El Hadji GUEYE, Cours sur le suivi et évaluation, CESAG, 2018 - 2019

7.6.2 Les outils de suivi-évaluation

Le suivi sera fait à travers le cadre logique et le chronogramme de mise en œuvre. Il va consister à suivre l'évolution des indicateurs retenus dans le cadre logique avec leurs sources de vérification.

L'évaluation de la mise en œuvre de la méthode WISN à l'HPD sera faite par le directeur des ressources humaines et le responsable du comité technique du WISN de l'HPD. Pour la première année, deux évaluations seront menées, en juin 2020 et décembre 2020. Au regard des rapports des évaluations, le rythme pourra être ajusté.

Un cadre de suivi-évaluation et une matrice des indicateurs sont ici proposés à cet effet.

- **Cadre de Suivi Evaluation**

Tableau 43: Cadre de suivi et évaluation

SUIVI			EVALUATION	
Apports Intrants	Activités Processus	Produits Extrants	Effets Résultats	Impacts
Formateurs WISN Ressources matérielles	Sensibiliser la direction de l'HPD sur la méthode WIN	Le personnel de l'HPD a une meilleure connaissance de l'importance de l'outil WISN développé par l'OMS	Amélioration de la gestion et de la répartition des ressources humaines au sein de l'HPD	Contribution à la mise en œuvre d'une meilleure planification des ressources humaines axée sur les besoins du secteur
Formateurs WISN Ressources matérielles Données sanitaires	Former des agents de l'HPD sur la méthode WISN			
Ressources humaines	Mettre en place les comités de pilotage du processus WISN	Les besoins en personnel du service sont déterminés à partir de la demande réelle du service		
Ressources humaines Données sanitaires	Accompagner l'équipe formée dans la réalisation d'une étude WISN pour la détermination du personnel requis dans un service pour une meilleure appropriation			

• **Matrice des indicateurs**

Ces indicateurs permettent de mesurer les progrès du processus de mise en œuvre du WISN.

La matrice des indicateurs présente pour chaque indicateur, sa définition, la fréquence, les outils, les responsables et la méthode de collecte.

Tableau 44: Matrice des indicateurs

Indicateur retenu	Définition	Méthode de calcul (formule de calcul)	Périodicité	Source
INDICATEUR D'IMPACT				
Existence de documents de planification des ressources humaines en santé	Proportion d'établissements sanitaires publics de niveau III qui disposent des documents de planification des ressources humaines en santé au Sénégal	Le nombre d'établissements sanitaires publics de niveau III disposant le document sur le nombre total d'établissements sanitaires publics de niveau III au Sénégal.	Annuelle	Rapport d'activité di SNIS
INDICATEURS D'EFFETS				
Taux d'utilisation des résultats du WISN dans la répartition du personnel de santé à l'HPD	Proportion de répartition du personnel faites sur la base des résultats du WISN par la direction des ressources humaines de l'HPD	Le nombre répartition de personnel faite sur la base des résultats du WISN sur le nombre total de répartition faites au cours de l'année	Annuelle	Rapport de l'équipe suivi et évaluation de l'HPD
INDICATEURS D'EXTRANTS				
Niveau de maîtrise de la méthode WISN par les agents de l'HPD	Proportion d'agents formés sur la méthode WISN capables d'estimer le besoin en personnel	Nombre d'agents formés maîtrisant la méthode WISN sur le nombre total d'agents formés	A la demande	Rapport de supervisions



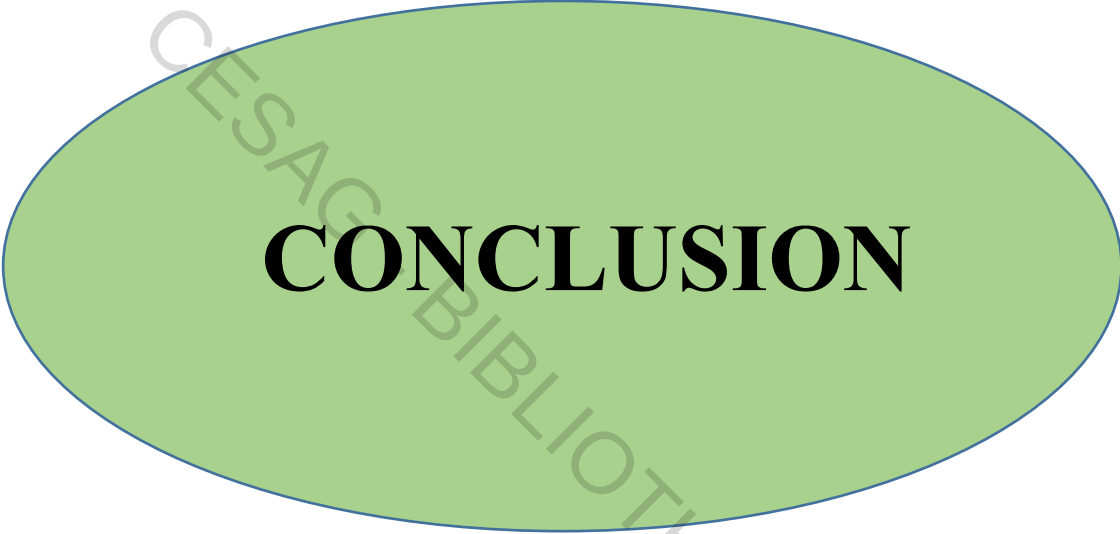
RECOMMANDATIONS

A- À L'ENDROIT DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SAOCIALE

- Mettre en place un pool de formateurs du WISN au niveau national ;
- Faire la promotion de la méthode WISN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Etablir les standards d'activités pour les différentes catégories de personnels ;
- Utiliser les résultats du WISN comme norme de gestion et de planification des ressources humaines en santé au Sénégal ;
- Instaurer des mesures de motivation pour encourager le personnel travaillant dans les zones jugées difficiles.

B- À L'ENDROIT DE LA DIRECTION DE L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

- Mettre en place un comité d'orientation du WISN élargi aux responsables de services ;
- Former des points focaux WISN dans les grands services médicotéchniques ;
- Former d'autres agents sur le WISN pour assurer un bon déroulement des études ;
- Encourager les chefs de service à utiliser la méthode WISN pour exprimer leurs besoins en personnel ;
- Améliorer la qualité des données sanitaires ;
- Partager les résultats du WISN avec les délégués du personnel et les prestataires pour une meilleure compréhension des décisions touchant à la dotation en personnel.



CONCLUSION

La planification des ressources humaines pour la santé a pour objectif de disposer d'un effectif adéquat, ayant les compétences requises, au bon endroit, au bon moment, ayant une bonne attitude, effectuant le travail requis, à un juste coût, et produisant les résultats escomptés.

Malheureusement les méthodes utilisées par la plupart des pays surtout ceux de l'Afrique occidentale pour estimer les besoins en personnel ne reposent pas sur des bases factuelles, par conséquent ne permettent pas une meilleure répartition du personnel.

Une répartition efficace garantit une bonne accessibilité aux soins et une offre de service de qualité et évite une charge de travail excessive aux agents de santé.

C'est ce constat qui a justifié notre étude qui est une contribution à la promotion d'une méthode d'estimation du besoin en personnel à partir de la charge de travail proposé par l'OMS.

Cette étude s'est déroulée à la maternité de l'HPD qui est un établissement public de santé de niveau III. Elle a concerné les catégories gynécologue, sage-femme et aide infirmière dont les membres étaient en poste au cours de l'année 2018.

Les résultats de cette étude ont montré une insuffisance de personnel pour les catégories gynécologue et aide infirmière. L'effectif requis de la catégorie sage-femme était en équilibre avec l'effectif disponible.

La plupart des études consultées a montré que la pénurie de personnel concerne toutes les catégories surtout dans les zones reculées dites difficiles où cette pénurie est beaucoup plus prononcée.

