



Année universitaire : 2017-2018

No.....

THESE

**ETUDE DES DETERMINANTS DE LA GESTION DES
RESSOURCES HUMAINES DANS LES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS : CAS DU CHU GABRIEL TOURE, DE
L'HOPITAL DU MALI, DU CHU MERE-ENFANT, ET DU CHU
DU POINT G**

Présenté et soutenue publiquement ledevant la Faculté de Pharmacie

Par

Monsieur **GOÏTA BAKARY**

Pour Obtenir le grade de Docteur en Pharmacie (Diplôme d'état)

JURY

Président : Pr Elimane MARIKO

Membres : Dr Moussa SANOGO

Dr Mody CISSE

Directeur : Pr Saibou MAÏGA

Co-directeur : Dr Issa COULIBALY

**LISTE DES MEMBRES DE L'ADMINISTRATION ET DU CORPS
ENSEIGNANT A LA FACULTÉ DE PHARMACIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018.**

ADMINISTRATION

DOYEN : M. Boubacar TRAORE, Professeur

VICE-DOYEN : M. Ababacar MAIGA, Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : M. Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

AGENT COMPTABLE : M. Famalé DIONSAN, Contrôleur des Finances.

LES PROFESSEURS HONORAIRES

| | | |
|---------------------|----------|-----------------------------|
| M. Boubacar Sidiki | CISSE | Toxicologie |
| M. Mahamadou | CISSE | Biologie |
| M. Daouda | DIALLO | Chimie Générale et Minérale |
| M.Souleymane | DIALLO | Bactériologie, Virologie |
| M.Kaourou | GOUCOURE | Physiologie |
| M. Boulkassoum | HAÏDARA | Législation |
| M. Moussa | HARAMA | Chimie Organique (décédé) |
| M. Gaoussou | KANOUTE | Chimie Analytique |
| M. Alou A. | KEÏTA | Galénique |
| M. Mamadou | KONE | Physiologie |
| M. Mamadou | KOUMARE | Pharmacognosie |
| M. Brehima | KOUMARE | Bactériologie/Virologie |
| M. Abdourahamane S. | MAÏGA | Parasitologie |
| M. Elimane | MARIKO | Pharmacologie |

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

1

DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

| | | |
|--------------|--------|-------------------------|
| M. Mounirou | BABY | Hématologie |
| M. Bakary M. | CISSE | Biochimie |
| M. Abdoulaye | DABO | Biologie/Parasitologie |
| M. Alassane | DICKO | Santé Publique |
| M. Amagana | DOLO | Parasitologie-Mycologie |
| M. Ousmane | KOITA | Biologie-Moléculaire |
| M. Boubacar | TRAORE | Parasitologie-Mycologie |

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

| | | |
|--------------|------------|-------------------------------------|
| M. Flabou | BOUGOUDOGO | Bactériologie-Virologie |
| M. Mahamadou | DIAKITE | Immunologie-Généraliste |
| M. Abdoulaye | DJIMDE | Parasitologie-Mycologie |
| M. Akory Ag | IKNANE | Santé Publique/Nutrition |
| M. Bourèma | KOURIBA | Immunologie, Chef de DER |
| M. Ousmane | TOURE | Santé Publique/ Santé environnement |

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

| | | |
|--------------------|------------|-------------------------|
| M.Mohamed | AG BARAIKA | Bactériologie-virologie |
| M. Charles | ARAMA | Immunologie |
| M.Boubacar Tiétié | BISSAN | Biologie clinique |
| M.Seydou Sassou | COULIBALY | Biochimie clinique |
| Mme.Djénèba Koumba | DIABITAO | Biologie moléculaire |

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

2

| | | |
|--------------------|-----------|---------------------------------|
| M.Laurent | DEMBELE | Biotechnologie microbienne |
| M.Klétigui Kasimir | DEMBELE | Biochimie clinique |
| M. Seydina S. A. | DIAKITE | Immunologie |
| M.Yaya | GOÏTA | Biochimie clinique |
| M. Aldjouma | GUINDO | Hématologie |
| M. Ibrahima | GUINDO | Bactériologie Virologie |
| M. Kassoum | KAYENTAO | Santé Publique/ Biostatistiques |
| Mme.Aminatou | KONE | Biologie Moléculaire |
| M.Birama Apho | LY | Santé publique |
| M.Dinkorma | OUOLOGUEM | Biologie cellulaire |
| M. Issaka | SAGARA | Santé Publique/ Biostatistiques |
| M.Samba Adama | SANGARE | Bactériologie |
| M. Fanta | SANGHO | Santé publique |
| M. Mahamadou S. | SISSOKO | Santé Publique/ Biostatistiques |

4.ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

| | | |
|-----------------------|-----------|-------------------------------|
| M. Djeneba | COULIBALY | Nutrition/Diététique |
| M. Djibril Mamadou | COULIBALY | Biochimie clinique |
| M. Souleymane | DAMA | Parasitologie entomologie med |
| M. Issa | DIARRA | Immunologie |
| M. Mamadou Lamine | DIARRA | Botanique –Biologie végétale |
| Mme. Fatou | DIAWARA | Epidémiologie |
| Mme Merepen dit Agnès | GUINDO | Immunologie |

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

3

| | | |
|-------------------------|----------|------------------------------------|
| M. Oumar | GUINDO | Epidémiologie |
| M. Falaye | KEÏTA | Santé publique/Santé environnement |
| Mme. N'Deye Lailah Nina | KOITE | Nutrition |
| M. Yacouba | MAÏGA | Bio Statistique |
| M. Amadou Birama | NIANGALY | Parasitologie-Mycologie |
| M. Oumar | SANGHO | Epidémiologie |
| M. Diakaridja | TRAORE | Hématologie |

DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

| | | |
|------------|--------|----------------------------|
| M. Drissa | DIALLO | Pharmacognosie |
| M. Saïbou | MAÏGA | Législation |
| Mme. Rokia | SANOGO | Pharmacognosie Chef de DER |

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

Néant

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

| | | |
|------------------|-----------|------------------------|
| M. Loséni | BENGALY | Pharmacie hospitalière |
| M. Bakary M. | CISSE | Galénique |
| M. Yaya | COULIBALY | Législation Mme |
| M. Issa | COULIBALY | Gestion |
| Mme Balla F. | COULIBALY | Pharmacie Hospitalière |
| M. Hama Boubacar | MAÏGA | Galénique |

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du CHU Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

| | | |
|---------------|--------|----------------|
| M.Moussa | SANOGO | Gestion |
| Mme.Adjaratou | TOGOLA | Pharmacognosie |

4.ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

| | | |
|-------------------|-----------|--------------------------|
| M. Seydou L | COULIBALY | Gestion Pharmaceutique |
| M. Antoine | DARA | Sciences Pharmaceutiques |
| M. Daouda L. | DEMBELE | Pharmacognosie |
| M. Adama | DENOU | Pharmacognosie |
| M. Sekou | DOUMBIA | Pharmacognosie |
| M. Mahamane | HAÏDARA | Pharmacognosie |
| Mme Assitan | KALOGA | Législationé |
| M. Ahmed | MAÏGA | Législation |
| Mme Aïchata B. A. | MARIKO | Galénique |
| M. Aboubacar | SANGHO | Législation |
| M. Bourama | TRAORE | Législation |
| M. Karim | TRAORE | Sciences Pharmaceutiques |
| M. Sylvestre | TRAORE | Gestion Pharmaceutique |
| Mme Aminata T. | TRAORE | Pharmacie Hospitalière |
| M. Mohamed dit S. | TRAORE | Pharmacie Hospitalière |

DER : SCIENCES DU MÉDICAMENT

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

| | | |
|-------------------|---------|--------------------|
| M. Ousmane | DOUMBIA | Pharmacie Chimique |
| M. Benoit Yaranga | KOUMARE | Chimie Analytique |

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

M. Ababacar I. MAÏGA Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

M Sékou BAH Pharmacologie, **Chef de DER**

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

M. Dominique P. ARAMA Pharmacie Clinique

M. Mody CISSE Chimie Thérapeutique

M. Tidiane DIALLO Toxicologie

M. Hamadoun Abba TOURE Bromatologie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Mahamadou BALLO Pharmacologie

Mme Dalaye B. COULIBALY Chimie Analytique

M. Blaise DACKOUO Chimie Analytique

Mme Fatoumata DAOU Pharmacologie

M. Ousmane DEMBELE Chimie Thérapeutique

M. Abdourahamane DIARA Toxicologie Bromatologie

M. Aiguerou dit A. GUINDO Pharmacologie

M. Madani MARIKO Chimie Analytique

M. Mohamed E. B. NACO Chimie Analytique

M. Mahamadou TANDIA Chimie Analytique

M. Dougoutigui TANGARA Chimie Analytique

M. Hamadou A. TOURE Bromatologie

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

6

DER : SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

| | | |
|-------------|--------|-------------------------------|
| M. Moctar | DIALLO | Biologie / Chef de DER |
| M. Cheick F | TRAORE | Biologie/ Entomologie |
| M.Mamadou | TRAORE | Génétique |

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

| | | |
|-----------|---------|------------------|
| M.Lassana | DOUMBIA | Chimie appliquée |
|-----------|---------|------------------|

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

| | | |
|--------------|-------|----------------------|
| M. Abdoulaye | KANTE | Anatomie |
| M. Boureima | KELLY | Physiologie Médicale |

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

| | | |
|-----------------|---------|----------------------|
| M. Seydou SIMBO | DIAKITE | Chimie Organique |
| M. Modibo | DIALLO | Galénique |
| M.Moussa | KONE | Chimie organique |
| M. Massiriba | KONE | Biologie Entomologie |

CHARGES DE COURS (VACATAIRES)

| | | |
|-----------------|-----------|-------------------------|
| M. Cheick O. | BAGAYOKO | Informatique |
| M. Babou | BA | Anatomie |
| M. Adourahamane | COULIBALY | Anthropologie Médicale |
| M. Souleymane | COULIBALY | Psychologie de la Santé |
| M. Bouba | DIARRA | Bactériologie |

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

| | | |
|---------------|----------|------------------------|
| M. Modibo | DIARRA | Nutrition |
| M. Moussa I | DIARRA | Biophysique |
| M. Babacar | DIOP | Chimie |
| M. Atimé | DJIMDE | Bromatologie |
| M. Yaya | KANE | Galénique |
| M. Boubacar | KANTE | Galénique |
| M. Aboubakary | MAÏGA | Chimie organique |
| M. Massambou | SACKO | SCMP/SIM |
| M. Modibo | SANGARE | Anglais |
| M. Sidi B. | SISSOKO | Histologie-Embryologie |
| Mme Fatoumata | SOKONA | Hygiène du Milieu |
| M. Fana | TANGARA | Maths |
| M. Abdel K. | TRAORE | Pathologies Médicales |
| M. Boubacar | ZIBEÏROU | Physique |

DEDICACES

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

9

Je dédie cette thèse à :

ALLAH Soubhana Wataallah

LE TOUT PUISSANT, LE TOUT MISERICORDIEUX, LE TRES MISERICORDIEUX, ma foi en lui m'a permis d'être celui que je suis aujourd'hui.

Prophète Mohamed paix et salue sur lui

Notre prophète, l'islam est une très belle religion, beau est votre enseignement à travers la sunna, puisse Dieu le Tout Puissant me donner la force et la piété pour continuer dans la voix du musulman soumis à la volonté d'ALLAH.

Mon père (in memory)

Pour ton soutien indéfectible très utile pour mon développement personnel.

Ma mère

Celle qui tant d'année a tout supporté pour nous sans rien attendre en retour.

Mes frères et sœurs

Pour leur encouragement.

Mes tantes et oncles

Pour avoir cru en moi dès le départ.

Mes amis

Pour leur conseil minutieusement réfléchis pour ma personne.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent à :

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

10

ALLAH

LE TOUT PUISSANT, LE TOUT MISERICORDIEUX, LE TRES MISERICORDIEUX.

Mon père DRAMANE GNIME KOLE (in memory)

Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens, tu as réussi ta mission en me donnant une bonne éducation, en m'inculquant les valeurs comme le respect, la tolérance, le pardon, le travail bien fait, la sagesse, et l'amour de son prochain merci pour cela, merci pour tous ce que tu as fait pour moi que le Tout Puissant vous récompense avec le paradis. J'espère que tu seras fier de moi là où tu es car je suis fier de toi là où je suis, merci infiniment mon père.

DIEU est Grand merci pour tout ...

Ma mère Nanténé Diakité

Pour tout le sacrifice que tu as fait toutes ces années pour l'entretien de mes frères et moi, une chose est sûre rien ne peut remplacer l'amour d'une mère merci pour tout merci, j'espère de tout cœur, puisse le **Très Haut** vous récompenser pour votre amour sans prix...

Mon petit frère Ibrahima et à mes petites sœurs Araba, Fanta, Alima Bougouchio,

Pour leur encouragement, l'âge importe peu vous réfléchissez déjà comme des adultes, vous êtes toujours à l'école de la vie je serai à vos côtés pour cette belle aventure, c'est un honneur pour moi de vous avoir dans ma fratrie.

Mes Grands-parents paternel GNIME, MAZANGA, TOTIGUI, SEGUEFO, BOUGOUCHIO, et maternel MAMADOU, BOURAMA, KADIATOU, BAYA, MAMOU

En réalité vous ne m'aviez pas vu grandir, je vous ai connus surtout à travers les dires de mes deux parents, vous aviez fait vos preuves sur cette terre comme en témoigne les grands griots qui vous ont connus et cela continu avec leurs enfants et petits-enfants, vos noms traversent toujours les âges, je ferai pareil Incha Allah, j'en suis très honoré et très fier, soyez en remercié vous avez effectué votre mission avec succès je ferai la mienne avec succès, l'histoire retiendra ...

Mes tantes et oncles Mme Urbain Jacqueline Goïta, Alima Goïta, Ibrahima Goïta, Sidiki Goïta, Salif Goïta, Nafingué Goïta, Abdoulaye Goïta, Urbain Dembélé, Ousmane Diakité,

Pour avoir cru en moi dès le départ ; plus que des oncles et des tantes à vos côtés je me sens chez moi vos conseils me rappel ceux de mes deux parents, vos conseils et critiques me

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

11

parviennent pas comme un neveu mais comme un fils qu'on aimerait voire réussir je vous remercie pour cela.

Mon grand frère : Aboubacar Goïta

Plus qu'un grand frère tu m'as épaulé dans les moments les plus difficiles de ma vie merci infiniment.

Ma bien aimée, Fatoumata Issa Diallo

Celle qui m'a épaulée quand j'en avais le plus besoin, parfois se surpassant pour me faire comprendre l'essentiel aujourd'hui je te retourne la balle, merci pour tout.

Mes amis Ali, Aboubacar, Mamey, Malick, Adam, Kader, Adama, Hassane, Abba, Mariam

Nuit et jour nous sommes ensemble, merci de m'avoir supporté et pris comme je suis, belle amitié bon vent à vous tous merci.

Mes maîtres de la faculté de Pharmacie et de la FAST

Pour leur enseignement édifiant et instructif.

Aux membres de la Promotion Pr Ngolo Diarra,

La neuvième promotion du numerus clausus ; j'ai tissé de bon lien avec vous et j'espère que nous continuerons cette sincère collaboration dans la vie professionnelle.

Tous les membres de l'Amicale des Etudiants en Pharmacie : Hassane Kanté, Sidibé,

Phéno, Arbon, Saré, Issa ...

J'ai vraiment apprécié cette collaboration saine et productive dans laquelle j'ai beaucoup eu et appris de vous un seul mot merci.

La FESPAO, la Fédération des Etudiants en Sciences Pharmaceutiques de l'Afrique de l'Ouest.

Cette fédération fut pour moi un cadre idéal d'échanges intenses avec les camarades de la sous-région.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du jury :

Professeur ELIMANE MARIKO

- ❖ **Professeur de pharmacologie à la FMOS et FAPH ;**
- ❖ **Colonel-major des forces armées au Mali / à la retraite.**

Cher maître nous sommes très honorés que vous ayez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre sens aigu du devoir d'assurer une formation de qualité à vos étudiants, votre simplicité et votre disponibilité sont des valeurs qui font de vous un grand homme de science apprécié de tous.

Au moment de juger ce travail, recevez cher maître notre sincère reconnaissance

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

13

A notre Maitre et Directeur de thèse,

Professeur SAÏBOU MAÏGA

- ❖ **Professeur titulaire en législation à la Faculté de Pharmacie ;**
- ❖ **Membre du comité d'éthique à la FMOS et à la FaPh ;**
- ❖ **Membre du comité national de la pharmacovigilance ;**
- ❖ **Chevalier de l'ordre du mérite ;**
- ❖ **Pharmacien titulaire de l'officine du Point G.**

Cher Maître, c'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre rigueur scientifique et votre intérêt pour le travail bien fait en général font de vous un Maître à admirer. Soyez rassuré de notre reconnaissance la plus profonde.

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

14

A notre Maître et co-directeur de thèse

Dr Issa Coulibaly

- ❖ **Enseignant chercheur**
- ❖ **Maître - Assistant en Gestion à la FMOS et FAPH**

Cher Maître, Permettez-nous de vous adresser nos remerciements les plus sincères. Vous nous aviez été accessible, du début de ce travail jusqu'à la fin. Votre modestie et votre ouverture au monde des apprenants vous procurent respect et considération.

Soyez-en félicité pour ce caractère !!!!

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

15

A notre Maître et juge

Dr Moussa SANOGO

- ❖ **Maître-Assistant en Gestion pharmaceutique à la FAPH ;**
- ❖ **Pharmacien spécialiste en gestion hospitalière ;**
- ❖ **PhD en santé publique et en gestion des services de santé ;**
- ❖ **Président directeur général de la Pharmacie Populaire du Mali ;**
- ❖ **Consultant expert (agrée) auprès de l'organisation ouest-africaine de la Santé ;**
- ❖ **Membre du conseil d'administration du réseau des hôpitaux d'Afrique, de l'océan indien et des Caraïbes ;**
- ❖ **Point focal du réseau international pour la planification et l'amélioration de la qualité des soins en Afrique (RIPAQS).**

Votre assiduité dans le travail, votre grande ouverture et vos conseils nous ont très favorablement marqués. Permettez-moi cher maître de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre attachement.

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

16

A notre Maître et juge

Docteur Mody CISSE

- ❖ **Enseignant chercheur ;**
- ❖ **Maître-Assistant en chimie thérapeutique à la FMOS et FAPH .**

Cher maître votre dévouement votre modestie et votre sens bien aigüe du travail bien fait font de vous un exemple à suivre, recevez cher maître notre sincère reconnaissance

SIGLES ET ABREVIATIONS

RHS ressources humaine de santé

GRH : Gestion des Ressources Humaines

OST : Organisation Scientifique du Travail

USA : United States of América

RH : Ressource Humaine

DTS : Droit de Tirage Spéciale

DRH : Direction des Ressources Humaines

NTIC : Nouvelle Technologie d'Information et de Communication

ERACT : Equipe de Recherches d'Amélioration des Conditions de Travail

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DG : Directeur Général

DGA : Directeur Général Adjoint

CME : Comité Médial D'Etablissement

SPSS : Stastistical Package Social Sciences

FCFA : Francs de la Communauté Financière Africaine

EPH : Etablissement Public Hospitalier

IDA : International Development Association

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

17

UNICEF : United Nations of International Children's Emergency Fund

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CA : Conseil d'Administration

UDPM : Union Démocratique du Peuple Malien

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

18

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau I : Ratio infrastructures sanitaires par habitants | 19 |
| Tableau II : Les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital..... | 21 |
| Tableau III : Evolution des recrutements des médecins dans la fonction publique de 2000 à 2013..... | 23 |
| Tableau IV : Répartition de l'effectif existant et normes de RHS au Mali | 25 |
| Tableau V : La gestion des ressources humaines comparée à l'administration du personne..... | 34 |
| Tableau VI : les finalités stratégiques de la gestion des ressources humaines..... | 37 |
| Tableau VII : Répartition des acteurs interrogés en fonction de leur profil..... | 69 |
| Tableau VIII: Répartition de nos enquêtés en fonction du sexe..... | 70 |
| Tableau IX : Répartition de nos enquêtés en fonction de la tranche d'âge..... | 70 |
| Tableau X: Répartition de nos enquêtés en fonction de la profession..... | 70 |
| Tableau XI : Répartition des effectifs par hôpital..... | 71 |
| Tableau XII : Répartition des effectifs par sexe et par hôpital..... | 71 |
| Tableau XIII : Répartition des ressources propres, dons et des montants attribués par le gouvernement au titre de l'année 2017 par structure. | 72 |
| Tableau XIV : Perception des enquêtés en fonction du mode de recrutement. | 72 |
| Tableau XV : Répartition des enquêtés selon l'existence d'un programme de formation. | 72 |
| Tableau XVI : Perception de nos enquêtés en fonction de l'utilisation de programmes de formation spécifique leurs permettant de répondre aux besoins futurs de la structure..... | 73 |
| Tableau XVII : Perception de nos enquêtés de la politique de rémunération. | 73 |
| Tableau XVIII : Répartition des hôpitaux en fonction de la fréquence du système d'évaluation des ressources humaines | 74 |
| Tableau XIX : Répartition des hôpitaux en fonction du mode la résolution des conflits suivant la perception .. | 74 |
| Tableau XX : Perception des hôpitaux en fonction du partage d'information. | 75 |
| Tableau XXI : Répartition des hôpitaux en fonction du climat social. | 75 |
| Tableau XXII : Répartition des hôpitaux en fonction de la qualité du rapport entre interpersonnel. | 76 |
| Tableau XXIII : Répartition des hôpitaux en fonction du taux d'absentéisme | 76 |
| Tableau XXIV : Répartition des hôpitaux selon l'existence de plan de carrière pour le personnel. | 77 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1 : la pyramide des besoins de Maslow | 32 |
| Figure 2 : Missions de la GRH selon Peretti (1998)..... | 35 |

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| I.INTRODUCTION..... | 1 |
| II.OBJECTIFS | 3 |
| III.GENERALITES | 4 |
| A. Historique du système de santé du Mali..... | 4 |
| 1.1 Période avant l'indépendance « Avant 1960 » : | 4 |
| 1.2 Période après l'indépendance..... | 5 |
| 1.3 Les Etablissements Public Hospitaliers (EPH) | 13 |
| 1.4 Structuration du système de santé au Mali : | 17 |
| 1.5 Les réformes des hôpitaux publics au Mali | 19 |
| 1.6 Hôpitaux publics du Mali, une organisation bureaucratique professionnelle | 21 |
| B. La Gestion des ressources humaines..... | 27 |
| 1.7 Fonction Ressource Humaine | 27 |
| 2. Les différentes pratiques de gestion des ressources humaines..... | 39 |
| 3. La qualité des soins à l'hôpital..... | 54 |
| 4. GRH : un acteur stratégique..... | 54 |
| 5. Finalité de la GRH..... | 55 |
| IV MÉTHODOLOGIE..... | 63 |
| V. RESULTATS..... | 69 |
| VI. Commentaires | 78 |
| VII.Conclusion | 80 |
| VIII. Recommandation..... | 81 |
| IX.Références bibliographiques..... | 82 |

I. INTRODUCTION :

Depuis plus d'une décennie, le secteur hospitalier connaît de grands bouleversements organisationnels, du fait du progrès médical, de la réorganisation des modes de prise en charges, des changements techniques auxquels le personnel doit faire face [1]. De plus ce secteur a la particularité de salarier, des membres de professions d'infirmiers et de médecins, qui sont classiquement opposés à toute ingérence des gestionnaires venus de l'univers administratif [2]. Et les réformes hospitalières initiées, ont mis en place des outils de gestion nouveaux afin de moderniser le système de régulation [3]. Les objectifs attendus étaient : d'améliorer la qualité des soins, de maîtriser des dépenses de santé, rendre autonome des établissements et responsabiliser les acteurs hospitaliers dans un contexte de raréfaction des ressources financières [3].

Pour l'atteinte de ces objectifs, les ressources humaines jouent un rôle essentiel et les pratiques de Gestion des Ressources Humaines favorisent une meilleure gestion des savoirs et une circulation des connaissances détenues dans les organisations. Glouberman et Minzberg (2001), montrent à l'hôpital la cohabitation de quatre mondes sans réelle communication entre eux : le monde des médecins, le monde des infirmiers, le monde des managers (administratifs /direction) et le monde extérieur. Ils concluent que les réformes qui ne visent pas à créer des modalités d'intégration de ces quatre mondes, ont peu de chance d'aboutir à quoi que soit. Ils préconisent une forme de coopération interdisciplinaire et inter-métiers autour des métiers.

Dans le contexte de restructuration et de modernisation des hôpitaux, la gestion des ressources humaines a un rôle certain en tant qu'agent du changement en conduisant des actions de changement (gestion de l'emploi, comportement au travail...) dans l'amélioration de la qualité des soins et la satisfaction des usagers.