La méthode WISN de l'OMS, bien appliquée, permet une estimation efficace des besoins en personnel et peut constituer un outil d'aide à la décision pour les gestionnaires des ressources humaines en santé.

Bien qu'une bonne estimation des besoins en personnel facilite la planification et la gestion, la problématique de la pénurie des RHS en Afrique doit être abordée sur plusieurs angles en prenant en compte les autres solutions telles que la formation, la motivation du personnel, la maîtrise de mobilité, l'équipement, etc.

Le WISN dont l'introduction remonte aux années 90, est aujourd'hui utilisé par plusieurs pays depuis la sortie de la version informatisée qui a rendu l'outil plus convivial. Cependant il présente encore quelques limites dans son utilisation.

En effet, le temps de travail sur lequel se basent les calculs de la méthode WISN est certes un élément essentiel pour caractériser la charge de travail mais ne constitue pas à proprement parler une mesure de la charge de travail car il ne détermine pas automatiquement l'intensité du travail.

Par ailleurs, le nouvel environnement numérique a considérablement modifié le cadre traditionnel du travail. En effet, avec la généralisation des smartphones et des ordinateurs personnels, l'agent a tendance à travailler hors de son lieu de travail.

Cette situation contribue à brouiller les frontières entre le temps de travail et la vie hors travail.

La méthode WISN est un moyen très objectif pour établir les niveaux de dotation en personnel, mais elle nécessite une équipe dédiée disposant de l'expertise adéquate pour rendre les données brutes utiles pour les calculs.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**REFERNCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

1. **10 questions sur la charge de travail**

<https://www.anact.fr/10-questions-sur-la-charge-de-travail>

2. **ANSD, population du Sénégal, 2017**

http://www.ansd.sn/ressources/publications/Rapport_population_2017_05042018.pdf

3. **ANSD, Sénégal (2018). Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS)**

4. **ANSD, Sénégal EDS-Continue 2016**

5. **Antarou, L., Ridde, V., Kouanda, S., & Queuille, L. (2013). La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 106(4), 264-271.**

6. **Applying WHO's 'workforce indicators of staffing need' (WISN) method to calculate the health worker requirements for India's maternal and child health service guarantees in Orissa State.**

7. **Burmen, B., Owuor, N., & Mitei, P. (2017). An assessment of staffing needs at a HIV clinic in a Western Kenya using the WHO workload indicators of staffing need WISN, 2011. *Human resources for health*, 15(1), 9.**

8. **Campbell, J. & Shojaei, T. (2018). Ressources humaines en santé dans les pays d'Afrique francophone : dynamiques et défis. *Santé Publique*, hs(HS), 5-5. doi:10.3917/spub.180.0005.**

9. **Daviaud, E., & Chopra, M. (2008). How much is not enough? Human resources requirements for primary health care: a case study from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 46-51.**

10. **Dhaene, G. (2011). 12. Performance des systèmes de santé et ressources humaines : le chaînon manquant. Dans : Dominique Kerouedan éd., *Santé internationale: Les enjeux de santé au Sud* (pp. 187-200). Paris: Presses de Sciences Po.**

11. **Doosty, F., Maleki, M. R., & Yarmohammadian, M. H. (2019). An investigation on workload indicator of staffing need: A scoping review. *Journal of education and health promotion*, 8.**

12. **Dreesch, N., Dolea, C., Dal Poz, M. R., Goubarev, A., Adams, O., Aregawi, M. & Scherpbier, R. (2005). An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health policy and planning*, 20(5), 267-276.**

13. **Dussault, G., Buchan, J., Sermeus, W., & Padaiga, Z. (2010). Estimation des besoins en personnel de santé à l'avenir. In Estimation des besoins en personnel de santé à l'avenir.**

14. **El Hadji GUEYE, Cours sur le suivi et évaluation, CESAG, 2018 - 2019**

15. **Elaboration du plan stratégique de développement des ressources humaines en santé (PSDRHS), Guinée Conakry (2012), estimation des besoins en ressources humaines (Rapport final)**

16. **Fagerström, L., Lønning, K., & Andersen, M. H. (2014). The RAFAELA system: a workforce planning tool for nurse staffing and human resource management. *Nursing Management*, 21(2)**

17. **France diplomatie, Présentation du Sénégal. Consulté le 21 juillet 2019**

<https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/senegal/presentation-du-senegal/>

18. **Gerein N, Green A, Pearson S. (2006) : Les conséquences des pénuries de professionnels de santé pour la santé maternelle en Afrique subsaharienne. *Reproductive Health Matters*, 14(27),**

40-50

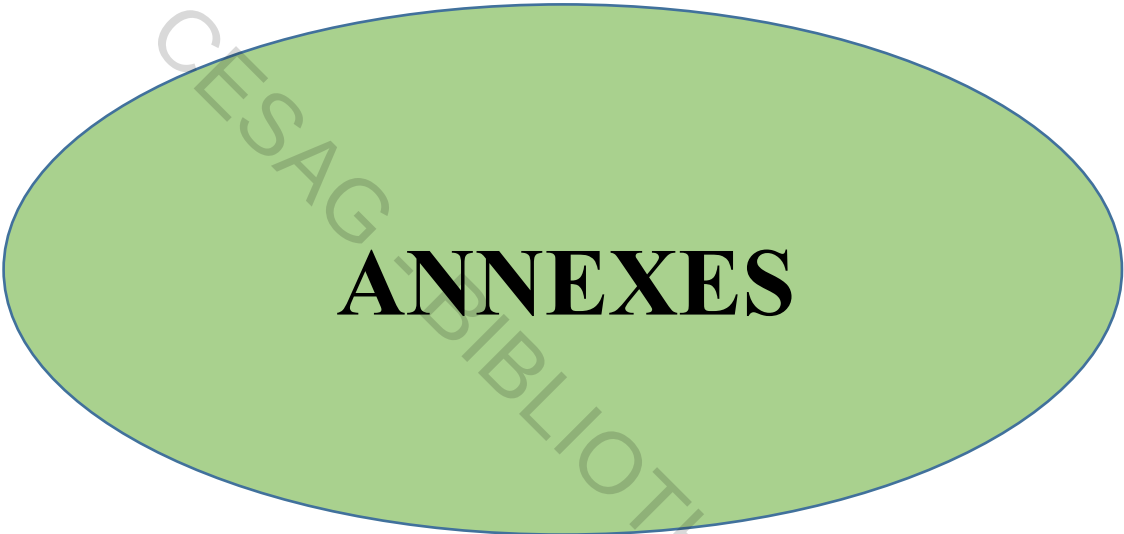
19. **GROUPE ISSA INNOVATION ET SYSTEME DE SANTE EN AFRIQUE** (2016), Rapport final de l'étude de base ex-ante de l'état sanitaire des populations vulnérables, de la disponibilité des services SR et infantiles, de la charge de travail, de la satisfaction des patients et de la connaissance des mères au niveau des centres de santé, des postes de santé et des cases de santé dans les régions pilotes de Sédhiou et Matam, 267 pages
20. **Hornby, P.** (2007, December). Exploring the use of the World Health Organization human resources for health projection model. In HRH Workforce Planning Workshop, Washington, DC (pp. 13-14).
21. **J M. COLY**, Cours sur la méthodologie de résolution de problèmes, CESAG, 2018 – 2019
22. **Jansen, C., L. Codjia, G. Cometto, ML Yansané et M. Dieleman** (2014). Réaliser la couverture sanitaire universelle pour les services de santé maternelle en République de Guinée: utilisation des projections relatives à la main-d'œuvre pour concevoir des interventions sur le marché de la santé. *Gestion des risques et politique de santé*, 7, 219-232. doi: 10.2147 / RMHP.S46418
23. **Journal officiel du Sénégal**, DECRET n° 2009-521 du 4 juin 2009, relatif à la Carte sanitaire.
24. **KOFFI Kouadio Stéphane** (2017), Mémoire MBA-GPS, «Détermination du besoin en personnels infirmier et sage-femme diplômés d'État des centres de santé ruraux du District sanitaire de San Pedro (Côte d'Ivoire) : application de l'outil WISN», 106 pages
25. **KOFFI Kra Marcel** (2017), Mémoire MBA-GPS, «Contribution à l'optimisation de l'utilisation de l'Information Sanitaire pour la prise de décision au MSHP Côte d'Ivoire », 140 pages
26. **Laurence Codjia**, 2008, Management des ressources humaines de la santé, Dialogue sur la migration et autres questions des ressources humaines dans le secteur de la santé, Genève
27. **Ly, A., Kouanda, S. et Ridde, V.** (2014). Besoins en personnel infirmier et obstétrique dans les maternités des hôpitaux de référence au Burkina Faso.
28. **Massou, S., Doghmi, N., Belhaj, A., Aboulaala, K., Azendour, H., Haimeur, C., ... & Kamili, N. D.** (2013, September). Enquête sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les personnels d'anesthésie réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 171, No. 8, pp. 538-542). Elsevier Masson.
29. **Mbwele, B., Reddy, E., & Reyburn, H.** (2012). A rapid assessment of the quality of neonatal healthcare in Kilimanjaro region, northeast Tanzania. *BMC pediatrics*, 12(1), 182.
30. **McQuide, P. A., Kolehmainen-Aitken, R. L., & Forster, N.** (2013). Applying the workload indicators of staffing need (WISN) method in Namibia: challenges and implications for human resources for health policy. *Human resources for health*, 11(1), 64.
31. **Mohamed, N., Al-Qasmi, A., Al-Lamki, S., Bayoumi, M., & Al-Hinai, A.** (2018). An estimation of staffing requirements in primary care in Oman using the Workload Indicators of Staffing Needs method. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(9), 823
32. **Mondiale de la Santé, O.** (2017). Indicateurs des besoins en personnel de santé par rapport à la charge de travail (WISN): l'expérience de la mise en œuvre dans plusieurs pays.
33. **Museau P, Nyongesa P, Shikhule A, Bierech E, Kinui D, Njenga M, Mbiti D, Bett A, Laggat L, Kiili K** (2008): Workload indicators of staffing need method in determining, optimal staffing levels at Moi Teaching and Referral Hospital. *East Medical Journal*, 85(5):232-239.

34. **Namaganda, G., Oketch, V., Maniple, E., & Viadro, C.** (2015). Making the transition to workload-based staffing: using the Workload Indicators of Staffing Need method in Uganda. *Human resources for health*, 13(1), 89.
35. **Naznin, E., Kroeger, A., Siddiqui, N. A., Sundar, S., Malaviya, P., Mondal, D. & Dreesch, N.** (2013). Human resource assessment for scaling up VL active case detection in Bangladesh, India and Nepal. *Tropical Medicine & International Health*, 18(6), 734-742
36. **NDEDOUMA R.S.** (2008), La problématique de la gestion des ressources humaines dans les administrations publiques en République centrafricaine : cas du ministère de la santé publique, de la population et de la lutte contre le sida, Université Bangui (mémoire online)
37. **Nyamtema A, Urassa D, Massawe S** (2008): staffing needs for quality perinatal care in Tanzania. *African Journal of Reproductive Health*, 12:113-24
38. **OMS** (2008), Mettre en place et suivre des normes générales en matière de ratio du personnel à la population: l'approche dite de densité du personnel, *Spotlight: statistiques sur le personnel de santé*, Numéro 6, novembre, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_6_FR.pdf
39. **OMS** (2014), Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail (WISN), *Manuel de l'utilisateur*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
40. **OMS** (2016), Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, consulté le 10 août 2019,
http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030fr.pdf
41. **OMS** (2017) Indicateurs des besoins en personnel de santé par rapport à la charge de travail (WISN) : l'expérience de la mise en œuvre dans plusieurs pays, Série Observateur des ressources humaines pour la santé N° 15
42. **Organisation mondiale de la santé**; 2006. Travailler ensemble pour la santé: Rapport sur la santé dans le monde, p. 209.
43. **Pia, L., Pirjo, K., & Päivi, L.** (2016). Determining Optimal Nursing Resources in Relation to Functions During the Oulu University Hospital Nurse Staffing Management Project. *Nursing Informatics* 2016.
44. **PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS)** du Sénégal (2009), 2009-2018
45. Plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur de la sante en côte d'Ivoire 2009-2013
46. **PNDRHS** du Sénégal (2010), 2011-2018
47. **PNDRHS** du TCHAD 2011-2020
48. **PNLP**, Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Sénégal 2016-2020
49. **PSDRHS** de la Mauritanie, 2006 – 2015
50. **PSDRHS**, Guinée Conakry (2012),
élaboration du plan stratégique de développement des ressources humaines en santé,
estimation des besoins en ressources humaines (Rapport final)
51. **Rainio, A. K., & Ohinmaa, A. E.** (2005). Assessment of nursing management and utilization of nursing resources with the RAFAELA patient classification system—case study from the general

wards of one central hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 674-684.

52. **RESEAU « VISION TOKYO 2010 »** (2013), problématique des ressources humaines en sante des pays membres du réseau vision Tokyo 2010
53. **Shipp P.** Workload indicators of staffing need: a manual for implementation. Geneva: World Health Organization, 1998.
54. **Shivam, S., Roy, RN, Dasgupta, S., Das Bhattacharyya, K., Misra, RN, Roy, S. et Indranil, S.** (2014). Planification du personnel infirmier dans les hôpitaux ruraux du district de Burdwan, dans le Bengale occidental (Inde), à l'aide d'indicateurs de la charge de travail indiquant les besoins en personnel. *Journal de la santé, de la population et de la nutrition*, 32 (4), 658-664.
55. **Vafaee-Najar, A., Amiresmaeili, M., Nekoei-Moghadam, M., & Tabatabaee, S. S.** (2018). The design of an estimation norm to assess nurses required for educational and non-educational hospitals using workload indicators of staffing need in Iran. *Human resources for health*, 16(1), 42.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE PERSONNEL DE SANTE MATERNITE ET PEDIATRIE HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

Août à septembre 2019 - CESAG

Ce questionnaire est destiné à recueillir des informations sur les médecins gynécologues, sages-femmes, les Assistant Infirmiers du service de la maternité en poste au cours de l'année 2018 en vue de déterminer la charge de travail.

NB: Les informations personnelles recueillies au cours de cette étude resteront confidentielles

INFORMATION SUR LE PERSONNEL DE SANTE EN POSTE AU COURS DE L'ANNEE 2018

Informations concernant le service, l'expérience professionnelle et les absences au cours de l'année 2018

1. Quelle est votre fonction dans le service?

- ☐ 1. Médecin gynécologue ☐ 2. Sage-femme ☐ 3. Assistant infirmier

2. Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service?