Cependant, la gestion des ressources humaines dans les établissements de soins a une spécificité compte tenu de l'existence de professionnels à haut niveau de compétence et d'autonomie et de la grande hétérogénéité des pratiques professionnelles, les services gestionnaires des ressources humaines ont un rôle majeur à jouer dans la création de sens.

Afin de trouver une solution à ces multiples situations, le Ministère de la Santé, par l'adoption le 22 juillet 2002 de la loi n° 02-050, a engagé une réforme hospitalière. Elle dote les hôpitaux d'une autonomie de gestion administrative et financière. Son but est de permettre

aux établissements hospitaliers d'assurer de façon efficace et efficiente leur mission de service public.

Depuis cette date, des recherches sont menées mais très peu se sont intéressées aux pratiques de la gestion des ressources humaines dans ces établissements particuliers, d'où notre motivation de mener la présente recherche pour étudier les déterminants de la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics du Mali notamment celui des Etablissements Publics Hospitaliers (CHU Point G, CHU Gabriel Touré, CHU Mère Enfant, et L'hôpital du Mali).

II. OBJECTIFS :

Ce travail de recherche avait pour objet d'étudier les déterminants de la Gestion des Ressources Humaines dans les établissements hospitaliers du Mali, elle poursuit comme :

Objectif général :

✓ Etudier les déterminants de la gestion des ressources humaines dans les 4 établissements hospitaliers de Bamako.

Objectifs spécifiques :

✓ Identifier les pratiques de GRH dans les hôpitaux suivants : le CHU Gabriel Touré, le CHU du Point G, le CHU Mère-Enfant, et L'hôpital du Mali ;

✓ Identifier les acteurs intervenants dans la Gestion des Ressources Humaines ;

✓ Déterminer le mode de recrutement du personnel dans les différents hôpitaux ;

✓ Identifier les ressources permettant le fonctionnement de ces différents hôpitaux

III. GENERALITES

A. L'historique et l'évolution du système de santé au Mali

1.1 Période avant l'indépendance « Avant 1960 » :

De l'arrivée des premiers médecins français à la fin du 19^{ème} siècle jusqu'à l'indépendance, le Soudan français a bénéficié d'une suite de décisions politiques et stratégiques qui ont conduit à la situation de 1960. Ces décisions avaient pour objectifs d'améliorer l'état de santé des populations en fonction des connaissances et des ressources du moment [4].

Dès leur arrivée les troupes coloniales étaient accompagnées de médecins et d'infirmiers dont la mission était d'apporter des soins aux combattants. Ils ont affronté des problèmes de santé grave qui était : le paludisme, la fièvre jaune, la dysenterie, les maladies parasitaires, à un moment où les moyens de traitement étaient encore dérisoires ; bien entendu les malades indigènes aussi ont bénéficié de leur soins. La première formation sanitaire fixe fut « Ambulance » de Kayes (l'actuel Hôpital Régional) qui fut ouvert en 1890. En 1906 fut posée la première pierre de l'Hôpital du Point G. Les premiers bénéficiaires des soins furent les ressortissants français et les indigènes qui travaillaient auprès d'eux. Mais rapidement et progressivement les populations qui vivaient dans leur entourage furent intéressées. Au début des années 1890 fut créée l'Assistance Médicale Indigène (AMI) qui fut un pilier essentiel de la stratégie sanitaire de l'époque. La gratuité des soins était assurée à tous. Malgré la faiblesse des moyens on assista à une extension du réseau de formations sanitaires fixes. Chaque Cercle créa son centre de santé.

Il fallut rapidement former des personnels indigènes. En 1918 fut créée à Dakar l'Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie qui forma des médecins auxiliaires, des pharmaciens auxiliaires et des sages-femmes. Cette école reçut sa dernière promotion en 1950, année de la création de l'Ecole Préparatoire de Médecine et de Pharmacie. De 1918 à 1950 cette Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie a formée 514 médecins, 50 pharmaciens et 481 sages-femmes. Comme structures pharmaceutiques, il existait la pharmacie d'approvisionnement et deux pharmacies privées (Pharmacie BRUHANT et Pharmacie Soudanaise). La progression des moyens disponibles par habitant fut constante.

La vaccination a été progressivement introduite dans les activités de l'Assistance Médicale Indigène (AMI).

La nécessité de la lutte contre la mortalité des enfants fut affirmée dès 1926 mais c'est en 1943 qu'elle a été retenue comme une priorité et dotée de ressources propres.

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

25

A la fin de la deuxième guerre mondiale il y eut une extension des établissements de soins qui a fait suite à la création en 1946 du Fonds d'Investissements pour le Développement Economique et Social des territoires d'outre-mer (FIDES). Dans le premier Plan (1949 – 1952) la part des investissements consacrés à la santé au sein du FIDES fut de 3,2 % et atteint 6 % au cours du second Plan (1953 – 1957). Dans les années 1920 les premières campagnes de lutte contre les grandes endémies furent lancées sous l'impulsion du Docteur JAMOT ; elles étaient au départ destinées à lutter contre la Trypanosomiase par des équipes mobiles autonomes qui se rendaient dans les villages. Progressivement le champ d'activité de ces équipes mobiles fut étendu à la lèpre, au trachome, à l'onchocercose. Ce sont ces mêmes équipes qui furent utilisées pour conduire les premières campagnes de vaccination. Leur coordination générale pour l'ensemble de l'Afrique Occidentale Française fut confiée à la Direction Générale d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP) installée à Bobodioulasso en Haute-Volta [4].

Par ailleurs l'organisation s'appuyait sur des institutions spécialisées. Le Centre Muraz à Bobodioulasso, l'Institut Central de la lèpre (Institut Marchoux) créé à Bamako en 1931, l'Institut d'Ophthalmologie Tropicale (IOTA) créé à Bamako en 1953. En 1960 à l'accession des pays de l'ex AOF à l'indépendance, le Médecin Général RICHET sut convaincre les nouveaux Chefs d'Etats de la nécessité du maintien d'une lutte conjointe contre les grandes endémies qui ne connaissaient pas de frontières. Alors fut créé l'Organisme de Coordination pour le Contrôle des Grandes Endémies (OCCGE) dont le siège fut maintenu à Bobodioulasso regroupant huit pays francophones. Cette vision de l'action sanitaire pendant la période coloniale jeta les bases de la démarche de santé publique poursuivie jusqu'à nos jours. L'ensemble du système reposait sur une organisation administrative rigoureuse qui mettait l'accent sur le respect du règlement et de la hiérarchie toute militaire [4].

1.2 Période après l'indépendance :

1960 – 1968 :

En 1960 le système de santé du Mali comptait :

- 75 Médecins ;
- 8 Pharmaciens ;
- 1 Dentiste ;
- 61 Sages-femmes ;
- 97 Agents de santé ;
- 651 Infirmiers et Infirmières.

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

26

Le Mali disposait aussi de :

- 5 Hôpitaux (Kayes, Mopti, Markala, Hôpital du Point G, Hôpital Gabriel Touré) ;
- 16 Centres Médicaux avec Médecins
- 36 Maternités ;
- 15 Centres de PMI ;
- 162 Dispensaires d'état ;
- 1 Dispensaire Antituberculeux (DAT) ;
- 16 Laboratoires dont 10 à Bamako ;
- 1 Pharmacie Centrale d'Approvisionnement.

Le Gouvernement affirme le droit à la santé à tous les maliens, la gratuité des soins et prend des mesures tendant à étendre la couverture sanitaire à l'ensemble du pays. L'option socialiste du pays fait de l'offre de soins un monopole de l'administration. En 1965 on pouvait déjà constater les résultats des premiers efforts quant à l'évolution des ressources humaines [4].

Le pays disposait par ailleurs de 26 spécialistes :

- 13 Chirugiens ;
- 4 Ophtalmologistes ;
- 2 Pneumo-Physiologues ;
- 1 Dermatologue ;
- 1 Obstétricien ;
- 2 Biologistes ;
- 1 Radiologue ;
- 1 Médecin de travail ;
- 1 Médecin de santé publique.

La formation des Médecins, Pharmaciens, Chirugiens-dentistes était assurée à l'étranger. A l'Ecole Secondaire de la Santé créée en 1963 étaient formées des Sages-femmes, des Infirmiers / Infirmières d'Etat, des Techniciens Sanitaires, des Techniciens de laboratoires, des Assistantes Sociales et des Secrétaires Médicales. En ce qui concerne des établissements de soins le Mali disposait de :

- 8 Hôpitaux (les 5 premiers plus Ségou, Gao et Nioro) ;
- 35 Centres Médicaux ;
- 52 Maternités ;
- 266 Dispensaires d'Etat.

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

27

Le nombre total des lits d'hospitalisation était de 3210 (1704 dans les hôpitaux, 885 dans les maternités et 621 dans les centres médicaux) soit 1 lit pour 1430 habitants. Pour la prise en charge des grandes endémies le Mali était divisé en 11 secteurs auxquels étaient affectés 4 Médecins, 170 Infirmiers, 177 Auxiliaires lèpre et 93 autres Agents. Par ailleurs les 11 Médecins Chefs des 11 centres médicaux correspondant aux secteurs étaient chargés, dans un esprit d'intégration, des équipes mobiles. Le Ministre de la Santé disposait de 240 véhicules dont 53 pour les centres médicaux et 53 pour les grandes endémies.

Le premier Plan Décennal de Développement Sanitaire (1966 – 1976) fut adopté à la suite du premier séminaire des travailleurs de la santé tenu en 1965. Le secteur privé n'y avait aucune place [4].

La stratégie préconisée mettait l'accent sur :

L'extension du système national de soins qui devait descendre jusqu'au niveau des villages, constituant une pyramide sanitaire à cinq niveaux comprenant :

- 1 Direction Nationale de la Santé ;
- 6 Directions Régionales de la Santé disposant chacune d'un hôpital régional et d'une équipe de spécialistes dans les diverses disciplines de la santé publique (maladies transmissibles, PMI et médecine scolaire, éducation sanitaire, actions sociales),
- 42 Centres de santé de cercles dirigés par un Médecin et regroupant : consultations externes, hospitalisation, maternité, centres médico – social, hygiène, prophylaxie et éducation sanitaire ;
- 231 Centres de santé d'Arrondissements dirigés par un Infirmier et comportant un Dispensaire et une Maternité PMI avec activités sociales.

Bien avant ALMA ATA était préconisée la mise en place dans les villages d'un poste de santé animé par un secouriste et une matrone désignés par les populations et formés au Centre de santé de Cercle. On voit qu'à chaque niveau était consacrée l'intégration des activités promotionnelles préventives et curatives.

- la réhabilitation et l'extension des infrastructures existantes ;
- l'approvisionnement en médicaments et vaccins ;
- le renforcement des équipes mobiles dont le champ d'activité devait être élargie ;
- la formation des personnels de santé ;
- le développement de l'éducation pour la santé ;

- la poursuite des grands programmes de santé publique (PMI, Hygiène, Trypanosomiase, Variole, Paludisme, Tuberculose, Onchocercose, Bilharziose, Tréponématose) ;
- le développement de la recherche sur les plantes médicinales [4].

Même si tous les objectifs de ce plan ne furent pas atteints, il a permis néanmoins d'asseoir de façon définitive l'ossature du système de soins du pays. Au plan des infrastructures l'ensemble de la pyramide sanitaire préconisée fut réalisé ; la création de la Pharmacie Populaire avec ses multiples succursales permit d'améliorer la disponibilité des médicaments au niveau du grand public complétant fort heureusement les efforts de la Pharmacie d'Approvisionnement ; la formation professionnelle par la conception de l'Ecole Nationale des Assistants Médicaux qui n'ouvrit cependant ses portes qu'en 1969 et qui devint par la suite l'Ecole Nationale de la Médecine et de Pharmacie puis la Faculté de Médecine et de Pharmacie au sein de l'Université du Mali a été une réussite[4].

1968 – 1991 :

Certes l'organisation préconisée au niveau des villages restait au stade de projet, on assista cependant à la création de centres de santé de secteurs de base qui regroupaient plusieurs villages autour d'un dispensaire et d'une maternité construits par la population, comportant la présence d'un Aide-soignant et d'une Matrone formés par les autorités médicales de la région et payés par le mouvement coopératif ou les associations des parents d'élèves. Dans la même foulée furent créés des dépôts pharmaceutiques coopératifs.

L'Institut National de Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle fut créé en 1973. La sortie des 8 premiers Médecins de l'Ecole Nationale de Médecine en novembre 1974 marque le début d'une nouvelle période qui permettra au Mali d'accéder plus rapidement que d'autres pays d'Afrique au Sud du Sahara à la médicalisation des zones rurales. En 1976 furent lancées les premières expériences d'équipes de santé des villages dans les cercles de Kolokani, de Diré.

Le premier séminaire sur les soins de santé primaire tenu à Bamako en 1977 permit de définir une organisation pyramidale à 6 niveaux ; le secteur de base était alors présenté comme un relai entre l'arrondissement et le village. Le Mali participa à la conférence d'ALMA ATA en novembre 1978. Le Parti Unique, l'UDPM qui devait être mise en place cette année-là, affirma l'adhésion du Mali à la Déclaration d'ALMA ATA et fit de la mise en œuvre des soins de santé primaires l'option fondamentale de sa politique de santé.

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

29

Le deuxième séminaire des travailleurs de la santé tenu dans la foulée consacre ce droit et officialise l'organisation générale du système de soins du Mali faite de 6 niveaux allant de l'équipe de santé du village au niveau national [4].

Le principe de la gratuité des soins fut réaffirmé dans le programme du Parti Unique qui n'excluait pas cependant l'émergence d'une « Médecine plus personnalisée », ce qui était un clin d'œil à l'exercice de la Médecine privée. C'est en ce moment qu'on multiplie les équipes de santé du village formées à un rythme rapide dans le but d'assurer la promotion de soins de santé primaires. Les centres de santé des secteurs de base se multiplient de même que sont assurées les formations régionales en 6 mois des Aides-soignants et des Matrones. La multiplication des ONG au début des années 80 donne un élan nouveau aux équipes de santé de village et aux centres de santé de cercles qui devaient jouer leur rôle de supervision. Des pharmacies villageoises furent mises en place un peu partout. Des projets d'appui au développement des soins de santé primaires ont également vu le jour. Il s'agit de :

- Projet Mali Sud dans la région de Sikasso par la CMDT ;
- Projet Mali Suisse qui vint compléter Mali Sud ;
- Projet Santé Rurale dans les cercles de Yélimané et de Koro financé par l'USAID pour plus d'1 milliard de francs CFA et qui bénéficia de l'appui des experts de l'Université Harvard.

A la même période on assista aux premières expériences de recouvrement des coûts dans le but de prendre le relais des cotisations des parents d'élèves. Ces expériences ont fini par être officialisées en 1987 dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Pendant la même période ont vu le jour les premières expériences de création de centres de santé par les associations de travailleurs de la région de Kayes migrant en France. Le début des années 80 est marqué par le retour des programmes verticaux. Ainsi virent le jour le Programme de Lutte contre les maladies diarrhéiques chez l'enfant, le Programme Elargi de Vaccination (PEV). A travers le PEV on devait atteindre en 1990 un taux de couverture vaccinale contre 6 maladies cibles de 80 % des enfants de 12 à 23 mois. En 1981 fut adopté le second Plan décennal de Développement Socio-Sanitaire (1981- 1990). Ses objectifs étaient très ambitieux ; à l'horizon 1990 certains objectifs spécifiques à atteindre étaient :

- immunisation de tous les enfants de 0 à 6 ans contre les 6 maladies cibles ;
- approvisionnement en eau saine et en quantité suffisante pour l'ensemble de la population ;
- élimination de toutes les formes de malnutrition ;
- contrôle de toutes les endémies majeures ;

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

- extension de la couverture sanitaire à la majorité de la population en portant l'effort en direction des plus démunis [4].

Par ailleurs l'organisation des centres de santé de cercle fut enrichie par la description de centres de santé de « deuxième degré » avec un service de chirurgie comprenant un bloc opératoire et une petite unité d'hospitalisation. Le principe de recouvrement des coûts fut admis comme une nécessité s'inscrivant dans le cadre de la participation des populations. Une attention particulière fut accordée au renforcement du processus gestionnaire à travers les programmes régionaux, les conseils de gestion, le renforcement du système d'information sanitaire, à travers la formation à la planification et à la gestion du personnel. En 1982, sur financement de la Banque Mondiale fut lancé le Projet de Développement Sanitaire (PDS), structure en quatre volets :

- renforcement de la planification sanitaire devant assurer un appui important à la Direction Nationale de la Planification Sanitaire et Sociale ;
- soutien à la politique pharmaceutique en améliorant les performances de la PPM, en assurant un approvisionnement constant en médicaments acquis par appels d'offre internationaux ;
- soutien à la formation des professionnels de santé et en apportant un appui pédagogique à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie ;
- soutien au développement sanitaire des 3 cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba (KBK).

Le PDS fut complété par d'autres projets :

- le Projet d'Appui au Développement Sanitaire de la 2ème région financé par la France ;
- le Projet d'Appui au Développement Sanitaire du cercle de Bandiagara (GTZ Allemande) ;
- le Projet d'Appui au cercle de Diré (Italie) ;
- le Projet de lutte contre la malnutrition dans la région de Ségou (UNICEF) ;
- le Projet d'Appui aux soins de santé primaires dans le cercle de Niono (Pays Bas) [4].

En 1984 la survenue de la deuxième grande sécheresse a amené l'accentuation de la place des ONG et le renforcement de la présence de l'UNICEF dans les régions du Nord. MSF Belgique appuya la création des magasins santé-sécheresse et le renforcement des centres de santé. Au total en 1985 le Mali disposait d'un important réseau d'unités de santé composé de près d'un millier de centres de santé d'arrondissements et de secteurs de base et de tout autant d'équipes de santé villageoises. Les centres de santé trouvaient des ressources dans la vente

de tickets et dans la ristourne de 15 % qui était accordée aux dépôts coopératifs par la Pharmacie Populaire. En septembre 1987 une conférence internationale réunissant tous les ministres de la santé de la région Africaine de l'OMS fut organisée à Bamako avec la participation de l'UNICEF. Cette conférence a conduit à la formulation et à l'adoption par la communauté internationale de ce qu'on a appelé « l'Initiative de Bamako ».

Cette approche mit un accent sur la place que devait occuper les médicaments essentiels présentés sous leur Dénomination Commune Internationale (DCI) et permit de lever les dernières réticences quant au recouvrement des coûts. En 1985 – 1986 furent adoptés les textes sur la privatisation des professions de santé. Ainsi fut autorisée l'exercice privé des professions des Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes, Sages-femmes, Infirmiers et Infirmières. De même fut élaboré le Code de déontologie médicale et furent créés les ordres de Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes et de Sages-femmes. Des cabinets médicaux privés, des cliniques privées et des pharmacies privées virent le jour. En février 1989 fut créé dans le quartier de Banconi à Bamako le premier centre de santé communautaire. En mars 1989 le centre de santé de la MUTEK ; créé par les fonctionnaires de l'éducation et de la culture, il introduisit la notion de prépaiement dans le financement de l'accès aux soins. Le 15 décembre 1990 a été formulée une déclaration de politique sectorielle de santé qui a fixé comme objectif général « de réaliser la santé pour tous à un horizon aussi rapproché que possible ». La mise en œuvre de cette politique sectorielle a été organisée à travers le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) initié avec le concours de la Banque Mondiale en 1991 à la suite du Projet de Développement Sanitaire (PDS 1985 - 1990). Six (6) autres bailleurs se sont joints à la Banque Mondiale pour porter le montant total du financement à 61,4 millions de dollars US (UNICEF, USAID, FED, FAC, KFW, Coopération Belge). Le contenu du projet a été structuré en 4 volets :

- un volet appui au développement sanitaire du District ;
- un volet population ;
- un volet réforme pharmaceutique ;
- un volet hydraulique villageois [4].

1991 – 2003 :

Malgré les efforts accomplis depuis 30 ans, le taux de fréquentation des formations sanitaires de même que le taux de couverture sont encore faibles. Quelques données des années 90 mettent en évidence ces faiblesses :

- 32 % de grossesses ayant bénéficié d'une consultation prénatale (79 % à Bamako) ;

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

32

- 30,4 % d'accouchements ayant eu lieu dans une maternité (78,8 % à Bamako). ;
- 0,8 % des accouchements se sont achevés par une césarienne (2,4 % à Bamako). ;
- 31,7 % des femmes enceintes sont correctement vaccinées contre le tétanos (61 % à Bamako) ;
- 31,5 % d'enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés contre les 6 maladies cibles du PEV (54,2 % à Bamako) ;
- 15,7 % des diarrhées déclarées ont été traitées par réhydratation par voie orale (44,1 % à Bamako) ;
- 49,8 % des hommes déclarent avoir déjà utilisé un préservatif (73,5 % à Bamako).

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé l'Accord de Crédit IDA N°2217/MLI du 3 mai 1991 d'un montant de 19 200 000 DTS n'est entré en vigueur que le 26 mars 1992 sans que les conditions de mobilisation soient satisfaites. Certains partenaires n'ont pas emboîté le pas et n'ont procédé à aucune mobilisation de ressources financières.

Sur ces entrefaites naît le Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) qui dessine un cadre général d'intervention de tous les partenaires, maliens et étrangers. Il définit les grandes priorités nationales et les options stratégiques du Mali. Tous les acteurs du système de soins (Administration, Collectivités locales, Etablissements publics et privés, ONG, Bailleurs de Fonds) doivent agir ensemble et potentialiser ainsi leurs efforts. La mise en œuvre de ce plan a débuté en janvier 1999 par le lancement d'un Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) d'un coût total de 81 milliards de francs CFA pour 5 ans. Les ressources du PRODESS proviennent de :

- budget de l'Etat ;
- partenaires extérieurs du secteur santé et actions sociales ;
- financements locaux des communes et des usagers des services.

Il faut souligner que le financement du PRODESS est fortement soutenu par la Banque Mondiale qui pour ce faire a accordé au Mali un crédit de 40 millions de US dollars. Le contenu du PRODESS est regroupé en 8 sous-programmes :

- lutte intégrée contre la maladie (vaccination, paludisme, sida, tuberculose, etc) et le développement de la santé de reproduction (réduction de la mortalité maternelle et infantile, planification des naissances, etc.) ;
- l'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité de soins..
- l'amélioration de la qualité des services hospitaliers ;
- le renforcement du secteur pharmaceutique ;
- la lutte contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale ;

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

- le développement des formes et des modalités de financements alternatifs de la santé (mutuelles, prise en charge des personnes démunies, etc.) ;
- la mobilisation sociale. - le développement des ressources humaines ;
- le renforcement institutionnel.

Somme toute le PRODESS prolonge la politique Santé Population Hydraulique villageoise en créant 300 nouveaux CSCOM en plus des 347 déjà créés. On poursuivra les efforts dans le sens d'une amélioration de la capacité de gestion, en amplifiant la dynamique communautaire et une plus grande implication du secteur privé dans la fourniture des services de base.

Dans les centres de santé de cercles on améliorera la gestion, la qualité de la référence et la contre référence en remplaçant les infrastructures et en améliorant la formation du personnel.

Dans le secteur hospitalier on poursuivra les efforts ponctuels tendant à freiner la dégradation et on renforcera l'autonomie de gestion de même que le plateau technique ; on poursuivra l'amélioration du contrôle interne de même que la qualité des prestations. On créera des établissements spécialisés.

Des efforts seront faits pour hisser à un niveau élevé le contrôle de la qualité des médicaments, des aliments et du sang. Il faudra garantir une véritable accessibilité à des médicaments à des prix abordables partout ; faire la promotion des mécanismes alternatifs de financement de la santé et la prise en charge de la référence.

L'accent sera mis sur la formation des ressources humaines. On procédera à un renforcement du cadre institutionnel et on introduira de nouvelles procédures de gestion et de financement.

Des objectifs spécifiques du programme tendront à réduire la mortalité et la morbidité, améliorer l'accès et l'utilisation des services dans les centres fixes et au niveau communautaire, dynamiser l'information, l'éducation, la communication et la participation communautaire, lutter contre l'exclusion sociale et donner un nouvel élan à la promotion communautaire [4].

1.3 Les Etablissements Public Hospitaliers (EPH) : selon l'article 54 de la loi n°02-050 du 22 juillet 2002, de l'Assemblée Nationale du Mali « **les établissements publics hospitaliers sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal est la réalisation du service public hospitalier. Il n'est ni industriel, ni commercial. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat** ».

1.3.1 Missions des hôpitaux : Selon l'article 7 de la loi n°02-050 du 22 juillet 2002, portant réforme hospitalière, la mission des hôpitaux est fixée comme suite « Le service public

hospitalier garantit l'accès de toutes les personnes présentes sur le territoire national à des soins d'urgence ou à des soins de référence de qualité. A ce titre, chaque établissement hospitalier est tenu d'accueillir en urgence et à tout moment, toute personne dont l'état de santé le justifie ».

1.3.2 Organisation et fonction des hôpitaux au Mali : selon l'article 56 de la loi n°02-050 les organes d'administration et de gestion des établissements publics hospitaliers sont :

- le conseil d'administration ;
- la direction générale;
- le comité de direction;
- les organes consultatifs.

1.3.2.1 Le Conseil d'administration (CA) :

Selon l'article 57 de la loi n°02-050, le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement public hospitalier et délibère sur les 20 éléments suivants :

- le projet d'établissement ;
- les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds ;
- les tarifs ;
- le budget;
- la création de postes et les emplois;
- les conventions devant être passées par l'établissement ;
- le rapport d'activités ;
- le rapport de gestion ;
- le rapport social ;
- les Comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;
- les créations, suppressions et transformations des structures médicales, pharmaceutiques ou odontologiques et des autres services ;
- les actions de coopération inter-hospitalière nationale ou internationale ;
- les modalités de la politique d'intéressement ;
- le tableau des emplois permanents ;
- les acquisitions, aliénations, échanges et affectations d'immeubles et les clauses des baux ;
- les emprunts ;
- le règlement intérieur ;
- l'acceptation et le refus des dons et legs ;
- les actions judiciaires ;

- les hommages publics.

Enfin à travers les articles 58,59.....67 de la loi n°02-050 nous dirons que le conseil d'administration est informé des observations de l'autorité de tutelle résultant notamment de l'exploitation des rapports d'évaluation et de contrôle sur le fonctionnement et la gestion de l'établissement. Il veille à la prise en charge des dites observations. Il est informé de la procédure et des résultats de tous les marchés de travaux et de fourniture de biens ou de services.

Le CA est composé de membres représentant :

- avec voix délibérative : les collectivités territoriales, les usagers, les organismes de prise en charge financière des malades, les personnalités qualifiées désignées au sein de la société civile par le Ministre chargé de la santé, les professionnels de santé non hospitaliers, la Commission médicale d'établissement, le personnel de l'hôpital.
- avec voix consultative : l'autorité de tutelle, la direction de l'hôpital ; les établissements de fondation ayant signé une convention avec l'établissement. Le nombre total des membres du conseil d'administration doit être compris entre 17 et 25 personnes. Le nombre des membres de chaque catégorie du conseil d'administration et leurs modalités de nomination sont fixés par décret pris en conseil des Ministres.

Les membres des conseils d'administration des établissements publics hospitaliers sont nommés pour une période de trois ans renouvelable par décret pris en conseil des Ministres sur proposition du Ministre chargé de la santé. Leurs mandats prennent fin pour les motifs suivants:

- l'expiration de la période de nomination ;
- la démission ;
- la révocation ;
- la perte de la qualité en vertu de laquelle est intervenue la nomination ;
- l'absence à plus de trois sessions consécutives ;
- le décès.

L'administrateur n'a pas de suppléant. Toutefois, en cas d'absence ou d'empêchement, l'administrateur peut se faire représenter par un autre membre du conseil d'administration. La délégation de pouvoir reçue à cet effet n'est valable que pour une seule session déterminée. Elle doit, le cas échéant, être renouvelée. Un même administrateur ne peut représenter plus d'un administrateur absent au cours d'une même session du conseil.

Le CA des établissements publics hospitaliers élit son président en son sein parmi les membres disposant d'une voix délibérative. La présidence du conseil d'administration ne peut, toutefois, être dévolue à un membre auquel il est fait application d'une incompatibilité résultant de sa qualité d'agent de l'établissement ou de personnel de santé non hospitalier.

En cas d'irrégularité grave ou de carence manifeste, le conseil d'administration peut être suspendu ou dissout par décret pris en conseil des Ministres. En cas de dissolution, un nouveau conseil d'administration doit être constitué dans un délai maximum de trois mois.

Le CA se réunit en session ordinaire une fois par semestre. Il peut se réunir en session extraordinaire chaque fois que l'intérêt de rétablissement l'exige et ce, à la demande de l'autorité de tutelle ou du tiers au moins de ses membres.

Le président du CA convoque toute session dudit conseil. Pour les sessions extraordinaires, lorsque le président ne convoque pas le conseil d'administration, sous huitaine, les membres qui ont pris l'initiative de la réunion peuvent convoquer le conseil d'administration sans délai.

L'ordre du jour est arrêté par les auteurs de la convocation. La convocation est alors adressée aux membres du conseil d'administration par l'autorité de tutelle. Le CA ne peut se réunir valablement que si la majorité des membres sont présents ou représentés. Il prend ses décisions à la majorité simple. Les délibérations du CA sont consignées dans un registre coté et paraphé par l'autorité de tutelle ; elles font l'objet d'un procès-verbal signé par le président et le secrétaire de séance.

1.3.2.2 La Direction générale :

Selon l'article 68, 69 et 70 de la loi n°02-050 un EPH est géré par un Directeur général qui est un agent de la catégorie A de la fonction publique ou d'une catégorie équivalente. Le Directeur général est nommé par décret pris en conseil des Ministres sur proposition du Ministre chargé de la santé après avis du Conseil d'administration. Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement. Il est chargé de l'exécution des décisions de l'assemblée délibérante et met en œuvre la politique définie par cette dernière et approuvée par le représentant de l'Etat assurant la tutelle. Il est compétant pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées à l'article 57. Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement et en tient le conseil d'administration informé. Les conditions d'exercice des fonctions du Directeur général sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres. Le Directeur général est assisté d'un adjoint qui le remplace en cas de vacance, d'absence ou d'empêchement. Le Directeur adjoint est nommé par arrêté du Ministre chargé

de la santé, sur proposition du Directeur général, L'arrêté de nomination fixe ses attributions spécifiques.

1.3.2.3 Le Comité de direction :

Selon l'article 71 de la loi n°02-050 dans chaque EPH, il est créé un comité de direction, présidé par le Directeur général. Le comité de direction assiste le Directeur général dans tous les actes de gestion relatifs à la vie de l'établissement. Le comité de direction comprend :

- le Directeur général ;
- le Directeur général adjoint ;
- le Président de la commission médicale d'établissement ;
- le Président de la commission des soins infirmiers et obstétricaux ;
- un représentant du personnel désigné par le comité technique d'établissement.

1.3.2.4 Les organes consultatifs :

Selon l'article 72 de la loi n°02-050 dans chaque établissement public hospitalier, sont institués les organes consultatifs suivants :

- une Commission médicale d'établissement (CME), composée des représentants des médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens, qui élit, en son sein, son président ;
- une Commission des soins et obstétricaux, composée d'assistants médicaux et de techniciens supérieurs de santé, dont la présidence est assurée par le responsable des soins infirmiers et obstétricaux de l'établissement ;
- un Comité technique d'établissement, présidé par le Directeur général et composé de représentants du personnel, élus par collèges de listes présentées par les organisations syndicales et/ou par le personnel non syndiqué ;
- un Comité technique d'hygiène et de sécurité, composé de représentants élus de chaque catégorie de personnel, qui élit en son sein son président. Les règles de désignation des membres, ainsi que les attributions et les modalités de fonctionnement des organes consultatifs sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres.

1.4 Structuration du système de santé au Mali :

La politique de santé du Mali est fondée sur les stratégies des Soins de Santé Primaires (SSP) définies lors de la Conférence d'Alma Ata en septembre 1978. La mise en œuvre des SSP a été renforcée par l'adoption en Septembre 1987 de l'Initiative de Bamako (IB), dont l'un des objectifs majeurs est de réduire la mortalité maternelle et infantile tout en rendant disponibles et accessibles géographiquement et financièrement les médicaments essentiels aux couches

les plus défavorisées de la population. Les principes suivants ont été adoptés à cette fin : Recouvrement des coûts, système de santé de district, santé communautaire et contractualisation de l'offre de services de santé avec les Associations de Santé Communautaire (ASACO). En décembre 1990, fut adoptée la déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) qui constitue aujourd'hui le cadre de référence des interventions en matière de santé. En 1998, fut adopté le Plan décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007). Il est soutenu par une approche sectorielle et mis en œuvre à travers un programme quinquennal : le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). Le premier PRODESS, initialement prévu pour la période 1998-2002, s'est en fait étalé sur la période 1999-2004 car sa mise en œuvre a dû être retardée. Il a été suivi par le second PRODESS, qui est en cours de mise en œuvre depuis 2005 et sera prolongé jusqu'en 2011 afin de s'aligner sur le CSCRP. Vu la scission des deux ministères concernés (Ministère de la Santé et Ministère du développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées (MDSSPA). Le PRODESSII comportait deux composantes : Santé et Développement social [5].

La composante Santé comporte les sept volets suivants :

- Volet 1 : Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires ;
- Volet 2 : Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines;
- Volet 3 : Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux ;
- Volet 4 : Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie ;
- Volet 5 : Accessibilité financière, soutien à la demande et la participation ;
- Volet 6 : Réforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de recherche ;
- Volet 7 : Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation.

La politique sectorielle de santé et de population adoptée en 1990 par le gouvernement du Mali est basée sur la décentralisation de l'accès aux soins et la participation communautaire. Ses objectifs généraux : Ils sont entre autres :

- Etendre la couverture sanitaire ;
- Améliorer l'accès aux médicaments pour toutes les couches de la population.

Le système de soins de santé a trois niveaux de prise en charge :

- **Le niveau central** avec ses 5 EPH Point "G", Gabriel TOURE, IOTA, CHU-CNOS, Hôpital du Mali constitue la 3ème référence ;
- **Le niveau intermédiaire** constitué de 8 EPH (Kayes, Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et l'hôpital mère enfant) assure la 2ème référence ;
- **Le niveau opérationnel** avec ses 2 échelons : Ce niveau aussi est composé de deux échelons :
 - ✚ Le premier échelon composé de 1134 CSCom fonctionnels en 2012 offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) de même que les structures de santé parapubliques, confessionnelles, services de santé des armées, dispensaires et autres établissements de santé privés. Les données des ONG sont agrégées avec celles des CSCom. Le PMA comprend : les soins curatifs, préventifs et promotionnels.
 - ✚ Le deuxième échelon ou première référence est constitué de 60 centres de santé de référence. Il assure la prise en charge de la référence venant du premier échelon [5].

Tableau I : Ratio des infrastructures sanitaires par Habitants

| Etablissements | Mali / H | OMS |
|--------------------------------------|------------------|----------------|
| Hôpital (1/Hts) | 1 117 803 | 150 000 |
| Centre de santé (1/habitants) | 219 633 | 50 000 |
| CSCom (1/habitants) | 13 050 | 1 000 |

1.5 Les réformes des hôpitaux publics au Mali :

1.5.1 La réforme hospitalière de 1993 :

C'est pendant les années 1990 que quatre hôpitaux nationaux furent érigés en statut d'Établissement Public à caractère Administratif (EPA) qui leur attribue la personnalité morale et l'autonomie de gestion. Ce nouveau statut n'a pas permis aux hôpitaux d'être autonomes, l'effet s'est limité à des mesures institutionnelles que sont entre autres (l'octroi de la personnalité juridique et de la capacité à gérer le produit des recouvrements, la mise en place d'un conseil d'administration, la nomination d'un agent comptable du Trésor, etc.) sans conséquence réelle sur les modalités de gestion de l'établissement hospitalier [6].

Selon l'article 1er de la loi 90-110 AN RM portant création des établissements publics à caractère administratif (EPA), elle était une personne morale de droit public dotée de l'autonomie financière, selon l'article 6 de la même loi, les organes d'administration et de gestion des établissements publics à caractère administratif étaient :

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

- le Conseil d'administration ;
- la Direction générale ;
- le Comité de gestion.

Selon l'article 21, et 22 de la même loi encore, Le comité de gestion était un organe consultatif chargé d'assister le Directeur général dans ses tâches de gestion.

Le comité se composait comme suit :

- Le Directeur général Président
- Le Directeur général adjoint Membre
- Les Chefs de Services.....Membres
- Les représentants du personnel.....Membres.

Cette réformes purement bureaucratique avait beaucoup de mal à s'adapté dans le contexte malien d'où l'avènement de la réforme de 2002.

1.5.2 La réforme hospitalière de 2002 au Mali :

La réforme hospitalière axée autour de la défense du « Service Public Hospitalier », dont l'objectif fondamental était de permettre à chaque malien et à toute autre personne résidant au Mali, d'avoir accès à un niveau minimum de soins de référence de qualité, quel que soit son lieu de vie et ses caractéristiques socio-économiques produits aux meilleurs coûts. L'octroi de l'autonomie de gestion aux hôpitaux et la participation des communautés locales dans la gestion de l'hôpital étaient des éléments essentiels d'un nouveau choix stratégique qui va dans le sens de la décentralisation étatique.

- En ce qui concerne l'autonomie administrative et la gestion de la transformation des hôpitaux en Établissements Publics Hospitaliers (EPH) dotés de la personnalité juridique et de l'autonomie administrative et financière, cela doit aboutir à une véritable responsabilisation des directions de chaque hôpital quant à la planification des activités et à la gestion de l'hôpital. L'effet recherché était de permettre à l'administration hospitalière de gérer de façon indépendante les ressources humaines et financières de l'hôpital. Il leur appartiendra en effet de définir les voies et moyens pour permettre à l'hôpital de remplir au mieux ses missions de soins en toute indépendance.

- En ce qui concerne l'implication des populations locales à la gestion l'hôpital devrait passer de l'autogestion à la cogestion avec les communautés locales. Elles vont composer presque exclusivement le conseil d'administration. L'effet recherché est de diminuer le recours à la tutelle et d'accélérer le processus de prise de décision au sein de l'hôpital. En outre, les collectivités locales devraient apporter des subventions au financement des activités hospitalières.

- En ce qui concerne l'intégration des services de spécialité il s'agit d'une révision du mode de fonctionnement des services de spécialité de sorte que ces derniers disposent de budgets délégués par la direction générale de l'hôpital et que les chefs de services puissent prendre des décisions importantes concernant l'organisation des soins, la collaboration interprofessionnelle etc. En somme l'effet recherché est un transfert des responsabilités de l'administration hospitalière vers les services de spécialité par la mise en place d'un dispositif permettant de rendre plus opérationnel les équipes professionnelles et de fournir des soins de meilleure qualité [6].

1.6 Hôpitaux publics du Mali, une organisation bureaucratique professionnelle :

L'analyse proposée par Mintzberg, découlant d'autres travaux analysant les différents acteurs de l'hôpital (Freidson 1984, Harris 1977, Huard 1977, Young et Saltman 1985, Pauly et Redisch 1973, Pauly 1980, Evans 1984), considère cinq éléments de base de l'organisation : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure, les fonctions de support logistique. La prise en compte de paramètres de conception et de facteurs de contingence aboutit à définir 5 configurations structurelles représentant des idéaux-types : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnalisée, l'adhocratie. Dans cette approche l'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle (B.P.) au même titre que les universités ou les cabinets d'expertise-comptable avec les caractéristiques présentées ci-dessous et résumées dans le tableau II.

Tableau II : Les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital [7].

| Mécanisme de coordination principal | Standardisation des qualifications |
|-------------------------------------|---|
| Partie clé de l'organisation | Centre opérationnel |
| Principaux paramètres de conception | Formation, spécialisation horizontale du travail, décentralisation horizontale et verticale |
| Facteur de contingence | Environnement complexe et stable, système technique non sophistiqué. |

- **Le travail du centre opérationnel** : Pour coordonner ses activités la bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications à partir de la formation et de la socialisation. Les standards sont élaborés pour une large part en dehors de la structure, dans des associations professionnelles autogérées auxquelles les opérateurs de l'organisation adhèrent comme leurs pairs. L'autorité découle du pouvoir de la compétence. Le

professionnel, qui contrôle son propre travail, agit de façon relativement indépendante de ses collègues mais reste proche de ses clients (patients).

- **Le processus de classement** : le fonctionnement de la B.P. repose sur un répertoire de programmes standards (des cas répertoriés, prédéterminés) où le travail du professionnel consiste à déterminer dans quel cas se situe le patient (le diagnostic) et à appliquer ensuite le programme standard correspondant au cas. Le centre opérationnel étant la partie clé de l'organisation, la seule autre partie de l'organisation qui soit complètement développée est l'ensemble des fonctions de supports logistiques qui ont pour missions de servir le centre opérationnel. Compte tenu du coût élevé des professionnels, il est logique de leur accorder tout le support possible pour les aider et faire en sorte que d'autres accomplissent les travaux routiniers qui peuvent être formalisés. La B.P. est une structure très décentralisée aussi bien verticalement qu'horizontalement. Dans les B.P. il existe fréquemment deux hiérarchies, l'une pour les professionnels qui va du bas vers le haut qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique qui va du haut vers le bas qui a la nature d'une bureaucratie mécaniste. Les administrateurs professionnels et plus particulièrement la direction ont des rôles clés situés à la frontière de l'organisation entre les professionnels qui sont à l'intérieur de l'organisation et les parties prenantes externes (tutelles, administration) Les stratégies de la B.P., sont pour une large part celles des professionnels pris individuellement dans l'organisation ainsi que celles des associations professionnelles externes. Les stratégies des B.P. représentent l'effet cumulé au fil du temps des initiatives stratégiques que les membres ont réussi à amener l'organisation à entreprendre [7].

1.6.1 La gestion des ressources humaines pour la santé au Mali :

1.6.1.1 Le recrutement : Le recrutement varie selon le secteur souvent par voie de concours ou par contrat après sélection. Il existe plusieurs sortes de recrutement :

1.6.1.1.1 Recrutement dans le secteur public : Les fonctionnaires sont recrutés par voie de concours par le Ministre chargé de la fonction publique et mis à la disposition du Ministre de la Santé. Ce dernier procède à leur répartition selon les besoins exprimés par les régions et les services centraux (Bamako).

Tableau III : Evolution des recrutements des médecins dans la fonction publique de 2000 à 2013 [8].

| ANNEE | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| NOMBRE | 42 | 83 | 61 | 53 | 20 | 7 | 23 | 27 | 111 | 120 | 112 | 112 | 117 | 0 |

Au-delà du problème de recrutement des ressources humaines disponibles par le Ministère de la santé, le déficit en personnel soignant qualifié dans certaines structures sanitaires du Mali peut être aggravé par l'utilisation de ces ressources humaines à des tâches administratives. En 2004, 31% des médecins, 16% des sages-femmes et 11% des infirmières occupaient des postes administratifs dans les structures centrales dudit Ministère. Les Gouverneurs de région recrutent dans le cadre d'un remplacement sur fonds PPTTE (Pays Pauvres Très Endettés) du personnel de santé au profit des CSCOM. Les Hôpitaux et les centres de santé de références font des recrutements à la limite de leurs moyens sur les fonds de recouvrement de coûts ou fonds propres. Le niveau de recrutement est 1 à 3 personnes en moyenne par an et par structure. Les ASACO recrutent sur contrat le personnel pour les CSCOM. Cependant les besoins exprimés chaque année par les services publics sont en moyenne 900 personnes. Un tiers (1/3) seulement est satisfait par le budget affecté au recrutement [8].

1.6.1.2 Recrutement dans le secteur privé :

Le secteur privé recrute mais très timidement. Ce recrutement se fait à travers les bureaux de placement sous le contrôle de la Direction Nationale du travail.

En vue de rapprocher l'offre d'emploi formulée par les entreprises et organisations des demandes potentielles d'emploi, les bureaux de placement payants procèdent par :

- Appel d'offre ;
- Exploitation de la base de données « demandeurs d'emploi » ;
- Recherche directe (Chasse de tête).
- ❖ L'appel d'offre est lancé suivant les critères ci-après :
 - Etre écrite et publiée pendant au moins quinze jours ;
 - Comporter une présentation de l'entreprise ;
 - Informer le candidat de la fonction qu'il va occuper et des conditions proposées ;
 - Préciser les exigences du poste ;

- Être vraie.
- ❖ Les étapes de recrutement par les agences privées de placement sont :
 - dépouillement et analyses des dossiers de candidature ;
 - Passation des tests (techniques et psychologiques) pour les candidats retenus sur dossier ;
 - Interview des candidats retenus aux tests ;
 - Elaboration d'un rapport de recrutement proposant les trois meilleurs candidats.

1.6.1.3 Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences :

Le Ministère de la Santé n'a pas encore introduit dans son système de gestion les descriptions d'emploi, ou des plans de carrière en dehors des dispositions statutaires.

Selon les données de Février 2010 du Ministère de la Santé, au total 13 230 agents toutes catégories confondues sont employés dans les secteurs publics, parapublics et communautaires. La diversité de leurs statuts est très forte, surtout pour les personnels non qualifiés. Les personnels de santé diplômés fonctionnaires et contractuels de l'Etat, et du secteur communautaire sont au nombre de 6701, toutes catégories confondues. Cependant, on note un important déficit en personnel spécialisé :

- Un urologue pour 1.577.879 Habitants ;
- Un neurologue pour 2.103.839 Habitants.

Les spécialistes sont plus souvent concentrés à Bamako, dans les régions les plus défavorisées, de nombreux CSCOM ne disposent pas de personnel qualifié (médecin, infirmier). En 2009, 46% (455/ 993) des CSCOM au Mali sont tenus par au moins un(1) médecin généraliste. Dans certaines régions comme Tombouctou Kayes, ce sont les auxiliaires de santé qui sont au niveau des CSCOM avec respectivement 25,5% et 16,15%. En outre, toujours en 2009 certains hôpitaux ne disposaient pas de spécialistes nécessaires pour assurer l'offre de soins et les services de qualité [8].

1.6.1.4 La situation des ressources humaines dans le système de santé au Mali :

Le manque de Ressources Humaines compétentes et motivées pour la santé est désormais reconnu comme la principale contrainte du système de santé, malgré les efforts fournis en matière de recrutement du personnel (fonction publique, PPTE, collectivité, communauté). Il y a aussi le manque d'infrastructures, d'équipements et de moyens financiers. La disponibilité des Ressources Humaines qualifiée demeure un grand défi pour l'atteinte des objectifs du millénaire [9].

1.6.2 Disponibilité des ressources humaines de santé :

Effectifs existants d'après le rapport du Comité Technique du Ministère de la Santé, le Mali avait en Avril 2011 au total 15103 personnels de santé toutes catégories confondues [9].

Tableau IV : Répartition de l'effectif existant et normes de RHS au Mali [8]

| Personnel | Nombre actuel de RHS | | Nombre nécessaire de RHS (selon les recommandations) | |
|--------------|----------------------|---|--|-------------------|
| | Normes existant | Nombre existant Ratio pour 10,000 habitants | Recommandations OMS pour 10,000 habitants | Normes nationales |
| Médecins | 1229 | 1/14511 | 1.00 | 1/10000 |
| Infirmières | 3205 | 1/21526 | 2.00 | 1/5 000 |
| Sages-femmes | 735 | 1/3860 | 1.00 | 1/5 000 |
| Total | 5169 | | 4.00 | 3.00 |

1.6.3 Fonction publique et gestion des ressources humaines en santé au Mali :

La gestion des ressources humaines au sein du Ministère de la Santé est répartie entre trois entités:

- La Direction des Finances et du Matériel intervient dans la gestion des fichiers du personnel ;
- La Cellule de Planification et de Statistiques intervient dans la gestion des bourses de formation de longue durée ;
- L'Institut National de Formation Paramédicale en Sciences de la Santé destiné à la gestion des écoles publiques de santé.

La gestion administrative du personnel est basée essentiellement sur le statut général des fonctionnaires, le statut des fonctionnaires des collectivités territoriales et sur le code du travail en vigueur. Le personnel est constitué de fonctionnaires, de conventionnaires ; et de trois types de contractuels qui sont pris en charge respectivement par l'Etat, les ASACO et Conseils de gestion, les collectivités décentralisées [8].

1.6.4 Rémunération et financement des ressources humaines de santé Comparées aux pays voisins :

Les rémunérations des ressources humaines en santé au Mali semblent sous la moyenne. Comme souvent, la rémunération des agents recrutés par le Ministère de la Fonction Publique est strictement liée à la grille salariale des fonctionnaires. Plusieurs primes existent, pour compléter cette rémunération. Quant au secteur communautaire, les salaires sont payés sur une base contractuelle. Dans le secteur privé à but lucratif, la prise en charge du personnel est assurée selon le code du travail.

La rémunération proposée est sous la moyenne de la sous-région. Au Mali, le salaire de base ou salaire de transposition d'un médecin en début de carrière est de 165 000 FCFA et de 313 500 FCFA en fin de carrière. Ces montants ne prennent pas en compte les allocations familiales, les indemnités, les primes et autres avantages [8].