3. Depuis combien de temps exercez-vous ce métier?

4. Quel est votre statut?

- ☐ 1. Embauché(e) ☐ 2. contractuel(le) ☐ 3. vacataire

5. Avez-vous pris un congé annuel en 2018?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

6. si oui, la durée totale de ce congé annuel

7. Avez-vous eu un repos maladie au cours de l'année 2018?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

8. Si oui, précisez la durée totale de votre repos maladie

9. Avez-vous bénéficié d'un congé de maternité au cours de l'année 2018?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. non applicable

10. Si oui, précisez la durée du congé de maternité

11. Avez-vous bénéficié de formations (ateliers, séminaires, autres) au cours de l'année 2018?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

12. Si oui, précisez la durée totale de ces formations.

13. Avez-vous été absent(e) du service pour d'autres raisons au cours de l'année 2018?

- ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

14. Si oui, précisez la durée totale de ces absences.

ACTIVITES LIEES AUX SERVICES DE SANTE

Activités faites par tous les membres de la catégorie et dont les statistiques existent au niveau national

15. Réalisez-vous les activités suivantes?

- | | | | | |
|--|--|----------------------------------|---|--|
| ☐ 1. Consultation gynécologique | ☐ 2. CPN1 | ☐ 3. CPN2 | ☐ 4. CPN3 | ☐ 5. CPN4 et plus |
| ☐ 6. Accouchement | ☐ 7. Césarienne | ☐ 8. CPoN | ☐ 9. Planning Familial | ☐ 10. Pansement |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Combien de temps en moyenne consacrez-vous pour faire cette activité? (en h/sem ou h/jour ou minutes/jour ou jours/sem ou en h/mois)

16. Une consultation gynécologique?

17. Une première consultation prénatale (CPN1)?

18. Une CPN2?

19. Une CPN3?

20. Une CPN4 et plus?

21. Un accouchement?

22. Une césarienne?

23. Une CPoN?

24. Premier Planning familial?

25. Planning Familial suivant

26. Un pansement?

27. Existe-il d'autres activités ou prestations de service de santé que vous réalisez encore dans le service?

☐ 1. Oui ☐ 2. non

28. Si oui, les préciser ainsi que le temps mis pour réaliser ces activités (en h/sem ou h/jour ou minutes/jour ou jours/sem ou en h/mois).

ACTIVITES D'APPUI AUX SERVICES DE SANTE

Activités réalisées par tous les membres de la catégorie mais dont il n'existe pas de statistique

29. Réalisez-vous ces activités suivantes?

- ☐ 1. Enregistrement et notification ☐ 2. rapport ☐ 3. compte rendu opératoire
☐ 4. Réunion mensuelle du personnel ☐ 5. Visite des malades hospitalisés

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Combien de temps exprimé en (h/sem. ou heure par jour ou minutes par jour ou jrs/an ou en heure/mois) consacrez-vous à cette activité? ou la part en pourcentage (%) qu'occupe cette activité dans votre temps de travail?

30. L'enregistrement et la notification de vos patients?

31. Le rapport d'activité?

32. Le compte rendu opératoire?

33. La réunion mensuelle du personnel?

34. La visite des patientes hospitalisées

35. Existe-il d'autres activités ou prestations d'appui que vous réalisez encore dans le service?

☐ 1. Oui ☐ 2. Non

36. Si autres, les préciser et indiquer le temps moyen que cela vous prend pour réaliser ces activités (h/sem. ou heure par jour ou minutes par jour ou jrs/an ou en heure/mois)

ACTIVITES ADDITIONNELLES

Activités réalisées par une partie des membres de la catégorie

37. Réalisez-vous ces activités additionnelles suivantes?

- ☐ 1. Encadrement des stagiaires
 ☐ 2. formation
 ☐ 3. Préparation et références des malades
☐ 4. Contrôle et commande de médicaments
 ☐ 5. Réunion de coordination

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

38. Combien d'agents de votre catégorie se consacraient-ils à l'encadrement des stagiaires?

39. Combien de temps avez-vous consacré à l'encadrement des stagiaires? en h/sem. ou heure par jour ou minutes par jour ou jrs/an

40. Combien de temps avez-vous consacré à faire le contrôle et la commande des médicaments? en h/sem. ou heure par jour ou minutes par jour ou jrs/an

41. Combien d'agents de votre catégorie se consacraient-ils à faire le contrôle et la commande des médicaments

42. Combien de temps avez-vous consacré à la formation? (en h/sem. ou heure par jour ou minutes par jour ou jrs/an) NB: réponse identique à celle de la question 11

43. Combien d'agents de votre catégorie se sont consacrés à la formation?

44. Combien de temps avez-vous consacré à faire les références des malades? en h/sem. ou heure par jour ou minutes par jour ou jrs/an.

45. Combien d'agents de votre catégorie ont fait les références des malades?

46. Combien de temps avez-vous consacré à la réunion de coordination? en h/sem. ou heure par jour ou minutes par jour ou jrs/an

47. Combien d'agents de votre catégorie participaient à la réunion de coordination?

48. Existe-il d'autres activités ou prestations additionnelles que vous avez réalisé encore dans le service?

- ☐ 1. Oui
 ☐ 2. Non

49. Si oui, précisez les et indiquez le temps moyen (en h/sem. ou heure par jour ou minutes par jour ou jrs/an) que cela vous a pris pour réaliser ces activités ainsi que le nombre d'agents qui se sont consacrés à ces activités.

Annexe 2 : Tableaux de calcul de la méthode WISN

FICHE D'OBSERVATION DES ACTIVITES LIEES AUX SERVICES

FICHE D'OBSERVATION

Service : Catégorie du personnel :

.....

Activité : Durée moyenne estimée :

.....

N°	Date	Début	Fin	Durée (mn)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

N°	Date	Début	Fin	Durée (mn)
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

Durée moyenne observée : minutes ou Heures

TABLEAUX DE CALCUL DU BESOIN EN PERSONNEL MATERNITE HPD

I. JOURS NON TRAVAILLÉS PAR AN

Raison d'absence	Jours d'absence par catégorie		
	Gynécologue	Sage-femme	Assistante infirmière
Jours fériés (B)	13	13	13
Congé annuel (C)	22,5	27,4	22
Congé maladie (D)	0	6,72	13
Autre congé (formation, congé personnel, maternité, etc.) (E)	12,5	8,02	2,3
Nombre total de jours d'absence par an			

II. JOURS DE TRAVAIL ANNUELS POSSIBLES (A)

Catégorie de personnel	Semaines dans une année	Jours de travail par semaine	Jours de travail par an
Gynécologue			
Sage-femme			
Assistante infirmière			

III. CALCUL DU TEMPS DE TRAVAIL DISPONIBLE PAR CATEGORIE

	Gynécologue	Sage-femme	Assistante infirmière
Jours de travail par semaine	5	5	5
Heures de travail par jour (F)	8	8	8
Jours fériés	13	13	13
Congés annuels	22,5	27,4	22
Congés maladie	0	6,72	13
Autres congés (formation, maternité, etc.)	12,5	8,02	2,2
Temps de travail disponible (TTD) en jours : $TTD = A - (B+C+D+E)$			
Temps de travail disponible (TTD) en heures : $TTD = [A - (B + C + D + E)] \times F$			
Temps de travail disponible (TTD) en minutes : $TTD \times F \times 60$			

IV. COMPOSANTES DE LA CHARGE DE TRAVAIL

Catégorie de personnel : GYNECOLOGUE		
Groupes de composantes de la charge de travail		Composantes de la charge de travail
Activités liées aux services de santé	Activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, et pour lesquelles des statistiques annuelles sont tenues régulièrement	Consultations gynécologiques
		CPN1
		CPN suivantes (1, 2, 3, 4 et plus)
		Césariennes
		Myomectomies
Activités d'appui aux services de santé	Activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, mais pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles	Enregistrements et notifications
		Visites des patientes hospitalisées
		Réunion (Staff)
Activités additionnelles	Activités réalisées par certains membres seulement de la catégorie de personnel	Production de rapports
		Encadrement des stagiaires
		Réunion de service
		Administration

Catégorie de personnel : SAGE-FEMME		
Groupes de composantes de la charge de travail		Composantes de la charge de travail
Activités liées aux services de santé	Activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, et pour lesquelles des statistiques annuelles sont tenues régulièrement	Accouchements
		CPoN
		Planning familial
Activités d'appui aux services de santé	Activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, mais pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles	Enregistrements et notifications
		Visites des patientes hospitalisées
		Réunion (Staff)
Activités additionnelles	Activités réalisées par certains membres seulement de la catégorie de personnel	Production de rapports
		Encadrement des stagiaires
		Contrôle et commandes des médicaments
		Coordonnations des activités de soins
		Administration