B. La Gestion des ressources humaines dans les établissements sanitaires :

1.7 Fonction Ressource Humaine

1.7.1 Définition :

- Selon Onge S. et al. (2004), la Gestion des Ressources Humaines (GRH) constitue une fonction de gestion, au même titre que les fonctions de production, de marketing et finances. Elle renvoie plus précisément à « un ensemble variable des pratiques qui visent à aider l'organisation à résoudre avec efficacité, efficience et équité les problèmes associés à la présence des personnes au sein d'une entreprise » [10].

- Selon Bélanger, Petit et Bergeron en 1983, rapportaient que la fonction Ressources Humaines recouvre « l'ensemble des responsabilités et des activités de planification, d'organisation, de direction et de contrôle des ressources humaines au service des organisations de travail ». Les mêmes auteurs disaient qu'elle assure « l'ensemble des activités d'acquisition, de développement et de rétention (conservation) des ressources humaines, visant à fournir aux organisations de travail une main d'œuvre productive, stable et satisfaite » [11].

- Selon Roussel P. « La G.R.H. est l'ensemble des activités qui visent à développer l'efficacité collective des personnes qui travaillent pour l'entreprise. L'efficacité étant la mesure dans laquelle les objectifs sont atteints, la G.R.H. aura pour mission de conduire le développement des R.H en vue de la réalisation des objectifs de l'entreprise. La G.R.H. définit les stratégies et les moyens en RH, les modes de fonctionnement organisationnels et la logistique de soutien afin de développer les compétences nécessaires pour atteindre les objectifs de l'entreprise. » [12].

- « La gestion de ressources humaines est l'ensemble des activités qui permettent à une organisation de disposer des ressources humaines correspondant à ses besoins en quantité et en qualité. » [13].

1.7.2 Evolution d'une fonction personnelle à une fonction humaine :

, de la naissance de la fonction personnelle à la renaissance de la fonction RH s'il existait une distinction entre la fonction personnelle, l'administration du personnel, la gestion du personnel et la gestion des ressources humaines cela nous serait très utile [14].

- **La fonction personnelle** : comprend l'ensemble des responsabilités assumées par les chefs linéaires en matière d'utilisation efficace des individus au travail [15].

- **L'administration du personnel** : Elle traduit la dimension bureaucratique de la gestion et recouvre l'administration quotidienne du personnel, c'est-à-dire, les actes qui jalonnent la carrière du personnel. Pour qu'elle soit efficace, elle doit être dotée d'un potentiel humain opérationnel et qualifié, d'une structure organisationnelle satisfaisante et des procédures simples et rapides [18].

- **La gestion du personnel** : Gérer, c'est planifier, organiser, diriger, contrôler, former, communiquer, récompenser, écouter, orienter, motiver, mobiliser, influencer, responsabiliser. Elle peut être définie comme étant le processus de développement, d'application et d'évaluation des politiques, méthodes et programmes concernant le personnel dans l'organisation. Sa composante essentielle est la recherche de la satisfaction des besoins en personnel exprimé par les services opérationnels. Sa mission consiste à placer les hommes qu'il faut, là où il le faut et au moment où il le faut [16].

- **La Gestion des Ressources Humaines** : Le concept de GRH est beaucoup plus englobant et comporte un plus par rapport à la gestion du personnel dans la mesure où il met en évidence le rôle capital de la fonction personnel au sein des systèmes de gestion. La fonction ressource humaine est une fonction d'optimisation, non pas la satisfaction totale des besoins, mais la recherche d'un point d'équilibre optimal. Les personnes ne sont pas des ressources, elles ont des ressources telles que la connaissance, la capacité et l'expérience [16].

1.7.3 Historique de la Gestion des Ressources Humaine (GRH) :

Le concept de GRH a beaucoup évolué dans le temps et les principaux courants de pensée managériale qui sont à l'origine d'une conception moderne de la GRH sont : L'école Classique, et l'école des relations humaines.

1.7.3.1 L'école Classique : Nous avons le mouvement de gestion scientifique, et le mouvement d'administration scientifique.

1.7.3.1.1 Le mouvement de gestion scientifique :

 **Le Taylorisme** : Frederick Winslow TAYLOR (1856-1915) Ingénieur Américain, chef de file de ce mouvement, est considéré comme le père fondateur de l'OST (Organisation Scientifique du Travail) (1911) [17]. Cette organisation est caricaturée par le travail à la chaîne et les salaires aux rendements. La solution proposée par Taylor à surmonter l'inefficacité des hommes au travail, c'est l'application de méthodes scientifiques à l'amélioration des tâches. C'est-à-dire, il faut définir de manière précise la façon dont les tâches doivent être organisées et identifiées les places ou les rôles que doivent occuper les différents acteurs et ce pour arriver à une productivité optimale. Autrement dit, le système de

Taylor part du principe que pour chaque tâche dans l'industrie, il existe un seul meilleur moyen de le réaliser (one best way of performance) ; pour découvrir ce moyen unique, on doit La méthode objective est donc celle par laquelle on pourrait évaluer que le temps nécessaire pour l'accomplissement d'une tâche donnée consiste en un enregistrement détaillé des mouvements réalisés par l'accomplissement d'une tâche scientifique et par sa décomposition en de simples opérations, chaque opération étant chronométrée. Ensuite les mouvements jugés non nécessaires sont éliminés et le processus de travail sera reconstruit d'une manière simple et rationnelle. Le temps standard de cette nouvelle manière d'accomplir une tâche donnée est calculé par l'addition des unités de temps ainsi que des unités des temps morts nécessaires tel que les poses etc.

Taylor considère que le facteur de réussite réside dans la modification des relations entre la direction et le personnel à travers une révolution mentale novatrice au travail de gestion et cela, en fixant des principes identiques pour tous ce qui améliorera cette relation direction/ ouvrier même si l'ouvrier ne fait qu'exécuter, les principes directeurs établis doivent être enseignés aux ouvriers et des mesures appropriées doivent être prises pour veiller à leur bonne application et mettre fin aux décisions arbitraire et non transparentes ce qui est l'objectif du taylorisme. La réussite de ce système de travail nécessitait l'adhésion du travailleur et pour obtenir cette adhésion, Taylor préconise un système de stimulation basé sur la rémunération à la pièce. Donc Selon Taylor, seul l'argent motivait l'individu. Il fût le premier à se rendre compte qu'administrer les relations employeurs/employés demandait des capacités particulières.

1.7.3.1.2 Le mouvement d'administration scientifique :

✚ **Le Fayolisme [17]** : Henri FAYOL (France 1841-1925), ingénieur français, est considéré comme le père du Management. Contrairement à Taylor, Fayol avait une vision large du management et de l'entreprise. Cette dernière ne se réduit pas seulement à un ensemble de flux de production mais elle contient divers mouvements de natures différentes regroupés dans des fonctions. Il a distingué six fonctions à la marche de l'organisation :

- ✓ commerciale (achat, vente et échange) ;
- ✓ financière (recherche et usage optimal des capitaux) ;
- ✓ sécurité (protéger les biens et les personnes) ;
- ✓ comptable (bilan, statistiques, inventaire) ;
- ✓ technique (activités de production, fabrication, transformation) ;
- ✓ et administrative.

Cette dernière fonction habituellement délaissée non connus, il l'a décomposée en cinq composantes :

- **Prévoir et planifier** : Scruter l'environnement et l'avenir de l'entreprise et dresser les programmes d'actions ;
- **Organiser** : Répartition judicieuse des ressources que possède l'entreprise en fonction des objectifs fixés tout en définissant clairement les responsabilités du personnel et les procédures à suivre ;
- **Commander** : Exercer une autorité sur le personnel pour qu'il puisse fournir davantage d'efforts et ce en respectant les grands principes du management ;
- **Coordonner** : Relier, unir et harmoniser les actions et tous les efforts fournis par l'entreprise ;
- **Contrôler** : Veiller à ce que tout se passe conformément aux règles établies et aux ordres donnés et mettre en œuvres des mesures correctrices.

L'administration, pour qu'elle soit efficace, le management d'une entreprise doit respecter 14 principes :

- Division du travail ;
- Autorité et responsabilité ;
- Discipline ;
- Unité de commandement ;
- Unité de direction ;
- Subordination à l'intérêt général ;
- Rémunération équitable et satisfaisante du personnel ;
- Hiérarchie claire ;
- Ordre ;
- Stabilité du personnel ;
- Équité ;
- Esprit d'initiative ;
- Union du personnel ;
- et la centralisation.

Selon Fayol, pour bien remplir son rôle, le chef doit bien connaître son personnel, donner le bon exemple, tenir des réunions avec ses collaborateurs, éviter de se laisser absorber par les détails et développer l'initiative.

1.7.3.2 L'école des relations humaines [17] : L'école des relations humaines dont l'origine remonte aux travaux de Mayo (1928-1932), Maslow (1943), Mac Gregor (1960) et Herzberg (1971), initiés aux USA. Elle s'est développée en réaction aux aspects impersonnels du taylorisme. La gestion des ressources humaine en tant que discipline est née dans le prolongement des études d'Elton Mayo à la Western Electric qui ont donné naissance au mouvement des relations humaines. Selon l'école des relations humaines, les organisations sont conçues comme des systèmes ouverts qui s'adaptent à leur environnement pour continuer à survivre où l'aspect humain est mis en valeur voir même considéré comme l'élément déterminant de tout le reste. Divers spécialistes se sont rassemblés pour appliquer leur connaissance à l'entreprise. Les débuts de cette école des relations humaines dataient des années 1930 ; elle a connu ses succès dans les décennies 1950-1960. Elle est fondée sur une approche expérimentale où on tente d'atteindre une grande rigueur afin de fonder scientifiquement les théories proposées.

1.7.3.2.1 Les travaux d'Elton Mayo [17] : Le courant des relations humaines est issu notamment des travaux d'Elton Mayo. Au sens strict de son appellation, ce courant désigne les travaux et les études entrepris entre 1927-1930 aux usines de Hawthorne de la Western Electric sous la direction d'Elton Mayo. L'objet poursuivi était de mesurer l'influence de l'environnement physique sur le rendement ; à chaque fois que l'environnement est modifié en faveur des salariés, le rendement s'améliore de plus en plus. L'équipe d'Elton Mayo a démontré que l'homme est un centre actif et non une machine inerte qui nécessite du réglage pour fonctionner. Elton Mayo et son équipe ont contribué à modifier l'image que se faisait beaucoup de responsables sur le facteur humain, il affirme que la quantité de travail accomplie par un individu n'est pas déterminée par sa capacité physique (approche taylorienne) mais par sa capacité sociale c'est-à-dire son intégration à un groupe, et les récompenses non financières jouent un rôle essentiel dans la motivation et limitent l'intérêt d'une organisation scientifique du travail. Mayo, à partir de son expérience à Western Electric Company sur la motivation au travail et au rapport entre individus et groupes conclu que les individus et les groupes comme les organismes biologiques, ne fonctionnent vraiment bien que si leurs besoins sont comblés.

1.7.3.2.2 La pyramide des besoins d'Abraham Maslow [17] : Abraham M. (États-Unis 1908-1970) est un psychologue. Il s'intéressa aux facteurs de motivation de l'homme notamment au travail. Il pensa que la motivation de l'homme était de satisfaire ses besoins. Dans le prolongement des travaux de Mayo, Maslow distingua une hiérarchie des besoins

représentée sous la forme d'une pyramide qui, de la base au sommet ; il distingua cinq types de besoins :

- besoins psychologiques (besoins vitaux) ;
- besoins de sécurité (physiques ou psychiques) ;
- besoins d'appartenance (besoins sociaux) ;
- besoins d'estime ou de reconnaissance ;
- besoins de réalisation et d'accomplissement.

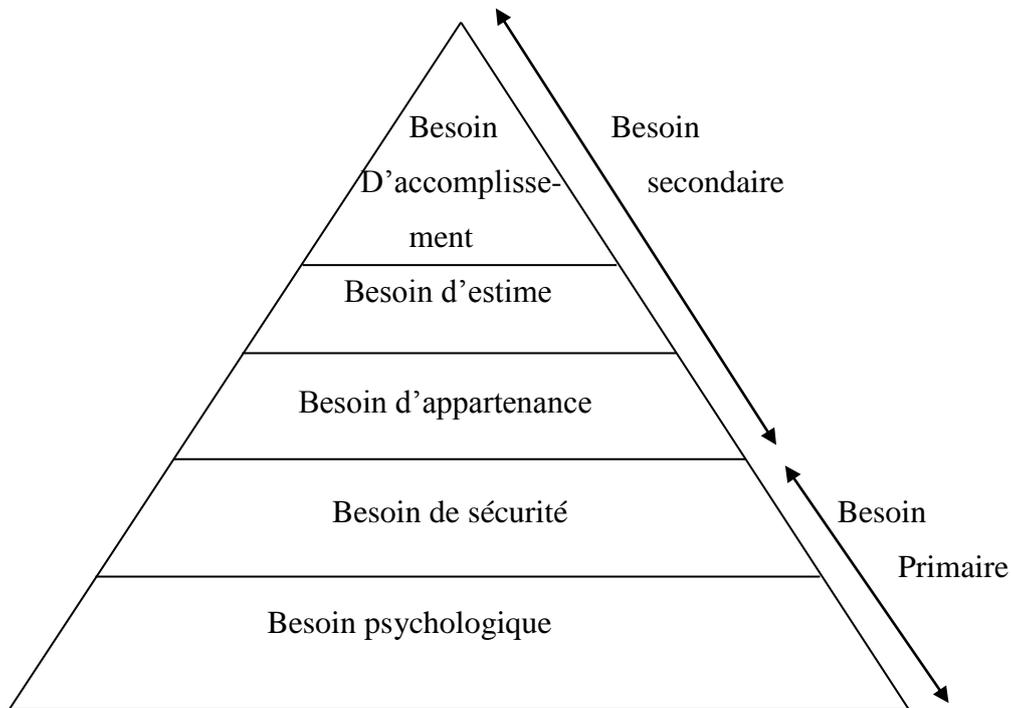


Figure 1 : la pyramide des besoins de Maslow [18]

Sa hiérarchie des besoins signifie que l'homme n'atteint le plein développement de son psychisme que s'il est satisfait sur tous les plans : physiologie, sécurité, amour (appartenance), estime (reconnaissance) et accomplissement de soi (créativité). Il tient finalement un discours optimiste dans la mesure où il considère qu'il est possible que les salariés puissent, dans leur travail, s'accomplir, se réaliser, pourvu que le management soit participatif (théorie de Douglas McGregor).

1.7.3.2.3 Douglas Mc Gregor et la théorie XY (1906-1964) [17] : C'est un grand auteur en matière de relations humaines. Il distingua deux approches des problèmes humains :

- En premier lieu, la manière dont une organisation est dirigée dépend des théories implicites que suivent ses dirigeants.
- Deuxièmement lieu, le contrôle est important et central au sein des organisations. Il a montré qu'il existe plusieurs formes de directions fondées chacune sur le comportement des dirigeants.

La théorie X qui symbolise le management et la théorie Y qui représente l'école des relations humaines. C'est-à-dire, selon la théorie X, les ouvriers ne veulent pas travailler, il faut les y contraindre, les menacer de sanction. Les individus préfèrent être dirigés, protégés et ne pas être responsables. Pour les motiver, les dirigeants de cette théorie recommandent de les surveiller, d'exercer sur eux divers types de contraintes et de renforcer la discipline ; la théorie Y, le travail est naturel à l'homme, il sait s'auto-diriger et s'autocontrôler. Cette théorie suppose une gestion humaine et bienveillante du personnel ; elle considère que les individus ne sont pas paresseux et s'ils manifestent une certaine paresse au travail, cela signifie une attitude transmise par leur expérience passée au sein d'autres organisations.

Pour les dirigeants tenant de cette théorie, le meilleur moyen d'inciter ces employés au travail consiste à leur accorder une marge de liberté, d'autonomie et de responsabilité. La motivation devient alors fondamentalement ; la satisfaction de leurs besoins d'ordre supérieur.

1.7.3.2.4 Frederick Herzberg (États-Unis 1923-2000) [17] : Il est l'un des auteurs qui a beaucoup travaillé sur la théorie des deux facteurs. Il fut psychologue et médecin ensuite professeur en management, il démontre que les facteurs qui conduisent à la satisfaction et à la motivation au travail ne sont pas de même nature que ceux qui conduisent à l'insatisfaction. « Sa théorie bi-factorielle » démontre d'une part que les facteurs de satisfaction sont liés à la réalisation de besoins secondaires tels que la reconnaissance, l'accomplissement, la prise de responsabilité, alors que les critères d'insatisfaction « les facteurs d'hygiène » relèvent davantage du « macro social » c'est à dire de la politique sociale de l'organisation et de ses modes d'expression (la nature et les formes de relations avec la hiérarchie, les conditions de travail, le salaire...). Ainsi, la motivation au travail n'est pas conditionnée par l'élimination des facteurs d'insatisfaction ; pour cela ces facteurs doivent juste être réduits pour éviter l'insatisfaction (départ, absentéisme, grèves, stress, etc..). Herzberg indique que si les facteurs d'insatisfaction sont facilement éliminés pour répondre aux revendications, les facteurs de satisfaction seront en revanche difficiles à traiter. D'autres auteurs s'inscrivent aussi dans

l'école des ressources humaines durant la décennie 1960-1970, en particulier Lewin et Likert. Suite aux travaux de l'école des ressources humaines d'autres auteurs d'autres écoles sont intervenus pour montrer l'importance des ressources humaines dans une organisation tel que Peter DRUCKER un des plus éminent représentant de l'école néo-classique qui précise que le problème centrale de toute organisation est de rendre le travail humain productif, ou encore Henri MINTZBERG, CROZIER de l'école systémique qui pense que les dirigeants consacrent peu de temps aux activités principales de planification, d'organisation, de coordination et de contrôle et passant l'essentiel de leur activité dans les rôles de contact, d'information et de décision. L'école du management conclu avec l'idée que L'homme aspire non seulement à la satisfaction de ses besoins primaires et d'appartenance, mais aussi à son propre développement. La réalisation de soi et le développement de son potentiel sont les seules voies royales de la maximisation de son efficacité individuelle. Dans la pensée Taylorienne, l'homme travaille parce qu'il y est obligé ; dans la vision de l'école des relations humaines, l'homme travaille par amour et dépendance vis-à-vis de son groupe ; dans l'approche du management participatif, il travaille parce que ses activités et ses tâches sont sources d'enrichissement [17].

1.7.4 Différence conceptuelle entre approche personnel et approche ressources humaines : La gestion de la main d'œuvre par l'administration du personnel considère la main d'œuvre comme une source de coût à minimiser donc une personne substituable qui a des droits et des devoirs, gérée par un chef personnel. La gestion des ressources humaines la considère comme un investissement, un sujet porteur de culture, d'aspiration et d'attentes et ne doit pas être comme un simple sujet de droit, gérée par la direction des ressources humaines.

Tableau V : La gestion des ressources humaines comparée à l'administration du personnel [19].

| Gestion de la main d'œuvre | Administration du personnel | Gestion des ressources humaines |
|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Conception de la main d'œuvre | Personnel substituable | Actifs spécifiques |
| Statut de la main d'œuvre | Réaction | Anticipation |
| Mode d'action | Variable d'ajustement | Variable stratégique |
| Statut du responsable de fonction | Chef du personnel | DRH |

1.7.5 Etat des lieux de la GRH actuelle :

Depuis les années 1980, on assiste à une transformation des pratiques de la gestion des ressources humaines : les modèles les plus récents tendent de réunir diverses activités choisies en fonction de l'obtention de résultat et qu'ils les intègrent dans un ensemble orienté de la façon prospective vers les besoins de l'organisation [16].

1.7.5.1 Missions spécifiques de la Gestion des ressources humaines : Les missions spécifiques de la gestion des ressources humaines sont définies comme suite selon Peretti (1998) :

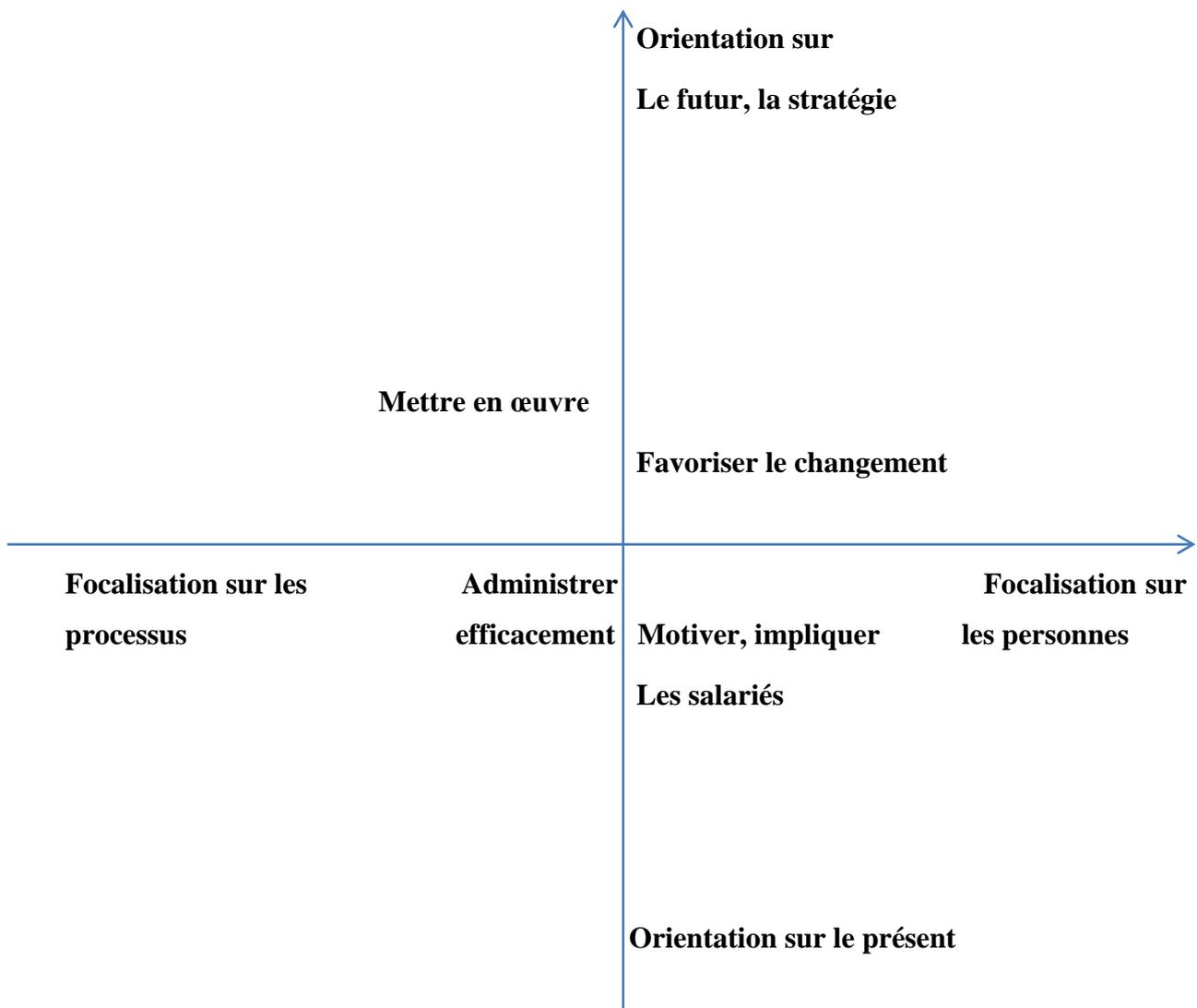


Figure 2 : Missions de la GRH selon Peretti (1998)

✚ **Administrer efficacement** : Correspond à la mise en place d'une organisation décentralisée de la fonction ressource humaine et une responsabilisation de la ligne hiérarchique. Ainsi, des activités de GRH sont parties intégrantes de certaines fonctions (chef de chantier, chef d'équipe...).

✚ **Développer la motivation et l'implication des salariés** : Les définitions concernant le concept de motivation sont foisonnantes. La motivation peut être définie comme le processus qui gouverne l'engagement dans une action en déclenchant, donnant la direction, l'intensité et la persistance à un comportement [20]. Elle se manifeste sous divers aspects tels que l'enthousiasme, l'assiduité, la persévérance... « Réserve d'énergie », la motivation naît de l'enregistrement et de la régulation de nombreux paramètres qui permettent à l'individu :

- de s'adapter et comprendre l'environnement et les situations données ;
- de choisir l'investissement dans le temps et le sens voulu avec l'intensité souhaitée ;
- d'assurer la prolongation de l'action engagée jusqu'à son terme.

Il convient de connaître les attentes des salariés considérés comme des clients, notamment en matière d'équité, d'employabilité, d'épanouissement, d'écoute, d'éthique et y répondre selon une logique de réciprocité pour favoriser les attitudes et comportements souhaités.

Les moyens d'action sont les suivants :

- variété des tâches ;
- partage du pouvoir ;
- promotion ;
- rémunération ;
- participation ;
- formation.