Catégorie de personnel : ASSISTANTE INFIRMIERE		
Groupes de composantes de la charge de travail		Composantes de la charge de travail
Activités liées aux services de santé	Activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, et pour lesquelles des statistiques annuelles sont tenues régulièrement	Pansements
Activités d'appui aux services de santé	Activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, mais pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles.	Enregistrements et notifications Soins infirmiers (injections, perfusions, transfusions, nursing, etc.)
Activités additionnelles	Activités réalisées par certains membres seulement de la catégorie de personnel	Production de rapports Encadrement des stagiaires Nurserie des Nouveau-nés (toilettes, soins et vaccinations)

V. STANDARDS DE SERVICE

Catégorie de personnel : GYNECOLOGUE	
Activités liées aux services de santé	Unité de temps (temps moyen dont un agent de santé a besoin pour réaliser l'activité) ou cadence de travail (nombre moyen d'activités réalisées pendant une durée déterminée)
Consultations gynécologiques	
CPN1	
CPN suivantes (1, 2, 3, 4 et plus)	
Césariennes	
Myomectomies	

Catégorie de personnel : SAGE-FEMME	
Activités liées aux services de santé	Unité de temps (temps moyen dont un agent de santé a besoin pour réaliser l'activité) ou cadence de travail (nombre moyen d'activités réalisées pendant une durée déterminée)
Accouchements	
CPoN	
Premier Planning familial	
Ancien planning familial	

Catégorie de personnel : ASSISTANTE INFIRMIERE	
Activités liées aux services de santé	Unité de temps (temps moyen dont un agent de santé a besoin pour réaliser l'activité) ou cadence de travail (nombre moyen d'activités réalisées pendant une durée déterminée)
Pansements	

VI. STANDARDS D'ALLOCATION DE LA CATEGORIE

Catégorie de personnel : GYNECOLOGUE			
Heure de travail disponibles en moyenne par jour =			
Jours de travail disponibles par semaines =			
Heures de travail disponibles par semaines =			
Jours de travail disponibles par an =			
Heures de travail disponibles par an =			
Groupe de composantes de la charge de travail	Composantes de la charge de travail	SAC (temps de travail)	SAC en % (pourcentage du temps de travail)
Activités d'appui réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel	Enregistrements et notifications		
	Visites des patientes hospitalisées		
	Réunion (Staff)		
	Total SAC en %		

Catégorie de personnel : SAGE-FEMME			
Heure de travail disponibles en moyenne par jour =			
Jours de travail disponibles par semaines =			
Heures de travail disponibles par semaines =			
Jours de travail disponibles par an =			
Heures de travail disponibles par an =			
Groupe de composantes de la charge de travail	Composantes de la charge de travail	SAC (temps de travail)	SAC en % (pourcentage du temps de travail)
Activités d'appui réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel	Enregistrements et notifications		
	Visites des patientes hospitalisées		
	Réunion (Staff)		
	Total SAC en %		

Catégorie de personnel : ASSISTANTE INFIRMIERE			
Heure de travail disponibles en moyenne par jour =			
Jours de travail disponibles par semaines =			
Heures de travail disponibles par semaines =			
Jours de travail disponibles par an =			
Heures de travail disponibles par an =			
Groupe de composantes de la charge de travail	Composantes de la charge de travail	SAC (temps de travail)	SAC en % (pourcentage du temps de travail)
Activités d'appui réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel	Enregistrements et notifications		
	Soins infirmiers (injections, perfusions, transfusions, etc.)		
	Total SAC en %		

VII. STANDARDS D'ALLOCATION INDIVIDUELLE

Catégorie de personnel : GYNECOLOGUE				
Groupe de composantes de la charge de travail	Composantes de la charge de travail	Nombre de membres du personnel effectuant le travail	SAI (temps de travail effectif par personnel)	SAI sur un an (pour tous les membres du personnel réalisant les activités)
Activités additionnelles réalisées par certains membres de la catégorie	Production de rapports			
	Encadrement des stagiaires			
	Heures d'astreintes			
	Réunion de service			
	Administration			
	Total SAI sur un an			

Catégorie de personnel : SAGE-FEMME				
Groupe de composantes de la charge de travail	Composantes de la charge de travail	Nombre de membres du personnel effectuant le travail	SAI (temps de travail effectif par personnel)	SAI sur un an (pour tous les membres du personnel réalisant les activités)
Activités additionnelles réalisées par certains membres de la catégorie	Production de rapports			
	Encadrement des stagiaires			
	Contrôle et commandes des médicaments			
	Coordonnations des activités de soins			
	Administration			
	Total SAI sur un an			

Catégorie de personnel : ASSISTANTE INFIRMIERE				
Groupe de composantes de la charge de travail	Composantes de la charge de travail	Nombre de membres du personnel effectuant le travail	SAI (temps de travail effectif par personnel)	SAI sur un an (pour tous les membres du personnel réalisant les activités)
Activités additionnelles réalisées par certains membres de la catégorie	Production de rapports			
	Encadrement des stagiaires			
	Nurserie des Nouveau-nés (toilettes, soins et vaccinations)			
	Total SAI sur un an			

VIII. STANDARDS DE LA CHARGE DE TRAVAIL

Catégorie de personnel : GYNECOLOGUE		
Temps de travail disponible (TTD) : en heures ou en minutes		
Activités liées aux services de santé	Unité de temps ou cadences de travail	Standards de charge de travail
Consultations gynécologiques		
CPN1		
CPN suivantes (2, 3, 4 et plus)		
Césariennes		
Myomectomies		

Catégorie de personnel : SAGE-FEMME		
Temps de travail disponible (TTD) : en heures ou en minutes		
Activités liées aux services de santé	Unité de temps ou cadences de travail	Standards de charge de travail
Accouchements		
CPoN		
Premier planning familial		
Ancien planning familial		

Catégorie de personnel : ASSISTANTE INFIRMIERE		
Temps de travail disponible (TTD) : en heures ou en minutes		
Activités liées aux services de santé	Unité de temps ou cadences de travail	Standards de charge de travail
Pansements		

IX. BESOIN EN PERSONNEL D'APRES LA METHODE WISN

Catégorie de personnel : GYNECOLOGUE				
Temps de travail disponible (TTD) :				
Activités liées aux services de santé réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel	Composante de la charge de travail	Charge de travail annuelle	Standard de la charge de travail	Nombre requis de membres du personnel
	Consultations gynécologiques			
	CPN1			
	CPN suivantes (2, 3, 4 et plus)			
	Césariennes			
	Myomectomies			
A. Nombre total de membre du personnel requis pour les activités liées aux services de santé				
Activités d'appui réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel	Composante de la charge de travail	SAC (temps de travail effectif)		SAC (pourcentage du temps de travail)
	Enregistrements et notifications			
	Visites des patientes hospitalisées			
	Réunion (Staff)			
Total SAC en pourcentage				
B. Facteur d'allocation de la catégorie : $\{1 / [1 - (\text{Total SAC en pourcentage} / 100)]\}$				
Activités additionnelles réalisées par certains membres de la catégorie de personnel	Composantes de la charge de travail	Nombre de membres du personnel effectuant le travail	SAI (temps de travail effectif par personne)	SAI sur un an (pour tous les membres du personnel réalisant les activités)
	Production de rapports			
	Encadrement des stagiaires			
	Heures d'astreintes			
	Réunion de service			
	Administration			
Total SAI sur un an				
C. Facteur d'allocation individuelle : $(\text{Total SAI sur un an} / \text{TTD})$				
Nombre total de membres du personnel requis d'après les résultats de WISN : $(A \times B + C)$				

Catégorie de personnel : SAGE-FEMME				
Temps de travail disponible (TTD) :				
Activités liées aux services de santé réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel	Composante de la charge de travail	Charge de travail annuelle	Standard de la charge de travail	Nombre requis de membres du personnel
	Accouchements			
	CPoN			
	Premier planning familial			
	Ancien planning familial			
A. Nombre total de membre du personnel requis pour les activités liées aux services de santé				
Activités d'appui réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel	Composante de la charge de travail	SAC (temps de travail effectif)		SAC (pourcentage du temps de travail)
	Enregistrements et notifications			
	Visites de patientes hospitalisées			
	Réunion (Staff)			
Total SAC en pourcentage				
B. Facteur d'allocation de la catégorie : $\{1 / [1 - (\text{Total SAC en pourcentage} / 100)]\}$				
Activités additionnelles réalisées par certains membres de la catégorie de personnel	Composantes de la charge de travail	Nombre de membres du personnel effectuant le travail	SAI (temps de travail effectif par personne)	SAI sur un an (pour tous les membres du personnel réalisant les activités)
	Production de rapports			
	Encadrement des stagiaires			
	Contrôle et commandes des médicaments			
	Coordinations des activités de soins			
	Administration			
Total SAI sur un an				
C. Facteur d'allocation individuelle : (Total SAI sur un an / TTD)				
Nombre total de membres du personnel requis d'après les résultats de WISN : (A x B + C)				

Catégorie de personnel : ASSISTANTE INFIRMIERE				
Temps de travail disponible (TTD) :				
Activités liées aux services de santé réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel	Composante de la charge de travail	Charge de travail annuelle	Standard de la charge de travail	Nombre requis de membres du personnel
	Pansements			
A. Nombre total de membre du personnel requis pour les activités liées aux services de santé				
Activités d'appui réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel	Composante de la charge de travail	SAC (temps de travail effectif)		SAC (pourcentage du temps de travail)
	Enregistrements et notifications			
	Soins infirmiers (injections, perfusions, transfusions, etc.)			
Total SAC en pourcentage				
B. Facteur d'allocation de la catégorie : {1 / [1 – (Total SAC en pourcentage / 100)]}				
Activités additionnelles réalisées par certains membres de la catégorie de personnel	Composantes de la charge de travail	Nombre de membres du personnel effectuant le travail	SAI (temps de travail effectif par personne)	SAI sur un an (pour tous les membres du personnel réalisant les activités)
	Production de rapports			
	Encadrement des stagiaires			
	Nurserie des Nouveau-nés (toilettes, soins et vaccinations)			
Total SAI sur un an				
C. Facteur d'allocation individuelle : (Total SAI sur un an / TTD)				
Nombre total de membres du personnel requis d'après les résultats de WISN : (A x B + C)				

Effectif total requis en personnel par catégorie pour les jours ouvrés

	Catégorie gynécologue	Catégorie sage-femme	Catégorie aide infirmière
Effectif total requis			

X. EFFECTIF REQUIS EN PERSONNEL DE SANTE POUR ASSURER LES NUITS, LES WEEKENDS ET LES JOURS FERIÉS

Effectif requis de Sage-femme et d'Assistante infirmière pour assurer les nuits, les weekends et les jours fériés		Catégorie sage-femme	Catégorie assistante infirmière
	Total nuit		
	Total weekend		
	Total fériés		
	Total de jours non ouvrés		
	TTD en jours		
	Effectif requis (total jours non ouvrés / TDD en jours)		

XI. EFFECTIF TOTAL REQUIS EN PERSONNEL DE SANTE PAR CATEGORIE
POUR COUVRIR LES ACTIVITES DE LA MATERNITE 24H/24 ET 7jours/7

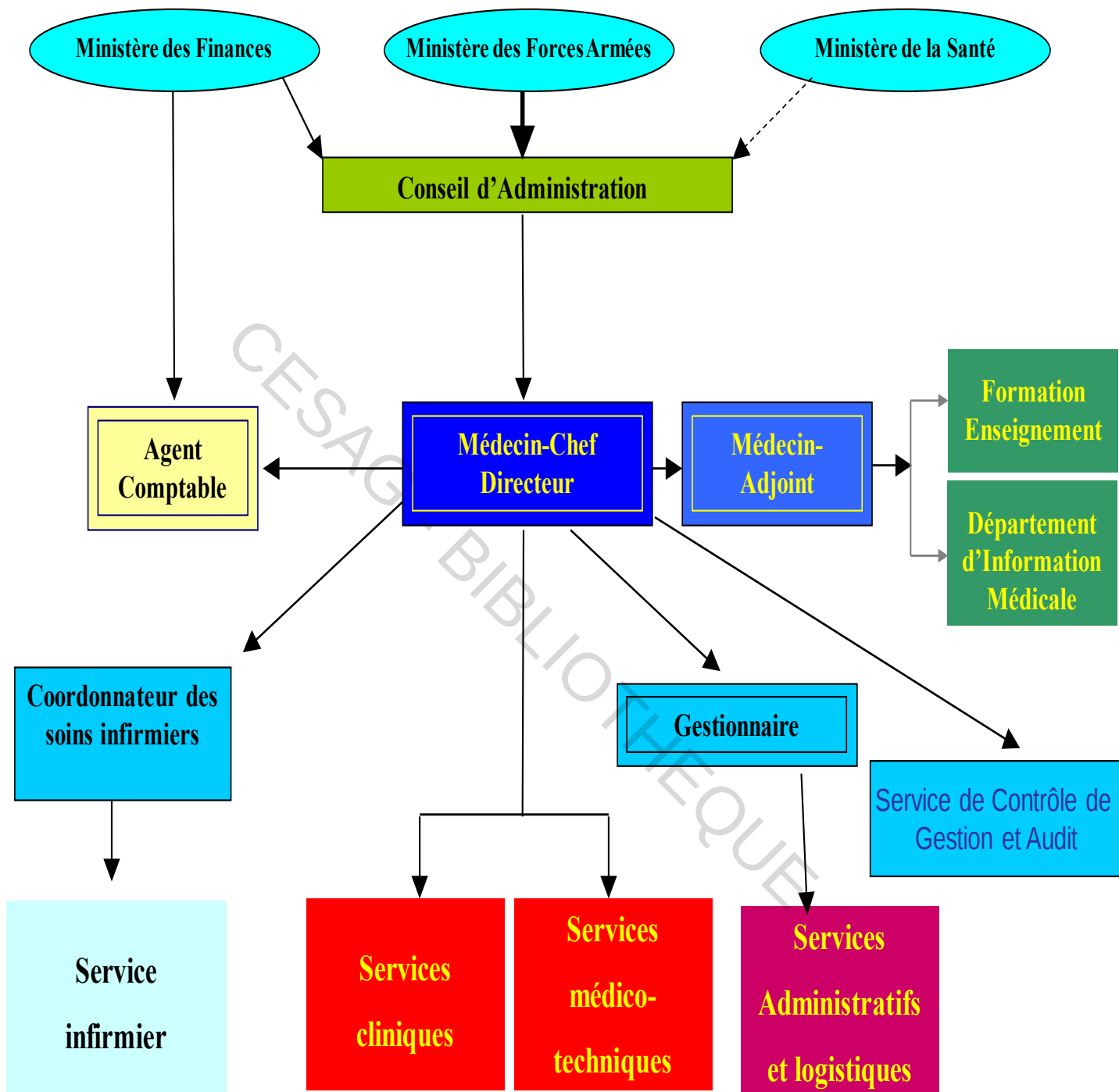
	Catégorie gynécologue	Catégorie sage-femme	Catégorie assistante infirmière
Effectif pour jours ouvrés			
Effectif pour nuits, weekends et fériés			
Effectif total requis			