✚ **Favoriser le changement** : Il s'agit là d'encourager les comportements nouveaux et efficaces grâce à la formation et à certains programmes de mobilisation tels que de nouvelles modalités de travail ou la rémunération.

✚ **Mettre en œuvre la stratégie** : La direction des ressources humaines (DRH) doit participer à la définition de la stratégie de son entreprise, elle doit veiller à la prise en compte en amont des conséquences des décisions prises. La D.R.H. doit veiller à la cohérence de la stratégie R.H. avec celle de l'entreprise et à la cohérence des différentes pratiques de G.R.H. avec elles la manière d'accompagner efficacement la stratégie définie au sommet stratégique.

1.7.5.2 La Fonction stratégique de la gestion des ressources humaines : Aujourd’hui la gestion des ressources humaines a dépassé le stade de la paye, de la sécurité pour une responsabilité plus grande et importante. Elle est considérée comme acteur stratégique pour les entreprises dans un univers dynamique et concurrentiel. La stratégie est un processus de formation et de mise en œuvre des moyens appropriés en vue d’atteindre les objectifs d’une entreprise et de réaliser sa mission, dans un environnement difficilement prévisible et fortement concurrentiel [17].

Selon Mintzberg (1987), la stratégie est essentielle pour l’organisation ; c’est elle qui lui donne une direction, assure la coordination des activités et peut permettre l’efficacité et l’efficience. La gestion stratégique présente 4 étapes :

- le diagnostic ;
- la formulation de la stratégie (buts à atteindre) ;
- la mise en œuvre ;
- et l’évaluation.

La gestion stratégique implique des liens étroits entre les stratégies de l’entreprise et les pratiques de Gestion des Ressources Humaines. Ceci nécessite que les professionnels de la GRH (notamment le responsable de la formation) soient fortement impliqués dans la définition des stratégies de l’entreprise [17].

1.7.6 Les finalités de la gestion des ressources humaines : Les quatre finalités identifiées par F.BLANCHOT et F.WACHEUX (2002) et présentées dans le tableau suivant, illustrent les différentes facettes de la dimension stratégique de la GRH. Celle-ci peut être créative de valeur en attirant, en développant, mobilisant et conservant les compétences requises dans l’entreprise [21].

Tableau VI : les finalités stratégiques de la gestion des ressources humaines

| Finalités stratégiques de la GRH | Opérationnalisation |
|---|--|
| Attirer les compétences requises | L’attraction des compétences requises passe par le recrutement, ainsi que la gestion des rémunérations, de l’emploi, la formation, des carrières et de la communication. |
| Développer les compétences | Le développement des compétences passe par la formation, la communication et la gestion des parcours professionnels. Les évolutions de l’environnement doivent être prises en compte et anticipées dans le cadre de la gestion de l’emploi et de la formation, |

| | aux niveaux collectif et individuel. |
|--|--|
| Mobiliser les compétences requises disponibles | La mobilisation des compétences disponibles vise à l'allocation adéquate des compétences. Elle passe par leurs usages dans la direction des valeurs et buts de l'entreprise, au travers de la gestion de l'individu (recrutement et formation), la gestion de l'emploi (mise en avant de l'autonomie, des initiatives) et la gestion des relations collectives (communication, circulation et transparence des informations). L'organisation du temps de travail et la gestion des effectifs participent également au travail de mobilisation. |
| Conserver les (seules) compétences requises | La conservation des compétences vise à ne fidéliser que les compétences requises et à éviter de garder ou de développer les autres. La gestion anticipée des emplois et des effectifs participe à cette fidélisation, ainsi que des outils d'adaptation comme l'organisation du temps de travail, la mobilité et la flexibilité. |

Pour une finalité conséquente de l'entreprise il faut conserver un équilibre entre trois pôles d'action de la GRH [22].

✚ Action administrative qui organise et met en œuvre des règles juridiques fixées par la législation, la réglementation ou les accords contractuels engageant l'entreprise ; elle assure les relations avec les services administratifs compétents en matières d'emploi, de sécurité sociale et de formation.

✚ Action de gestion qui formule un jugement sur l'état actuel et sur les perspectives d'évolution des effectifs et qualifications ; elle propose des mesures d'adaptation ou de développement permettant de rendre les ressources humaines compatibles avec les projets de l'entreprise.

✚ Action d'information et de communication définit les procédures formelles ou de démarches informelles d'échange, de dialogue et de négociation au sein de l'entreprise. Cet équilibre peut varier selon la culture, la stratégie de chaque entreprise et par les pratiques de GRH telles que la motivation et la fidélisation.

2 Les différentes pratiques de gestion des ressources humaines

2.1 Le Recrutement

2.1.1 Le recrutement du personnel :

La qualité d'un recrutement est le résultat de l'adéquation existant entre la personne recrutée et le besoin immédiat et futur de l'entreprise. Elle repose sur une définition et une description réaliste du poste à pourvoir, sur l'identification du profil correspondant, sur la recherche fructueuse du candidat compétent et, enfin sur son intégration réussie dans l'entreprise.

2.1.2 Le processus de recrutement [22] : Pour réussir une opération de recrutement il est inévitable de suivre les étapes suivant :

- la Définition du besoin ;
- la recherche du candidat ;
- la sélection du candidat ;
- la concrétisation et l'intégration.

2.1.2.1 Définition du besoin : Se fait par la satisfaction des points suivants :

- La demande du recrutement ;
- La décision de recruter ;
- La définition de la fonction.

2.1.2.2 L'analyse du poste [23].

L'analyse du poste est une des clés de voute de la Gestion des Ressources Humaines, elle présente une large gamme d'utilisation au-delà du recrutement (notamment pour déterminer la rémunération de base) l'analyse respecte deux principes : elle s'attache :

- à ce qui est fait dans la réalité (au poste tel qu'il est non tel qu'il devrait être) ;
- aux tâches (non à la personne)

2.1.2.3 Description de la fonction :

Les données de l'analyse doivent être rassemblées afin de définir le poste, sa finalité, les caractéristiques, les compétences et habiletés qu'il suppose, la fiche de description de poste comprend plusieurs rubriques :

- identification de l'emploi ;
- mission de l'emploi ;
- situation dans la structure ;
- inventaire des attributions ;
- description des activités ;
- marge d'autonomie ;
- contrôle par le supérieur.

2.1.2.4 La définition du profil : Une fiche de formation comprend généralement trois rubriques principales :

- **La mission confiée** : Cette rubrique explique, entre autre, les buts et finalités du poste, le niveau hiérarchique, les tâches à accomplir ;
- **Les compétences nécessaires** : la fiche distingue les compétences transverses, nécessaires pour tous les postes de l'entreprise, de ce niveau ou dans cette fonction, et les compétences spécifiques propres au poste ;
- **Le profil du candidat** : il est défini notamment, par la formation indispensables, la formation souhaitée, l'expérience nécessaire, les compétences spécifique exigée.

2.1.2.5 La recherche des candidats : La recherche se fait sur les marches internes de l'entreprise et sur les marches externes.

2.1.2.6 La sélection des candidats : La sélection des candidats se fait grâce :

✚ **Au tri des candidats** : La sélection débute par l'analyse des lettres de candidatures et des curriculums vitae. Une première confrontation des caractéristiques des postulats avec les exigences de l'entreprise conduit à une élimination importante. La première élimination se fait sur des critères relativement simples, les réponses retenues font l'objet d'un examen approfondi afin de limiter le nombre de candidat pour la suite du processus, la qualité de la lettre et celle du curriculum vitae ont ici un impact important, le responsable de la sélection s'appuie, pour étayer son premier choix, sur des critères essentiellement factuels ce sont les faits contenus dans le CV qui comptent.

✚ **Le questionnaire ou (le dossier de candidature maison)** : Le questionnaire permet à l'entreprise de se réunir sur les compétences et la personnalité du candidat, les éléments qui lui sont nécessaires de façon précise et identique. Ce questionnaire est souvent adressé et rempli « en ligne » la jurisprudence a censurée les questions indiscrettes de l'employeur elle a également admis la non-révélation d'information ne portant pas sur les aptitudes professionnelles.

L'analyse du questionnaire et du curriculum vitae permet de convoquer les meilleurs pour un entretien, outil d'évaluation le plus largement utilisé dans le processus de recrutement.

✓ **L'entretien** : L'entretien de recrutement a un double but :

✚ Informer le candidat sur l'entreprise, sa stratégie, les profils recherchés, les perspectives offertes et le poste à pouvoir ainsi que ses caractéristiques.

✚ Lui permettre de s'exprimer pour qu'il donne le maximum d'informations sur son passé professionnel, ses aspirations, ses compétences, ses qualités relationnelles et marginale etc..., c'est l'occasion pour le candidat de défendre ses points de vue et ses expériences avec

des arguments convaincants. La réussite d'un entretien dépend du fait qu'il puisse se dérouler dans de bonnes conditions matérielles et psychologique et que l'interviewer élabore un schéma d'entretien lui permettant de recueillir des données pertinentes et contrôlables. La validité de l'entretien d'embouche implique une structuration spécifique, un canevas permet de ne rien oublier des données à rassembler.

✓ **Les tests** : Les candidats retenus à l'issue des phases précédentes peuvent être soumis à des tests, leur objectif est double :

✚ Faire apparaître les points faibles éventuels pouvant constituer des contre-indicateurs pour le poste.

✚ Classer les aptitudes des candidats parmi lesquels choisir, et les adéquations entre les profils respectifs et le profit du poste. Les tests peuvent être classés en trois catégories :

○ **Les tests d'aptitudes** : Pour une tâche donnée, ils donnent lieu à des mesures précises, et ont en général une bonne valeur prédictive concernant l'efficacité requise dans l'activité considérée, les tests d'intelligence et de connaissance entrent dans cette catégorie.

○ **Les tests de personnalité** : Ils visent à cerner la personnalité du candidat, les questionnaires ou inventaire de tempérament sont composés d'une série importante de questions fermées, ainsi l'inventaire de tempérament de Guildford-Zimmerman comprend trois cents questions relatives au dynamisme à la sociabilité. La graphologie vise à découvrir la personnalité à travers l'écriture selon un code très empirique.

○ **Les tests de situation** : Ils visent à intégrer l'élément de la tâche et ceux de la personnalité, ils tentent de mettre le postulant dans la situation la plus proche de sa future situation professionnelle.

Leur difficulté de conception limite l'utilisation de ces outils pourtant très adaptés aux problèmes de sélection appelée « centre d'évaluation » ou « bilans comportementaux », ils ont une valeur prédictive forte. L'utilisation des tests, notamment de personnalité, suscite des questions portant sur :

✚ **Leur validité** : le test ne mesure que ce qu'il souhaite mesurer avec une marge d'incertitude élevée. Cette marge s'accroît faute d'une adaptation et d'un étalonnage permanents.

✚ **Leur caractère statique** : le test est une photographie à un moment précis.

✚ **Leur fondement scientifique parfois limité.**

✚ **Leur capacité prédictive.**

✓ **Concrétisation, accueil et intégration** : La concrétisation, accueil, et intégration est un processus basé sur plusieurs concepts on a :

✚ **La décision** : Une fois les entretiens et les tests éventuels achevés, le service interne ou le cabinet externe chargé du recrutement et les responsables hiérarchiques demandeurs examinent les dossiers des candidats retenus. La réunion de synthèse entre les différents interviewers permet une confrontation des opinions émises sur les différents candidats la multiplicité des entretiens accroît l'objectivité des appréciations et la validité du pronostic, la décision finale est généralement prise par le responsable hiérarchique à partir de l'ensemble des données recueillies.

✚ **La négociation d'engagement** : La négociation porte essentiellement sur le montant et les éléments qui consistent en la rémunération globale. Dans un souci d'équité interne, la proposition doit prendre en compte les rémunérations actuelles dans l'entreprise. Le candidat retenu reçoit, lors des négociations, d'engagement, le compte rendu de l'appréciation portée sur lui, comprenant notamment le pronostic favorable justifiant la décision, comme les réserves qui ont pu être faites à ce sujet. La signature du contrat marque l'accord des deux parties.

✚ **L'accueil** : Une fois prise la décision de recruter le candidat, il faut à la date convenue, faire entrer le nouveau collaborateur et assurer dans les meilleures conditions son accueil et son intégration. Cela implique le respect des démarches légales, réglementaires et conventionnelles.

La réussite de l'intégration repose sur la qualité des procédures d'accueil de l'entreprise et du suivi de l'adaptation. Ce point est d'autant plus important que l'adaptation représente souvent un coût élevé qui s'ajoute au coût du recrutement. Les entreprises mettent en place des procédures facilitant l'intégration des nouveaux embauchés. Certaines choisissent l'institution du tutorat. Le tuteur est chargé de suivre et de conseiller chaque nouvel arrivant pendant sa période d'adaptation. Il vérifie en permanence que l'intéressé possède toutes les informations pratiques et générales lui permettant d'accomplir sa mission et de se familiariser le plus ou psychologiquement. Il présente l'intéressé aux cadres, il lui fait visiter les différentes sections de l'établissement. Il lui fournit toutes les documentations utiles, il le met en contact avec toute personne susceptible de faciliter son adaptation pratique et générale, il se tient à la disposition de l'intéressé pour toute aide ou conseil à apporter aussi longtemps que cela est nécessaire.

✚ **L'intégration** : la période d'intégration dure plus longtemps que la simple période d'accueil. Dans une entreprise à forte rotation, on suit les nouveaux embauchés pendant la période d'essais durant plusieurs mois, parfois une année c'est à dire que le suivi de

l'intégration doit s'étendre sur une longue période avant que le nouveau salarié n'entre dans le système d'appréciation générale, ce suivi repose généralement sur un rythme plus rapide d'entretiens individuelle : un entretien après trois mois, six mois et un an, par exemple. Le poste de responsable jeunes cadres a parfois été créé. Le suivi est particulièrement important pendant la période d'essai puisque, durant ce laps de temps, les deux parties peuvent revenir sur leur décision. Pendant la durée de l'essai, les parties en présence sont soumises à toutes les règles qui régissent les apports entre employeur et salariés. Le contrat à l'essai peut à tout moment être rompu sans qu'il y ait lieu d'observer un quelconque délai de prévenance, la période et la durée doivent être fixées dans le contrat [24].

2.2 La formation

2.2.1 Définition de la formation : La formation peut se définir comme l'ensemble des actions capables de mettre les individus et les groupes en état d'assurer avec compétences leurs tâches actuelles ou celles qui leur seront confiées dans le futur pour la bonne marche de l'organisation, d'autres auteurs englobent dans leurs définitions des actions lois de l'éducation de base et loi de la formation professionnelle. Ainsi, la formation englobe toutes les activités éducatives aux quelles pourrait s'adonner l'adulte, qu'il s'agisse d'études générale ou professionnelles, de recyclage ou de perfectionnement, de manière pertinente à son travail comme à sa vie de citoyen [25].

2.2.2 Objet de la formation :

- Permettre à la direction de repérer les salariés les plus aptes pour une promotion ;
- Assurer l'adéquation entre les capacités et la connaissance des salariés ;
- Adapter les salariés à des tâches bien déterminées et au changement dans les emplois ;
- Maintenir un degré de capacité nécessaire au progrès de l'organisation ;
- Améliorer le statut des salariés par les promotions ;
- Favoriser l'efficacité de tous les nouveaux salariés par une meilleure utilisation du matériel et des équipements et une réduction des accidents et des départs ;
- Contribuer au meilleur comportement au travail et favoriser des attitudes positives qui permettent de réduire les coûts et les pertes de production ainsi qu'améliorer la qualité des produits ;
- Accroître chez chaque salarié l'estime de soi ;
- S'adapter aux exigences de l'environnement toujours changeant ;
- Développer les capacités de jugement des formés ;
- Réaliser des projets étatiques afin de résoudre les problèmes [26].

2.2.3 Le plan de formation : nous avons :

- L'analyse des besoins ;
- Les choix de la politique de la formation.

Les principaux choix portent sur : Les objectifs de la formation

○ **Les contenues :** La formation peut être une formation générale, destinée à élever le niveau général des connaissances des bénéficiaires ou une formation technique visant à développer leur compétence professionnelle. Les modalités: Durée « inter ou intra moyens » externe ou interne la formation peut se faire dans ou hors des heures de travail, formule pédagogique.

○ **Le contenu du plan :** Au-delà de l'obligation de plan annuel, il est souhaitable que ce plan concerne une période plus longue (trios à Cinq ans). Le plan de formation retient et organise des actions de formation en fonction des objectifs retenues, c'est la liste de moyens prévue pour atteindre les objectifs définis, il précise les objectifs, les propriétés, le contenu, la pédagogie, la durée, le calendrier, le budget et les catégories de bénéficiaires.

2.3 La Rémunération :

La rémunération est à la fois un coût pour l'organisation, qui constitue souvent son principal poste de dépenses, et le revenu des apporteurs de travail. La fixation des rémunérations et leur évolution sont donc au centre des conflits de répartition des surplus qui peuvent opposer les apporteurs de différents facteurs de production, et notamment parmi les apporteurs de capitaux et les salariés. Les mécanismes de fixation de la rémunération sont représentés par un coefficient qui détermine les salaires de base, est associé chaque niveau de la grille. La rémunération est une notion plus globale qui prend en compte tous les avantages. L'impact des rémunérations au niveau macro-économique explique l'importance de la réglementation. La réglementation est très contraignante et l'entreprise doit s'y adapter à la gestion des rémunérations qui prend de plus en plus d'importance dans la gestion stratégique des ressources humaines.

2.3.1 La fixation de la rémunération : La rémunération est librement fixée sous réserve de respecter des obligations légales, des dispositions conventionnelles et contractuelles les règles les plus important concernent :

2.3.2 Les composantes de la rémunération globale : Le salaire de base n'est qu'une composante de la rémunération globale que perçoit le salarié ; la rémunération globale regroupe plusieurs composants :

- **La pyramide des rémunérations** : G.DONADIEU A proposé un regroupement de la rémunération de base et des périphériques dans une pyramide des rémunération.la rémunération globale regroupent [27] :
 - **Des composantes fixes et des composants variables** : Les composants variables sont liés à la durée du travail (heures supplémentaire), aux résultats individuels (primes individuelles) ou aux résultats collectifs (intéressement).
 - **Des composants collectifs et des composantes individualisées** : Les composantes individualisée peuvent être liées à la situation familiale (complément familial) ou personnelle, aux performances ou au complément individuelle ou au résultat.
 - **Des composants immédiats ou différées** : Lorsqu'elles sont différées elles peuvent l'être à court terme (primes à périodicité), moyen terme (participation bloquée sur cinq ans) ou long terme (fonds de pension, retraites complémentaire).
- **Les salaires de base** : C'est l'élément essentiel de la rémunération, il sert de référence pour le calcul des autres prestations, il est fixé d'avance, au moins dans sa nature et dans son mode de calcul. La rémunération est majorée des heures supplémentaires. Sauf clause contraire dans la convention applicable toute absence même de très courte durée, peut être retenue sur le montant de la paie.
- **Les compléments ou accessoire de salaire** : Les formes sont multiples : avantages en nature, pourboire, gratification, prime de transport. En vingt ans, la part des primes dans la rémunération s'est accrue significativement les primes non mensuelles sont plus élevées que les primes mensuelles. Le pourcentage des primes versées par rapport à la masse salariale croit avec la taille de l'établissement.
- **Le paiement du salaire** : Le paiement de la créance de salaire est régi par des règles spécifiques liées à son caractère alimentaire. Depuis 1978, la rémunération devenue mensuelle, est indépendante pour un horaire de travail effectif déterminé, du nombre de jours travaillés dans le mois, le paiement mensuel ayant pour objet de neutraliser les conséquences de la répartition inégale des jours entre les douze mois de l'année. L'employeur doit délivrer un bulletin de paie pour chaque versement ; ce bulletin comprend un certain nombre de mentions obligatoires : il ne doit être fait mention ni de l'exercice du droit de grève ni de l'activité de représentation des salariés, le bulletin comprend une mention incitant le salariés à conserver son bulletin sans limitation de durée. Notons enfin que le bulletin de paie doit faire état s'il y a lieu, des droits au repos compensateur acquis par l'intéressé. Le caractère alimentaire du salaire justifie une protection étendue à la fois contre les créanciers de l'employeur et contre ceux du salaries.

2.3.3 L'individualisation de la rémunération : L'individualisme de la rémunération a un objectif d'équité et de stimulation elle concerne :

- La rémunération immédiate de la contribution à travers des primes Divers (salaires aléatoires ou variables).
- La modulation personnelle du salaire à partir d'une évaluation des performances dans une plage de progrès, déterminée pour chaque emploi.
- L'attribution d'avantages monétaires ou non, immédiats ou différés.

2.3.4 La recherche de l'équité : L'équité est une attente forte. Chaque salarié évalue ce qu'il apporte. Il évalue également ce qu'il reçoit, il calcule un ratio rétribution qu'il compare avec la connaissance qu'il a du même ratio pour d'autre salariés, dans l'entreprise ou en dehors. Ce ratio constitue son ratio d'équité. Selon la théorie de l'équité formulée par ADAM J.S [27]. Le constat d'une situation de non équité entraîne une action pour modifier le ratio en faisant varier la contribution ou la rétribution, en situation de sous équité le salariés essaie d'accroître sa rétribution en réclamant ou plus généralement réduit discrètement sa contribution (moindre qualité, ralentissement, non coopération), en situation de suréquipé le salarie accroît sa contribution. Chaque salarié souhaite et recherche un traitement équitable, pour que la décision soit juste et équitable. Pour cela quatre conditions doivent être remplies :

- le salarié doit connaître les modalités de mesure de sa contribution ;
- il doit pouvoir améliorer sa contribution mesurable ;
- le lien entre contribution et rétribution doit être explicite ;
- le salarié doit percevoir la rétribution métier.

Il est nécessaire que le processus d'individualisme de la rémunération soit rigoureux et transparent pour chacune des composantes.

2.3.5 La variable individuelle : De nombreux systèmes ont été utilisés pour rémunérer le personnel en fonction de sa contribution. Certains tiennent compte des résultats individuels, d'autres de ceux du groupe de travail.

2.3.6 Les primes individuelles : Depuis le salaire aux pièces, une large gamme de technique a été expérimentée pour rémunérer et accroître le rendement avec des avantages et des inconvénients divers. L'évolution de l'organisation et les exigences de qualité ont conduit à l'abandon des salaires au rendement dans les entreprises de production, la prise en compte du rendement, corrigé les critères liés à la qualité de la production, se fait sous forme de prime d'objectif, la grille des critères retenus pour déterminer le montant de la prime reflète les choix stratégique et les spécificités de l'activité.

2.3.7 Les primes collectives : Pour contrecarrer les effets pervers d'une stimulation trop individuelle et les difficultés de mesure de la performance personnelle, l'entreprise développe des primes collectives au niveau de l'équipe du service, de l'unité de travail, de l'établissement ou de l'entreprise. L'aléatoire collectif développe le sentiment d'appartenance et soude les équipes, son caractère aléatoire le rend réversible. L'individualisation des rémunérations repose également sur la modulation personnelle des augmentations du salaire fixe.

2.3.8 Les autres composants : La politique d'individualisation de l'entreprise concerne également d'autres composantes de la rétribution globale avec en particulier :

❖ **Les primes d'ancienneté** : elles sont encore largement répandues et sont inscrites dans de nombreuses conventions collectives, la principale justification de ces primes était que les travailleurs acquièrent de l'expérience avec l'ancienneté, ils ont par conséquent plus de valeur et doivent percevoir un salaire plus élevé toutefois il y a une limite à l'expérience que l'on peut acquérir le nombre d'années pris en compte est limité en conséquence.

❖ **Les avantages particuliers** : Certains avantages peuvent être liés à la situation de la famille (complément familial, primes de mariage, de naissance), aux 154 contraintes du poste (prime de salissure, de risque) ou à l'horaire (travail de nuit, le dimanche, etc.). Certains avantages sont liés à l'emploi occupé et dits avantages « de fonction » (logement de fonction, voiture de fonction) s'y ajoutant parfois des services annexes : entretien des pelouses et jardins, de la voiture. Certains avantages peuvent être accordés aux plus performants à l'issue de compétitions et concours interne, ces stimulations peuvent être variées.

D'autres avantages personnalisés concernent :

- les voyages ;
- les décentes ;
- la santé ;
- les prêts ;
- le standing ;
- la mise à la disposition de matérielle et d'abonnement ;
- le conseil.

❖ **La maîtrise de la masse salariale** : L'importance de la masse salariale dans la valeur ajoutée de l'entreprise nécessite une attention particulière portée à son contrôle.

❖ **L'évolution des rémunérations** : La rémunération de base d'un salarié est susceptible d'augmenter dans quatre cas : augmentation générale concernant la totalité du personnel de

l'entreprise; augmentations individuelles à l'intérieur de la zone de progrès du poste ; changement de poste dans le cadre d'une promotion ; influence de l'ancienneté.