XII. ANALYSE DES RESULTATS DE WISN

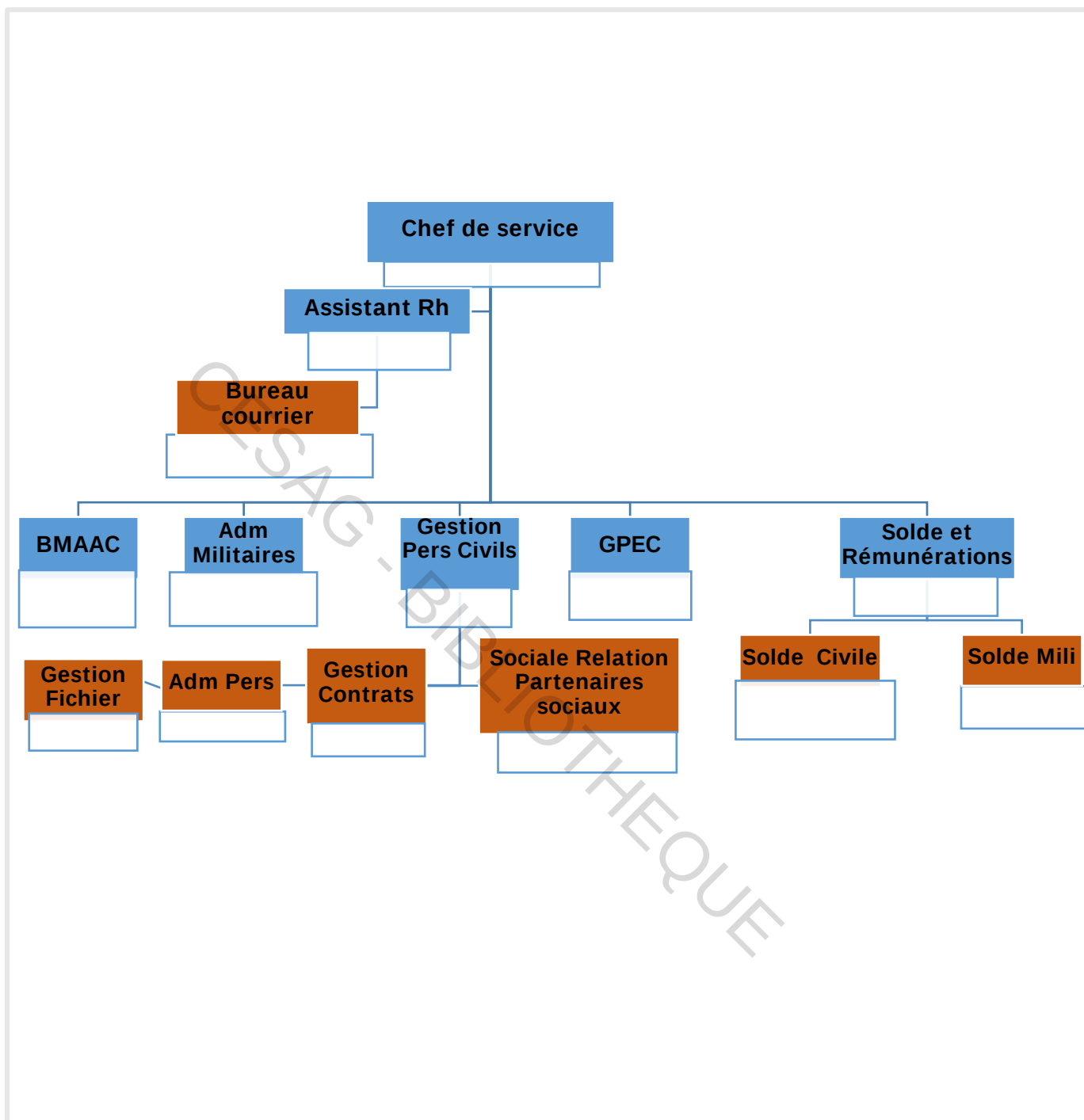
Catégorie	Nombre actuel de membres du personnel	Nombre requis d'après les résultats de WISN	Pénurie ou surnombre	Problème d'effectifs	Ratio WISN	Pression de la charge de travail
Gynécologue						
Sage-femme						
Assistante infirmière						

ANNEXE 3 : ORGANIGRAMMES

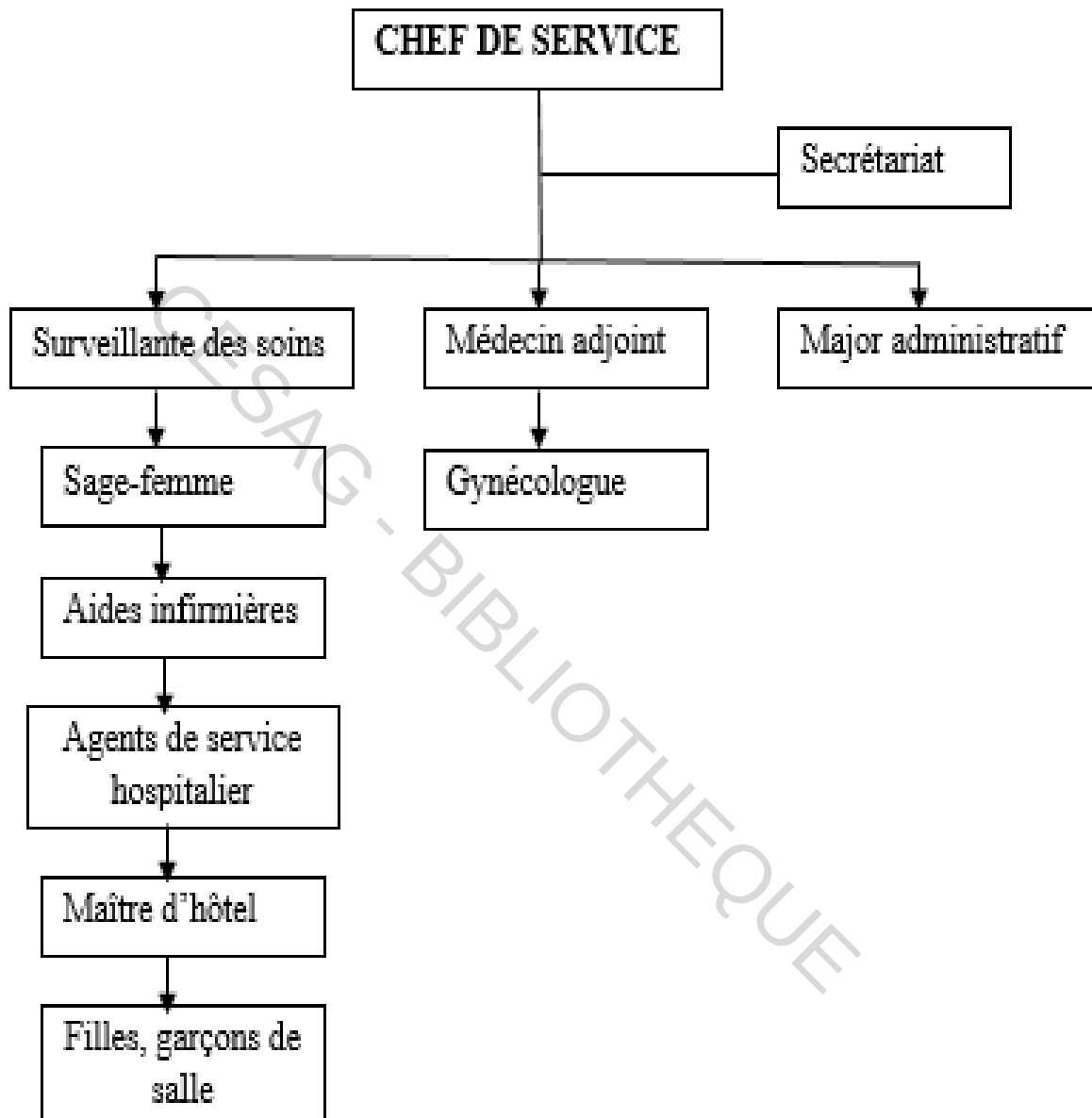
ORGANIGRAMME DE L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR



ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES



ORGANIGRAMME DE LA MATERNITE DE L'HPD



Annexe 4 : Courriers officiels de mise en stage et d'autorisation d'étude



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

Direction de la Formation
Bureau Orientation et Inspection professionnelle

Dakar, le 12 Juin 2019

Objet : Demande de stage

Monsieur le Médecin Chef Directeur,

Le Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG), institution communautaire de formation (UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine) placée sous la tutelle de la Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO), a pour vocation de former et de perfectionner les cadres et les dirigeants des entreprises et des autres organisations, dans le domaine du management.

Pour doter ces entreprises de cadres bien formés et compétents, le CESAG, labellisé centre d'excellence de l'UEMOA, a fait reconnaître tous ses diplômés par le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES). Il propose, à travers ses écoles spécialisées, une offre de formation en Licence et en Master dans divers métiers comme le marketing, la gestion des ressources humaines, l'audit, le contrôle de gestion, la comptabilité, la finance, la banque, la microfinance, la gestion des PME/PMI, des projets, des systèmes de formation, des systèmes/services de santé.

Le dispositif de formation mis en place a cet effet est basé sur un modèle pédagogique permettant d'allier l'acquisition :

- des connaissances théoriques grâce à un corps professoral international et à des méthodes et logistiques pédagogiques adaptées ;
- des connaissances pratiques, à travers notamment les stages sanctionnés par un document de fin de formation rédigé par le stagiaire (rapport, mémoire ou projet professionnel).

Dans le but de poursuivre notre modèle d'enseignement en alternance qui permet d'allier l'acquisition des connaissances théoriques et pratiques, nous avons l'honneur de solliciter votre institution pour accueillir Monsieur NGUESSAN Koffi Blaise, inscrit MBA en Gestion des Services de Santé (MBA/GSS) pour un stage de trois (03) mois à partir de juillet 2019.

En vous remerciant de l'intérêt que vous voudrez bien porter à cette requête, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Médecin Chef Directeur, l'expression de notre considération distinguée.

Le Responsable P.J


Fulgence André BAGO

Monsieur le Médecin Chef Directeur
Hôpital principal de Dakar
Avenue Nelson Mandela Plateau, Dakar
PJ : CV

Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
Sécheresse 111 - 11200 Dakar / TEL : 00223 21 476 2441 / Email : CESAG@cesag.sn
Bureau International / Email : info@cesag.sn



TABLE DES MATIERES

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS.....	II
SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES	III
LISTE DES FIGURES.....	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
RESUME.....	VIII
SOMMAIRE	X
INTRODUCTION.....	2
PREMIERE PARTIE ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	5
CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE	6
1.1 Analyse de l'environnement externe du cadre d'étude.....	6
1.1.1 Présentation générale du Sénégal.....	6
1.1.1.1 Contexte géographique du Sénégal.....	6
1.1.1.2 Contexte politique.....	7
1.1.1.3 Situation économique	7
1.1.1.4 Situation démographique.....	7
1.1.1.5 Contexte socioculturel	8
1.1.1.6 Situation administrative.....	8
1.1.1.7 Politique et profils sanitaires	9
1.1.2 Présentation de l'Hôpital principal de Dakar.....	15
1.1.2.1 Historique et évolution de l'hôpital principal.....	15
1.1.2.2 Missions.....	16
1.1.2.3 Organisation et fonctionnement.....	16
1.2 Analyse de l'environnement interne du cadre d'étude	17
1.2.1 Description de la direction des ressources humaines.....	17
1.2.2 Description de la maternité	18
1.3 Identification et priorisation des problèmes du service de la maternité	21
1.3.1 Identification des problèmes	21

1.3.2	Priorisation des problèmes	22
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE		24
2.1	Problématique	24
2.1.1	Contexte et justification de l'étude	24
2.1.2	L'ampleur du problème.....	26
2.1.3	Les conséquences du problème.....	27
2.2	Intérêt de l'étude.....	28
2.2.1	Pour le Ministère de la santé de l'action sociale (MSAS)	28
2.2.2	Pour l'Hôpital Principal de Dakar.....	28
2.2.3	Pour le CESAG	28
2.2.4	Pour le stagiaire.....	28
2.3	Revue de la littérature	28
2.3.1	Méthodes traditionnelles d'estimation des besoins en ressources humaines.....	29
2.3.2	Méthodes nouvelles d'estimation des besoins en ressources humaines en santé	31
2.3.3	Etudes réalisées par la méthode WISN.....	31
2.4	Cadre conceptuel	32
2.4.1	Définition des termes et abréviations de la méthode WISN	32
2.4.2	Qu'est-ce que la méthode WISN ?.....	34
2.4.3	La mise en œuvre de la méthode WISN	34
2.4.4	Les étapes de la méthode WISN	36
2.5	But de l'étude	45
2.6	L'objectif général.....	45
2.7	Les objectifs spécifiques	45
DEUXIEME PARTIE METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE		46
CHAPITRE III : METHODOLOGIE		47
3.1	Type de l'étude.....	47
3.2	Période et durée de l'étude	47
3.3	Population cible.....	47
3.4	Méthode de choix du cadre de l'étude	47

3.5	Critères d'inclusion	48
3.6	Critères de non inclusion	48
3.7	Déroulement de l'étude	48
3.8	Collecte des données	50
3.8.1	Méthodologie de collecte des données	50
3.8.2	Outils de collecte de données.....	51
3.8.3	Considérations éthiques	52
3.9	Traitement et analyse des données recueillies.....	52
3.10	Difficultés et limites de l'étude	52
CHAPITRE IV : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE		55
4.1	La présentation des résultats.....	55
4.1.1	Description de la population d'étude	55
4.1.1.1	Catégories de personnel concernées et leurs effectifs en 2018.	55
4.1.1.2	Expériences professionnelles.....	55
4.1.1.3	Ancienneté dans le service	56
4.1.1.4	Le planning et activités principales des agents de santé.....	56
4.1.1.5	Déroulement des activités.....	57
4.1.2	Calcul du besoin en personnel requis pour les activités des jours ouvrés	58
4.1.2.1	Estimation du Temps de Travail Disponible (TTD).....	58
4.1.2.2	Définition des composantes de la charge de travail par catégorie de personnel	59
4.1.2.3	Définition des standards d'activités.....	61
4.1.2.4	Établissement des standards de charge de travail.....	65
4.1.2.5	Calcul des facteurs d'allocation.....	66
4.1.2.6	Détermination du personnel requis.....	68
4.1.3	Calcul du besoin en personnel requis pour assurer les nuits, les weekends et les jours fériés	70
4.1.4	Personnel total requis par catégorie pour couvrir toutes les activités de la maternité de jour comme de nuit (24h/24 et 7j/7)	71
4.1.5	Analyse et interprétation des résultats par la catégorie.....	72
4.2	Discussion	72

TROISIEME PARTIE : PROBLEMES, CAUSES ET SOLUTIONS. PLAN DE MISE EN ŒUVRE.....	75
CHAPITRE V : IDENTIFICATION, ANALYSE DES CAUSES DU PROBLEME ET LEUR PRIORISATION	76
5.1 Présentation des outils.....	76
5.2 Identification et analyse des causes du problème	77
5.3 Priorisation des causes	78
CHAPITRE VI : IDENTIFICATION, ANALYSE ET PRIORISATION DES SOLUTIONS ...	81
6.1 Identifications des solutions	81
6.2 Priorisation des solutions	81
CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	83
7.1 Justification du choix de la solution retenue	83
7.2 Les objectifs du projet de mise en œuvre de la solution.....	83
7.2.1 Objectif Général.....	83
7.2.2 Objectifs Spécifiques	83
7.3 Cadre logique	84
7.4 Plan opérationnel.....	85
7.5 Budgétisation.....	86
7.6 Suivi-évaluation	86
7.6.1 Définitions.....	86
7.6.2 Les outils de suivi-évaluation	87
RECOMMANDATIONS.....	89
CONCLUSION.....	91
REFERNCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	XI
ANNEXE S.....	XXXI
Table des matières	XXXVII