✚ **Les augmentations générales** : Les augmentations générales concernent tous les salariés de l'entreprise. Elles ont pour objectif le maintien de l'amélioration du pouvoir d'achat.

✚ **Les augmentations individuelles** : Elles interviennent sans qu'il y ait changement de fonction (glissement), dans le cadre des zones de progrès de chaque fonction des augmentations peuvent être accordées à une partie plus ou moins large du personnel. Ces augmentations au mérite indépendantes de toute promotion représentent selon les entreprises une part très variable de la masse salariale (de 0 à 3% par an), Il faut noter également une grande diversité quant à l'importance du pourcentage de la population concernée et du taux d'augmentation.

✚ **L'ancienneté** : L'évolution de la rémunération est ici due à l'augmentation individuelle des taux de prime d'ancienneté ou à l'application d'une grille d'augmentation automatique liée à l'ancienneté. Elle peut se traduire par un pourcentage du salaire minimum conventionnel ou par une augmentation du nombre de point.

✚ **Les promotions** : Les promotions qui sont liées à la technicité peuvent avoir un impact immédiat sur le salaire. Cependant, un agent qui se situe dans la partie supérieure de la fourchette d'un poste et qui est promu dans un poste supérieur peut pendant la période d'apprentissage du poste, conserver la même rémunération.

❖ **L'évolution en masse et en niveau** : L'impact des mesures d'augmentation s'apprécie en masse et en niveau.

✚ **L'évolution en niveau** : Elle équivaut au pourcentage d'évolution de la rémunération instantanée d'une personne ou d'un groupe de personnes entre deux dates données, on fait souvent cette mesure de décembre à décembre.

✚ **L'évolution en masse** : Elle équivaut au pourcentage d'évolution de la masse salariale annuelle d'une personne ou d'un groupe de personnes pour deux périodes données. L'évolution en masse s'analyse généralement d'une année par rapport à une autre.

✚ **La gestion de la masse salariale** : L'évolution de la masse salariale résulte des décisions prises pour l'exercice et l'effet induit qui sont les conséquences :

- Des décisions prises au cours d'une période antérieure : effet de report ;
- Des modifications quantitatives ou qualitative de la population étudiée entre les deux périodes de références : effet d'effectif, effet de structure, effet de noria.

2.3.9 La politique des rémunérations : La politique de rémunération doit être cohérente avec les objectifs stratégiques de l'entreprise, les performances attendues et les résultats économiques.

❖ **Les grands choix d'une politique salariale** : La politique salariale repose sur la recherche d'un triple équilibre :

- l'équilibre financier de l'organisation ;
- la compétitivité externe compte tenu du marché du travail ;
- l'équité interne.

La gestion des rémunérations peut donc être définie comme le pilotage d'un système complexe et évolutif à trois composantes.

❖ **Les arbitrages** : Dans les années 1990, dans le cadre de la rémunération global, les arbitrages se modifient nous avons :

- L'arbitrage entre la rémunération collective et la rémunération personnalisée accorde une part croissante à la dimension individuelle.
- L'arbitrage entre la rémunération fixe et la rémunération variable privilégie d'avantage la partie aléatoire, réversible.
- L'arbitrage entre la rémunération immédiate et la rémunération différée favorise progressivement la part à moyen et long termes.

❖ **Les choix** : Les principaux choix concernent : Le niveau relatif des rémunérations par rapport à l'extérieur : Ce niveau s'apprécie sur plusieurs plans :

- Le plan professionnel (salaires de l'entreprise comparés à ceux de la branche) ;
- Le plan régional (salaires de l'établissement comparés avec ceux qui sont pratiqués dans le bassin d'emploi) ;
- Certaines entreprises s'efforcent de proposer un niveau de rémunération égal ou supérieur à celui des autres entreprises ;
- L'évolution des rémunérations dans le temps : Les orientations retenues peuvent être diverses : garantir jusqu'à un niveau hiérarchique le pouvoir d'achat à tout, ou aux bas salaires ou aux plus méritants. De ces orientations découleront des décisions et des arbitrages entre augmentations générales et mesures individuelles entre augmentations hiérarchisées et augmentation non hiérarchisées.

❖ **La structure interne** : Pour éviter l'impact sur le climat social des distorsions de rémunération entre établissement, fonctions ou postes, non justifiés par des critères objectifs et pour développer le sentiment d'équité, les entreprise s'efforcent d'avoir des grilles de

rémunération cohérentes et d'améliorer leur acceptabilité au fil des ans par ajustements successifs.

La structure interne des rémunérations s'apprécie sur trois plans :

- l'équilibre entre les différentes fonctions et les différents postes ;
- une entreprise qui en moyenne paie mieux que la profession peut, en réalité ne peut payer mieux que certain emploi ou certaine fonction d'où l'importance du facteur ancienneté.
- L'équilibre entre les différentes populations (homme et femmes), cet équilibre est délicat à apprécier du fait des différences de qualification de chaque population.

2.4 L'information et la communication :

La communication interne prend de l'ampleur avec ses deux dimensions, individuelle et collective, profondément imbriquées et interactive. La diffusion de l'information accroît la capacité individuelle à agir et favorise l'interaction et la dynamique de l'ensemble. En créant une identité et des références communes la communication favorise le sentiment d'appartenance et la mobilisation de chacun. La fonction ressource humaine a joué un rôle important dans la mise en œuvre d'une politique d'information et de communication, aujourd'hui le directeur des ressources humaines est souvent le directeur des ressources humaines et de la communication.

2.4.1 Les outils d'information et de communication : Le développement des NTIC, et en particulier la généralisation d'intranet dans les entreprises, a modifié l'approche permettant l'accès de la totalité des salariés, ou d'une partie d'entre eux, à un ensemble d'information ascendante, avec l'ambition de rétablir le processus de communication dans son intégralité. L'information descendante : elle se développe à travers l'intranet, des médias écrits et les réunions :

❖ **Les supports écrits et audiovisuels :** Les plus fréquents sont :

- **Le livret d'accueil :** il introduit à la vie quotidienne de l'entreprise tout en soulignant les avantages légaux et extralégaux dont bénéficie le personnel. Il précise également les grands axes de la politique sociale de l'entreprise et ses objectifs.
- **La plaquette de présentation de l'entreprise :** elle s'adresse aussi au public extérieur à l'entreprise. Elle fait découvrir l'histoire, les réalisations, l'organisation et les hommes, les métiers et les produits, le projet et les valeurs.
- **Le journal d'entreprise :** se proposant de couvrir toute la vie de la firme et des hommes qui y travaillent, le journal d'entreprise informe sur ce que fait l'entreprise et sur ce

qu'elle devient, il présente une grande diversité d'informations qui sont aussi bien d'ordre technique, économique et financier que d'ordre social, culturel et sportif.

- **La publication diversité** : l'information descendante s'adresse souvent à des groupes spécifiques aussi la presse d'entreprise comprend, dans les organisations complexes, un ensemble de médias destiné en particulier à l'encadrement.

- **La diffusion d'un bilan social personnalisé** : Ce document contient toutes les informations personnelles concernant le salarié dans l'entreprise, notamment sa rémunération, ses avantages, sa formation, ses droits acquis et son patrimoine social.

- **L'instauration du bilan sociale** : Elle répond à un souci d'amélioration de l'information dans le domaine social, la loi prévoit sa diffusion aux actionnaires, aux représentants du personnel à l'inspecteur du travail et sa mise à la disposition de tous salariés qui en fait la demande. Certaines entreprises ont choisi de distribuer à tous les salariés le document, parfois présenté sous la forme illustrée et commentée d'un « rapport social ». D'autres ont choisi une cible plus restreinte ils ont la publication d'extraits dans la presse d'entreprise. La richesse en formations chiffrées du bilan social légal, la difficulté de maîtriser l'ensemble des définitions utilisées, limitent sa lisibilité sans formation préalable. La réalisation d'un rapport social conditionne son utilisation comme support d'information de l'ensemble du personnel.

- **Les réunions [28]** : elles permettent une adaptation de l'information et une ébauche de communication organisées en cascade le long de la ligne hiérarchique. Elles confirment le statut du cadre et de l'agent de maîtrise dans le processus de l'information descendante, leur position de relais. Elles concernent alors un groupe restreint (équipe, service), il existe aussi des réunions pouvant rassembler plusieurs centaines de personnes, où la direction générale présente elle-même les informations, parfois à l'aide de supports filmés ; on répond aux questions préalables ou immédiates.

2.5 La politique de communication :

Elle regroupe un certain nombre de critères

2.5.1 L'audit de la communication : On cherche ainsi à :

- cerner l'identité et la personnalité de l'entreprise (histoire, perspectives d'avenir, forces et faiblesse, style de management) ;
- localiser les nœuds de tensions et les conflits éventuels (déséquilibre de la pyramide des âges, différences des statuts, inquiétudes diffuses) ;
- répertorié les moyens d'information et de communication existants ;

- rassembler les jugements portés sur ces moyens d'information et de communication (forme, contenu, diffusion, pénétration) ;
- détecter tout ce qui peut entraver (le climat social, la centralisation, la dispersion dans l'entreprise, les initiatives en cours) ;
- faire émerger les préoccupations et les aspirations de la direction et des salariés, en matière d'informations et de communications.

Pour établir un tel audit, les procédés ne manquent pas : sondages enquêtes d'opinion, entretiens individuels et entretiens de groupe.

2.5.1.1 Définir les objectifs : L'audit, associé à une réflexion sur le devenir de l'entreprise, ainsi que sur les événements prévisibles pouvant à terme le perturber permet une prise en compte d'objectifs précis tels que :

- Faciliter l'autonomie des équipes de travail (la décentralisation, la concertation) et développer leur capacité d'innover (les échanges entre experts) ;
- Renforcer la cohésion d'une entreprise et entraîner l'adhésion des hommes.

2.5.1.2 Choisir les moyens : Pour atteindre ces objectifs, il faut établir une programmation rigoureuse comprenant un recensement des supports utilisables, une description des procédures ainsi que le repérage de leur opportunité à court et à long terme des instruments de contrôle, prenant la forme d'enquêtes légères, permettent de mesurer périodiquement l'impact des actions et éventuellement de les réadapter.

2.5.1.3 La mise en œuvre : la réussite d'une politique d'information et de communication dépend de la compétence des hommes, de leur enthousiasme et de la volonté qu'ils ont de s'engager, pour mener à bien des opérations d'information et de communication dans le cadre d'une politique à long terme ou d'un programme à court terme, la désignation d'un chef de projet s'impose, celui-ci se voit confier la responsabilité de l'ensemble de la politique ; chargé de faire respecter les plans établis, il veille à l'exécution des tâches, anime et concentre.

2.5.2 Les types de communication [29] :

L'entreprise peut être assimilée à un vaste enchevêtrement de réseaux de communication, ceux-ci sont diverses forme, dans différentes directions parcourant la structure dans son ensemble ; ils possèdent des caractéristiques propre, voyons en quelques-uns :

- **La communication personnelle et impersonnelle :** La lettre ou le coup de téléphone est opposé à la note de service.
- **La communication descendante :** (Le Long de la hiérarchie) communication ascendante, latérale, diagonale (directeur fabrication vers chargé d'étude commerciales).
- **La communication écrite :** Communication oral, le choix est important toutes deux

présentant de multiples avantages et inconvénients. Prenons simplement l'exemple de l'écrit (il suffit d'inverser pour l'oral).

2.6 La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) :

Le 18 janvier 2005, la loi de programmation pour la cohésion sociale (dite loi Borloo) a imposé aux entreprises de plus de 300 salariés de négocier un plan triennal de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). Ainsi Oiry E. et al ont mis en évidence quatre types de Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) très différents :

- la GPEC « instrumentalisée » ;
- la GPEC « externalisée » ;
- la GPEC « agent de changement » ;
- et la GPEC « territorialisée et mutualisée ».

Plusieurs études et rapports ont proposés des bilans de cette loi et de sa mise en œuvre.

Certains d'entre eux ont analysé en détail la manière dont les entreprises et l'ensemble des acteurs se sont saisis du dispositif, mais les pratiques concrètes de GPEC actuellement développées par les entreprises sont mal connues. Les premières analyses des pratiques de la GPEC sont plus tardives. Mais, rapidement, deux constats émergent.

✚ Le premier constat : les pratiques de GPEC apparaissent très hétérogènes. En particulier, Joyeau et al mettent en évidence deux axes structurants. D'une part, les GPEC apparaissent comme étant orientées soit vers une gestion individuelle (au sens d'une gestion individuelle des parcours professionnels) soit vers une gestion plus collective (des emplois en l'occurrence). D'autre part, les GPEC reposent sur un contrôle des salariés ou, au contraire, misent sur leur autonomie.

✚ Le second constat, plus négatif : les pratiques de GPEC sont globalement peu développées dans les organisations et elles ont plutôt tendance à ne pas atteindre leur objectif premier, c'est-à-dire éviter les licenciements. Ce constat négatif ne signifie pas pour autant la disparition des réflexions sur le concept de compétence. C'est plutôt la notion de prévision qui est remise en cause. Les années 2000 correspondent en effet à un accroissement du nombre des articles décrivant des pratiques concrètes de gestion des compétences.

On y constate que les entreprises peuvent parvenir à gérer les compétences, c'est-à-dire à les identifier, à les reconnaître, voire à les rémunérer. Le champ d'application de ce mode de gestion est même plutôt en extension puisqu'il commence à émerger dans des PME, ou encore dans des établissements hospitaliers [30].

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

74

3. La qualité des soins à l'hôpital

✓ Définition de la qualité des soins :

La qualité : Aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites des utilisateurs.

La qualité des soins selon l'OMS : Garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, Conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains.

4. GRH : un acteur stratégique :

les années 1980 ont marqué l'avènement de la dimension stratégique acquise par la fonction ressource humaine. En se fondant sur le principe selon lequel la performance de l'entreprise est dépendante de sa capacité de réaction aux transformations des marchés, la GRH est progressivement apparue aux yeux des dirigeants comme un enjeu majeur. Le courant de la gestion stratégique des ressources humaines (GSRH), développé à partir du début des années 1990 (Wright & Mc Mahan, 1992 ; Wright & Snell, 1998), s'est développé en avançant deux arguments principaux :

✚ Tout d'abord, la fonction RH contribue à la stratégie de l'entreprise: il s'agit d'une fonction clé aussi bien pour la définition que pour la mise en œuvre de celle-ci.

✚ Ensuite, le capital humain (c'est-à-dire les compétences individuelles et collectives des employés) constitue une ressource stratégique pour l'entreprise (Pfeffer, 1994 ; Ulrich, 1991) et procure un avantage concurrentiel. Les salariés sont alors appréhendés comme étant en mesure de fournir un avantage compétitif à leur entreprise, voire deviennent l'actif le plus important de l'organisation (Lepak & Snell, 1998). En reconnaissant l'importance des salariés dans la performance de l'entreprise, les ressources humaines s'avèrent donc un levier stratégique pour atteindre les objectifs de la firme (Ulrich, 1991 ; Becker & Huselid, 2001). Face à ces constats, on remarque que la GSRH se distingue catégoriquement de la GRH, qui reste subordonnée aux autres fonctions organisationnelles et n'a pas d'objectif propre autre que la gérance des ressources humaines. Donc la GSRH constitue la gestion des ressources humaines dans un objectif stratégique (l'objectif étant stratégique, la gestion en devient elle-même stratégique), soit la plupart du temps l'amélioration de la performance organisationnelle. La gestion des ressources humaines devient ainsi liée au développement de l'entreprise [14].

5. Finalité de la GRH

Nous pouvons synthétiser les études sur la gestion stratégique des ressources humaines en trois perspectives théoriques toutes aussi plausibles (Arcand, 2006 et Arcand 2000). Succinctement, nous retrouvons :

- l'approche universaliste ;
- l'approche de contingence ;
- et l'approche configurationnelle des ressources humaines (Bayad, Arcand et Arcand, (2004) Doty, 1996).

5.1 L'approche universaliste [31] :

Soltan, Bayad et Arcand reprennent l'idée des tenants de l'approche universaliste pour considérer, indéniablement le recours au paradigme universaliste comme déterminant dans la recherche des pratiques qui maximisent l'efficacité de la firme.

Ils affirment que dans la conception universaliste, dominante en littérature nord-américaine, la recherche, de nature hypothético-déductive, consiste à partir d'évidences et de constats et procède par la suite à leur généralisation ou « universalisation ». En effet, comme dans le cas de la plupart des sciences sociales, le contexte importe peu par rapport aux caractéristiques intrinsèques de l'organisation.

Ainsi, l'approche universaliste suppose que, indépendamment du contexte d'affaires, certaines pratiques de GRH permettent d'améliorer la manière dont les ressources humaines sont stratégiquement gérées au sein des organisations et, par voie de conséquence, d'accroître la performance de la firme.

De même M.Arcand, G.Arcand, et E.Morceau, stipulent que la perspective universaliste représente le raisonnement le plus simple en gestion stratégique des ressources humaines (GSRH). Selon cette approche, il existerait des pratiques de GRH qui, indépendamment du contexte d'affaires, pourraient aider les firmes à accroître de manière significative leur niveau de performance organisationnelle. Bien que ces dernières varient d'un auteur à l'autre, le rôle clé de certaines pratiques RH est tout de même reconnu dans l'accroissement de la performance de la firme. Parmi les principales pratiques RH qualifiées de « performantes » par la littérature scientifique, les auteurs citent celles liées aux activités de rémunération incitative, à la participation des employés, à la formation et au développement de la main d'œuvre, ainsi qu'à l'aspect sécurité d'emploi. S'il peut encore exister une certaine divergence

en ce qui concerne l'identification des pratiques «performantes» de GRH, il semble, tout de même, se dégager un consensus lorsque vient le moment de justifier les assises théoriques sur lesquelles repose l'hypothèse universaliste des RH. En fait, deux arguments théoriques servent de pierre d'assise aux tenants de l'approche universaliste des RH. Plusieurs théories, issues autant de la stratégie, de la finance, de l'économie ainsi que de la psychologie, Becker et Huselid en 1998, ont contribué à développer un intérêt grandissant à l'égard de la gestion des ressources humaines en démontrant la contribution de certaines pratiques à l'atteinte de l'efficacité organisationnelle. En effet, chacune de ces disciplines a fourni des arguments au développement d'une perspective universaliste voulant qu'à chaque fois qu'une pratique de gestion des ressources humaines est mise en place, elle exerce un impact positif sur la performance de l'entreprise nous avons :

5.1.1 Approche stratégique de la gestion des ressources humaines [31] :

La théorie des ressources et compétences : La théorie de ressource et compétence a été développée principalement dans le but de mieux comprendre l'avantage concurrentiel. L'exploitation des ressources propres de l'entreprise et sa capacité à développer des actifs stratégiques, des compétences uniques apparaissent ainsi primordiales.

Au-delà d'une meilleure compréhension de l'avantage concurrentiel, l'approche par les ressources et compétences constitue une nouvelle voie pour l'étude de la performance des organisations.

Les ressources originales procurent à l'entreprise un positionnement concurrentiel unique source de performance.

La théorie des ressources et compétence comme cadre conceptuel pour l'évaluation de la GRH : Arcand G. et al affirment que dans une approche stratégique de la gestion des ressources humaines on peut considérer la théorie des ressources stratégiques qui offre bien évidemment un support important à l'approche universaliste de la gestion des ressources humaines. Les bouleversements qui ont caractérisé l'économie des dernières décennies ont accru la difficulté pour les entreprises de mettre en œuvre des stratégies d'affaires reposant sur des variables externes. Les entreprises n'ont eu d'autres choix que de se tourner vers les variables sur lesquelles elles peuvent exercer un contrôle comme les capitaux financiers, le matériel (équipements, matières premières et technologies) et les individus. L'intérêt grandissant pour ces variables internes a contribué au développement de la théorie des ressources. Selon cette approche, les ressources de l'entreprise, pour constituer un avantage concurrentiel durable, doivent être génératrices de valeur rares difficilement imitables ou substituables.

Des travaux ultérieurs de Barney et Wright (1998) permettront de préciser que si ces critères sont essentiels pour qu'une ressource représente un avantage concurrentiel, il faut également lui ajouter un facteur de support organisationnel, c'est-à-dire que l'entreprise doit avoir la capacité d'organiser les ressources (y compris les individus) et les compétences de façon à générer un avantage sur ses concurrents. Toutefois, selon Pfeffer (1994) et Ulrich (1991), la technologie et le capital ne pouvant plus assurer un avantage d'affaires durable, le raisonnement basé sur ces ressources constitue une logique de court terme. Seule la structure sociale, c'est-à-dire les ressources humaines, peuvent dorénavant procurer l'avantage compétitif recherché.

5.1.2 Approche financière de la gestion des ressources humaines [31] :

La gestion des ressources humaines étant davantage reconnue comme une dimension stratégique de l'entreprise, le monde de la finance considère de plus en plus le facteur de risque sur la performance financière de l'entreprise, (comme étant) associé à une mauvaise gestion des individus. Dans les PME, ce risque correspond maintenant à une composante du risque d'affaires. Dans une perspective financière, les pratiques de gestion des ressources humaines peuvent être analysées comme de multiples stratégies assurant une coordination optimale des individus et permettant à l'entreprise de contrôler son risque d'affaires et d'obtenir le rendement attendu de ses actifs.

5.1.3 Approche économique de la gestion des ressources humaines [31] :

D'un point de vue économique, la perspective universaliste de la gestion des ressources humaines peut s'appuyer sur des arguments provenant de la théorie du capital humain, de la théorie des coûts de transaction et de la théorie de l'agence.

Selon la théorie du capital humain, les connaissances, les habiletés et les compétences détenues par les individus représentent, au même titre que les autres actifs corporatifs, une source de valeur économique pour la firme, souvent supérieure aux actifs traditionnels tels les machines, les immeubles, etc. En se fondant sur ce principe, les tenants de la perspective universaliste soutiennent que la mise en œuvre de pratiques de gestion des ressources humaines, telle le développement des compétences, constitue un moyen privilégié d'accroître la valeur du capital humain et par conséquent d'augmenter l'efficacité organisationnelle. Plusieurs travaux théoriques justifient la capacité d'activité de gestion des ressources humaines à augmenter la valeur du capital humain dans tout genre d'entreprise.

La perspective universaliste s'appuie également sur :

- La théorie des coûts de transaction. Selon Williamson (1981), mettre en place un système administratif pour encadrer les transactions à l'interne ne garantit pas l'efficacité de ces transactions. Il est aussi essentiel d'examiner les caractéristiques du capital humain nécessaire à la réalisation des transactions et veiller à façonner la relation d'emploi en conséquence. « Les principes s'appliquant à l'organisation efficace des transactions en général s'appliquent de la même manière à la gestion du capital humain », explique Williamson (1981 : 562), précisant qu'il faut s'assurer de mettre en place une structure de gouvernance (de très simple à très complexe) qui corresponde bien à la nature des transactions effectuées au sein de l'organisation.

La théorie de l'agence développée par Jensen et Meckling (1976) et plus tard (par) Jones et Wright (1992) montre que le comportement de l'entreprise se compare à celui d'un marché, en ce sens qu'il est la résultante d'un processus d'équilibrage complexe. Cette théorie permet d'expliquer la mise en place de certaines pratiques de gestion des ressources humaines, celles-ci constituant une forme de contrat visant à assurer l'arrimage entre les intérêts du principal (le propriétaire de la PME) et ceux de ses agents (le personnel). En d'autres termes, on recourra à différentes pratiques de gestion des ressources humaines en vue de réduire les risques induits par la relation d'agence.

Les changements structureaux qui se sont produits au cours des dernières décennies dans l'économie de la plupart des pays industrialisés ont modifié considérablement la nature des facteurs procurant un avantage concurrentiel aux entreprises et ont accentué l'importance de bien gérer les savoirs détenus par une entreprise.

Schumann (1998) explique par exemple que le travailleur est de plus en plus « détaché » du processus de production. En effet, il manipule de moins en moins de matériaux et s'occupe plutôt à assurer le fonctionnement de la technologie mise en place pour soutenir la production. Le rôle du travailleur en devient un de « régulateur de système » car il est appelé à programmer des machines, à contrôler des processus et à résoudre des problèmes. Des modifications aussi fondamentales au rôle du travailleur ont eu pour effet d'accroître considérablement l'importance de ses compétences et plus encore, de sa capacité d'apprentissage. Ces changements supposent aussi une organisation du travail différente permettant d'obtenir un plus grand engagement des individus, une plus forte responsabilisation et une plus grande initiative de leur part. Drucker (1999) soutient même que le plus grand défi des pays industrialisés ne consistera plus à améliorer la productivité du

travail manuel, mais plutôt à augmenter la productivité des travailleurs du savoir (knowledge workers), qu'il faudra aussi être en mesure d'attirer et de conserver au sein de l'entreprise.

5.1.4 Approche psychologique de la gestion des ressources humaines [31] :

Certains chercheurs, qui ont privilégié une approche psychologique de la gestion des ressources humaines, ont établi que la motivation et la satisfaction des travailleurs sont des facteurs pouvant influencer leur comportement et par conséquent, avoir un impact sur la productivité et la rentabilité des entreprises.

Outre les pratiques associées à la rémunération, des pratiques favorisant les interactions entre les individus et la création de liens à long terme pourront contribuer à stimuler leurs efforts. En ce sens, Fabi, Martin et Valois (1999) rappellent le rôle facilitateur que jouent auprès du personnel les pratiques de communication, de développement des compétences, de participation et de reconnaissance, dans la mise en œuvre de changements organisationnels nécessitant souvent l'adoption de nouvelles attitudes.

Plusieurs arguments militent donc en faveur de la perspective universaliste qui voudrait que les pratiques les plus reconnues de gestion des ressources humaines aient un effet positif dans toutes les entreprises où elles sont appliquées. Pfeffer et Veiga (1999) ont soutenu ce point de vue en affirmant que les pratiques de gestion des ressources humaines, peu importe le contexte d'affaires, pourraient aider les entreprises à accroître leur niveau de performance.

5.2 L'approche contingente [31] :

La théorie de la contingence appliquée à la GRH a permis de mettre en exergue principalement deux formes d'alignement : l'alignement vertical et l'alignement horizontal. L'alignement vertical, par l'entremise de la perspective comportementale, suggère que chaque stratégie externe (stratégie d'affaires) requiert des comportements spécifiques et que le rôle de la GRH est justement de stimuler ces comportements. De l'autre côté, l'alignement horizontal appuie l'idée que ce sont les stratégies internes à l'entreprise qui sont la source d'un avantage concurrentiel et que la cohérence entre les politiques de rémunération et les systèmes de ressources humaines (organisation du travail, gestion de la qualité, culture organisationnelle) serait plus déterminante que la cohérence entre les pratiques de rémunération et les stratégies d'affaires.

5.2.1 Alignement vertical [31] :

La perspective comportementale, qui est au cœur du concept d'alignement vertical, suggère que les caractéristiques organisationnelles, comme la stratégie d'affaires, requièrent des attitudes et des comportements uniques afin d'assurer le succès de ladite stratégie.

Une stratégie d'affaires exige des comportements spécifiques pour réussir, et l'utilisation de pratiques de rémunération vise pour l'essentiel à stimuler, récompenser et contrôler ces comportements. Les organisations doivent implanter les pratiques de rémunération qui vont susciter les comportements les plus compatibles avec les stratégies d'affaires. Deux typologies en matière de stratégie ont particulièrement retenu l'attention des chercheurs en GRH : les stratégies concurrentielles de Porter (1980) et le degré de diversification de Rumelt (1974).

5.2.2 L'alignement horizontal [31] :

Les approches stratégiques traditionnelles assument que les firmes d'une même industrie sont identiques à l'égard des ressources stratégiques qu'elles contrôlent. Cependant, les organisations disposent d'une certaine latitude leur permettant de développer des stratégies internes qui leur sont propres. Des études ont montré que les pratiques de rémunération avaient une plus grande valeur ajoutée lorsqu'elles étaient utilisées pour appuyer des stratégies de développement organisationnel telles que les nouvelles formes d'organisation du travail, la gestion de la qualité et la culture d'entreprise.

5.2.3 Organisation du travail [31] :

Les nouvelles formes d'organisation du travail, telles que les équipes autonomes, ont pour effet de modifier les structures de pouvoir et de communication au sein des entreprises.

Cette réforme du travail a pour incidence d'accroître généralement le degré d'autonomie des membres et l'interdépendance des tâches, accentuant ainsi l'importance de l'esprit d'équipe et de la collaboration. Cette collaboration à l'intérieur des équipes de travail ne pourra conduire à la solution coopérative que dans la mesure où elle est accompagnée d'un programme de rémunération approprié. La nature complexe des compétences que suscitent ces équipes invite les organisations à promouvoir une politique salariale de leader assortie d'incitatifs collectifs afin de ne pas nuire à la dynamique de groupe. La gestion de la rémunération y est décentralisée et transparente, de manière à laisser aux membres le soin d'identifier les plus méritants. Cependant, la difficulté d'évaluer les performances individuelles au sein des équipes, en raison de l'interdépendance des tâches, milite en faveur de bonis basés sur le rendement de l'équipe plutôt que sur la performance de chacun des membres.

5.2.4 Gestion de la qualité [31] :

Certaines politiques de rémunération seraient plus appropriées que d'autres dans un contexte de gestion de la qualité. L'investissement en gestion de la qualité inciterait les organisations à faire évoluer les critères d'évaluation de la performance de façon à récompenser le groupe plutôt que l'individu. L'élargissement des responsabilités (ex. : résolution de problèmes, amélioration continue), qu'exige cet environnement de travail, amène les entreprises à verser des salaires de base un peu plus élevés de manière à attirer et retenir les personnes possédant ces compétences.

En matière de gestion du système de rémunération, l'étude de Fosam, Grimsley et Wisher (1998) suggère que la transparence, la justice procédurale et la qualité des communications sont des conditions importantes de succès d'une démarche de gestion de la qualité. De plus, dans un souci d'une plus grande cohérence, la valorisation de l'autonomie et de la Culture d'entreprise ; La culture d'entreprise est considérée comme le reflet des valeurs, des symboles, du langage, de l'idéologie, des rituels et des mythes perceptibles dans les organisations. À l'image de la culture, les politiques salariales sont imprégnées de symbolisme de telle sorte que chaque forme de rémunération a le potentiel de transmettre un message différent. Dans le but d'assurer une plus grande cohérence avec la culture participative, les pratiques de rémunération doivent signaler une plus grande démocratisation dans les milieux de travail. Une plus forte transparence et décentralisation dans la gestion de ces pratiques s'avère nécessaire pour assurer cette cohérence.

En outre, la participation des employés aurait plus de chance de succès dans un environnement où les récompenses financières viennent appuyer l'implication des employés dans la prise de décisions.

5.3 Approche configurationnelle [31] :

Parmi ces principales approches de la gestion stratégique des ressources humaines (GSRH), l'approche configurationnelle des ressources humaines (RH) retient l'intérêt d'une grande partie de la communauté scientifique la GRH n'a de réel effet sur l'efficacité de l'organisation que dans la mesure où elle parvient à constituer un regroupement cohérent de pratiques capables de s'harmoniser avec les principales caractéristiques de l'organisation. L'approche configurationnelle implique l'idée d'un processus de décision holistique et incrémental. Les configurations, qui ne sont que des idéaux-types, peuvent être vues comme une architecture de liens multiples (non linéaires) et interactifs entre les éléments de la stratégie et les grappes de pratiques de GRH; une architecture susceptible d'évoluer au cours du temps pour atteindre

un niveau maximal d'efficacité. La perspective configurationnelle dépasse ainsi le cadre de l'ajustement vertical introduit par l'approche de contingence, qui fait référence à la cohérence externe pouvant exister entre un groupe de pratiques de GRH et une caractéristique organisationnelle (la stratégie d'affaires par exemple), et intègre parallèlement à celui-ci un principe d'ajustement horizontal portant sur la cohérence interne entre les pratiques de GRH.

Les configurations issues des idéaux-sont obtenues soit par construction théorique soit par observation empirique. Toutefois et comme le soulignent Doty et Glick (1994), la plupart des chercheurs en GRH préfèrent les configurations basées sur des construits théoriques.

La complexité théorique de l'approche configurationnelle par rapport à celle de l'approche de contingence réside également dans le fait que les configurations résultent d'effets de synergies et d'interactions non linéaires ne pouvant être obtenus par des analyses bi-variées comme dans le cas de l'approche contingente. Contrairement au principe de supériorité de l'approche universaliste, l'approche configurationnelle postule, à travers le principe d'équifinalité, que plusieurs configurations peuvent conduire à un niveau de performance maximal. Ces configurations ne doivent pas être vues comme étant des catégories immuables dans lesquelles doivent venir s'inscrire les organisations, mais comme des profils idéaux dont les organisations se rapprochent plus ou moins.

Le fait de regrouper des pratiques de GRH en un système cohérent remonte aux années 1960 et plus précisément aux travaux de Woodward (1965) et de Burns et Stalker (1961) qui ont montré l'importance, pour une organisation, de l'alignement de la technologie ou de la structure organisationnelle sur des éléments de la GRH. Les écrits de Lawrence et Lorsch (1967) ont de leur côté montré l'importance de créer une certaine forme d'arrimage interne entre la structure organisationnelle, les tâches, les processus administratifs et les individus, et ont servi de base à des validations empiriques intéressantes.

Bien que chacune des perspectives universalistes, contingentielle et configurationnelle, étudiées plus haut, soit défendable d'un point de vue théorique; c'est la perspective contingentielle qui sera retenue dans la présente étude. Cette perspective a été validée à travers bon nombre d'études empiriques.

IV. MÉTHODOLOGIE

1. Type d'étude :

C'était une étude transversale de type descriptif portant sur les pratiques de GRH dans les établissements hospitaliers de Bamako.

2. Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée à Bamako principalement dans les établissements hospitaliers suivants :

- le CHU de Point G
- le CHU de Gabriel Touré
- l'hôpital Mère-enfant (le Luxembourg)
- le CHU de l'hôpital du Mali.

Présentation des différents hôpitaux de notre étude à Bamako :

- **Hôpital du Point G** : Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de son état, au paravent était un hôpital militaire colonial de Bamako encore appelé Diamadiê Koulou, créé en février 1906 est un hôpital de 3^e référence, sise sur la colline du Point G à Bamako sur la route de Kati, sur une superficie de 25 Hectares était administré par des médecins militaires français jusqu'en 1958, il est situé à 83 mètres au-dessus du fleuve Niger. Trois pavillons étaient réservés au européens dont un aux femmes et aux Indigènes. L'hôpital en ce temps pouvait recevoir 40 européens et 60 Indigènes. D'après le Pr Kaminian B., lors de son intervention au premier centenaire de l'hôpital du Point G a rappelé qu'au Soudan ; « les premières structures médicales modernes sont l'œuvre de l'armée d'occupation qui en avait besoin pour soigner les blessés des opérations militaires menées contre les résistants africains, et pour assurer la couverture sanitaires des populations européennes de toutes catégorie impliquées dans la colonisation et les auxiliaires de l'entreprise coloniale. » A cette époque, la construction de l'hôpital prévue pour abriter 120 Lits a couté 1.500.000 Francs de l'époque, et il était destiné aux besoins d'une population de 4000 personnes environ [32].
- **Hôpital Gabriel Touré** : L'ancien dispensaire central de Bamako a été créé en 1951 et érigé en hôpital le 17 janvier 1959.

Il sera baptisé « Hôpital Gabriel TOURE » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire du Soudan français (actuel Mali) mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934. L'Hôpital Gabriel TOURE a évolué en

Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992, doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion.

L'Hôpital Gabriel TOURE (hôpital national), était l'un des quatre (04) établissements publics (hôpitaux nationaux) à caractère administratif (EPA) institués, par la loi n°92-024 AN-RM du 05 octobre 1992 ; avant de devenir (EPH) par la loi n°03-022 AN-RM du 14 juillet 2003 aux termes de laquelle il a quatre (04) missions principales à savoir :

- ❖ Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- ❖ Assurer la prise en charge des urgences et des cas référés ;
- ❖ Participer à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et des étudiants ;
- ❖ Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

Situé en commune III et bâti sur une superficie de 3,1 hectares, l'Hôpital Gabriel TOURE comprend une administration, 7 départements regroupant 26 services et des unités depuis la décision n° 0386/DGHGT du 30 novembre 2009 suite à la mise en œuvre du Projet d'établissement. Il s'agit de :

- **Département de médecine regroupant les services suivants :** Hépto-Gastro-entérologie ; Cardiologie ; Neurologie ; Diabétologie ; Dermatologie.
- **Département de chirurgie regroupant les services suivants :** Chirurgie générale ; Traumatologie et orthopédie ; Oto Rhino Laryngologie (ORL) ; Urologie ; Neurochirurgie ; Chirurgie pédiatrique ; Médecine physique (Kinésithérapie).
- **Département d'anesthésie réanimation et médecine d'urgence** comprenant les services : Anesthésie ; Réanimation adulte ; Service d'Accueil des Urgences.
- **Département de gynécologie-Obstétrique** qui regroupe les services ci-après : Gynécologie ; Obstétrique.
- **Département d'imagerie médicale** comprenant les services : Scanner ; Mammographie et radiologie conventionnelle.
- **Département des services médico-techniques** qui comprend les services : Laboratoire d'analyses médicales ; Pharmacie.
- **Département de pédiatrie** composé de deux services : Pédiatrie générale ; Néonatalogie.

Les services tels que la maintenance et le service social sont placés en staff à la direction. L'Unité d'hygiène et assainissement et la Buanderie sont rattachées à la Surveillance

générale, la morgue à la Direction médicale et la Cuisine à la Direction administrative. Chaque département est dirigé par un Chef de département.

L'hôpital emploie 636 agents toutes catégories confondues et dispose de 441 lits. Le nombre de lits a connu des variations au cours de l'année notamment en Pédiatrie.

L'hôpital travaille en partenariat avec plusieurs ONG, organismes et programmes nationaux et internationaux. Des donateurs anonymes et diverses associations religieuses et bénévoles interviennent de manière ponctuelle auprès des patients.

Les activités de l'hôpital s'inscrivent entièrement dans la mise en œuvre du service public hospitalier [33].

- **Hôpital Mère-Enfant** : Sise au quartier Hamdalaye en commune IV près du lycée Prosper Camara Bamako, crée en Novembre 1999. Le promoteur en 1998 est SEM Amadou Toumani Touré ancien chef de l'état de la république du Mali dans sa biographie. Information inaccessible à cause de la personnalité de cet établissement.

- **Hôpital du Mali** : Hôpital de 3^{ème} référence, situé sur la rive droite du fleuve Niger à Missabougou en Commune VI. L'Hôpital du Mali est un don de la République Populaire de Chine à la République du Mali. Il a été inauguré en 2010 et équipé en grande partie par le partenaire chinois. Il comprend essentiellement :

- un (01) bloc administratif comprenant les bureaux de la direction, la consultation externe, le bureau des entrées, la pharmacie hospitalière, les urgences et la réanimation ;
- un (01) bloc technique qui comprend le laboratoire d'analyse médicale, l'imagerie médicale, l'exploration fonctionnelle et le bloc opératoire ;
- un (01) bloc d'hospitalisation qui comprend la chirurgie (neurochirurgie, chirurgie thoracique, chirurgie générale, traumatologie- orthopédie et la gynécologie), la médecine et la pédiatrie ;
- des bâtiments annexes qui comprennent une (01) cantine pour le personnel, une (01) mosquée, une (01) morgue, une (01) buanderie, un (01) bloc de distribution électrique, un (01) local de vente de produits de première nécessité, des latrines extérieures, cinq (05) hangars dont un (01) pour les accompagnants des hospitalisés, un (01) pour les malades en consultation externe, un (01) au service des urgences pour les accompagnants , un (01) pour protéger les appareils de climatisation du bloc opératoire et un (01) pour la cuisine, une (01) salle de gaz, deux (02) salles dont une pour la formation et l'autre pour l'accueil des mères des enfants prématurés hospitalisés, une mini banque de sang, etc. ;

- Un service de radiothérapie qui a été financé sur budget d'Etat et construit grâce à la coopération avec l'Autriche. Ce service qui est dédié au traitement du cancer a été inauguré en février 2012 et est fonctionnel depuis avril 2014.

L'Hôpital dispose aussi de deux (02) groupes électrogènes dont un (01) pour le service de radiothérapie, pour l'alimentation en électricité pendant les périodes de coupures de courant.

La structure a une capacité actuelle de cent trente-deux (132) lits d'hospitalisation. Il est envisagé que cette capacité progresse pour atteindre quatre cent (400) lits, conformément au Projet d'Etablissement Hospitalier (2014-2018) et grâce à la possibilité d'extension sur une superficie de plus de quinze (15) hectares disponibles. Ce développement progressif permettra de répondre à la plupart des besoins de référence de l'ensemble des populations du Mali. Il permettra aussi de renforcer les capacités de formation de nos futurs professionnels de santé, dans un établissement qui est déjà un Centre Hospitalo-universitaire (CHU) avec la signature effective de la convention hospitalo-universitaire. La mise en œuvre de cette convention attend toujours la signature de l'Arrêté interministériel d'approbation par les ministres en charge de l'enseignement supérieur et celui en charge de la santé [34].

3. Période d'étude :

La période de notre étude a été de 9 mois de Janvier 2017 à Septembre 2017.

Sur cette période nous avons effectué les tâches suivantes :

la rédaction du projet et sa validation ;

- l'élaboration du questionnaire ;
- collecte des données ;
- le traitement des données ;
- la rédaction de la thèse.

4. Population d'étude :

Notre population d'étude était composée de l'ensemble des personnes qui travaillaient au CHU de Point G, au CHU de Gabriel Touré, à L'hôpital Mère-enfant (le Luxembourg) et à L'hôpital du Mali.

5. Critères d'inclusion :

Les personnes qui travaillaient au CHU de Point G, au CHU de Gabriel Touré, à L'hôpital Mère-enfant (le Luxembourg) et à l'hôpital du Mali au moment de notre passage.

Les personnes impliquées dans la gestion des ressources humaines et qui ont accepté de participer à notre étude.

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

6. Critères de non inclusion :

Les personnes qui ne travaillaient pas dans ces quatre établissements hospitaliers Universitaires.

Les personnes qui ne sont pas impliquées directement dans la gestion des ressources humaines

7. Echantillonnage :

Nous avons constitué un échantillonnage raisonné en fonction de nos critères d'inclusion :

- le DG de l'hôpital (n=2);
- le DGA (n=0) ;
- le président CME (n=1);
- le responsable des RH (n=4);
- l'Agent Comptable (n=3);
- le surveillant de l'hôpital (n=3);
- les chefs de service (n=17);
- le syndicat (n=0).

8. Outils de collecte de données :

Pour la collecte des données de notre étude, nous avons administré un questionnaire aux personnes ressources.

9. Variables à collecter :

Les variables suivantes ont été étudiées :

- Données sociodémographiques ;
- Le recrutement ;
- La gestion des carrières ;
- La rémunération ;
- La formation.

10. Procédure de collecte :

Nous sommes passés au niveau du bureau de chaque responsable pour administrer le questionnaire.

11. Saisie et analyse des données :

- ✓ Microsoft Word version 2013 ;
- ✓ SPSS version 20 ;
- ✓ Microsoft Excel 2013.

12. Aspect éthique :

Tous les agents ayant accepté de participer à cette étude en donnant leur consentement verbale après avoir été informés sur le but et la méthodologie ont été enrôlés.

L'anonymat et la confidentialité ont été assurés pour toutes les informations recueillies au cours de cette étude.

V. RESULTATS

1. Les caractéristiques sociodémographiques

Tableau VII : Répartition des acteurs interrogés en fonction de leur profil.

| Fonction | Nombre |
|---|--------------|
| Directeur général | 2/4 |
| Chef du service d'approvisionnement | 2/4 |
| Chef du service d'imagerie Médicale | 2/4 |
| Chef du service de rhumatologie | 1/4 |
| Directeur administratif | 1/4 |
| Chef du service des ressources humaines | 4/4 |
| Chef du service des finances | 2/4 |
| Chef du service du laboratoire | 2/4 |
| Chef du service de la pédiatrie | 2/4 |
| Chef du service de la traumatologie | 1/4 |
| Agent comptable | 3/4 |
| Chef du service de l'anatomo-pathologie | 1/4 |
| Chef du service de l'urologie | 1/4 |
| Chef du service de Cardiologie | 1/4 |
| Surveillant générale | 3/4 |
| C MEDECINE GENERALE | 1/4 |
| Chef du service de santé publique | 1/4 |
| Total | 30/68 |

Les chefs des services ressources humaines étaient les plus nombreux à participer à notre étude.

Tableau VIII: Répartition de nos enquêtés en fonction du sexe.

| Nom de la structure | sexe du répondant | | Total |
|---------------------|-------------------|---------|-------|
| | Masculin | Féminin | |
| Hôpital Mère–enfant | 7 | 2 | 9 |
| CHU Gabriel Touré | 7 | 0 | 7 |
| CHU Point G | 6 | 1 | 7 |
| Hôpital du Mali | 4 | 3 | 7 |
| Total | 24 | 6 | 30 |

Le sexe Masculin était prédominant à plus de 50%.

Tableau IX : Répartition de nos enquêtés en fonction de la tranche d'âge.

| nom de la structure | âge du répondant | | | Total |
|---------------------|------------------|-------|----------|-------|
| | 25-35 | 36-45 | sup à 46 | |
| HÔPITAL MERE-ENFANT | 0 | 2 | 7 | 9 |
| CHU GABRIEL TOURE | 1 | 0 | 6 | 7 |
| CHU POINT G | 0 | 1 | 6 | 7 |
| HOPITAL DU MALI | 1 | 3 | 3 | 7 |
| Total | 2 | 6 | 22 | 30 |

Plus de la moitié de nos enquêtés ont plus de 46 ans.

Tableau X: Répartition de nos enquêtés en fonction de la profession.

| NOM DE LA STRUCTURE | Profession | | | Total |
|---------------------|------------|-------------|-----------------|-------|
| | Médecins | Pharmaciens | Administrateurs | |
| HÔPITAL MERE-ENFANT | 4 | 1 | 4 | 9 |
| CHU GABRIEL TOURE | 4 | 0 | 3 | 7 |
| CHU POINT G | 4 | 1 | 2 | 7 |
| HOPITAL DU MALI | 4 | 0 | 3 | 7 |
| Total | 16 | 2 | 12 | 30 |

La majorité du personnel enquêté était des médecins.

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

91

2. La gestion de ressources humaines dans les EPH enquêtés.

Tableau XI : Répartition des effectifs des employés par hôpital.

| Type de salarié | CHU Point G | CHU Gabriel Touré | Hôpital Mère- enfant | Hôpital du Mali |
|-----------------|-------------|----------------------|-------------------------|--------------------|
| Permanents | 364 | - | 197 | 229 |
| Contractuels | 287 | - | 1 | 5 |
| TOTAL | 651 | 645 | 198 | 234 |

Le CHU du Point G emploi plus de personnel avec 364 Permanents et 287 contractuels.

NB : les 645 agents sont donnés par le chef des ressources humaines du CHU Gabriel Touré.

A notre passage il n'avait pas classé le nombre de permanents et de contractuels.

Tableau XII : Répartition des effectifs par sexe et par hôpital

| Type de salarié | CHU Point G | CHU Gabriel Touré | Hôpital Mère- enfant | Hôpital du Mali |
|-----------------|-------------|----------------------|-------------------------|--------------------|
| Hommes | 360 | 379 | 102 | 144 |
| Femmes | 291 | 266 | 96 | 90 |
| TOTAL | 651 | 645 | 198 | 234 |

La majorité des hôpitaux de notre étude ont plus d'hommes et le sexe ratio est de (H/F=985/743=1,32).

Tableau XIII : Répartition des ressources propres, des dons et des montants attribués par le gouvernement au titre de l'année 2017 par structure.

| Budget | CHU Point G | CHU Gabriel Touré | Hôpital Mère-enfant | Hôpital du Mali |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| Ressources propres(fcfa) | 916.255.810 | 1.678.478.055 | 2.337.000.000 | 896.070.276 |
| Subvention de l'état (fcfa) | 5.000.000.000 | 3.678.688.000 | 50.000.000 | 2.754.831.954 |
| Dons et legs (fcfa) | 10.000.000 | 53.273.190 | 90.000.000 | 200.000.000 |
| Total (FCFA) | 5.926.255.810 | 5.410.439.245 | 2.477.000.000 | 3.850.902.230 |

En 2017 l'hôpital du Point G avait le plus de budget que les autres.

Tableau XIV : Perception des enquêtés en fonction du mode de recrutement.

| Type de Recrutement | Hôpital Mère-enfant | CHU GABRIEL TOURE | CHU POINT G | HOPITAL DU MALI | Total | Pourcentage |
|-------------------------------|------------------------|----------------------|----------------|--------------------|-----------|-------------|
| le recrutement externe | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 10% |
| le recrutement interne | 8 | 6 | 6 | 7 | 27 | 90% |
| Total | 9 | 7 | 7 | 7 | 30 | 100% |

L'ensemble de nos hôpitaux étudiés pratiquaient pour la plupart un recrutement interne.

Tableau XV : Répartition des enquêtés selon l'existence d'un programme de formation.

| | Hôpital Mère-enfant | CHU GABRIEL TOURE | CHU POINT G | HOPITAL DU MALI | Total | Pourcentage |
|--------------|------------------------|-------------------------|-------------|--------------------|-----------|-------------|
| Oui | 3 | 3 | 6 | 5 | 17 | 56,67% |
| non | 6 | 4 | 1 | 2 | 13 | 43,33% |
| Total | 9 | 7 | 7 | 7 | 30 | 100% |

Plus de la moitié des hôpitaux enquêtés ont déclaré avoir un programme de formation pour leur personnel.

Tableau XVI : Perception de nos enquêtés en fonction de l'utilisation de programme de formation spécifique leurs permettant de répondre aux besoins futurs de la structure.

| Réponse | Hôpital Mère-enfant | CHU GABRIEL TOURE | CHU POINT G | HOPITAL DU MALI | Total | Pourcentage |
|--------------|------------------------|----------------------|----------------|--------------------|-----------|-------------|
| Oui | 6 | 4 | 7 | 4 | 21 | 70% |
| Non | 3 | 3 | 0 | 3 | 9 | 30% |
| Total | 9 | 7 | 7 | 7 | 30 | 100% |

Plus de la moitié de nos enquêtés affirment avoir bénéficié de programme de formation leur permettant de répondre aux besoins futurs de la structure.

Tableau XVII : Perception de nos enquêtés de la politique de rémunération.

| Degré de motivation | Hôpital Mère- enfant | CHU GABRIEL TOURE | CHU POINT G | HOPITAL DU MALI | Total | Pourcentage |
|------------------------|-------------------------|----------------------|----------------|--------------------|-----------|-------------|
| Pas motivé | 1 | 5 | 6 | 4 | 16 | 53,33% |
| très motive | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 33,33% |
| motivé | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 16,67% |
| peu motivé | 6 | 1 | 0 | 1 | 8 | 26,67% |
| Total | 9 | 7 | 7 | 7 | 30 | 100% |

La fréquence des personnes qui ne sont pas motivées est la plus représentée avec plus de 50% suivie de la fréquence peu motivée à moins de 50%.

Tableau XVIII : Répartition des hôpitaux en fonction de la fréquence du système d'évaluation des ressources humaines.

| Fréquence des évaluations | Hôpital Mère-enfant | CHU GABRIEL TOURE | CHU POINT G | HOPITAL DU MALI |
|---------------------------|---------------------|-------------------|-------------|-----------------|
| Jour | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Mois | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Trimestre | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Année | 1 | 1 | 1 | 1 |

La fréquence des évaluations par Année est prédominante à plus de 50%.

Tableau XIX : Répartition des hôpitaux en fonction du mode de résolution des conflits suivant la perception.

| Organe de résolution des problèmes | Hôpital Mère-enfant | CHU GABRIEL TOURE | CHU POINT G | HOPITAL DU MALI | Total | Pourcentage |
|------------------------------------|---------------------|-------------------|-------------|-----------------|-----------|-------------|
| cellules syndicale | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3,33% |
| Administrative ment | 6 | 2 | 4 | 1 | 13 | 43,33% |
| LES DEUX | 2 | 5 | 3 | 6 | 16 | 53,34% |
| Total | 9 | 7 | 7 | 7 | 30 | 100% |

La résolution des problèmes par les deux organes à savoir la cellule syndicale et administrativement est la plus représentée avec une fréquence de plus de 50%.

Tableau XX : Perception des enquêtés en fonction du partage d'information.

| Degré d'information | Hôpital Mère-enfant | CHU GABRIEL TOURE | CHU POINT G | HOPITAL DU MALI | TOTAL | Pourcentage |
|---------------------|---------------------|-------------------|-------------|-----------------|-----------|---------------|
| Pas informé | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 10% |
| Très informé | 5 | 1 | 2 | 1 | 9 | 30% |
| Informé | 2 | 5 | 3 | 6 | 16 | 53,33% |
| Peu informé | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 6,67% |
| Total | 9 | 7 | 7 | 7 | 30 | 100% |

Plus de 50% des chefs de service affirment qu'ils sont informés.

Tableau XXI : Répartition des enquêtés en fonction du climat social.

| Degré du climat social | Hôpital Mère-enfant | CHU GABRIEL TOURE | CHU POINT G | HOPITAL DU MALI | Total | Pourcentage |
|------------------------|---------------------|-------------------|-------------|-----------------|-----------|-------------|
| Moyen | 3 | 1 | 2 | 0 | 6 | 20% |
| Bon | 5 | 6 | 5 | 5 | 21 | 70% |
| Très bon | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 10% |
| Total | 9 | 7 | 7 | 7 | 30 | 100% |

Plus de 50% de nos enquêtés affirment que le climat social est bon.

Tableau XXII : Répartition des hôpitaux en fonction de la qualité du rapport entre interpersonnel.

| | Hôpital Mère-enfant | CHU GABRIEL TOURE | CHU POINT G | HOPITAL DU MALI | Total | Pourcentage |
|--------------|------------------------|-------------------------|----------------|--------------------|-----------|-------------|
| Moyenne | 3 | 2 | 2 | 0 | 7 | 23,33% |
| Bonne | 5 | 5 | 5 | 6 | 21 | 70% |
| Très bonne | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 6,67% |
| Total | 9 | 7 | 7 | 7 | 30 | 100% |

Plus de 50% du personnel hospitalier affirment que la qualité des relations sociales est bonne.

Tableau XXIII : Répartition des hôpitaux en fonction du taux d'absentéisme

| Taux d'absentéisme | Hôpital Mère- enfant | CHU GABRIEL TOURE | CHU POINT G | HOPITAL DU MALI | Total | Pourcentage |
|-----------------------|----------------------------|-------------------------|----------------|--------------------|-----------|-------------|
| Très faible | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 10% |
| Faible | 7 | 3 | 5 | 3 | 18 | 60% |
| Moyen | 1 | 2 | 2 | 3 | 8 | 26,67 |
| Elevé | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3,33 |
| Total | 9 | 7 | 7 | 7 | 30 | 100% |

Le taux d'absentéisme Faible prédomine avec plus de 50%.

Tableau XXIV : Répartition des hôpitaux selon l'existence de plan de carrière pour le personnel.

| Réponse | Hôpital Mère-enfant | CHU GABRIEL TOURE | CHU POINT G | HOPITAL DU MALI | Total | Pourcentage |
|--------------|------------------------|----------------------|----------------|--------------------|-----------|-------------|
| Oui | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 13,33% |
| Non | 9 | 7 | 5 | 5 | 26 | 86,67% |
| Total | 9 | 7 | 7 | 7 | 30 | 100% |

Plus de 50% de nos enquêtés affirment qu'ils n'ont pas de plan de carrière pour leurs employés.

VI. Commentaires :

Les limites et difficultés de notre étude :

- une Absence de collaboration de certains chefs de service ;
- la réticence d'information par rapport à certaines questions : par exemple les informations financière etc.

1. Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon, précisément l'âge et le sexe :

La tranche d'âge « Supérieure à 46 » est la plus représentée cela s'explique par le fait que, le poste de chef de service requière un minimum d'année d'expérience. Par ailleurs nous avons 57% d'hommes et 43% de femmes (sexe ratio (H/F=985/743=1,32).

2. La fonction des répondants :

La fonction chef ressource humaine était la plus représentée avec 13.33%, cela trouve son explication par ce qu'ils étaient les plus disposés pour répondre à nos questions, ils sont suivi par les agents comptables 10% et les surveillants généraux 10%.

3. Le recrutement :

Plus de 50% du personnel ont affirmé que le recrutement interne était le plus productif, cela est dû à l'expérience qu'ils ont déjà acquise dans les structures donc ils ont une meilleure capacité d'adaptation par rapport à ceux recrutés à l'externe.

4. Le budget de 2017 :

Au titre de l'année 2017, en terme de ressources propres l'hôpital Mère-enfant avait le plus de budget avec plus de 2 milliards et le plus faible budget a été observé avec l'hôpital du Mali approximativement 900millions à cause de la création récente de l'hôpital du Mali;

Les subventions étatiques du CHU du Point G était de 5 milliards de francs CFA, suivi par le Luxembourg avec 50 Millions, cela s'explique car le CHU du Point G est étatique, donc on paye certains salaire dans ce budget et l'hôpital Mère-enfant est privé aussi cet hôpital a moins de salarié par rapport au CHU du Point G ;

Pour les dons et les legs l'hôpital du Mali était à 200Millions à cause de la coopération Sino-Malienne et le CHU du Point G est à 10Millions ;

5. Evaluation du rendement des employés :

L'évaluation du rendement n'est pas une activité pour les deux structures étatiques le CHU du Point G et le CHU Gabriel Touré, seulement l'hôpital Mère-enfant privée de son état a 20% des employés qui affirment avoir fait l'objet d'une évaluation du rendement en fonction des objectifs fixés par l'hôpital ;

Pour le Point G l'évaluation du rendement des employés se fait chaque 2 an pour les autres pas de renseignement.

6. Le partage d'information financière :

L'hôpital Mère-enfant était la structure qui faisait le plus de partage d'informations financières (23,33%) suivi par 13,33% pour le CHU du point et le CHU Gabriel Touré et 20% pour l'hôpital du Mali. La personnalité est à la base de cela également.

7. Le taux d'absentéisme :

Le taux d'absentéisme apparait plus faible dans le cas de l'hôpital Mère-enfant, il était de 23,33%. Il s'explique par leur politique de motivation qui est meilleure.

VII. Conclusion :

En guise de conclusion nous dirons, à titre de rappelle l'objectif générale de notre étude était l'étude des déterminants de la Gestion des Ressources Humaines dans les établissements hospitaliers du Mali, pour cela nous avons choisis 4 établissements à savoir le CHU Gabriel Touré, le CHU du Point G, le CHU Mère-Enfant, et L'hôpital du Mali,

Le recrutement se fait en majorité de manière interne cela est plus productif pour nos différentes structures selon nos enquêtés (voir tableau XIV), une absence de plan carrière, la rémunération pour nos enquêtés n'est pas satisfaisante la majorité nous affirment qu'ils ne sont pas motivés par la rémunération qu'ils perçoivent cela est dû surtout à un manque de volonté de la part de notre état et aussi à la mal gouvernance dans nos hôpitaux. Pratiquement pas de formation continue pour nos enquêtés, la gestion sociale à travers les organes de gestions de conflits administrativement et la cellule syndicale est satisfaisante en raison de la culture malienne, le cousinage etc., enfin pour le partage d'information et la communication la plupart des enquêtés sont informés.

Au vue de ces éléments de réponse nous pouvons dire que la plupart de nos hôpitaux tentent de respecter les bonnes pratiques de gestion des ressources humaines, mais cela va de soi qu'il reste beaucoup de chose à faire pour bien assoir cette politique non maîtrisée par nos dirigeants dans ces établissements hospitaliers .

VIII. Recommandations : Nous formulons les recommandations.

✚ A l'endroit des hôpitaux :

- donner une orientation claire sur les bonnes pratiques de gestion des ressources humaines ;
- faire un recrutement de qualité en ce qui concerne les agents de la fonction publique et des contractuels au compte des EPH;
- donner une motivation satisfaisante aux fonctionnaires et aux contractuels pour le compte des EPH;
- définir des plans de carrière précis pour les employés.

✚ A l'endroit du gouvernement :

Proposer des plans de formation continue pour les agents de la santé surtout les chefs de service pour l'exécution de leur mission.

✚ A l'ANEH :

Après une évaluation desdites structures veillez à l'application des recommandations émises.

IX. Références bibliographiques

- [1] Dumas M., Douguet F., Mumoz J.,(2012), « l'appropriation d'un outil de la qualité des soins à l'hôpital », Revue de GRH, N°84, p. 3-21
- [2] Mainhogu S., (2012), « le pouvoir paradoxal des soins sur la GRH », Deboeck supérieur, AGRH, N°4, p. 33-52
- [3] Claveranne J-P., (2003), « l'hôpital chantier du ménagement au management », Revue française de gestion », N°146, p.125-129
- [4] Pr Dembélé (2004), « Système de santé publique au mali, d'hier a aujourd'hui
- [5] Diarra A.,(2013), « déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au mali », p. 54-58
- [6] Sanogo M., (2012), « analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au mali », thèse de santé publique, p.57.
- [7] Nobre T., (2011), « L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements », p2-3
- [8] Diarra A.,(2013), « déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au mali », p60-72
- [9] Ministère de la Santé, Cellule de Planification et de Statistique (CPS), (2009) Déclaration de la Politique de développement des ressources humaines pour la sante politique nationale.
- [10] Onge S. et al., (2004), « Relever les défis de la gestion des ressources humaines », Montreal, p. 6
- [11] Bélanger et al., (1993) , « Gestion stratégique et opérationnelle des ressources humaines ».
- [12] Moreno M., « Cours GRH/IFSE sur proposition de Caroline Manville Maître de Conférence GRH, IAE -UT1 », p. 5
- [13] Cadin L. et al., (2007), « Gestion des ressources humaines », éditions Dunod
- [14] D'après, KICHOU Djedjiga (2014 et 2015) en Algérie
- [15] PRESQUEUX Y., (2003), « La Gestion des ressources humaines », édition ECONOMICA
- [16] CITEAU J-P., (1997), « Gestion des Ressources Humaines, principes généraux et pratiques », édition ARMAND COLIN, Paris.

- [17] BARABEL M et al., (Paris, 2006), « MANAGEOR » , édition DUNOD
- [18] KOTLER.P et al., (1988), « Marketing Management » , 7ème Edition, Paris, p. 198.
- [19] Cadin L. et al., (2002), « Gestion des ressources humaines, pratiques et éléments théories », p.11
- [20] PERETTI J.M., Ressource humaine édition Vuibert, 1998-2003-2011, p34, 290.
- [21] Thévenet M. et al., « Fonction RH, politiques, métiers et outils des ressources humaine », édition PEARSON Education, France, 2009.
- [22] Peretti J-P., (2004), « la gestion des ressources humaines », Paris, Vuibert, 12éd, p. 70-72
- [23] Peretti J-M, (2004), « la gestion des ressources humaines », paris, Vuibert, (12éd) ,70p-72p
- [24] Peretti J-M, (2004), « la gestion des ressources humaines », paris, Vuibert, (12éd) , p.80-81
- [25] LAKHDER E., (2002), « la gestion des ressources humaines », Paris, Montréal, 2èd, p.114
- [26] SEKIOU et al., (2001), « la gestion des ressources humaines », Belgique, de Boeck, p333
- [27] MARTORY B. et al., (2008), « gestion des ressources humaines pilotage et performance » 7^e édition, édition DUNOD, Paris.
- [28] BARANGER P. et al., (1985), « la gestion ; les fonctions des entreprises », paris, VUIBERT, p444.
- [29] BARANGER P. et al., (1985), « la gestion ; les fonctions des entreprises », paris, VUIBERT, p444.
- [30] Oiry E. et al., (2013) « La GPEC : de la loi aux pratiques RH – identification de quatre idéaux-types », Annales des Mines – Gérer et comprendre, N° 112, p. 4-16.
- [31] Jamoussi D.,(2008), « GRH et performance : Revue de la littérature », Management et stratégie , IHEC, 1^{ère} année Mastère
- [32] www.malijet.com, (05 Septembre 2017), Bamako des origines.
- [33] CHU Gabriel Touré, (2018), « Rapport du Conseil d’administration »
- [34] Hôpital du Mali, (2017), « Rapport du Conseil d’administration »

QUESTIONNAIRE

I Identification

1.1 Nom de la structure

.....

1.2 Date de création

1.3 Fonction du répondant.....

1.4 Sexe du répondant

1.5 Age du répondant

1.6 Situation matrimoniale du répondant.....

1.7 Niveau de formation du répondant.....

1.8 Ancienneté du répondant à l'hôpital

2. Information générale sur la structure

2.1 Combien de salariés permanents et contractuels compte votre structure ?

| | Hommes | Femmes |
|--------------|----------------------|----------------------|
| Permanents | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Contractuels | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2.2 Combien de personnes ont démissionnés de leur poste dans les trois dernières années ?

| | Hommes | Femmes |
|----------|----------------------|----------------------|
| Employés | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2.3 Combien d'employés sont âgés de...

| | |
|--------------------|----------------------|
| Moins de 25 ans | <input type="text"/> |
| Entre 26 et 35 ans | <input type="text"/> |
| Entre 36 et 45 ans | <input type="text"/> |
| 46 ou plus | <input type="text"/> |

2.4 Combien d'employés ont...

| | |
|------------------------------|----------------------|
| Moins de 2 ans ancienneté | <input type="text"/> |
| Entre 2 et 5 ans ancienneté | <input type="text"/> |
| Entre 6 et 10 ans ancienneté | <input type="text"/> |
| 11 ans ou plus ancienneté | <input type="text"/> |

2.5 Quel sont les budgets

Le budget

propre

Les subventions de l'état.....

Les dons et legs.....

2.6 Quel est la personnalité de votre structure ?

EPH

EPA

EPIC

II LES PRATIQUES DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

1. RECRUTEMENT

Au sein de votre structure

1.1 Vous faites une description de poste dans les activités de recrutement ?

Oui

Non

1.2 Faites-vous appel à l'extérieur avant le recrutement?

Oui

Non

1.3 Selon vous, quel est le plus productif ?

Le recrutement externe

Le recrutement interne

Pourquoi ?.....

1.5 Quels sont les principaux critères de sélection des candidats ?

1.6 Appliquez-vous

Le contrat à durée déterminée (CDD)

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

10

Le contrat à durée indéterminé (CDI)

Pourquoi?.....

.....

2. FORMATION

Au sein de votre structure:

2. Ya t'il une utilisation de programme de formation spécifique permettant aux employés de remplir les exigences de leur poste ?

Oui

Non

2.2 Utilisez-vous des programmes de formation spécifique permettant aux employés de répondre au besoin futurs de l'organisation ?

Oui

Non

2.3 Quand vous optez pour une nouvelle stratégie (nouveau produit, nouveau marché, nouvelle machine) proposez-vous à vos employés des programme de formations ?

Oui

Non

2.4 Utilisez-vous des programmes de formation générale ?

Oui

Non

Si oui quel type adoptez-vous ?

Formation interne

Formation externe

En quoi consiste ce programme de formation ?

.....

Quelle est la part du budget consacrée à cette formation ?

.....

3- REMUNERATION

Au sein de votre structure :

3.1 Quels sont les critères sur lesquels sont fixés le salaire de vos employés?

.....

3.2 Sur quelle base vous faite les augmentations de salaire ?

.....

3.3 L'octroi de prime individuelle pour le meilleur employé(les plus performants) est-elle une activité ?

Oui

Non

3.4 L'octroi de prime individuelle pour les responsables d'unités est il une activité ?

Oui

Non

3.5 L'octroi de prime d'ancienneté aux employés est-il une activité ?

Oui

Non

3.6 L'octroi des ristournes à tous les employés est-il une activité ?

Oui

Non

Si oui, comment se fait cet octroi de ristourne ?

.....

.....

3.7 Les avantages sociaux existent-ils ?

Oui

Non

Si oui, quels sont ces avantages ?

.....

3.8 Votre politique de rémunération motive-t-elle les employés ?

Oui

Non

Si oui à quel degré ?

Très motivé

Motivé

Peu motivé

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

10

4-EVALUATION :

Au sein de l'établissement :

4.1 Vous évaluez le rendement de vos employés à partir des objectifs fixés par l'hôpital ?

Oui

Non

Si oui

L'évaluation du rendement de vos employés se fait chaque :

Jour

Moi

Trimestre :

Année

Autre.....

4.2 Vous évaluez le rendement de vos employés à partir de leur comportement observé ?

Oui

Non

4.3 Vous évaluez le rendement de vos employés pour déceler les besoins en formation ?

Oui

Non

4.4 Vous utilisez des critères d'évaluations précis dans l'appréciation du rendement ?

Oui

Non

5. COMMUNICATION

Dans votre structure

5.1 La consultation régulière avec les employés est une activité ?

Oui

Non

5.2 La résolution des problèmes se fait à travers ?

Cellules syndicale

Administrativement

Autres.....

6. INFORMATION

Dans votre structure, partagez-vous avec les employés ?

6.1 Les informations relatives aux décisions stratégiques ?

Oui

Non

Si oui à quel degré ?

Très informé

Informé

Peu informé

6.2 Les informations relatives aux nouveaux produits ou services ?

Oui

Non

6.3 Les informations financières (par exemple les rapports annuels) ?

Oui

Non

Si oui à quel degré ?

Très informé

Informé

Peu informé

7-GESTION SOCIALE :

Dans votre structure :

7.1 Quelles sont les dispositions pour la prise en charge des accidents de travail ?

.....
.....

7.2 Quels sont les procédures de licenciement ?

.....
.....

7.3 Comment vous gérez les conflits interpersonnels ?

.....
.....

7.4 Avez-vous un fond pour les événements sociaux de vos employés ?

Oui

Non

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

11

7.5 Le climat social est-il ?

Très mauvais Mauvais Moyen Bon Très bon

7.6 La qualité des relations sociales entre les employés est-elle ?

Très mauvaise Mauvaise Moyenne Bonne Très bonne

7.7 Le taux d'absentéisme des employés est-il ?

Très faible Faible Moyen élevé

8- GESTION DES CARRIERES

8.1 Vous disposez un plan de carrière pour les employés au sein de l'hôpital ?

Oui

Non

8.2 Vous discutez du plan de carrière avec les employés ?

Oui

Non

MERCI POUR VOTRE FRANCHE COLLABORATION

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : GOÏTA

Prénom : BAKARY

Section : Pharmacie

E-mail : bggpharm@yahoo.com

Titre de la thèse : Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du CHU Mère-enfant, et du CHU du Point G.

Nationalité : Malienne

Date et lieu de naissance : 19 juin 1992 à Koulikoro

Année universitaire : 2017-2018

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Pharmacie et de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique, Gestion et législation pharmaceutique.

Résumé : La Gestion des ressources humaines occupe une place non négligeable en milieu hospitalier. Nous avons effectué une étude transversale de type descriptive allant de Janvier à Septembre 2017 dans 4 établissements hospitaliers à Bamako. Au terme celle-ci, nous avons enregistré (30) personnes auquel nous avons administré le questionnaire, les chefs de services ressources humaines (4/4), étaient les plus nombreux. Par contre le nombre de permanents et de contractuels du CHU de Gabriel Touré n'a pu être déterminé. La majorité de nos hôpitaux ont plus d'hommes et le sexe ration est de (1,32) ; plus de (50%) de nos enquêtés avaient plus de (46 ans) , les médecins étaient la profession la plus représentée, l'hôpital du point G avait le plus de budget que les autres, le recrutement interne était le plus pratiqué ; (56,67%) avaient un programme de formation pour leur employé ; (53,33%) de nos enquêtés ne sont « pas motivés » par la politique de rémunération , l'évaluation des dites structures est annuelle à plus de (50%) , l'administration et la cellule syndicale sont les deux organes les plus sollicités pour la résolution des conflits, le partage d'information est effectif à plus de (50%) , la majorité affirme que le climat social est bon, le taux d'absentéisme est Faible à plus de (50%) et enfin la majorité de nos enquêtés n'ont pas de plan de carrière .

Mots clés : Déterminants, gestion des ressources humaines, établissements hospitaliers.

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

11

MATERIAL SAFETY DATA SHEET

Name: GOÏTA

First Name: BAKARY

Section: Pharmacy

E-mail : bggpharm@yahoo.com

Title of the thesis: Study of the determinants of the management of human resources in the Hospitals : case of Gabriel Touré CHU, Mali Hospital, Mother-Child CHU, and Point G. CHU.

Nationality: Malian

Date and place of birth : June 19th at Koulikoro

Academic year: 2017-2018

City of defense: Bamako

Place of deposit: Library of the Faculty of Pharmacy and the Faculty of Medicine and Odontostomatology.

Focus Area : Public Health, Pharmaceutical Management and Legislation.

Summary : Human Resources Management occupies a significant place in hospitals. We conducted a descriptive cross-sectional study from January to September 2017 in 4 hospitals in Bamako. At the end of this one, we recorded (30) people to whom we administered the questionnaire, resource managers humans (4/4), were the most numerous. On the other hand, the number of permanent and contract of Gabriel Touré University Hospital could not be determined. The majority of our hospitals have more men and sex ration is (1.32); more than (50%) of our respondents had more than (46 years old), the doctors were the most represented profession, the G-point hospital had the more budget than the others, the internal recruitment was the most practiced; (56.67%) had a training program for their employee; (53.33%) of our respondents are "not motivated by the remuneration policy, the evaluation of the said structures is annual to more than (50%), the administration and the union cell are the two most requested bodies for conflict resolution, the sharing of information is effective at more than (50%), the majority states that the social climate is good, absenteeism rate is low at more than (50%) and finally most of our respondents do not have a career plan.

Keywords: Determinants, human resources management, hospitals.

Thèse de pharmacie

Etude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G

Bakary Goïta

11

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maitres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des Pharmaciens, et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer dans l'intérêt de la Santé Publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels ;

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !