



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI
(UAC)

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE

**MEMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME D'ADMINISTRATEUR**

Option :

Management

Filière :

Gestion des Ressources Humaines

PROMOTION : 2007-2009

ANNEE ACADEMIQUE : 2009-2010

THEME :

**CONTRIBUTION A UNE MOTIVATION OPTIMALE
DU PERSONNEL DE SANTE EXERÇANT EN
MILIEUX DESHERITES ET/OU ENCLAVES :
CAS DES DEPARTEMENTS DU BORGOU-ALIBORI**

Réalisé et Soutenu par :

Nicolas HOUNSOU

Sous la direction de :

Maître de stage

M. Orou B. YOROU CHABI
Médecin de Santé Publique
Directeur Départemental de la Santé Borgou/Alibori

Directeur de mémoire

M. Hugues B. M. TCHIBOZO
Economiste de la Santé
Manager Sanitaire
Chargé de Cours à l'ENAM-UAC

Janvier 2010

Identification du jury

Président :

Vice-président :

Membre :

**L'Ecole Nationale d'Administration et de
Magistrature n'entend donner aucune
approbation ni improbation aux opinions émises
dans ce mémoire. Ces opinions doivent être
considérées comme propres à leur auteur.**

DEDICACES

Je dédie ce mémoire à :

- *Mon* feu père **Hounsou AVOCETIEN** qui a su me mettre à l'école et veiller sur moi ici et dans l'au-delà ;
- *Ma* mère **Hounsi HOUNTONDI** pour toutes ses marques d'affection maternelle et sa perspicacité lors des moments les plus difficiles que j'ai traversés ;
- *Mes* enfants **Nadège, Odile, Ulrich et Sandrine** pour qui ce travail doit être un modèle à suivre, idéal vers lequel ils doivent tendre et savoir que seul le travail libère ;
- *Mon* épouse **Adrienne B. OGOUBIYI** pour tout.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'a pu être réalisé sans l'appui et la collaboration de certaines personnes que nous tenons à remercier.

Les responsables à divers niveaux du projet d'Appui au Développement du Système de Santé (PADS) surtout pour leurs soutiens tant matériel, financier que moral,

Monsieur **Hugues B. M. TCHIBOZO**, notre maître de mémoire, pour sa disponibilité, son professionnalisme et ses sages conseils,

Monsieur **Yorou C. OROU BAGOU**, le Directeur Départemental de la Santé du Borgou/Alibori pour ses marques de fraternité et surtout de conseils,

Monsieur **Issa MAMA DJIBRIL**, directeur du CHU-Départemental de Parakou pour avoir accepté que nous passons la majeure partie de notre temps de stage dans la structure dont il a la responsabilité,

Monsieur **Félix M. HOUNSOU** pour son soutien moral,

Les Chargés d'Administration des Ressources (CAR) des Zones sanitaires de l'Alibori et du Borgou,

Les autorités du Ministère de la Santé et certains aînés et d'autres syndicalistes qui ne nous ont pas marchandé leur soutien et leur disponibilité pendant la formation et au cours de notre stage,

Tout le corps professoral de l'ENAM pour la qualité de la formation et toute la rigueur dont ils ont fait preuve,

Le personnel administratif de l'ENAM pour toute leur disponibilité,
Mes frères, sœurs, parents, amis et collègues pour le soutien surtout moral, matériel et financier,

Tous ceux qui ont accepté de répondre gentiment à nos divers questionnaires d'enquête ou de relire ce travail,

Leur encouragement, critiques, conseils et suggestions nous ont été précieux dans la réalisation de ce modeste travail.

Merci à toutes et à tous

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACE	:	Agent Contractuel de l'Etat,
ACL	:	Agents des Collectivités Locales
AESS	:	Agent d'Entretien des Services de Santé
AMS	:	Agents recrutés sur Fonds Mesures Sociales
APE	:	Agent Permanent de l'Etat
ARRFC	:	Agent de Recouvrement des Recettes du Financement
AS	:	Aides-soignantes et Aides-soignants
ASF	:	Assistant des Services Financiers
CA/H	:	Conseil d'Administration des Hôpitaux
CCS	:	Complexe Communal de Santé
COGEC	:	Comité de Gestion des Communes
COGEZS	:	Comité de Gestion de la Zone Sanitaire
CS/ZS	:	Comité de Santé de la Zone Sanitaire
CSCU	:	Centre de Santé de la Circonscription Urbaine
CSSP	:	Centre de Santé de la Sous- Préfecture
CVA	:	Conducteur de Véhicule Administratif
EEZS	:	Equipe d'Encadrement des Zones Sanitaires
HZ	:	Hôpital de Zone
IDE	:	Infirmier Diplômé d'Etat
IIB	:	Infirmier et Infirmière Brevetés
MDE	:	Médecin Diplômé d'Etat

ORL	:	Oto-Rhyno – Laryngologie
PTH	:	Préposé du Tourisme et d'Hôtellerie
SASA	:	Secrétaire Adjoint des Services Administratifs
SFE	:	Sage-femme d'Etat
TL « B »	:	Technicien de Laboratoire niveau "B"
TSAS	:	Technicien Supérieur de l'Action Sociale
TSL	:	Technicien Supérieur de Laboratoire
TSR	:	Technicien Supérieur de Radiologie
UVS	:	Unité Villageoise de Santé
ZS	:	Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition du personnel de santé du Borgou et de l'Alibori.....	13
Tableau 2 : Regroupement des problèmes spécifiques.....	29
Tableau 3 : Tableau de l'étude.....	47
Tableau 4 : Leadership et fidélisation.....	59
Tableau 5 : Gestion des carrières.....	60
Tableau 6 : Participation des organes à l'amélioration des conditions de vie.....	61
Tableau 7 : Disponibilité des médecins bi appartenants.....	61
Tableau 8 : Tableau de bord de l'étude.....	71

GLOSSAIRE ET CLARIFICATION DES CONCEPTS

Contribution : Le petit Larousse illustré définit ce mot comme l'aide que chacun apporte à une œuvre commune.(Petit Larousse illustré 2001)

Optimale : Ce dit de ce qui est le meilleur, le plus favorable, état, degré de développement de quelque chose jugé le plus favorable au regard des circonstances données. (Dictionnaire robert 2003)

Personnel de santé : Ensemble des hommes et des femmes tous statuts et toutes catégories confondus qui contribuent à la prestation ou à l'exercice des professions de santé au profit des diverses populations des villes et des campagnes. (Nous même)

Milieux déshérités : Est considérée comme milieu déshérité, une surface géographique caractérisé par l'insuffisance d'équipements sociocommunautaires (le manque d'eau potable, le manque de centre de santé, le manque ou l'éloignement de marché le manque d'infrastructures scolaires, l'insécurité, le manque des centres de loisirs. (INSAE)

Milieux enclavés : Communément appelée zone d'accès difficile, elle est une zone présentant les caractéristiques comme l'absence de pistes de desserte rurale, zone constamment inondée, zone purement lacustre, zone à relief accidenté, terres noires argileuses, zone où il y a manque de moyens de communication. (INSAE)

Départements : Collectivité territoriale administrée par un conseil général et une circonscription administrative dirigée par le préfet. Conformément à la loi n°97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin, son article 6 dispose que le territoire national est découpé en douze (12) départements : (module de formation sur l'atelier d'introduction à l'assurance qualité, PROSAF, Borgou 2001)

Performance : C'est ce que le professionnel de santé fait en situation de travail réelle. Elle ne doit pas être confondue avec la compétence professionnelle. Ainsi, un prestataire de soins peut très bien connaître la théorie, savoir exécuter les gestes diagnostiques nécessaires, et néanmoins. (module de formation sur l'atelier d'introduction à l'assurance qualité, PROSAF, Borgou 2001)

Qualité des soins : Le concept de qualité est multidimensionnel. On peut identifier onze (11) dimensions que sont la compétence professionnelle, la performance technique, l'efficacité, l'efficience, l'innocuité, l'accessibilité, les relations interpersonnelles, la continuité des soins, la couverture/utilisation, le choix des services, les caractéristiques diverses. ((module de formation sur l'atelier d'introduction à l'assurance qualité, PROSAF, Borgou 2001)

Compétence : La compétence professionnelle s'applique aux aptitudes techniques, interpersonnelles, et de gestion des agents de santé, des gestionnaires et du personnel de soutien. Cette dimension inclut les méthodes des services cliniques tant sur le plan du diagnostic que tout traitement et les services non clinique, telles que les relations entre malade et soignant. C'est la savoir (connaissance techniques) et le savoir faire (gestes techniques). (module de formation sur l'atelier d'introduction à l'assurance qualité, PROSAF, Borgou 2001)

Assurance qualité : C'est un ensemble essentiel d'activités qui contribuent à la définition, l'élaboration, le suivi et l'amélioration de la qualité des soins de santé. C'est aussi, le fait que le personnel travaillant dans une institution surtout sanitaire, de chercher à se comporter de manière à ce que les soins et les services fournis par système de santé, soient conformes aux standards (ou normes) de qualité. (module de formation sur l'atelier d'introduction à l'assurance qualité, PROSAF, Borgou 2001)

RESUME

Les départements du Borgou et de l'Alibori ont servi de cadre d'étude à la réalisation de notre stage de fin de formation. Au cours de ce stage, nous avons eu l'opportunité de faire un état des lieux, ce qui nous a permis de noter des faiblesses qui entravent le fonctionnement normal des structures sanitaires en général et des hôpitaux de référence dits de zones (1^{er} niveau) en général et du Centre Hospitalier Départemental aujourd'hui espace universitaire en particulier. Le problème des conditions de vie et de travail peu favorables à une prise en charge efficace et efficiente, gage d'administration des soins de qualité a retenu notre attention. Ainsi, nous avons choisi de mener nos investigations sur le thème : « **Contribution à une motivation optimale du personnel de santé exerçant en milieux déshérités et/ou enclavés : cas des départements du Borgou et de l'Alibori** ». Les objectifs spécifiques de cette étude sont de :

- Proposer des solutions pour la mise en place d'un leadership efficace de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste (objectif spécifique n°1)
- Proposer des solutions pour corriger la forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif (objectif spécifique n°2).
- Suggérer de solutions tenant compte de l'évolution du coût de la vie et pouvant permettre d'améliorer les conditions de vie et travail du personnel de santé des départements (objectif spécifique n°3).
- Suggérer un management pour une disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et mettre en place un système de meilleure reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié (objectif spécifique n°4)

Pour conduire à terme ce travail, des hypothèses ont été formulées à partir de la cause la plus plausible de chaque problème spécifique puis, vérifiées par des enquêtes réalisées au moyen d'observation, de guides d'entretien et de questionnaires. Les hypothèses confirmées ont conduit au diagnostic selon lequel :

- l'insuffisance de leadership explique la non fidélisation des agents à leur poste de travail.

- les insuffisances relatives à la gestion de la carrière des agents sont à l'origine de leur forte instabilité à leur poste de travail.

- la non installation des structures d'aide à la gestion par zone sanitaire pour s'enquérir des réels problèmes auxquels les agents sont confrontés dans les différentes structures est un véritable problème

- le manque de sensibilisation et la recherche de meilleures conditions de vie peut-être considérée comme la cause fondamentale de la non disponibilité des médecins bi appartenant à l'hôpital de Parakou.

- le stress et les frustrations de toutes sortes enregistrés par le personnel à divers niveaux de la pyramide sanitaire,

- le manque de sensibilisation et de responsabilisation des Chargés d'Administration des Ressources des Zones Sanitaires et des Hôpitaux de Zones sanitaires dans les rôles qui sont les leurs dans l'aide à la gestion des ressources humaines des départements,

- le problème de communication et d'informations utiles et surtout en temps réel, gage de confiance mutuelle,

SOMMAIRE

Introduction Générale.....	1
Chapitre premier : Cadre organisationnel pour motivation optimale du personnel de santé exerçant en milieux déshérités et/ou enclavés du Borgou/Alibori.....	4
Section I : Cadre institutionnel et restitution des observations de stage.....	5
Section II : De l'Inventaire des problèmes aux séquences de résolution de la problématique retenue.....	26
Chapitre Deuxième : Du cadre théorique lié aux approches de solutions pour une motivation optimale du personnel de santé des départements du Borgou/Alibori.....	37
Section I : Cadre théorique et méthodologique de l'étude.....	38
Paragraphe 1 : Objectifs, hypothèses et revue de la littérature.....	38
Paragraphe 2 : Revue de la littérature et méthodologie de la recherche	49
CONCLUSION GENERALE.....	58

INTRODUCTION GENERALE

Les organisations qui réussissent à se démarquer des autres dans leur fonctionnement sont celles qui mobilisent les énergies de leur équipe. Elles savent aussi garder une motivation élevée chez leur personnel et savent le faire contribuer au maximum de leurs possibilités en le responsabilisant, en faisant une grande place à l'être humain dans leur façon de gérer.

Sommairement, nous pourrions dire que motiver, c'est faire en sorte que la personne concernée trouve un sens à son travail et connaisse les motifs qui l'amène à s'engager dans ladite action. C'est aussi le moi personnel qui pousse quelqu'un à mieux faire ce qu'il fait. La Motivation ne relève pas de la science exacte : c'est un art où les gestionnaires exercent et raffinent leurs habiletés quotidiennement.

L'industriel américain **Henri FORD** affirmait : << Détruisez mes machines et laissez-moi mes hommes, je repartirai >>. De cette affirmation, il ressort qu'il ne saurait y avoir d'entreprise sans hommes résolument acquis à la cause commune. Toute entreprise, quelle que soit sa taille ou son statut, si elle aspire à atteindre les objectifs de développement qu'elle s'est fixé, doit disposer de moyens pouvant lui permettre d'offrir un minimum de conditions de vie et de travail aux hommes et aux femmes qui y travaillent.

La mondialisation et la globalisation des différents systèmes organisationnels et des économies imposent à toute entreprise qui se veut performante et suffisamment efficiente de savoir motiver la principale et fondamentale des ressources : « les ressources humaines ».

Or, le constat est que, s'il est vrai que l'objectif fondamental de tout système sanitaire est d'apporter aux diverses populations des villes et campagnes des soins de qualité, il est d'autant plus vrai que le personnel sanitaire travaille dans des conditions encourageantes pour y parvenir. 0

Cependant, la question de la motivation du personnel de santé continue de se poser avec acuité. Le malaise est si profond tant en ce qui concerne les conditions de vie et de travail des agents que les populations bénéficiaires de soins. Cette dégradation est accentuée dans les zones ci-dessus mentionnées par le manque de logements adéquats et d'infrastructures socio-économiques inégalement réparties au plan national, d'infrastructures routières et communicationnelles, d'isolement, social et professionnel, les problèmes d'intégration socioprofessionnelles.

Toutefois il est important de souligner ici que depuis 1987, des efforts louables surtout en matière d'investissement divers ont été constatés. Le secteur santé apparaissant aujourd'hui aux yeux des acteurs de développement comme un secteur productif. A ce titre, il bénéficie depuis ce temps d'investissements importants et de diverses sources. Plusieurs réunions internationales, régionales et locales sont de nos jours régulièrement organisées sur les problèmes et stratégies en matière de santé. Ces sites sont devenus partout des enjeux majeurs. La santé est davantage appréciée en termes de qualité de la vie.

C'est en cela qu'elle est perçue de nos jours comme la véritable finalité de tous les processus de développement. Cependant, force est de constater que malgré les moyens qui y sont engloutis tous les ans, les facteurs de mécontentement, de démotivation et de frustrations de toutes sortes comme l'administration inefficace, des supervisions incompétentes, les relations interpersonnelles médiocres, les mauvaises conditions du travail, le salaire insuffisant, le manque de suivi de la carrière des agents, l'horizon limité de la carrière prennent le pas sur ce qui doit être l'idéal et influent négativement sur les performances recherchées par les uns et les autres.

Nous osons croire que la performance de tout système de santé est conditionnée par des ressources humaines de qualité. Malheureusement, les dites ressources, numériquement et qualitativement insuffisantes, sont peu motivées et inégalement réparties sur le territoire national. Les départements du septentrion

sont les plus affectés par cette situation en général et plus particulièrement ceux du Borgou et de l'Alibori. La question fondamentale est de savoir comment motiver le personnel de santé notamment dans les milieux déshérités et/ou enclavés comme le Borgou-Alibori où le taux de fréquentation des centres de santé est encore très faible. C'est pour contribuer à cette réflexion, source de diverses tensions dans le secteur de santé que nous avons choisi dans le cadre de notre mémoire de fin de formation au cycle II de l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature de réfléchir sur le thème << **Contribution à une motivation optimale du personnel de santé exerçant en milieux déshérités et/ou enclavés : cas des départements du Borgou-Alibori** >>. Cette réflexion centrée sur le problème de motivation du personnel de santé sera présentée en deux chapitres. Le premier chapitre sera consacré au cadre institutionnel de l'étude et dans le second, il sera question du cadre théorique lié aux approches de solutions.



CHAPITRE PREMIER

**CADRE ORGANISATIONNEL DE L'ETUDE SUR
LA MOTIVATION OPTIMALE DU PERSONNEL DE
SANTÉ EN MILIEUX DESHERITES ET/OU ENCLAVES**

Dans ce premier chapitre, après une présentation générale des départements du Borgou et de l'Alibori et un état des lieux, Il s'agira de faire un inventaire des problèmes identifiés, de choisir la problématique de l'étude, de spécifier la problématique choisie, de donner une vision globale de résolution de la problématique spécifiée et enfin de faire ressortir la démarche méthodologique à adopter.

Section 1 : Cadre Institutionnel de l'étude et restitution des observations de stage

Dans cette section, nous présenterons d'une part, les départements du Borgou de façon générale, restituerons les grandes activités de ses zones sanitaires et surtout les mécanismes de motivation des personnels de santé tous statuts et toutes catégories qui y travaillent.

Paragraphe 1 : Présentation générale des départements du Borgou-Alibori et restitution des mécanismes de son fonctionnement

Nous aborderons dans ce paragraphe, l'historique et les missions des zones sanitaires et ensuite, nous présenterons leur structure organisationnelle.

I- Historique, Missions et structures des départements du Borgou- Alibori

A- Historique

D'entrée de jeu, nous présenterons les départements du Borgou-Alibori. Situés dans le nord Bénin, ils représentent presque la moitié de la superficie totale du pays soit (52,09 km²) sur les 114.763 km² et 20 % de sa population totale (SNIGS/DPP/MS/2005). La Direction Départementale de la Santé du Borgou et de l'Alibori est une structure déconcentrée, représentative du Ministère de la Santé au niveau intermédiaire. Elle exerce ses diverses activités par le biais des zones sanitaires. Le Bénin à ce jour en compte trente (34) zones sanitaires fonctionnelles depuis l'avènement de la loi n° 97-028 du 15 janvier 1999 portant

organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin et surtout suite au résultat de la table ronde du secteur santé en janvier 1995. Les départements du Borgou- Alibori comptent actuellement sept (07) zones sanitaires dont (03) dans l'Alibori et (04) dans le Borgou.

Le concept de zones est né suite de plusieurs constatations et réflexions des pays africains.

Les difficultés des systèmes de santé africains dans les années 80 :

- Dégradation des infrastructures et équipements,
- Manque de médicaments,
- Résurgence des épidémies,
- Sécheresse, famine, ignorance et bien sûr le VIH SIDA.
- La résolution des ministres de la Santé africains à Lusaka (Zambie)

en septembre 1985 :

-analyse de situation de leurs systèmes de santé aux trois niveaux de la pyramide (centrale, intermédiaire, périphérique),

-renforcement des activités de soins de santé primaires,

- assurance pour le niveau périphérique d'un appui adéquat et approprié.

- réorganisation de la base de la pyramide sanitaire permet :

- regrouper quelques Sous-préfectures autour d'un hôpital ;

-avoir un système plus simple, plus efficace et moins coûteux

pour 100 à 200.000 habitants.

Ces zones sanitaires ont été créées suite à deux (02) faits importants :

-les centres de santé de sous-préfectures du moment ne sont pas capables de jouer un rôle de centre de référence faute personnel non qualifié et plateau technique inadéquat.

-il existera donc une sous utilisation si on dote les centres de santé d'équipements et de personnel compétent.

B- Missions

La Direction Départementale de la Santé du Borgou et de l'Alibori à travers ses zones sanitaires a pour missions fondamentales :

- la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement,
- la planification et la coordination de toutes les activités des services de santé,
- L'assurance de la surveillance épidémiologique dans les départements.

La réalisation de ces différentes missions dévolues à la Direction n'est possible que grâce à des structures bien définies suite à la prise de la loi n°97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'Administration territoriale de la République du Bénin.

C- Structures

Pour mener à bien ses missions, la Direction Départementale de la Santé dispose des structures au plan interne et d'autres structures externes sur lesquelles elle exerce des influences très importantes.

Au plan interne

La Direction dispose de plusieurs services dont les différents responsables font office de conseillers techniques du directeur et l'aident dans ses prises de décisions. Ces services sont entre autres :

- Le Secrétariat Administratif : Ce service reçoit les différents courriers qui parviennent à la direction, assure leur ventilation. Il assure également le secrétariat des différentes réunions auxquelles le directeur l'invite à prendre part en rédigeant les comptes-rendus, Procès-verbaux et les rapports qui les sanctionnent.
- Le Service des Ressources Financières et du Matériel : C'est l'argentier de la maison. Il manipule sur instruction du directeur les fonds de toutes natures dont dispose la direction aux fins de satisfaire les besoins de fonctionnement des différents services.
- Le Service des Ressources Humaines : Ce Service s'occupe du suivi de la gestion du personnel, de la résolution des conflits nés des relations interpersonnelles entre le personnel toutes catégories et tous statuts confondus tant au sein de la Direction Départementale de la Santé qu'au niveau des structures périphériques etc
- Le Service de la Santé Familiale : Comme le nom l'indique, ledit service s'occupe de tout ce qui santé différentes familles vivant sur le territoire des départements du Borgou et de l'Alibori (gestion et organisation des planifications familiales, organisation et gestion des différentes approches comme la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfance (PCIME), les Soins Néonataux d'Urgence (SONU)...

- Le Service des Infrastructures, Equipements et Maintenance : Il organise et gère, sur instruction du DDS, la construction et la réhabilitation des infrastructures sanitaires que ce soit au sein de la direction comme dans ses structures déconcentrées, équipe et assure la maintenance tant préventive que curative des matériels médico-techniques du secteur.
- Le Service des Etudes, de la Planification et de la Documentation : Il a pour mission d'étudier, d'élaborer et de centraliser les plans d'action de la DDS, des zones sanitaires et des autres structures périphériques et gère l'antenne documentaire du département.
- Le Service de la Protection et de la Promotion Sanitaire ! Il s'occupe des activités de vaccination, de la gestion des calamités et des catastrophes éventuelles qui surviendront dans les départements du Borgou et de l'Alibori.
- Le Service des Pharmacies et Explorations Diagnostiques : Ce Service s'occupe du suivi et de la gestion qualitative et quantitative des médicaments sous non générique et d'autres médicaments de spécialité utilisés dans les différentes structures sanitaires.

Au plan externe

Nous avons, selon l'organisation actuelle du système de santé :

Le Centre Hospitalier Départemental du Borgou, désormais espace universitaire : Ancien poste d'assistance médicale de la Circonscription de Parakou, ledit hôpital a été érigé en ambulance du Service territorial par l'arrêté N°10/MSP/DST du 19 janvier 1959. Celle-ci a évolué pour devenir successivement Hôpital de Parakou puis Centre Hospitalier Provincial du Borgou et enfin Centre Hospitalier Départemental du Borgou depuis mars 1990. Ce dernier est devenu, depuis l'avènement de l'Université de Parakou en septembre

2001, un Centre Hospitalier Universitaire. C'est un centre de première référence des cas qui dépassent la compétence des agents exerçant dans les formations sanitaires périphériques,

Les Zones Sanitaires :

Le niveau périphérique est constitué des zones sanitaires qui sont au nombre de 34, toutes fonctionnelles et réparties sur l'étendue du territoire national. Parmi ces 34 zones sanitaires, 26 ont des hôpitaux de référence qui jouent pleinement leur rôle. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé.

Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (Centres de santé de commune, Centres de santé d'Arrondissement, Dispensaires isolés, Maternités isolées et Unités villageoise de santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone), et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants.

La réorganisation en zones sanitaires a pour finalité l'amélioration des conditions socio sanitaires de la population habitants des espaces géographiques bien définis. Elle vise les objectifs suivants :

- améliorer la qualité des services de santé de base et de première référence ;
- améliorer la viabilité des services socio sanitaires ;
- favoriser la décentralisation et la participation communautaire ;
- développer le partenariat avec le secteur privé.

Les zones sanitaires du Borgou et de l'Alibori sont les suivantes :

Alibori :

- zone sanitaire de Banikoara ;
- zone sanitaire de Kandi-Gogounou-Ségbana,
- Zone sanitaire de Malanville-Karimama.

Borgou :

- zone sanitaire de Bembéréké-Sinendé ;
- zone sanitaire de Nikki-Kalalé-Pèrèrè ;
- zone sanitaire de Parakou-N'dali ;
- zone sanitaire de Tchaourou.

Chacune de ces zones dispose de son hôpital. Ces hôpitaux sont les suivants : Sur ces hôpitaux, trois (03) seulement sont publics. Il s'agit de :

- Hôpital de zone de Banikoara,
- Hôpital de zone de Malanville,
- Hôpital de zone de Kandi.

Les autres sont soit confessionnels ou associatifs . Il s'agit de :

- Hôpital de zone évangélique de Bembéréké ;
- Hôpital de zone associatif Sounon Séro de Nikki ;
- Hôpital de zone confessionnel de Boko pour la Zone Sanitaire/Parakou-N'dali ;
- Hôpital confessionnel de zone de Papané pour la Zone Sanitaire de Tchaourou ;

II- Les Ressources et l'Environnement

A- Les Ressources

Comme toute organisation qui a des objectifs à atteindre, la Direction Départementale de la Santé du Borgou/Alibori dispose de ressources humaines, financières et matérielles.

1) Les ressources humaines

Elles sont constituées d'hommes et de femmes, de compétences variées, statuts et catégories confondues qui animent la vie et le fonctionnement réguliers des structures sanitaires tant au niveau intermédiaire qu'au niveau des institutions et structures périphériques. Il s'agit entre autres des Agents Permanents de l'Etat, des Agents Contractuels de l'Etat, des Agents recrutés sur fonds Mesures Sociales, des Contractuels du Financement Communautaire, des Agents payés par certains projets/ programmes et par endroits des Agents dits des collectivités locales. A ce jour, la DDS-B/A compte **439 APE, 159 ACE, 696 ARFMS...**

Le tableau ci-dessous présente la situation actuelle des ressources humaines des trois statuts cités supra.

Tableau 1 : Répartition du personnel de santé du Borgou et de l'Alibori

STATUTS	CORPS											
	MDE	SFE	IDE	IS	Anesth	TSL	TSR	AH	AS	Cadres	Autres	TOTAL
APE	27	43	53	121	07	06	04	05	30	13	126	435
ACE	13	15	12	00	23	02	01	25	14	02	52	159
AMS	07	44	47	157	00	02	01	02	167	08	261	696
Total	47	102	112	278	30	10	06	32	211	23	439	1280

Source : SRH/DDS Borgou-Alibori 2009

2) Les Ressources Financières

Elles sont aussi bien internes qu'externes. Les ressources internes sont celles générées par la vente des médicaments essentiels et autres consommables médico-techniques. Les ressources externes quant à elles sont variées. Elles proviennent de diverses sources et au nom de la décentralisation et de la déconcentration parviennent à la DDS et aux autres structures sanitaires du département. Ces sources sont entre autres :

- L'Etat béninois à travers des crédits délégués à la Direction de la Santé, ses services, l'hôpital départemental, Chaque zone sanitaire, les hôpitaux de zone, les CSC, CSA et autres,
- Les partenaires au développement du secteur santé ;
 - Le Programme Intégré de Santé Familial actuel PISAF ;
 - Le Projet Socio sanitaire Suisse (PSS) ;
 - L'Organisation Mondiale de la Santé ;
 - L'UNICEF ;
 - Le FNUAP ;
 - Le MCDI...
 - Certaines ONG,

3) Les Ressources Matérielles

Elles sont, pour le compte de la Direction de la Santé, de l'hôpital de référence, de toutes les structures publiques ou privées identifiées comme hôpitaux de zone, un ensemble de matériels, de locaux et d'équipements, nécessaires à l'accomplissement leurs diverses missions. En effet, l'hôpital de 1^{ère} référence (CHD-B) dispose à ce jour d'environ deux cent dix (210) lits

Certains hôpitaux de zone comme Papanè dans Tchaourou, Boko dans Parakou, Kandi et Malanville dans l'Alibori disposent respectivement de 98, 80, 87 et 52 lits pour l'hospitalisation de leurs divers malades. Leurs services respectifs, pour leur fonctionnement, disposent de divers matériels et équipements médico-techniques selon leurs spécialités.

B- Environnement

Toute organisation, quelle que soit sa taille, son statut, subit l'influence de l'environnement dans lequel elle évolue, progresse ou se développe. Il s'agit entre autres, du micro environnement et du macro environnement.

1- Le micro environnement

Il faut entendre par micro environnement, l'ensemble des forces positives ou négatives qui agissent directement sur l'organisation. Dans ce sens nous pouvons citer entre autres, les usagers (clients), les Associations de développement, les médias, les collectivités locales, le Ministère de la Santé (MS) comme régulateur.

- Les usagers : Ce sont les personnes physiques ou morales qui bénéficient des prestations ou services des différentes structures ;
- Les Associations de développement : Elles sont constituées d'hommes et de femmes, organisés et qui exercent de sérieuses influences sur les organisations en les contraignant à changer un certain nombre de comportements ;
- Les médias : Ce sont les hommes et les femmes de plume (journalistes) et autres animateurs qui relaient les informations dans les journaux, à la télévision, au niveau des radios communautaires et nationales, influençant les manières de faire ou aidant aux changements de comportements ;

- Les collectivités locales : Nous voulons citer ici les institutions déconcentrées comme la préfecture, la mairie etc...qui, de part leur poids au plan politique peuvent influencer, en temps opportuns le cours des choses au sein des organisations.

- Le Ministère de la Santé : C'est la structure mère qui, en temps opportuns est appelé à jouer le rôle de régulateur, de sapeur pompier...

2) Le macro environnement

Il regroupe à la fois l'environnement juridique et l'environnement technologique.

a) L'environnement juridique

La Direction Départementale de Santé et autres structures déconcentrées du Ministère de la Santé exercent leurs activités sous la réglementation et l'influence de plusieurs textes tant nationaux qu'internationaux.

Au plan international :

Le gouvernement béninois, en vue d'assurer des soins de qualité aux paisibles populations de ses villes et campagnes, a signé certains accords internationaux et se trouve dans l'obligation de respecter beaucoup d'autres même non ratifiés, lors de l'élaboration de ses diverses politiques. Il s'agit entre autres de :

- de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;
- du Fonds des Nations Unis pour l'Enfance (UNICEF) ;
- du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) ;
- de la déclaration Universelle des droits de l'Homme ;

- de la charte Africaine des droits de l'Homme ; - de la Convention Collective Générale du Travail etc...

- de la Convention Collective Générale du Travail etc...

Au plan national

- Loi n° 90 – 032 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin ;

- Loi 86 – 013 du 26 Février 1986 portant Statut Général des Agents Permanents de l'Etat et les différents textes de lois qui l'ont modifié ;

- Loi n° 97 – 028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'Administration Territoriale de la République du Bénin. ;

- Décret n° 90 – 347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et Formations Sanitaires Assimilées ;

- Décret n° 2005 – 108 du 09 mars 2005 portant régime juridique d'emploi des Agents Contractuels de l'Etat ;

- Décret n° 98 – 77 du 06 mars 1998 portant Statuts des Corps des Personnels de la Santé Publique ;

- Décret n° 2006 – 396 du 31 juillet 2006 portant Attributions, Organisations et Fonctionnement du Ministère de la Santé ;

.- Arrêté 1111/MS"/DC/SGM/CADZS du 26 février 1999 portant Création, Attributions , Composition et Fonctionnement de l'EEZS en République du Bénin.

b) La technologie

Le Ministère de la Santé est tenu aujourd'hui, dans le cadre de la recherche de la qualité des soins, de tenir compte de la technologie qui est un véritable facteur de développement. De ce fait, il est tenu de s'adapter aux nouvelles normes et stratégies développées dans la sous région, dans la région ou au plan international. Ces

informations proviennent de sites Internet, utilisation de certains logiciels ou des communications en réseau, pour ne citer ces cas concrets.

Paragraphe 2 : RESTITUTION DES MECANISMES DE FONCTIONNEMENT

Le petit Larousse illustré (2001) définit le fonctionnement comme : « le fait de fonctionner, manière dont quelque chose fonctionne ». Parmi les auteurs actuels, Henry MINTZBERG cherche à avoir une vision synthétique des formes organisationnelles. Pour lui, « les déterminants de toute structure sont à rechercher dans son environnement, son système technique, sa taille, son âge. Cependant, la nature du pouvoir et du style de direction, le mode dominant de coordination des activités » y jouent également un rôle déterminant. (Organisation et Gestion de l'Entreprise p160).

De ce fait, comprendre le fonctionnement des organisations reviendrait à comprendre leur structuration. La structure d'une organisation peut-être définie comme : « la somme totale des moyens employés pour diviser le travail en tâches distinctes et pour assurer la coordination nécessaire entre les tâches ». Henry MINTZBERG (Théories et dynamique des organisations).

Ainsi, conformément aux divers décrets, arrêtés, statuts et règlements, la Direction Départementale de la Santé et ses structures déconcentrées fonctionnent sous l'influence des organes ci-après :

I- Organes d'Administration, de gestion, de décision, médicaux techniques

A) Les organes d'Administration et de gestion

1) La Conférence Administrative Départementale (CAD) :

Elle est un organe mixte, représentative, influente et éventuellement régulateur des comportements gestionnaires des structures représentatives des différents départements ministériels. Elle siège périodiquement à la préfecture sous l'autorité du préfet des départements ou de son représentant pour discuter des problèmes de chaque direction départementale sectorielle. **Institution très intéressante de par sa composition et le contenu de l'ordre du jour de ses travaux.** Mais, on dénote une certaine légèreté dans le respect de la périodicité des assises et de l'avenir des décisions parfois salutaires qui y sont issues. Il se pose alors un véritable problème **d'inexistence d'un comité de suivi des recommandations issues de ses assises, recommandations qui touchent parfois les conditions de vie et de travail des personnels par secteur.**

2) Le Comité Départemental d'Etude et d'Evaluation des Projets (CDEEP) :

Comme le nom l'indique, c'est un organe qui réunit périodiquement les représentants des structures sanitaires déconcentrées au plan départemental, de la DDS et les responsables des différents projets/programmes intervenants dans le secteur santé. Ces structures sont entre autres :

- le Centre Hospitalier Départemental (CHD) ;
- les Zones sanitaires ;
- les Services de la DDS ;

- les partenaires au développement du secteur santé. **Ce comité étudie et évalue à mi-parcours le niveau d'exécution des différents plans élaborés par les institutions, les difficultés rencontrées ainsi que les taux de consommation des crédits mis à disposition.** A ces genres d'assises, la DDS peut solliciter l'appui tant matériel que financier de ces partenaires pour mettre en place une véritable situation motivationnelle dans toutes les structures sanitaires déconcentrées et penser à sa pérennisation. En l'absence d'une telle initiative, on observe une démobilisation générale dans le rang des acteurs du secteur œuvrant en milieux défavorisés. **Il se pose alors à ce niveau un véritable problème de leadership.**

3) Le Comité de direction (CODIR) départemental :

C'est un organe qui siège périodiquement dans chaque direction départementale et ce, sous la direction de chaque Directeur départemental et réunit les services de chaque direction, ses structures déconcentrées, les partenaires au développement de chaque secteur pour discuter de leurs forces et surtout de leurs faiblesses respectives (Voir à titre illustratif la composition du CODIR du Centre Hospitalier Départemental citée supra). **Véritable creuset d'échanges entre acteurs du système sanitaire des niveaux intermédiaire et périphérique**, il est à remarquer que lors de ces assises, les réels problèmes relatifs au personnel exerçant en milieux véritablement déshérités et/ou enclavés des départements sont relégués au dernier plan. La conséquence directe est **l'enregistrement intempestives des autorisations d'absence au quotidien tant à Parakou que dans les autres structures périphériques.**

4) Le Conseil d'Administration :

C'est l'organe qui administre les Centres Hospitaliers départementaux et est **investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'Etablissement dans la limite de l'objet social.**

Il est composé de :

- * Président : le représentant du Ministre de la Santé ;
- * Vice-président : le représentant du Ministre chargé des Entreprises ;
- * Membres : -le Directeur Départemental de la Santé ;
 - le Directeur du Centre Hospitalier Départemental ;
 - le Receveur des Finances ;
 - le représentant du préfet des départements ;
 - le Directeur Départemental du Travail et des Affaires Sociales ;
 - le Directeur Départemental du plan et de la Statistique,
 - un représentant des populations ;
 - un représentant du Ministre de la justice ;
 - le président de la Commission Médicale consultative ;
 - deux (02) représentants du personnel du Centre Hospitalier Départemental dont un administratif ;
 - un représentant des partenaires au développement sanitaire intervenant dans le centre ;
 - un représentant des guérisseurs traditionnels.

Véritable organe dont les décisions pouvaient influencer les décisions à un niveau plus élevé, on se pose la question de savoir si le Ministre de la Santé prend réellement connaissance du contenu des divers rapports issus de ses assises.

En effet, à l'occasion de notre stage, nous avons pris connaissance des différents rapports des sessions ordinaires du Conseil d'Administration du CHD-Borgou. Dans ces derniers, ils se posent fréquemment des préoccupations relatives à la rémunération du personnel de santé en raison des exigences liées au coût de la vie. Mais force est de constater qu'aucune avancée significative n'a été connue à ce jour. Nous en concluons qu'il se pose un problème de **non prise en compte à un niveau indiqué des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de la vie.**

5) La Direction du Centre Hospitalier Départemental :

Elle est assurée par :

- un Directeur (responsable de structure) ;
- un Chef du des Affaires Administratives et Economiques (Responsable des Affaires Administratives et Economiques) ;
- un Chef du Service des Affaires Financières (Responsable des Affaires Financières) ;
- un Chef des Services Médicaux et Techniques.

Il est un organe véritablement actif et très sollicité. Nous avons constaté à ce niveau que le quotidien du point de vue des activités prend le pas sur les réels problèmes communicationnels et informationnels, gage de motivation du personnel. Nous relevons à ce niveau une **insuffisance dans la tenue régulière des séances de concertation élargies et dans l'organisation d'Assemblées Générales ne serait-ce qu'une fois l'année.**

6) Le Comité de direction du CHD :

Le Comité de direction est un organe consultatif obligatoire pour toutes structures qui en disposent. Celui du CHD-B est composé comme ci-dessous :

-Président : Le Directeur du Centre Hospitalier Départemental ;

-Vice-président : Le Chef Services Médicaux et Techniques ;

Membres : -Chef de Service des Affaires Administratives et Economiques ;

-Chef de Service des Affaires Financières ;

-Surveillant Général ;

-deux (02) responsables élus du personnel du Centre.

Il est consulté pour connaître des décisions importantes relatives à l'élaboration du budget et de la politique générale du centre. Le Comité de Direction peut faire appel à toute personne dont la compétence est jugée nécessaire pour donner des avis. Le Centre Hospitalier Départemental désormais espace universitaire doit retenir l'attention dudit comité car la qualité des soins baisse au fil du temps. Il faut donc mettre en place, au plan interne des critères réels d'incitation à une conscience plus aigüe de responsabilité du personnel peu ou pas qualifié car nous constatons la **non-disponibilité en temps réel des médecins bi-appartenant** (servant à la fois l'université et l'hôpital) **et l'absence de système de reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié.** .

7) La Cellule de Contrôle de gestion du CHD:

C'est un organe conseil qui permet de fournir à la direction de l'hôpital et aux divers responsables, les informations internes indispensables pour une gestion participative, prévisionnelle et budgétaire saine.

8) Le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS) :

C'est l'organe suprême de représentation et de décision de la politique locale de santé conformément aux stratégies et normes nationales. Les membres sont l'émanation des différents intervenants publics et privés dans le système (élus locaux, chargés de l'administration et des ressources, agents de santé, ONG et associations, responsables des statistiques etc...). Nous remarquons que, pour faute de personnels qualifiés, certains postes prévus pour ce comité ne sont pas pourvus ; lorsqu'ils sont pourvus, ils ne le sont pas toujours avec le personnel requis. De ce fait, les décisions de cet organe sont facilement contestables. D'où la **non légitimité des décisions issues des assises du Comité de Santé.**

Aussi, devons-nous affirmer que cet organe ne plaide pas auprès d'autres structures déconcentrées pour rendre plus accessibles les formations sanitaires (infrastructures routières et autres informationnelles), **d'où la non efficacité de cet organe.**

9) L'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS) :

C'est l'organe technique de coordination des activités avec ses différentes branches ayant à sa tête le médecin coordonnateur de zone (médecin, administrateur, comptable, assistant social, technicien d'assainissement, infirmier d'Etat, Sage-femme d'Etat).

Tout comme le Comité de Santé, l'EEZS a pour fonctions et rôles la planification, la Budgétisation, la Coordination et la Supervision. **L'existence de cette Equipe ne fait qu'améliorer la performance et accroître la compétence des agents.** Cependant, on note des fréquents conflits entre médecin coordonnateur de zones sanitaires et les directeurs des hôpitaux de zone dont les relations quotidiennes ne sont pas toujours empreintes de la courtoisie nécessaire pour le bon fonctionnement de l'équipe. D'où **l'absence de leadership dans la gestion des**

responsables des zones sanitaires. La conséquence immédiate est **le faible développement du partenariat secteur public, secteur privé dans les EEZS où les directeurs d'hôpitaux privés sont parties prenantes.** Les COGECS, les COGEA et les CVS qui sont des organes responsables de gestion à des niveaux inférieurs ne prennent plus exemple sur les EEZS. On assiste désormais à une absence de synergie et de cohérence dans les interventions des organes de gestion au niveau de la zone sanitaire.

B) Les organes médicaux techniques

1) La Commission Médicale Consultative :

Elle est consultée sur les principales affaires concernant la gestion du Centre Hospitalier Départemental notamment les activités de santé, l'organisation, le fonctionnement, la répartition des services médicaux et médico-techniques. **Elle devrait examiner les questions relatives à l'hygiène, la salubrité, le fonctionnement médical et technique du centre.** Or, au cours de notre stage, nous avons observé que cette commission, en dehors des questions de salubrité, se réunit très peu autour des préoccupations liées à l'hygiène et au fonctionnement médical et technique du centre. Dans un contexte où l'assurance qualité est prônée dans les hôpitaux, nous nous demandons dans quel environnement évoluent les prestataires et les bénéficiaires des soins au CHD-Borgou. **Il se pose ici, un problème de qualité des soins administrés aux patients.**

2) **La Commission d'Hygiène et de Sécurité** :

C'est un organe technique de contrôle et de gestion qui devrait s'occuper de l'hygiène et de la sécurité (sécurité des personnes et de leurs biens, du patrimoine du centre, des risques d'incendie et d'inondation et des risques d'accident de travail) dans les structures sanitaires, n'existe pas formellement. Son rôle est pris en charge en partie par les Agents d'Hygiènes sous la supervision des surveillants généraux des hôpitaux.

Il se pose un problème de prise en charge des aspects liés **à la détermination, la prévention des risques d'incendie, d'inondation, des accidents et des maladies professionnelles.**

Section II : De l'Inventaire des problèmes aux séquences de résolution de la problématique retenue

Il s'agira pour nous de choisir la problématique liée à l'étude après avoir fait l'inventaire des problèmes énumérés au cours de la restitution des mécanismes de fonctionnement.

Paragraphe 1 : Choix de la problématique et spécification

Avant le choix de la problématique de l'étude et sa spécification, nous ferons d'abord l'inventaire des éléments de l'état des lieux et regrouperons les problèmes spécifiques par centres d'intérêts.

I- Inventaire des éléments de l'état des lieux et regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt

Nous identifierons d'une part, les atouts c'est-à-dire les forces de la Direction Départementale de la Santé et d'autre part, les problèmes c'est-à-dire les faiblesses auxquels elle est confrontée.

A. Inventaire des éléments de l'état des lieux

1- Inventaire des atouts

- On note l'existence et le fonctionnement régulier de la CAD. Elle est une structure administrative faîtière au niveau départemental en matière d'administration et de domaine de compétence ;
- Existence d'un comité chargé d'étudier et d'évaluer le niveau d'exécution des différents plans élaborés par les institutions, les difficultés rencontrées ainsi que les taux de consommation des crédits mis à disposition ;
- Fonctionnement des CODIR constituant un véritable creuset d'échanges entre acteurs du système sanitaire des niveaux intermédiaires et périphériques ;
- Le Conseil d'Administration du CHD est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'établissement et dans la limite de l'objet social ;
- Amélioration de la performance et accroissement de la compétence liés au fonctionnement des EEZS.

2- Inventaire des problèmes

- Inexistence d'un comité de suivi des recommandations issues des assises de la CAD, notamment celles relatives aux conditions de vie et de travail des personnels par secteur ;

- Insuffisance de leadership de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste ;
- Forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif ;
- Non prise en compte des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de la vie ;
- Insuffisance dans la tenue régulière des séances de concertation élargies et dans l'organisation des Assemblées Générales ne serait-ce qu'une fois l'année ;
- Non disponibilité des médecins bi appartenants (servant à la fois à l'université et à l'hôpital) et l'absence de reconnaissance de la contribution du personnel peu ou pas qualifié ;
- Faible implication des acteurs à divers niveaux dans le processus décisionnel ;
- Faible légitimité des décisions issues des assises du Comité de Santé ;
- Faible efficacité des Comités de Santé de Zones Sanitaires ;
- Absence de leadership dans la gestion des responsables des zones sanitaires ;
- Faible développement du partenariat secteur public et secteur privé dans les EEZS où les directeurs des hôpitaux privés sont partie prenante,
- Dégradation de la qualité des soins administrés aux patients ;
- Absence de prise en charge des aspects liés à la détermination, la prévention des risques d'incendie, d'inondation des accidents et des maladies professionnelles.

B- Regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt

Tableau 2 : Regroupement des problèmes spécifiques

N° d'ordre	Centre d'intérêts	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
1-	Motivation du personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance du leadership de la DDS par rapport à la motivation et la fidélisation des agents au poste. - Forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif. - Non prise en compte des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de vie. - Non -disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et l'absence de système de reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié. 	Non motivation du personnel dans les milieux déshérités et/ou enclavés	Problématique de la motivation du personnel exerçant dans les milieux déshérités et ou enclavés

N° d'ordre	Centre d'intérêts	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
2-	Gestion de la performance	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistence d'un comité de suivi des recommandations issues des assises de la CAD, notamment celles relatives aux conditions de vie et de travail des personnels par secteur. - Faible efficacité des comités de Santé de Zones Sanitaires. - Dégradation de la qualité des soins administrés aux patients. - Absence de prise en charge des aspects liés à la détermination, la prévention des risques d'incendie, d'inondation et les accidents et des maladies professionnelles. 	Processus de prise de décision non performante	Problématique de la prise de décision optimale par les organes de décision au niveau de la DDS-B/A
3-	Management des organisations	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance dans la tenue régulière des séances de concertation élargies et dans l'organisation d'Assemblée Générale ne serait-ce qu'une fois l'année. - Faible implication des acteurs à divers niveaux dans le processus décisionnel. - Faible développement du partenariat secteur public, secteur privé dans les EEZS où les directeurs d'hôpitaux privés sont parties prenantes 	Mauvais management des organes de décision à la DDS Borgou Alibori	Problématique du management des organes de décision à la DDS Borgou-Alibori

Source : Résultats de l'Etat des lieux

II- Choix de la problématique de l'étude et spécification de la problématique Choisie

A) Choix de la problématique de l'étude et formulation du sujet

A la suite des problèmes spécifiques par centres d'intérêt, nous avons ciblé un certain nombre de problématiques qui tiennent compte de nos objectifs. Il s'agit de :

- **Problématique de la motivation du personnel exerçant dans les milieux déshérités et ou enclavés ;**
- **Problématique de la prise de décision optimale par les organes de décision au niveau de la DDS-B/A ;**
- **Problématique du management des organes de décision à la DDS Borgou-Alibori**

L'analyse de ces différentes problématiques identifiées ci-dessus montre qu'elles sont toutes aussi importantes et constituent donc des centres d'intérêts auxquels la Direction Départementale de la Santé du Borgou-Alibori devra résolument s'attaquer pour une meilleure performance.

Or, étant donné qu'une gestion efficace et efficiente des ressources humaines passe par la disponibilité permanente des hommes et des femmes compétents, motivés et travaillant dans un environnement favorable, la DDS-B/A devra résolument s'y engager pour le bonheur des paisibles populations.

Nous avons privilégié les problèmes qui ont rapport avec la problématique de la motivation du personnel.

Le choix de cette problématique se justifie par le souci de résoudre les maux qui minent le bon fonctionnement de la DDS-B/A pour une gestion optimale de ses

ressources humaines. Ne pas résoudre celle-ci constituerait un frein aux solutions d'autres problèmes notamment ceux liés au Management des organes à divers niveaux de la pyramide sanitaire.

Rappelons que cette problématique découle du problème général de la non **motivation du personnel dans les milieux déshérités et ou enclavés** des départements du Borgou et de l'Alibori et les problèmes spécifiques suivants :

- Insuffisance du leadership de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste (Problème spécifique N°1)
- Forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif (Problème spécifique N°2).
- Non prise en compte des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de vie (Problème spécifique N°3).
- Non disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et l'absence de système de reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié (Problème spécifique N°4).

C'est pourquoi dans le souci de participer à la résolution du problème général et des problèmes spécifiques liés à cette problématique, nous avons décidé de mener notre réflexion sur le thème : « Contribution à une motivation optimale du personnel de santé exerçant en milieux déshérités et/ou enclavés : Cas des départements du Borgou-Alibori ». Cette solution pourra aider la direction départementale à stabiliser, fidéliser et optimiser les rendements du personnel de santé dans ces deux départements.

B) Spécification de la problématique choisie.

La Direction Départementale de la Santé du Borgou et de l'Alibori, de par son statut constitue la toute première des structures déconcentrées du Ministère de la Santé au niveau intermédiaire (plan départemental). Elle est régie par Arrêté ministériel N° 2003-2146/MSP/DC/SGM/SA du 21 mars 2003, portant attributions, organisation et fonctionnement des Directions Départementales de la Santé Publique et se trouve sous la tutelle du Ministère de la Santé. Par conséquent, elle s'est vue assigner comme missions la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé et d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements concernés.

Elle ne peut accomplir pleinement cette mission que si elle dispose de ressources humaines stables, dévouées et suffisamment motivées.

En effet, pour accomplir pleinement cette mission, la DDS-B/A doit penser à une réorganisation en son sein afin de résoudre les dysfonctionnements auxquels elle se trouve confrontée. Celle-ci se traduit par la mise en place d'un leadership.

Enfin l'absence à la DDS-B/A d'un bon système de motivation au niveau de ses structures déconcentrées freine son développement et engendre le départ massif de son personnel surtout qualifié et à statut fixe et des critiques de toutes sortes de la part de ses différents acteurs.

En effet, elle aura à résoudre le problème général du caractère non motivant de son style de gestion et les problèmes spécifiques auxquels elle est confrontée et qui n'ont pas encore fait l'objet d'une étude. Ce qui conduit à maintenir les quatre problèmes spécifiques ci-après :

- Insuffisance du leadership de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste (Problème spécifique N°1) ;

- Forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif (Problème spécifique N°2) ;
- Non prise en compte des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de vie (Problème spécifique N°3) ;
- Non disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et l'absence de système de reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié (Problème spécifique N°4).

Ainsi, la résolution de tous les problèmes spécifiques liés à la problématique choisie nous paraît salubre pour une gestion efficace et surtout motivationnelle des ressources humaines.

Paragraphe 2 : Vision globale de résolution de la problématique spécifiée

Dès lors que les problèmes spécifiques à résoudre sont choisis, le sujet formulé et la problématique spécifiée, il urge de préciser la vision globale pouvant nous permettre de résoudre le problème général identifié d'une part, et d'aborder correctement les problèmes spécifiques retenus d'autre part.

I- Approche générique de résolution du problème général

Nous rappelons que le problème général est le caractère non motivationnel du personnel de santé exerçant en milieux déshérités et/ou enclavés des départements du Borgou et de l'Alibori. Concernant ce problème, nous pouvons retenir le caractère non efficace du leadership à la tête de ses différentes structures déconcentrées qui ne cadre pas avec celui du management moderne et qui joue sur l'efficacité et la performance du personnel ; ce qui engendre alors des critiques de toutes sortes de la part des usagers des hôpitaux.

II- Approches génériques de résolution des problèmes spécifiques

A- Approche générique liée au problème spécifique n°1

En ce qui concerne le problème spécifique n°1 relatif à l'insuffisance du leadership de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste, nous pouvons dire que cette insuffisance peut entraîner des chutes importantes au niveau des divers indicateurs de performance au sein de chacune de ses structures déconcentrées. Ce qui aura des conséquences sur l'aboutissement du processus d'exécution des activités c'est-à-dire la non atteinte du but fixé par l'organisation. Le développement d'un leadership efficace, favorise l'atteinte des objectifs globaux fixés par une organisation. La résolution du problème spécifique n°1 fait donc référence à une approche basée sur les qualités du leader par rapport à l'atteinte des objectifs.

B- Approche générique liée au problème spécifique n°2

Quant au problème spécifique n°2 qui concerne la forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif, nous observons que l'instabilité du personnel dans les sites déshérités influencera négativement la continuité et la qualité des soins administrés aux malades dans les diverses structures sanitaires concernées. La résolution du problème spécifique n°2 passe donc par l'influence à des niveaux indiqués de la mise en place d'une politique adaptée de gestion et de suivi de la carrière du personnel exerçant en milieux déshérités et/ou enclavés, gage de l'amélioration de la qualité des soins dans un système moderne et purement compétitif.

C- Approche générique liée au problème spécifique n°3

Pour ce qui est du problème spécifique n°3 qui concerne la non prise en compte des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de vie, nous dirons que le salaire seul ne suffit pas pour motiver le personnel mais une rémunération répondant plus ou moins au coût de la vie préviendrait la démotivation. Certes, l'argent est un élément précaire de motivation mais une bonne

rémunération permet de satisfaire deux au moins des besoins de base parmi les cinq hiérarchisés par Abraham MASLOW dans sa « théorie de la hiérarchisation des besoins de l'homme ». il s'agit des besoins physiologiques et des besoins de sécurité. Donc, l'insuffisance de la rémunération dans un système de globalisation et de mondialisation ne peut qu'affaiblir les énergies et par conséquent contribuer à une mauvaise performance des différents acteurs du système sanitaire et influencer négativement l'atteinte des objectifs.

La résolution du problème spécifique n°3 passe donc par l'influence à des niveaux indiqués de la mise en place d'une politique de rémunération conséquente, gage de meilleures prises de décisions.

La résolution de ce problème spécifique n°3 passe donc par une écoute attentive et surtout active des difficultés quotidiennes que rencontre le personnel exerçant dans les milieux déshérités.

D- Approche générique liée au problème spécifique n°4

S'agissant du problème spécifique n° 4 relatif à Non disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et l'absence de système de reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié, nous dirons que cette situation influence négativement la qualité des soins administrés aux malades à divers niveaux de la pyramide sanitaire. L'instabilité notoire des médecins en général et surtout de ceux qui sont bi appartenant en particulier fait que le système de référence et de contre référence ne se fait pas souvent selon les normes exigées en la matière. Cette situation ne fait qu'augmenter le nombre d'évacuations sanitaires au niveau des formations sanitaires périphériques et du CHD-B.

La résolution du problème spécifique n° 4 passe donc par l'amélioration des conditions de vie et de travail des médecins « bi appartenant » et l'octroi de primes d'incitation en zones déshéritées pour ceux de la périphérie.



CHAPITRE DEUXIEME

**LA RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE DE LA
MOTIVATION DU PERSONNEL EXERCANT DANS
LES MILIEUX DESHERITES ET/OU ENCLAVES**

La résolution de la problématique choisie et spécifiée se fera sur la base d'une méthodologie adéquate devant aboutir à la proposition d'approches de solutions aux problèmes spécifiques identifiés et de certaines conditions de leur mise en œuvre.

Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude.

Dans cette section, nous présenterons d'une part, les objectifs et les hypothèses de l'étude et d'autre part la revue de la littérature et d'autre part, la méthodologie de la recherche.

Paragraphe 1 : Objectifs et hypothèses de l'étude.

Dans ce paragraphe, après avoir clarifié certains termes, nous fixerons les objectifs de l'étude et nous formulerons les hypothèses y afférentes.

I- Objectifs de l'étude

Avant d'aborder les objectifs, nous clarifierons certains concepts. Cette clarification permettra de définir les caractères spécifiques de certains termes par rapport à l'objectif visé pour mieux situer notre sujet de recherche afin d'une meilleure compréhension de notre étude.

A- Clarification de certains concepts.

1) La motivation

La multiplicité des théories montre le caractère dynamique de la notion de motivation et son caractère relatif ou subjectif. Elle variera à coup sûr d'une organisation à une autre. Cependant, nous pouvons faire une synthèse en disant que ; « C'est l'ensemble des forces internes et externes qui déterminent les manières de faire de l'individu, qui le poussent à agir ». « C'est aussi un moi personnel qui pousse un individu à mieux faire ce qu'il fait ». Les auteurs comme Maslow, McClelland, Alderfer mettent successivement l'accent sur les besoins et les attentes. Pour ce dernier, l'homme n'est pas une mécanique passive réclamant une force externe pour

être mis en mouvement, c'est plutôt un système organique, influencé par plusieurs autres facteurs comme l'environnement, sa propre compétence, les relations qu'il entretient avec ses semblables, le leadership auquel il est soumis ...Concernant cette dernière définition et ses auteurs, nous pouvons dire que : le terme de processus correspond aux activités fondamentales d'un manager. Selon le petit Larousse illustré de 2001, la motivation est : « un processus physiologique et psychologique responsable du déclenchement de la poursuite et de la cessation d'un comportement. Les actions d'encouragement et de motivation ne sont donc pas nécessairement financières, car une motivation efficace est la reconnaissance et l'appréciation pour le travail bien fait. (leadership et motivation, Marc GREGOR D. Paris 1975)

1) Environnement, leadership, contribution

Qu'entend-on par environnement, leadership et contribution ?

a) *L'environnement* : Il est un ensemble de facteurs tant internes qu'externes qui influencent positivement ou négativement l'atteinte des objectifs fixés par une organisation. C'est aussi un ensemble d'aspects organisationnels qui facilitent la promotion d'un programme durable et que les responsables peuvent généralement maîtriser ou changer, tels que les politiques organisationnelles, les valeurs essentielles les styles de leadership et l'engagement à mettre à disposition les ressources (humaines et matérielles) nécessaires pour appuyer les activités. (module de formation sur l'atelier d'introduction à l'assurance qualité, PROSAF, Borgou 2001)

b) *Le leadership* : C'est un lien essentiel vers les autres éléments de l'environnement favorable permettant de communiquer et de soutenir les valeurs essentielles, de l'organisation, d'élaborer des politiques et d'assurer la disponibilité des ressources. Sans leadership, il ne saurait y avoir d'environnement favorable pour l'atteinte des objectifs d'une organisation. (module de formation sur l'atelier d'introduction à l'assurance qualité, PROSAF, Borgou 2001).

c) *Contribution* : Le petit Larousse illustré définit ce mot contribution comme l'aide que chacun apporte à une œuvre commune.

B) Les objectifs de l'étude proprement dits

Avant d'aborder les objectifs de l'étude qui se déclineront en termes d'objectif général et d'objectifs spécifiques, nous ferons d'abord un rappel de la problématique retenue.

□ *Rappels de la problématique retenue*

Tenant compte de tout ce qui précède, cette étude sera axée exclusivement sur la motivation du personnel de santé en milieux déshérités. La problématique retenue est celle d'une contribution à une motivation optimale du personnel de santé des départements du Borgou et de l'Alibori qui comprend un problème général et quatre problèmes spécifiques à savoir :

□ *Problème général :*

Contribution à une motivation optimale du personnel de santé exerçant en milieux déshérités et/ou enclavés : cas des départements du Borgou et de l'Alibori.

- Problème spécifique N°1 : Insuffisance du leadership de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste.
- Problème spécifique N°2 : Forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif.
- Problème spécifique N°3 Non prise en compte des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de vie.
- Problème spécifique N°4 Non disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et l'absence de système de reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié.

1- Objectif général

Suggérer des solutions pour une contribution à une motivation optimale du personnel de santé exerçant dans les départements du Borgou et de l'Alibori.

2- Objectifs spécifiques

Ils seront formulés en fonction des problèmes spécifiques retenus. Il s'agit de :

- Proposer des solutions pour la mise en place d'un leadership efficace de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste (objectif spécifique n°1)
- Proposer des solutions pour corriger la forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif (problème spécifique n°2).
- Suggérer de solutions tenant compte de l'évolution du coût de la vie et pouvant permettre d'améliorer les conditions de vie et de travail du personnel de santé des départements concernés (objectif spécifique n°3).
- Suggérer un management pour une disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et d'un système de meilleure reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié. (objectif spécifique n°4).

Quelles sont alors les causes et hypothèses liées aux problèmes retenus ?.

II- Hypothèses et tableau de bord de l'étude

Avant d'énoncer les hypothèses de l'étude, il serait normal de connaître les causes qui sont à la base des problèmes spécifiques identifiés et donc du problème général.

A) Causes et hypothèses liées aux problèmes spécifiques

1- Causes et hypothèses liées aux problèmes spécifiques N°1

En ce qui concerne l'insuffisance du leadership de la DDS-B/A, pour la motivation et la fidélisation des agents au poste, trois causes possibles ont été identifiées et classées suivant un ordre croissant d'importance à savoir :

- Le fait que la plupart du personnel de santé ne met pas la volonté personnelle nécessaire à l'atteinte des objectifs que les différentes structures sont appelées à atteindre,
- Le fait qu'on constate qu'après une première prise de service, l'agent reçoit si possible et de manière volontaire plusieurs autres mutations ou part carrément des départements en mettant en branle ses propres relations.
- Le fait que le personnel de santé ne constate pas des influences positives de la part des responsables du niveau intermédiaire vers les diverses organes périphériques permettant de valoriser et de reconnaître leur travail respectif ne fait qu'accentuer cette insuffisance de leadership.

Mais lorsque l'on observe de bien près, nous nous rendons compte que le manque de motivation et l'insuffisance de conditions de fidélisation des agents au poste ne peuvent pas être la cause du problème puisque l'article 6 de la loi n°97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'Administration Territoriale du Bénin dispose que : « le territoire national est découpé en douze départements »

Conformément à cette loi ci-dessus citée, les douze départements sont les seuls cadres territoriaux où s'exerce la représentation de l'Etat.

Or, l'autonomie (matérielle, financière) dont jouit ces divers organes déconcentrés du fait du processus de décentralisation ne permet pas véritablement

d'influencer réellement la motivation du personnel de santé y exerçant. Il est donc question de faire accompagner la décentralisation par la mise à disposition de véritables moyens.

Quant à la fidélisation des agents à leur poste de travail, cette cause paraît être beaucoup plus à la base de l'insuffisance de leadership à la DDS-B/A, puisque la fidélisation des agents à leur poste de travail exige la connaissance de certaines méthodes de la part de la personne qui prend les initiatives au premier rang dans le secteur et surtout de son style de gestion, style qu'il imprime implicitement ou explicitement aux collaborateurs à divers niveaux de la pyramide sanitaire.

Nous pouvons conclure que l'insuffisance de leadership explique la non fidélisation des agents à leur poste de travail. (Hypothèse n°1).

2- Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°2

A propos de la forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif, deux causes possibles ont pu être identifiées et classées suivant un ordre d'importance croissante. Ces différentes causes sont :

- Les demandes de mutations départementales et/ou nationales,
- Les autorisations d'absence.

Les demandes de mutations départementales et nationales ne sauraient être considérées comme les causes premières de la forte instabilité du personnel de santé dans les départements du Borgou et de l'Alibori. Elles ne sont que la finalité ou le dernier recours d'un long processus engagé par les agents depuis longtemps. Aussi, pouvons nous affirmer que ces mutations ne s'effectuent qu'une seule fois l'an et les diverses décisions sont prises par une commission que nous savons très influentes et ne sauraient justifier cette instabilité du personnel. Les mutations individuelles nationales et départementales ne siègent ordinairement qu'une seule fois l'année et semblent ne pas être directement à la base de l'instabilité des agents à leur poste de travail.

Par contre, les autorisations d'absence, comme cause supposée être à la base du problème spécifique n°2 nous semblent assez pertinentes. Puisque les autorités compétentes à divers niveaux n'arrivent pas à maîtriser ou empêcher ces déplacements pour divers motifs, le personnel de santé en profite au maximum. De plus, il est à remarquer que la direction ou la plupart des organes de gestion au plan périphérique n'arrivent pas à fixer d'objectifs pour chacun des agents, ce qui fait que ces déplacements momentanés massifs influencent négativement l'amélioration des indicateurs et leur disponibilité en temps réel.

3- Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°3

Après analyse, en ce qui concerne la non prise en compte des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de vie, nous avons pu identifier que trois causes peuvent être à la base du problème. Signalons que ces causes sont classées suivant un ordre d'importance croissante. Elles sont :

- Insuffisance de plaidoyers,
- Absence de communication secteur public, secteur privé,
- Non installation des structures d'aide à la gestion par zone sanitaire.

L'insuffisance de plaidoyers semble ne pas être à la base du problème de l'amélioration des conditions de vie et de travail des agents. Il est important que les autorités du niveau central développent une écoute attentive par rapport aux réels problèmes auxquels les agents de ces zones sont confrontés.

De même l'absence de communication entre le secteur public et le secteur privé ne peut pas être considérée comme étant à la base de la non amélioration des conditions de vie et de travail du personnel des zones dites déshéritées et/ou enclavées. Cependant, l'aspect rétribution pouvait être amélioré car beaucoup de choses se passent positivement dans le privé dans ce sens et que le public ignore.

Par contre, la non installation des structures d'aide à la gestion dans chacune des zones sanitaires peut être considérée comme une cause qui semble expliquer

l'amélioration des conditions de vie et de travail des agents. Ces structures, installées dans chacune des zones sanitaires des départements du Borgou et de l'Alibori, aideront à coup sûr la DDS à mieux satisfaire aux exigences du personnel en poste dans ces zones.

. Comme le dit un adage populaire ; « A défaut du mieux, on se contente de ce qu'on a ».

Selon Henri MINTZBERG, la structure d'une organisation est « la somme totale des moyens employés pour :

- diviser le travail en tâches et pour ensuite,
- assurer la coordination nécessaire entre les tâches.

Considérant donc ce qui précède, nous pouvons déduire l'hypothèse suivante.

La non amélioration des conditions de vie et de travail s'explique par la non installation des structures d'aide à la gestion par zone sanitaire pour s'enquérir des réels problèmes auxquels les agents sont confrontés dans les différentes structures. (Hypothèse n°3).

4- Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°4

Après une analyse objective du management pour une disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et d'un système de meilleure reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié, deux causes sont susceptibles d'être supposées être à la base de la non disponibilité des médecins bi appartenants. Ces causes, classées par ordre croissante d'importance sont les suivantes :

- la non reconnaissance par les autorités, des contributions du personnel peu ou pas qualifié ;
- le manque de sensibilisation et la recherche de meilleures conditions de vie,

La non reconnaissance par les autorités, des contributions du personnel peu ou pas qualifié ne saurait être considérée comme étant à la base de la non disponibilité des

médecins bi appartenants car n'ayant aune influente directe sur cette disponibilité recherchée, gage de l'Assurance qualité dans toutes ses dimensions. Cependant, la cause relative au manque de sensibilisation et la recherche de meilleures conditions de vie peut-être considérée comme la cause fondamentale de la non disponibilité des médecins bi appartenants à l'hôpital de Parakou (Hypothèse n°4).

B- Tableau de bord de l'étude

Le tableau suivant récapitule tout ce qui précède.

Tableau n°6 Tableau de bord de l'étude sur « la problématique d'une motivation optimale du personnel de santé exerçant dans les milieux déshérités des départements du Borgou et de l'Alibori.

Tableau 3 : Tableau de bord de l'étude

Niveaux d'analyse		Problèmes	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses
Niveau général		<p><u>Problème général</u></p> <p>Faible motivation du personnel dans les milieux déshérités et ou enclavés</p>	<p><u>Objectif général</u></p> <p>Suggérer des solutions pour une contribution à une motivation optimale du personnel de santé exerçant dans les départements du Borgou et de l'Alibori.</p>	-	-
Niveaux Spécifiques	1	- Insuffisance du leadership de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste.	Proposer des solutions pour la mise en place d'un leadership efficace de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste.	L'insuffisance de leadership	l'insuffisance de leadership explique la non fidélisation des agents à leur poste de travail
	2	Forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif.	Proposer des solutions pour corriger la forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif	Insuffisances relatives à la gestion de la carrière des agents	les insuffisances relatives à la gestion de la carrière des agents sont à l'origine de leur forte instabilité à leur poste de travail

Niveaux d'analyse	Problèmes	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses
3	Non prise en compte des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de vie.	Suggérer de solutions tenant compte de l'évolution du coût de la vie et pouvant permettre d'améliorer les conditions de vie et travail du personnel de santé des 2 départements	La non installation des structures d'aide à la gestion par zone sanitaire	La non amélioration des conditions de vie et de travail s'explique par la non installation des structures d'aide à la gestion par zone sanitaire
4	Non -disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et l'absence de système de reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié	Suggérer un management pour une disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et d'un système de meilleure reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié	Le manque de sensibilisation et la non amélioration des conditions de vie des médecins dits appartenant	le manque de sensibilisation et la non amélioration des conditions de vie des médecins dits appartenant serait considérée comme la cause première de la non disponibilité en temps réels desdits agents

Source : Résultats de l'état des lieux.

Paragraphe 2 : Revue de la littérature et méthodologie de la recherche

I- Revue de la littérature

La revue de la littérature dans le cadre de notre recherche, nous permettra de faire le point des connaissances sur les problèmes en résolution, lesdites connaissances aideront à mieux cerner certaines notions nécessaires à la compréhension et au développement de notre thème.

Pour ce faire, nous partirons du point des connaissances liées au problème général relatif à la contribution à une motivation optimale du personnel de santé exerçant en milieux déshérités et/ou enclavés des départements du Borgou/Alibori et celles liées aux problèmes spécifiques en résolution que sont :

- Insuffisance du leadership de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste. (Problème spécifique N°1),
- Forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif. (Problème spécifique N°2),
- Non prise en compte des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de vie. (Problème spécifique N°3)
- Non disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et l'absence de système de reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié. (Problème spécifique N°4).

A- Exposé des contributions antérieures liées au problème général

Selon la thématique liée à ce problème, il s'agira pour nous de développer les théories des auteurs qui ont énoncé les méthodes d'une contribution à une motivation optimale du personnel de santé.

Nous rappelons que plusieurs théories de la motivation ont été élaborées par différents auteurs qui ont cherché à expliquer le comportement de l'homme au travail et les facteurs qui influencent sa motivation et son rendement.

Selon le petit Larousse compact : «La motivation est un facteur conscient ou inconscient qui incite l'individu à agir de telle ou telle façon ». Motiver, c'est donc créer les conditions qui poussent l'individu à agir, c'est stimuler.

Ces termes, étant déjà définis dans la partie état de la question nous pouvons nous demander : Que regroupent les différentes théories développées sur la motivation ?

La synthèse des travaux de recherche effectués sur le sujet permet de retenir les deux grandes familles de théories que sont : les théories du contenu et celles du processus. Signalons que les ouvrages les plus répandus sur le sujet traitent tous de ces théories du contenu et du processus. Les premiers mettent l'accent sur les besoins psychologiques et physiologiques qui regroupent les facteurs intrinsèques (complexité des tâches, les besoins de subsistance, les relations interpersonnelles, les avantages sociaux tandis que les seconds privilégient les mécanismes, créateurs même de la motivation. Il s'agit entre autres des attentes externes parce que provenant d'autrui (promotion, reconnaissance, salaire...) et celles internes car provenant des individus eux-mêmes (reconnaissance du travail bien fait, la fierté d'une réussite...). La raison d'être de tout manager ou leader étant de conduire les hommes et les femmes au service des organisations vers les objectifs de développement, il est question donc de savoir combiner les contenus des différentes théories pour parvenir au but visé.

B- Exposé des contributions antérieures liées aux problèmes spécifiques

Nous mettrons en exergue ici les approches des auteurs qui ont eu à aborder d'une manière ou d'une autre, les problèmes spécifiques que nous avons retenus.

1- Exposé des connaissances liées au problème d'Insuffisance du leadership de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste

Instinctivement, l'homme tend à rechercher l'agréable et à éviter le désagréable.

La conception traditionnelle du rôle du dirigeant dans sa mission d'adaptation des ressources humaines aux besoins de l'organisation (moyens financiers, matériels, équipements, moyens humains) à des fins économiques. En ce qui concerne les personnes Sans l'intervention active des dirigeants, les hommes restent indifférents ou même résistent aux besoins de l'organisation. De ce fait, il s'avère nécessaire voire indispensable de les persuader, les récompenser, les punir, les contrôler et diriger leurs activités. Il appartient aux dirigeants de le faire vis-à-vis de ceux qui ont des responsabilités à des échelons inférieures au leur ainsi que vis-à-vis des ouvriers. On peut résumer que «diriger consiste à faire travailler les autres » (Douglas MAC GREGOR, l'Entreprise et les Hommes, Collection Jean Diverrez, p11).

Cependant, le meilleur moyen sans doute de se rendre compte des insuffisances de l'approche traditionnelle de ce problème est de se pencher sur le concept de motivation Nous nous référerons sur ce point aux travaux de Abraham MASLOW. .Pour ce dernier, « l'homme est un animal insatisfait » Dès qu'un de ses besoins est satisfait, un autre prend sa place. Le processus est sans fin ; il se manifeste dès sa naissance et se perpétue jusqu'à sa mort. Pour ce dernier, il existe une manière d'agir, d'orienter leurs efforts, de modifier leur comportement afin de leur faire répondre aux besoins de l'organisation.

Chaque organisation a des responsables, certains sont des gestionnaires, d'autres des leaders, et d'autres encore accomplissent efficacement les deux rôles (tout en reconnaissant que tous les gestionnaires ne sont pas forcément des leaders, et non plus tous leaders ne sont pas gestionnaires). Il peut y des leaders désignés qui détiennent des mandats d'autorité, et des leaders informels qui « dirigent » en vertu de leurs forces/qualités personnelles. Toutefois, ceux qui sont mandatés ne sont pas

forcément des « leaders » efficaces, des individus qui ont une vision ; des individus qui donnent aux autres l'exemple à suivre en vue de stimuler et promulguer les valeurs et objectifs de l'organisation. Pour les besoins de la présente réflexion, nous suivrons le concept de leadership formel.

Le leadership est fondamental pour l'institutionnalisation de la qualité des soins parce que les leaders ont le pouvoir d'établir l'Assurance qualité comme objectif d'une organisation, modeler les comportements nécessaires pour atteindre cet objectif et mettre à disposition (ou plaider pour) des ressources en vue de mener les activités.

Le leadership est un lien essentiel vers les autres éléments de l'environnement favorable permettant au leader de communiquer, soutenir les valeurs essentielles de sa structure, d'élaborer des politiques et d'assurer la disponibilité des ressources. Sans leadership, il ne saurait y avoir d'environnement favorable pour la qualité des soins si tant rechercher à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Les termes comme la communication, l'environnement, la politique sont définis supra.

2- Exposé des connaissances liées à la Forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutation constituent un indicateur expressif.

Pour assurer sa croissance, l'entreprise en tant qu'organisation, se transforme en fonction des décisions internes et des pressions de l'environnement. La faculté d'adaptation de son personnel, sa flexibilité humaine dépend en grande partie de son aptitude à choisir les hommes, à les préparer à de nouvelles fonctions, à les affecter judicieusement en tenant compte de leurs aspirations et de leurs capacités potentielles. Par ailleurs, les mentalités évoluent, en particulier les attitudes vis-à-vis du travail, de l'autorité. Le travail n'est plus seulement source de salaire et éventuellement de prestige social, mais il doit apporter développement et enrichissement personnels. L'autorité, quant à elle, ne peut plus être considérée comme une valeur absolue liée à la position hiérarchique ; elle est de plus en plus fondée sur la compétence. On a pu dire à juste titre que ceux qui ont l'autorité laissent

la place à ceux qui font autorité. La gestion des carrières ou développement du potentiel humain de l'entreprise vise à atteindre le meilleur équilibre possible entre les besoins en hommes des structures, des attentes à l'égard du travail et les potentiels et aspirations des personnels. La mise en place d'un programme de développement peut être considérée comme un investissement de l'entreprise exigeant un effort immédiat dont les résultats futurs pourront être mesurés en terme d'accroissement de productivité, d'amélioration du climat social, de distribution des coûts, d'accroissement de stabilité du personnel, d'amélioration de flexibilité humaine de l'organisation.

Pour réduire un tant soit peu la forte instabilité du personnel de santé, il faut nécessaire que les autorités sanitaires pensent à une certaine déconcentration voire une déchristianisation de certains pouvoirs en matière de gestion de la carrière des agents du secteur santé comme le cas à l'éducation.

3- Exposé des connaissances liées à la non prise en compte des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de vie.

La rémunération est à la fois un coût pour l'organisation qui constitue souvent son principal poste de dépense et le revenu des apporteurs de travail. La fixation des rémunérations et leur évolution est donc au centre des conflits de répartition du surplus qui peuvent opposer les apporteurs des différents facteurs de production et notamment parmi eux, les apporteurs de capitaux et les salariés. La détermination des rémunérations affecte à la fois l'équilibre financier à long terme d'une organisation, son équilibre social entre différentes catégories de travailleurs, ainsi que la situation individuelle et le degré de motivation de chacun de ses membres pris individuellement.

4- Exposé des connaissances liées à la non disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et l'absence de système de reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié

Dans le domaine des conditions de travail, plus encore que pour d'autres aspects de la gestion des ressources humaines, chaque organisation, et même chaque partie d'organisation, constitue un cas particulier. Au-delà de quelques prescriptions ergonomiques, il est donc sain de tenter de poser des normes : beaucoup de solutions heureuses d'amélioration des conditions de travail proviennent plus de la capacité d'imagination des décideurs sociaux et de leur possibilité d'adaptation aux données d'environnement social et technique que de l'application des recettes qui ont réussi ici et là.

II -La démarche méthodologique

Les recherches effectuées dans le cadre de ce travail s'inscrivent dans une démarche méthodologique en deux (02) étapes :

- une étape d'exploration,
- une étape d'enquête sur le terrain

Paragraphe I : L'exploration

Cette étape est essentiellement consacrée à la recherche documentaire et aux entretiens exploratoires.

A°/ La recherche documentaire

Elle se résume à la consultation de certains documents ayant rapport avec notre thème de mémoire. Dans ce cadre, nous avons parcouru plusieurs centres de documentation, des services techniques de certains ministères. Nous avons aussi consulté plusieurs sites Internet qui nous ont fourni une précieuse documentation dans le cadre de la rédaction et la réalisation de ce mémoire.

B°/ Les entretiens

Les entretiens que nous avons eus nous ont permis d'échanger avec un certain nombre d'interlocuteurs qui sont d'une part des agents de santé au sens pur du terme, du personnel administratif exerçant dans le secteur, le personnel de soutien et personnel syndical du niveau central, intermédiaire ou du niveau périphérique. Ces entretiens nous ont permis de prendre en compte les aspects de la motivation du personnel de santé en milieux déshérités et/ou enclavés des départements du Borgou et de l'Alibori, ce qui nous a facilité l'élaboration de notre questionnaire d'enquête en conséquence.

Paragraphe 2 : L'enquête sur le terrain

Elle est essentiellement constituée du questionnaire d'enquête élaboré et administré à un échantillonnage bien ciblé.

A°/ La collecte et le traitement des données

Pour mener à bien notre étude, nous avons retenu de faire une enquête de terrain auprès de certains acteurs du système sanitaire. Nous avons identifié quatre groupes cibles à savoir :

- **Le personnel médical** : Ici le questionnaire a été adressé à des médecins de diverses qualités surtout au CHD-B et au niveau de certains hôpitaux de zone. Certains médecins généralistes ont aussi contribué à ce remplissage (Confère tableau N° 4, annexe 1). Nous avons ciblé pour la circonstance 10 médecins.
- **Le personnel paramédical** en poste dans les milieux déshérités et/ou enclavés. Ce sont des Agents Permanents de l'Etat, les Contractuels de l'Etat, les Agents recrutés sur Fonds Mesures Sociales répartis sur toute l'étendue des départements du Borgou et de l'Alibori. Nous avons personnellement choisi de ne parler que de ceux qui interviennent dans le secteur public. Sur les 1.287 qu'ils représentent, nous avons retenu un échantillon de **200 individus** car selon Claude

Angers << Si on connaît l'opinion de 1000 personnes, on devrait sonder 370 personnes pour avoir une marge d'erreur maximale de 5%. (Confère tableau n°1, annexe 1).

- **Les responsables syndicaux** des divers corps du personnel de la santé. Les questionnaires ont été adressés à tous les secrétaires généraux et à certains défenseurs des intérêts des corporations dans le Borgou comme dans l'Alibori tant Agents Permanents de l'Etat, Contractuels de l'Etat ou Mesures Sociales soit **20 personnes** au total.

- **Les responsables administratifs**. Ce sont des personnes ayant compétence sur la question de la motivation du personnel de santé au sein de la Direction Départementale de la Santé, de la structure de référence qu'est le Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHD-B) qu'au niveau de certaines structures déconcentrées.

Des entretiens ont été menés avec **20 responsables administratifs** à divers niveaux (confère tableau N° 3, annexe 1).

La collecte des données auprès de ces groupes cibles a été faite à l'aide d'un questionnaire en ce qui concerne les trois (03) premiers groupes et d'un guide d'entretien pour le quatrième.

Ce questionnaire a été bâti autour des variables suivantes :

- Les conditions de vie et de travail,
- la carrière,
- la rémunération,
- l'information et la communication,
- les récompenses

Plusieurs aspects de la démotivation du personnel de santé en milieux déshérités et/ou enclavés ont été explorés à travers chacune de ces variables.

Avant toute administration du questionnaire, nous l'avons testé auprès d'un petit nombre de personnes de chaque groupe. Cela nous a permis de l'affiner.

Les questionnaires ont été administrés dans les deux (02) départements grâce à une collaboration sans faille de certains collègues des structures déconcentrées et des charges de l'Administration et des ressources des zones sanitaires.

Pour nous imprégner des conditions de vie et de travail du personnel de santé en poste dans les milieux surtout enclavés, nous nous sommes déplacés nous-mêmes vers Karimama dans la zone sanitaire de Malanville-Karimama et vers Ségbana dans la zone sanitaire Kandi-Gogounou-Ségbana.

Les données recueillies auprès des quatre (04) groupes cibles ont été traitées manuellement.

B°/ Les difficultés rencontrées

Il faut retenir à cette étape que les difficultés majeures étaient celles relatives à l'étendue des départements du Borgou et de l'Alibori.

Les moyens financiers et surtout le facteur temps dont nous avons disposé pour cette enquête, ne nous ont pas permis de :

- Retenir un échantillon plus grand pouvant aller jusqu'à 20% de la population du personnel de santé en poste dans les zones déshéritées,
- Administrer nous-mêmes les questionnaires dans tous les postes enclavés des départements pour obtenir plus de précision dans les réponses et partager les réalités de ces contrées, même si nous les avons déjà parcourus en d'autres circonstances.

Aussi est-il important de souligner ici le retard lié à la collecte des questionnaires administrés aux différentes cibles. Selon ces derniers, les préoccupations quotidiennes (prise en charge des patients et autres obligations professionnelles) en sont la principale cause. Il nous a donc fallu plusieurs allers-retours avant de récupérer les questionnaires distribués.

Section II – De l’analyse des données aux approches de solutions

Paragraphe 1 : Analyse des données

Les données mobilisées dans le cadre de notre étude seront présentées et analysées en tenant compte de chacun des problèmes spécifiques en résolution.

A- Analyse des résultats par rapport au problème spécifique N° 1

Le problème spécifique N°1 identifié à l’occasion de notre étude est celui relatif à l’insuffisance du leadership de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste.

Les données collectées par rapport à ce problème sont synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Leadership et fidélisation

Modalités	Très Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion
Information et communication	23	60	123	44
Processus décisionnel	25	102	98	25
Intégration	95	32	96	27
Logement et infrastructures	25	85	135	5
Gestion des conflits	58	95	86	11

Source : Enquête de terrain

L’analyse du tableau ci-dessus montre qu’au sujet du leadership et de la fidélisation des agents, le degré de satisfaction varie suivant les diverses modalités.

En effet, les agents interrogés qui se sont déclarés très satisfaits par rapport à l’information et la communication, au processus décisionnel et à la présence d’un logement et des infrastructures adéquats, représentent moins de 10 % de l’effectif

total. Par contre ils sont plus nombreux en ce qui concerne leur intégration et la gestion qui est faite des conflits dans lesquels ils sont impliqués.

Dans un second ordre, les agents interrogés sont peu satisfait du processus décisionnel (102) et de la situation de la manière dont les conflits sont gérés (95).

En ce qui concerne l'existence des logements et des infrastructures sociocommunautaires, plus de 50 % (135) déclarent n'être pas du tout satisfaits. Cet effectif est suivi de l'opinion de ceux qui pensent qu'ils ne sont pas du tout satisfaits de la circulation de l'information et des modes de communication utilisés dans les deux départements (123).

Cependant, la proportion des agents qui n'ont donné aucune opinion par rapport à la rubrique leadership et fidélisation au poste, n'est pas négligeable. Elle varie en effet de 5 à 44.

B- Analyse des résultats par rapport au problème spécifique N° 2

Le second problème spécifique porte sur la forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif.

Tableau 5 : Gestion des carrières

Modalités	Très Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion
Evaluation	35	105	89	21
Formation	49	42	145	14
Avancement (Echelon et grade)	58	68	105	19
Promotion	40	95	101	14

Source : Enquête de terrain

De l'analyse des données recueillies des différentes personnes interrogées, il ressort que la majorité des agents ne sont pas du tout satisfaits ni de la manière dont les évaluations se font à divers niveaux de la pyramide, la manière dont les

formations sont gérées, la conduite du processus d'avancement et de promotion. Leur effectif varie en effet de 89 à 145.

A contrario, très peu sont satisfaits de la manière dont leur carrière est gérée. Leur effectif varie de 35 à 105. Il est important de faire remarquer que par rapport à l'évaluation, le nombre d'agents peu satisfaits est largement supérieur à l'effectif de toutes les autres modalités (105)

C- Analyse des résultats par rapport au problème spécifique N° 3

Le troisième problème spécifique est relatif à la non prise en compte des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de vie.

Tableau 6 : Participation des organes à l'amélioration des conditions de vie

Modalités	Très Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion
Ratio rémunération /coût de vie	12	35	186	17
Contribution des organes de gestion	36	98	82	34

Source : Enquête de terrain

Lorsque nous nous sommes intéressés aux conditions de vie et au rôle que les organes de gestion y jouent, nous nous sommes rendus compte d'une part que près des trois quart des agents (186) estiment que le ratio rémunération et coût de vie est fortement inégal. D'autre part, on observe une très faible implication des organes de gestion devant aider à l'amélioration des conditions de vie et de travail des agents exerçant en milieux déshérités et/ou enclavés.

D- Analyse des résultats par rapport au problème spécifique N° 4

Le quatrième et dernier problème spécifique identifié à l'occasion de notre travail est celui relatif à la non disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et l'absence de système de reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié.

Tableau 7 : Disponibilité des médecins bi appartenant

Modalités	Très Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion
Disponibilité des médecins bi appartenant	28	58	152	12
Amélioration conditions de vie et de travail de ce personnel	58	80	98	14
Sensibilisation au profit du personnel	28	154	59	9

Source : Enquête de terrain

L'analyse du tableau ci-dessus révèle une très faible disponibilité des médecins bi appartenants. Ceci est l'opinion de leurs différents collaborateurs interrogés à l'occasion de notre enquête. Il s'agit en l'occurrence du personnel paramédical, du personnel administratif et des responsables syndicaux (152). Ce chiffre est confirmé par nos propres observations au cours de notre stage notamment au CHD. La caractéristique principale de cette non disponibilité est les longues files d'attente observées tout au long de la matinée au niveau des différents services où ces médecins interviennent.

178 agents interrogés (80+98) se déclarent très peu ou pas du tout satisfait de leurs conditions de vie et de travail. Ceci est selon eux, à l'origine de la non disponibilité en temps réel des médecins bi appartenants car ceux-ci seraient à la recherche du mieux être.

Ils sont bien nombreux (154) à se déclarer peu satisfaits des sensibilisations qui sont faites à leur endroit dans le cadre de l'amélioration de leurs prestations. Ceci confirme les longues files d'attentes observées ici et là car le personnel paramédical présent au poste n'est pas prêt à faire des efforts supplémentaires en l'absence du personnel médical qui devrait leur servir de modèle.

Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et synthèses du diagnostic

A- Degré de vérification des hypothèses

1- Degré de vérification de l'hypothèse spécifique n°1

Notre première hypothèse était que la non fidélisation des agents à leur poste de travail s'explique par **l'insuffisance de leadership**.

Elle concernait plusieurs variables (Information et communication, intégration, processus décisionnel, gestion des conflits) au sujet desquelles, la majorité des agents se sont déclarés peu ou pas du tout satisfaits.

Au regard de ces résultats, nous concluons que la non fidélisation des agents à leur poste de travail est due à l'insuffisance de leadership.

Notre première hypothèse est donc vérifiée

2- Degré de vérification de l'hypothèse spécifique n°2

La non satisfaction de la majorité des agents au sujet de l'évaluation, de la formation, de l'avancement et de la promotion confirme bien l'hypothèse selon laquelle, la forte instabilité des agents à leur poste de travail explique les **insuffisances relatives à la gestion de la carrière** des agents sont à l'origine de la forte instabilité à leur poste de travail.

Nous affirmons donc que l'hypothèse spécifique n°2 est également vérifiée.

3- Degré de vérification de l'hypothèse spécifique n°3

Les résultats que nous venons d'analyser, nous ont révélé une très faible satisfaction des agents interrogés au sujet de l'existence des structures d'aide à la gestion à divers niveaux et principalement dans les Zones Sanitaires. En raison du rôle qu'ils sont appelés à jouer dans l'amélioration des conditions de vie et de travail des agents dans les milieux déshérités et/ou enclavés, nous arrivons à la conclusion que notre troisième hypothèse selon laquelle la non **installation des structures**

d'aide à la gestion par zone sanitaire explique la non amélioration des conditions de vie et de travail.

Eu égard à tout ce qui précède, nous pouvons confirmer que notre troisième hypothèse l'hypothèse est vérifiée.

4- Degré de vérification de l'hypothèse spécifique n°4

Les données du tableau 7 établissent la non disponibilité du personnel bi appartenant. Elles confirment en outre la non amélioration des conditions de vie et de travail de ceux-ci. Enfin, elles ouvrent la perspective sur les possibilités de sensibilisation pour améliorer la situation.

Au regard de ces résultats, nous arrivons à la conclusion que notre quatrième hypothèse est vérifiée.

B- Synthèse des éléments de diagnostic

1- Élément de diagnostic lié au problème spécifique n°1

L'insuffisance de leadership explique la non fidélisation des agents à leur poste de travail.

2- Élément de diagnostic lié au problème spécifique n°2

La forte instabilité des agents à leur poste de travail se justifie par les insuffisances relatives à la gestion de la carrière

3- Élément de diagnostic lié au problème spécifique n°3

La non installation des structures d'aide à la gestion par zone sanitaire explique la non amélioration des conditions de vie et de travail des agents.

4- Élément de diagnostic lié au problème spécifique n°4

e manque de sensibilisation et la non amélioration des conditions de vie des médecins dits bi appartenant est la première cause de la non disponibilité en temps réels desdits agents

II - Approches de solution et conditions de mise en œuvre

A- Approches de solutions

Trouver solution à un problème, c'est trouver les moyens d'éradication, tout au moins d'atténuation des causes se trouvant à la base de ce problème. Il s'agit en réalité de renforcer les atouts (forces) et de minimiser ou d'en rayer les faiblesses. Nous proposerons des solutions qui permettront de corriger les différentes causes à la base de chacun des problèmes et par conséquent conduiront à leur résolution.

1- Approches de solutions au problème de l'insuffisance de leadership

De notre élément de diagnostic, il ressort que l'insuffisance de leadership explique la non fidélisation des agents tous statuts et toute catégories confondues à leur poste de travail. Les propositions de solutions envisagées à cet effet sont :

- Elaboré et mettre en place un document de politique de motivation du secteur santé en générale et des milieux déshérités et /ou enclavés en particulier ;
- Commettre des études pour décrire les postes politiques Décrire les postes politiques ;
- redonner vie aux organes de gestion à divers niveaux de la pyramide sanitaire et leur faire jouer réellement leurs rôles ;
- éviter que le politique prenne le pas sur l'administration surtout par rapport aux nominations à certains postes aussi sensibles que la santé ;

- avoir un esprit visionnaire et savoir anticiper les risques et les éventuels conflits pouvant subvenir dans le secteur où ce sont les paisibles populations des villes et des campagnes qui subissent les conséquences dommageables ;
- Mettre en place au niveau de la DDS et dans toutes les structures déconcentrées un système performant de gestion de l'information et de la communication .

2- Approches de solutions au problème de la forte instabilité du personnel

La résolution du problème relatif à la forte instabilité du personnel de santé en milieux déshérités et / ou enclavé du Borgou/Alibori passe nécessairement par :

- la délocalisation ou tout au moins accepter que certains pouvoirs soient transférés et déconcentrés au secteur santé en matière de gestion de ses cadres (pour un simple acte d'avancement, un agent en poste à Compa dans Karimama doit descendre jusqu'à Cotonou) ;
- le développement d'une écoute attentive aux préoccupations des agents.

3- Approches de solutions au problème de la non installation des structures d'aide à la gestion par zone sanitaire.

Nous avons noté la non amélioration des conditions de vie et de travail du personnel de santé exerçant dans les périphériques. De ce fait, la création et le fonctionnement de structures d'aide parallèles aux organes de gestion et la sollicitation des partenaires aux développements seraient des atouts profitables pour la direction. Il faut donc :

- Créer un climat social apaisé en mettant en révisant les salaires à la hausse par rapport au coût actuel de vie ;

- Réfectionner les anciens locaux abandonnés au profit du personnel peu ou pas qualifié en vue de les y loger ;
- Revoir au niveau de toutes les structures déconcentrées, la gestion du volet social, événements heureux et malheureux. ;

4- Approches de solutions au problème de manque de sensibilisation et la non amélioration des conditions de vie des médecins dits bi appartenant.

Nous avons constaté des mouvements intempestifs des médecins bi appartenant intervenant à l'hôpital vers l'Université de Parakou à la recherche d'un mieux être. Or, l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital ne peut être possible que grâce à leur présence. Il faut de ce fait :

- Mettre en place au niveau de la DDS et dans toutes les structures déconcentrées un système performant de gestion de l'information et de la communication ;
- Améliorer les relations partenaires au développement du secteur santé, Organisations non gouvernementales et autres structures déconcentrées ;

B- Conditions de mise en œuvre et tableau de synthèse de l'étude (TSE)

1- Conditions de mise en œuvre

La mise en œuvre de toutes ces solutions ne peut être possible que grâce à un environnement interne et externe favorables. Elle est également conditionnée par l'appropriation par les cadres du secteur des meilleurs principes de management des Ressources Humaines. Il est aussi important de rappeler une fois encore que la volonté politique clairement exprimée des gouvernants est un facteur vraiment déterminant dans la réalisation effective de ces différentes solutions ci-dessus proposées .L'effectivité de la décentralisation et de la décentralisation par la mise à

disposition réelle de moyens financiers, matériels et surtout humains de qualité seraient un véritable atout.

a- Recommandation à l'endroit du Gouvernement

Pour une application correcte et diligente des solutions, les pouvoirs publics doivent entre autres :

- mettre en place un système d'équité dans la répartition des ressources nationales dans tous les secteurs (primes et autres avantages) ;
- faire organiser des missions médicales et chirurgicales dans les hôpitaux départementaux et de zone ;
- définir et appliquer une politique de motivation au profit du personnel exerçant en milieu déshérité et/ou enclavé.
- mettre en place un système de contrat de performance (gestion par objectifs) dans le secteur public en général et dans le secteur santé en particulier. Ceci permettra de fixer des objectifs à chacun des agents intervenant dans le secteur santé ;
- savoir anticiper sur les éventuels problèmes pouvant subvenir dans un secteur aussi sensible que la santé ;
- redonner une place de choix au dialogue social dans tous les secteurs de développement.

b- Recommandation à l'endroit du MS et leurs collaborateurs

Pour la mise en place d'une bonne politique de motivation du personnel de santé en milieux déshérités et/ou enclavés des départements du Borgou /Alibori, l'implication de tous les acteurs est nécessaire. Pour ce faire, il faut une conscience professionnelle aigüe, une discipline sans faille, une disponibilité, la volonté et l'amour de travail.

Il faudra donc :

- Dynamiser davantage les formations professionnelles au profit du profit du personnel ;
- Recruter le personnel médical et paramédical complémentaire nécessaire dans les hôpitaux et autres structures sanitaires ;
- Créer un climat social apaisé en mettant en révisant les salaires par rapport au coût actuel de vie ;
- Revoir globalement le système de supervision/monitoring ;
- Réduire les mutations sanctions au niveau de toutes les structures périphériques notamment les Zones Sanitaires.

c- Recommandation à l'endroit des usagers

A ceux-ci, il faut :

- Une patience et un dialogue constructif avec les prestataires de soins

C-Tableau de synthèse de l'étude (TSE)

C'est un tableau récapitulatif de tout travail abattu : de la problématique aux solutions d'éradication ou de réduction des causes réelles se trouvant à la base des problèmes en passant d'une part, par la fixation des objectifs et la formulation des hypothèses, puis d'autre part, l'établissement du diagnostic.

Tableau 8 : Tableau de Synthèse de l'Etude (TSE)

Niveaux d'analyse	Problématique	objectif	Causes réelles (Cr)	Diagnostic	Solution
Général	PG ; Faible motivation du personnel dans les milieux déshérités et ou enclavés des départements du B/A	OG : Suggérer des solutions pour une contribution à une motivation optimale du personnel de santé exerçant dans les départements du Borgou et de l'Alibori.	-	-	-
Spécifiques	1 PS1 : Insuffisance du leadership de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste.	OS 1 : Proposer des solutions pour la mise en place d'un leadership efficace de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste.	l'insuffisance de leadership la non fidélisation des agents à leur poste de travail.	Elément de diagnostic 1 L'insuffisance de leadership explique la non fidélisation des agents à leur poste de travail.	-Elaboré et mettre en place un document de politique de motivation du secteur santé en générale et des milieux déshérités et /ou enclavés en particulier ; -Commencer des études pour décrire les postes politesDécrire les postes politiques ; redonner vie aux organes de gestion à divers niveaux de la pyramide sanitaire et leur faire jouer réellement leurs rôles ; -éviter que le politique prenne le pas sur l'administration surtout par rapport aux nominations à certains postes aussi sensibles que la santé ;
	2 PS2 : Forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur expressif.	OS 2 : Proposer des solutions pour corriger la forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutations constituent un indicateur	les insuffisances relatives à la gestion de la carrière des agents expliquent la forte instabilité à leur poste de travail	Elément de diagnostic 2 La forte instabilité des agents à leur poste de travail se justifie par les insuffisances relatives à la gestion de la carrière	la délocalisation ou tout au moins accepter que certains pouvoirs soient transférés et déconcentrés au secteur santé en matière de gestion de ses cadres ; le développement d'une écoute attentive aux préoccupations des agents
	3 PS3 : Non prise en compte des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de	OS 3 : Suggérer de solutions tenant compte de l'évolution du coût de la vie et pouvant permettre d'améliorer les conditions de vie	la non installation des structures d'aide à la gestion dans les zones	Elément de diagnostic 3 La non installation des structures d'aide à la	Créer un climat social apaisé en mettant en révisant les salaires par

Présenté et soutenu par : Nicolas HOUNSOU

Contribution à une motivation optimale du personnel de santé exerçant en milieux déshérités et/ou
enclavés : cas des départements du Borgou-Alibori. 50

	vie.	et travail du personnel de santé des 2 départements	sanitaire s explique la non amélioration des conditions de vie et de travail du personnels dans les périphériques.	gestion par zone sanitaire explique la non amélioration des conditions de vie et de travail des agents.	rapport au coût actuel de vie ; Réfectionner les anciens locaux abandonnés au profit du personnel peu ou pas qualifié en vue de les y loger ; Revoir au niveau de toutes les structures déconcentrées, la gestion du volet social, événements heureux et malheureux. ;	
4		PS4 :Non -disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et l'absence de système de reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié	OS 4 :Suggérer un management pour une disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et d'un système de meilleure reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié	la non amélioration des conditions de vie et de travail explique la non disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant.	Elément de diagnostic 4 Le manque de sensibilisation et la non amélioration des conditions de vie des médecins dits bi appartenant est la première cause de la non disponibilité en temps réels desdits agents	Mettre en place au niveau de la DDS et dans toutes les structures déconcentrées un système performant de gestion de l'information et de la communication ; Améliorer les relations partenaires au développement du secteur santé, Organisations non gouvernementales et autres structures déconcentrées ; Faire gérer la carrière des agents du secteur par ses propres cadres ;

Source : Résultats de nos recherches

CONCLUSION GENERALE

Au terme de notre étude, nous pouvons affirmer qu'il ne saurait y avoir de performance individuelle ou collective sans une motivation durable. La manière dont le pouvoir est exercée dans l'organisation et le leadership qui y découle influencent nécessairement la gestion des ressources humaines. Il est donc nécessaire voire indispensable de moderniser le pouvoir pour améliorer le rendement des acteurs au sein de l'entreprise afin de mieux les motiver ; Les ressources humaines du secteur santé devront être valorisées non pas seulement en corrigeant les disparités catégorielles seulement mais en faisant en sorte que chacun des acteurs au plan départemental puisse se sentir impliqué, responsabilisé par rapport à certaines prises de décision.

On ne saurait comprendre que dans un secteur aussi sensible comme la santé, il y est 241 agents (médicaux et paramédicaux) soient en disponibilité prolongée, 85 en détachement, 47 abandons de poste (statistique DRH/MS/2009). Ce sont paisibles populations de nos villes et de nos campagnes qui en pâtissent ; La multiplicité des théories montre le caractère dynamique de la notion de motivation et son caractère relatif ou subjectif. Nos dirigeants à divers niveaux de la pyramide sanitaire doivent avoir et développés des esprits visionnaires en faisant l'effort de prévenir les conflits, d'assurer une certaine équité entre les acteurs du système et de développer une écoute attentive aux problèmes qui minent le secteur.

Pendant qu'il est encore possible, le Directeur Départemental de la Santé du Borgou et de l'Alibori doit revoir son leadership, profiter au maximum de la présence et de l'appui des divers partenaires au développement du secteur santé intervenants dans ses départements et d'autres structures déconcentrées pour asseoir une réelle politique de motivation au plan départemental et lutter pour sa pérennisation. Les diverses structures doivent donc fonctionner comme de véritables équipes.

Nous avons encore espoir que tout n'est pas encore perdu et qu'avec un sursaut patriotique des différents acteurs du système sanitaire (personnels médicaux, paramédicaux, administratifs, syndicats, soutien, organes de gestion de structures sanitaires etc...), le système sanitaire béninois, pourra, à l'aide de ses ressources humaines disponibles et inégalement réparties tendre vers l'atteinte des divers objectifs et répondre aux exigences de la globalisation et de la mondialisation.

BIBLIOGRAPHIE

I- Ouvrages généraux

1°/ CHARBON JEAN – LUC et SERAPI S. (1987), Organisation et Gestion de l'Entreprise, Manuel et applications, 3^e édition , Programme Plus, Paris XI, 473p

2°/ LAFLAMME M. et AKPAKI V. (1992) : Le management pour Cadres Africains, Paris, Cedex 16, Editions d'Organisation.

3°/TUQRUL A.(1998), Diagnostic et Décisions stratégiques, Paris Bordeaux II, Edition DUNOD, Collection Gestion.

II-Ouvrages spécifiques

1°/ MAC GREGOR D. (1975), Leadership et Motivation, Paris, Entreprise Moderne d'Édition, 4 rue Cambon, 75001 Paris, 197 p

2°/ MARTORY B.et CROZET D.(1998), Gestion des Ressources Humaines, 3^e édition Nathan, 1988, 255p

3°/ PETIT PAS JEAN – GUY, GAGNE P. A. et BOUCHER G. (1994), Comment motiver, mobiliser et responsabiliser mon personnel, Presse Universitaire de Québec, 1994, 36p

4°/ PERETTI J. M (2003), Ressources Humaines et Gestion des Personnes, Vuibert, Paris, 4^e édition 2003, 224 p

III- Mémoires et Rapports

1°/ ACAKPO C. B. Contribution à la motivation des enseignants du Primaire et du Secondaire en service dans les zones déshéritées du Bénin, Mars 2005, 70 p

2°/ CADZS, Document portant stratégie de développement du système de santé au Bénin, 8 p

3°/ HOUTOUKPE A. Problèmes de motivation du personnel soignant en milieu rural au Bénin, CESAG, Dakar, 1994 100 p

4°/ MINISTERE DE SANTE (2006), Annuaire des Statistiques Sanitaires, Cot , août 2006

5°/ PROSAF, Rapport Final, Janv 1999 – Janv 2004

IV-Cours non édité

1°/Docteur LOKOSSOU C. (2008), Introduction à l'Economie et à la Sociologie du Travail 2007 – 2008

2°/AGBOTA G. (2009), Evaluation, Rémunération et Motivation (2008-2009)

V- Textes législatifs et réglementaires

1°/ Loi n° 90 – 032 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin

2°/ Loi 86 – 013 du 26 Février 1986 portant Statut Général des Agents Permanents de l'Etat et les différents textes de lois qui l'ont modifié

3°/ Loi n° 97 – 028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'Administration territoriale de la République du Bénin

4°/ Décret n° 90 – 347 du 14 novembre 1990 portant approbation des statuts des Centres Hospitaliers Départementaux et Formations Sanitaires Assimilées

5°/ Décret n° 2005 – 108 du 09 mars 2005 portant régime juridique d'emploi des Agents Contractuels de l'Etat

6°/ Décret n° 98 – 77 du 06 mars 1998 portant Statuts des Corps des Personnels de la Santé Publique

7°/ Décret n° 2006 – 396 du 31 juillet 2006 portant Attributions, Organisations et Fonctionnement du Ministère de la Santé.

8°/ Décret n° 59 – 222 du 15 décembre 1959 portant règlement sur la rémunération, les indemnités et avantages matériels divers alloués aux Fonctionnaires des Administrations et Etablissements Publics et les actes qui l'ont modifié

9°/ Décret n° 2004 – 627 du 10 novembre 2004 portant transfert de certaines attributions du ministère chargé de la fonction publique aux ministres en charge de l'éducation nationale en matière de gestion des personnels enseignants au Bénin.

10°/ Arrêté Ministériel N° 2003-2146/MSP/DC/SGM/SA du 21 mars 2003, portant attributions, organisation et fonctionnement des Directions Départementales de la Santé Publique.

11°/ Arrêté Ministériel n° 13039/MS/DC/SGM/DRH/SARH portant réglementation des mutations du Personnel du Ministère de la Santé

12°/ Décret n° 59 – 222 du 15 décembre 1959 portant règlement sur la rémunération, les indemnités et avantages matériels divers alloués aux Fonctionnaires des Administrations et Etablissements Publics et les actes qui l'ont modifié

13°/ Arrêté interministériel n° 421/MFPTRA/MSP/MFE/DC/SGM/SA du 10 novembre 2004 portant primes de risque inhérent à l'emploi aux personnels de la santé en activité.

14°/ Arrêté interministériel n° 2348/MS/MEF/DC/SGM/DRH/DRFM/SA du 07 mai 2008 portant prime exceptionnelle de motivation.

15°/CHD-Borgou, Document portant règlement intérieur, Mars 2001

VI- Documents tirés sur sites Internet

- Bénin, (2006) : « Stratégies OMD secteur santé, financement et amélioration de la gestion des ressources humaines » /[http google.fr/search ?](http://google.fr/search)
- « Renforcer le mécanisme de motivation du personnel » /[WWW. Fraternité info.com/spip php ?](http://WWW.Fraternitéinfo.com/spip.php)
- « pénurie du personnel spécialisé en milieux déshérités ». [Santé Magreb.com](http://SantéMagreb.com)

ANNEXES

Questionnaire n° 1 :

Groupe cible n°1 : Agents médicaux

Dans le cadre de la formation en gestion des Ressources Humaines au second cycle de l'Ecole Nationale d'Administration et de magistrature, j'entreprends des recherches pour la rédaction d'un mémoire sur le thème : « Contribution à une motivation optimale du personnel de santé exerçant en milieux déshérités et/ou enclavés : cas des départements du Borgou et de l'Alibori ».

A cet effet, je vous prie de bien vouloir contribuer à ce travail en répondant à ce questionnaire.

Identification

Niveau d'intervention :

DDS CHD ZS CSC HZ

Statut

APE ACE CMS C/CHD ACL

Départements

Alibori Borgou

Conditions de vie et de travail

1) Etes-vous satisfaits de votre cadre de vie et de travail ?

Très satisfait Peu satisfait Pas du tout satis

2) Si non quelles sont les causes de votre insatisfaction ?

Problème d'intégration Enclavement Zone déshéritée

Problème de logement Manque d'infrastructures sociocommunitaires

Cadre de vie Lenteur administrative vétusté des locaux

Dépenses excessives

Autres à préciser _____

3) Ces facteurs affectent-ils votre motivation ?

Oui Non

4) Où préféreriez-vous servir ?

Zone urbaine Zone rurale Peu importe

Pourquoi ? _____

5) Avez-vous les mêmes chances de promotion que vos collègues des villes ?

_____ _____

Oui

Non

6) Avez-vous suivi une quelconque formation depuis votre mutation à ce poste ?

Oui

Non

7) Votre séjour en zone déshéritée et/ou enclavée a-t-il des impacts négatifs sur votre carrière ?

Oui

Non

8) Si oui, lesquels ? _____

9) Pensez-vous que le décrochage peut aider à régler les difficultés ?

Oui

Non

Pourquoi ? _____

_____ 10) Vous arrive-t-il souvent d'être absent de votre poste de travail ?

Oui

Non

Rémunération

11) Avez-vous reçu une fois de prime pour poste déshérité et/ou enclavé ?

Oui

Non

12) Comment appréciez-vous ces primes ? _____

Informations et communication

13) Quand êtes-vous informés des grandes décisions vous concernant prises au niveau du Ministère ?

Vite

Tardivement

Pas du tout

14) Avez-vous la possibilité de communiquer aussi facilement avec vos plus proches parents ?

Par quel canal ? _____

15) Avez-vous connaissance d'un quelconque document de politique de motivation du personnel du MS ?

Oui

Non

16) Avez-vous connaissance d'une quelconque célébration d'une journée internationale du personnel de santé ?

Oui

Non

Si oui, laquelle ? _____

Récompenses

17) Avez-vous été félicité une fois par vos supérieurs hiérarchiques pour vos efforts ?

Oui Non

Si oui, sous quelle forme ?

18) Reconnaissance orale Lettre de félicitations Décoration

Tableau d'honneur Félicitations publiques

Autres (à préciser) _____

Représentation et intégrations sociales du personnel de santé

19) Quelle image la communauté se fait-elle de votre profession ?

Positive Négative

20) Etes-vous bien intégré à la communauté ?

Oui Non

Si oui, comment ? _____

Si non,
pourquoi ? _____

Suggestions pour la motivation du personnel de santé

21) Qu'est-ce qui contribuerait le plus à votre fidélisation à votre poste ou à un poste déshérité et/ou enclavé des départements du Borgou/Alibori ?

Je vous remercie

Questionnaire n° 2 :

Groupe cible n°2 : Agents paramédicaux

Dans le cadre de la formation en gestion des Ressources Humaines au second cycle de l'Ecole Nationale d'Administration et de magistrature, j'entrepris des recherches pour la rédaction d'un mémoire sur le thème : « Contribution à une motivation optimale du personnel de santé exerçant en milieux déshérités et/ou enclavés : cas des départements du Borgou et de l'Alibori ».

A cet effet, je vous prie de bien vouloir contribuer à ce travail en répondant à ce questionnaire.

Identification

Niveau d'intervention :

DDS CHD ZS CSC HZ

Statut

APE ACE CMS C/CHD ACL

Départements

Alibori Borgou

Conditions de vie et de travail

2) Etes-vous satisfaits de votre cadre de vie et de travail ?

Très satisfait Peu satisfait Pas du tout satis

2) Si non quelles sont les causes de votre insatisfaction ?

Problème d'intégration Enclavement Zone déshéritée

Problème de logement Manque d'infrastructures sociocommunautaires

Cadre de vie Lenteur administrative vétusté des locaux

Dépenses excessives

Autres à préciser _____

3) Ces facteurs affectent-ils votre motivation ?

Oui Non

4) Où préféreriez-vous servir ?

Zone urbaine Zone rurale Peu importe

Pourquoi ? _____

5) Avez-vous les mêmes chances de promotion que vos collègues des villes ?

Oui Non

6) Avez-vous suivi une quelconque formation depuis votre mutation à ce poste ?

Oui Non

7) Votre séjour en zone déshéritée et/ou enclavée a-t-il des impacts négatifs sur votre carrière ?

Oui Non

8) Si oui, lesquels ? _____

9) Pensez-vous que le décrochage peut aider à régler les difficultés ?

Oui Non

Pourquoi ? _____

_____ 10) Vous arrive-t-il souvent d'être absent de votre poste de travail ?

Oui Non

Rémunération

11) Avez-vous reçu une fois de prime pour poste déshérité et/ou enclavé ?

Oui Non

12) Comment appréciez-vous ces primes ? _____

Informations et communication

13) Quand êtes-vous informés des grandes décisions vous concernant prises au niveau du Ministère ?

Vite Tardivement Pas du tout

14) Avez-vous la possibilité de communiquer aussi facilement avec vos plus proches parents ?

Par quel canal ? _____

15) Avez-vous connaissance d'un quelconque document de politique de motivation du personnel du MS ?

Oui Non

16) Avez-vous connaissance d'une quelconque célébration d'une journée internationale du personnel de santé ?

Oui Non

Si oui, laquelle ? _____

Récompenses

17) Avez-vous été félicité une fois par vos supérieurs hiérarchiques pour vos efforts ?

Oui Non

Si oui, sous quelle forme ?

18) Reconnaissance orale Lettre de félicitations Décoration

Tableau d'honneur Félicitations publiques

Autres (à préciser) _____

Représentation et intégrations sociales du personnel de santé

19) Quelle image la communauté se fait-elle de votre profession ?

Positive Négative

20) Etes-vous bien intégré à la communauté ?

Oui Non

Si oui, comment ? _____

Si non,
pourquoi ? _____

Suggestions pour la motivation du personnel de santé

21) Qu'est-ce qui contribuerait le plus à votre fidélisation à votre poste ou à un poste déshérité et/ou enclavé des départements du Borgou/Alibori ?

Je vous remercie

Questionnaire n° 3 :

Groupe cible n°3 : Syndicats

Dans le cadre de la formation en gestion des Ressources Humaines au second cycle de l'Ecole Nationale d'Administration et de magistrature, j'entreprends des recherches pour la rédaction d'un mémoire sur le thème : « Contribution à une motivation optimale du personnel de santé exerçant en milieux déshérités et/ou enclavés : cas des départements du Borgou et de l'Alibori ».

A cet effet, je vous prie de bien vouloir contribuer à ce travail en répondant à ce questionnaire.

Identification

1) Niveau d'intervention :

DDS CHD ZS CSC HZ

Facteurs de démotivation

2) Quelles sont selon vous, les causes de la désaffection des zones déshéritées et/ou enclavées par le personnel de santé ?

Problème d'intégration Enclavement Problème de logement

Voies d'accès Manque d'infrastructures sociocommunautaires Cadre de vie

Lenteur administrative Vétusté des locaux

Autres (à préciser) _____

3) Comment la démotivation se manifeste-t-elle chez le personnel de santé ?

Absences Demande de mutation en zone urbaine

Abandon de poste retard au poste travail au ralenti

Autres (à préciser) _____

Appréciations sur la politique de motivation

4) Votre point de vue de l'inexistence du document de politique de motivation du personnel de santé

5) Comment appréciez-vous le manque de mesure en faveur du personnel de la santé en exercice dans les milieux déshérités et/ou enclavés ? _____

6) Dans le cadre d'une quelconque revalorisation de l'exercice de la profession de santé en zones déshéritées et/ou enclavées, quelles mesures proposeriez-vous ? _____

Suggestions

7) Souhaiteriez-vous comme dans beaucoup d'autres secteurs, qu'on décrète une journée internationale du personnel de santé ?

Si oui, quelles actions peuvent être entreprises en faveur du personnel en poste dans les zones déshéritées et /ou enclavées ? _____

8) A votre avis, qu'est-ce qui contribuerait le plus à motiver le personnel de santé à aller servir dans ces zones ou accepter d'y rester pendant longtemps ? _____

9) Quelles propositions pourriez-vous faire pour que le décrochage dans le secteur santé soit une réalité et contribue à l'amélioration des conditions de vie et de travail du personnel de santé en exercice dans les zones déshéritées et/ou enclavées du Bénin ? _____

Je vous remercie

GUIDE D'ENTRETIEN

Groupe cible n°4 : Personnel Administratif

Dans le cadre de la formation en gestion des Ressources Humaines au second cycle de l'Ecole Nationale d'Administration et de magistrature, j'entreprends des recherches pour la rédaction d'un mémoire sur le thème : « Contribution à une motivation optimale du personnel de santé exerçant en milieux déshérités et/ou enclavés : cas des départements du Borgou et de l'Alibori ».

A cet effet, je vous prie de bien vouloir contribuer à ce travail en répondant à ce questionnaire.

Identification

1) Niveau d'intervention :

DDS CHD ZS CSC HZ

Facteurs de démotivation

2) Quelles sont selon vous, les causes de la désaffection des zones déshéritées et/ou enclavées par le personnel de santé ?

Problème d'intégration Enclavement Problème de logement

Voies d'accès Manque d'infrastructures sociocommunitaires Cadre de vie

Lenteur administrative Vétusté des locaux

Autres (à préciser) _____

3) Comment la démotivation se manifeste-t-elle chez le personnel de santé ?

Absences Demande de mutation en zone urbaine

Abandon de poste retard au poste travail au ralenti

Autres (à préciser) _____

Appréciations sur la politique de motivation

4) Votre point de vue de l'inexistence du document de politique de motivation du personnel de santé

5) Comment appréciez-vous le manque de mesure en faveur du personnel de la santé en exercice dans les milieux déshérités et/ou enclavés ? _____

6) Dans le cadre d'une quelconque revalorisation de l'exercice de la profession de santé en zones déshéritées et/ou enclavées, quelles mesures proposeriez-vous ?

Suggestions

7) Souhaiteriez-vous comme dans beaucoup d'autres secteurs, qu'on décrète une journée internationale du personnel de santé ?

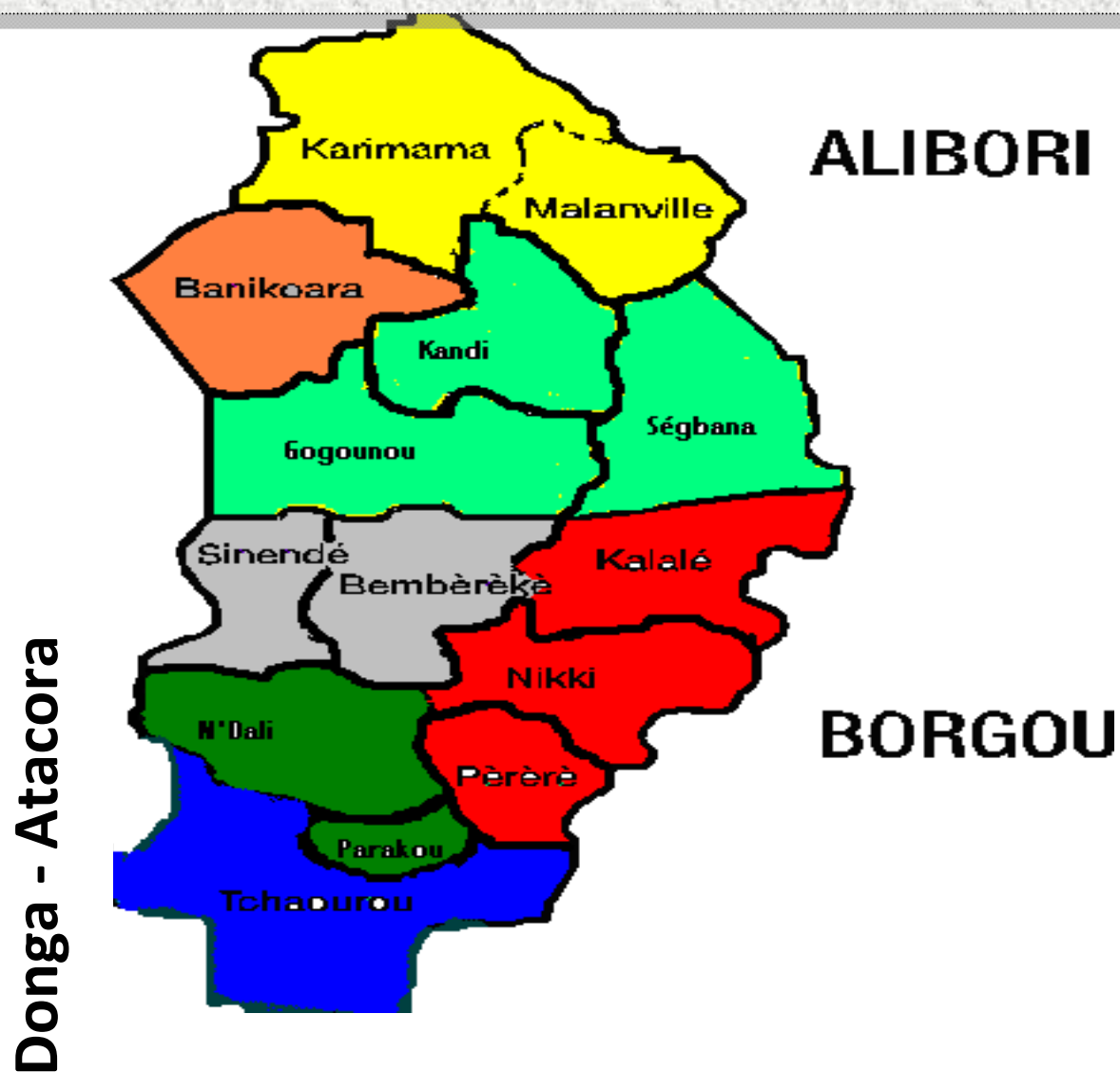
Si oui, quelles actions peuvent être entreprises en faveur du personnel en poste dans les zones déshéritées et /ou enclavées ? _____

8) A votre avis, qu'est-ce qui contribuerait le plus à motiver le personnel de santé à aller servir dans ces zones ou accepter d'y rester pendant longtemps ?

9) Quelles propositions pourriez-vous faire pour que le décrochage dans le secteur santé soit une réalité et contribue à l'amélioration des conditions de vie et de travail du personnel de santé en exercice dans les zones déshéritées et/ou enclavées du Bénin ? _____

Je vous remercie

**LA CARTE DES DEPARTEMENTS DU BORGOU ET DE L'ALIBORI
PAR ZONE SANITAIRE**



Source : SEPS/DDS-B/A 2009

LA HIERARCHISATION DES BESOINS DE L'HOMME

(Théorie de Abraham MASLOW)

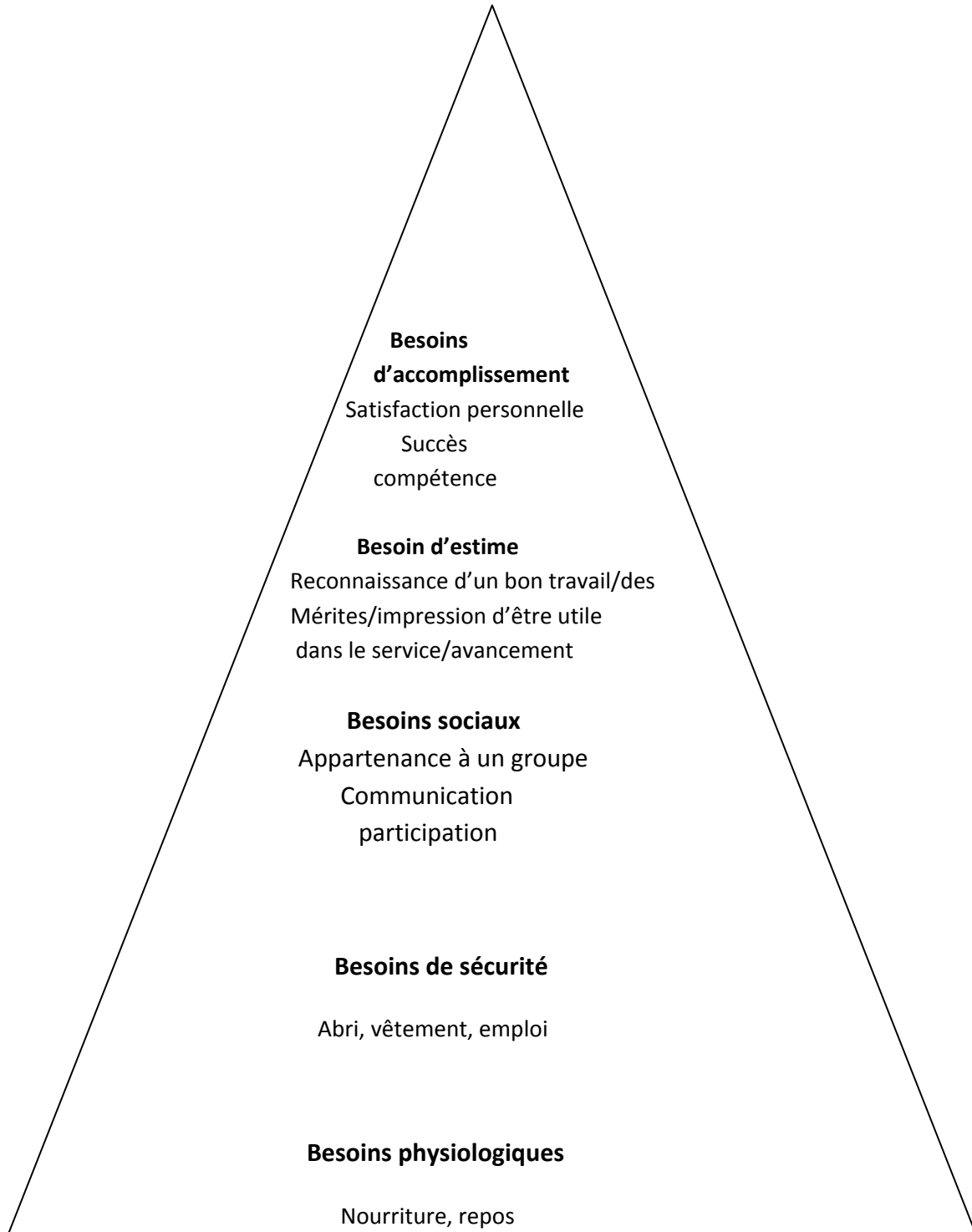


TABLEAU DE LA CONCEPTION TRADITIONNELLE DU DIRIGEANT

THEORIE x	THEORIE Y
1- Les dirigeants ont la responsabilité de mettre en œuvre les moyens dont dispose l'entreprise (moyens financiers, matériels, équipements, moyens humains) à des fins économiques.	2- Les dirigeants ont la possibilité d'organiser des éléments de production dont dispose l'entreprise à des fins économiques.
3- Concernant les personnes, Il existe une manière d'agir, d'orienter leurs efforts, de modifier leur comportement afin de leur faire répondre aux besoins de l'organisation.	4- Les hommes ne sont pas passifs ou opposants par nature, s'ils le deviennent, c'est à la suite des expériences qu'ils font dans leur vie personnelle.
5- Sans l'intervention active des dirigeants, les hommes restent indifférents ou même résistent aux besoins de l'organisation.	6- La motivation, la possibilité de progrès, la capacité d'assurer des responsabilités, l'aptitude à orienter son comportement vers les finalités de l'entreprise, tout cela existe, mais en tant que potentialité. Il appartient aux dirigeants de faire en sorte que leurs subordonnés prennent conscience de ces aptitudes latentes et puissent les réaliser.
	7- La tâche essentielle des dirigeants est donc de créer des conditions et d'imaginer des procédures qui permettent à l'homme de mieux satisfaire ses besoins personnels en dirigeant ses efforts vers les objectifs de l'entreprise. Pour y parvenir, il faut créer les occasions permettant à l'individu de se réaliser, il faut écarter les obstacles qui s'y opposent, encourager les progrès et donner l'exemple. C'est ce que Peter DRUCKER a appelé « la direction par objectif » par opposition à la « direction par contrôle ».

TABLEAU D'INSTITUTIONNALISATION DE L'ASSURANCE QUALITE

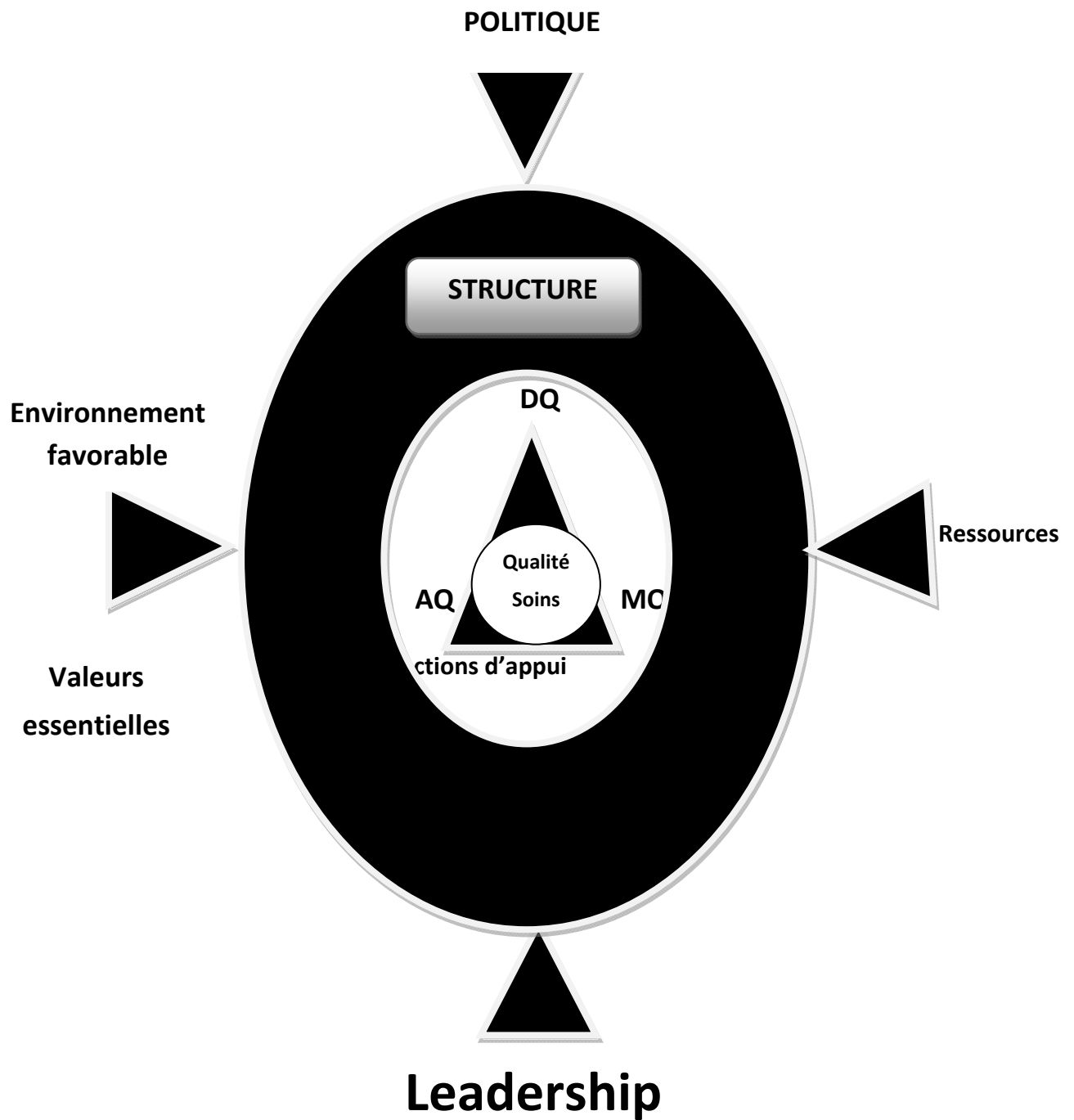


TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX	v
GLOSSAIRE	vi
RESUME.....	vii
	i
SOMMAIRE	ix
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE PREMIER	
CADRE ORGANISATIONNEL DE L’ETUDE SUR LA MOTIVATION OPTIMALE DU PERSONNEL DE SANTE EN MILIEUX DESHERITES ET/OU ENCLAVES.....	4
<u>Section 1</u> : Cadre Institutionnel de l’étude et restitution des observations de stage.....	5
<u>Paragraphe 1</u> : Présentation générale des départements du Borgou- Alibori et restitution des mécanismes de son fonctionnement.....	5
III- Historique, Missions et structures des départements du Borgou- Alibori.....	5
A-Historique.....	5
B- <u>Missions</u>	7
C- <u>Structures</u>	7
IV- Les Ressources et l’Environnement.....	12
...	
A- Les Ressources.....	12
1) Les ressources humaines.....	12
2) Les Ressources Financières.....	14
3) Les Ressources Matérielles.....	14

B- Environnement	15
1- Le micro environnement.....	15
2) Le macro environnement.....	16
a) L'environnement juridique.....	16
b) La technologie.....	17
Paragraphe 2 : RESTITUTION DES MECANISMES	
DE FONCTIONNEMENT	18
I- Organes d'Administration, de gestion, de décision, médicaux	
techniques	19
A) Les organes d'Administration et de gestion.....	19
1) <u>La Conférence Administrative Départementale (CAD)</u>	19
2) <u>Le Comité Départemental d'Etude et d'Evaluation des Projets</u>	
<u>(CDEEP)</u>	19
3) <u>Le Comité de direction (CODIR) départemental</u>	20
1) Le Conseil d'Administration	20
2) La Direction du Centre Hospitalier Départemental	22
3) Le Comité de direction du CHD	23
4) La Cellule de Contrôle de gestion du CHD.....	23
5) Le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS)	24
6) L'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS)	24
B) Les organes médicaux techniques.....	25
<u>1) La Commission Médicale Consultative</u>	25
2) La Commission d'Hygiène et de Sécurité	26
Section II : De l'Inventaire des problèmes aux séquences de	
résolution de la problématique retenue	26

Paragraphe 1 : Choix de la problématique et spécification	26
I- Inventaire des éléments de l'état des lieux et regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt	27
A. Inventaire des éléments de l'état des lieux.....	27
1- Inventaire des atouts	27
2- Inventaire des problèmes	27
B- Regroupement des problèmes spécifiques par centre d'intérêt.....	28
II- Choix de la problématique de l'étude et spécification de la problématique Choisie.....	31
A) Choix de la problématique de l'étude et formulation du sujet.....	31
B) Spécification de la problématique choisie.....	32
Paragraphe 2 : Vision globale de résolution de la problématique spécifiée.....	34
I- Approche générique de résolution du problème général.....	34
II- Approches génériques de résolution des problèmes spécifiques.....	35
A- Approche générique liée au problème spécifique n°1.....	35
B- Approche générique liée au problème spécifique n°2.....	35
C- Approche générique liée au problème spécifique n°3.....	35
D- Approche générique liée au problème spécifique n°4.....	36
CHAPITRE DEUXIEME	37
LA RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE DE LA MOTIVATION DU PERSONNEL EXERCANT DANS LES MILIEUX DESHERITES ET/OU ENCLAVES.....	37
Section 1 : Cadre théorique et méthodologique de l'étude.....	38
Paragraphe 1 : Objectifs et hypothèses de l'étude.....	38
I- Objectifs de l'étude.....	38
A-Clarification de certains concepts.	38

2) La motivation.....	38
3) Environnement, leadership, contribution.....	39
B) Les objectifs de l'étude proprement dits	40
1- <u>Objectif général</u>.....	41
2- <u>Objectifs spécifiques</u>.....	41
II- Hypothèses et tableau de bord de l'étude	42
B) Causes et hypothèses liées aux problèmes spécifiques	42
1- Causes et hypothèses liées aux problèmes spécifiques N°1.....	42
2- Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°2.....	43
3- Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°3.....	44
4- Causes et hypothèses liées au problème spécifique n°4.....	45
B- Tableau de bord de l'étude	46
 Paragraphe 2 : Revue de la littérature et méthodologie de la recherche	49
II- Revue de la littérature.....	49
A- Exposé des contributions antérieures liées au problème général.....	49
 B- Exposé des contributions antérieures liées aux problèmes spécifiques.....	51
1-Exposé des connaissances liées au problème d'Insuffisance du leadership de la DDS pour la motivation et la fidélisation des agents au poste.....	51
2- Exposé des connaissances liées à la Forte instabilité du personnel dont les autorisations d'absence et les demandes de mutation constituent un indicateur expressif.....	52
3- Exposé des connaissances liées à la non prise en compte des problèmes de rémunération répondant plus ou moins à l'évolution du coût de vie.....	53

4- Exposé des connaissances liées à la non disponibilité en temps réel des médecins bi appartenant (servant à la fois l'université et l'hôpital) et l'absence de système de reconnaissance des contributions du personnel peu ou pas qualifié.....	54
II -La démarche méthodologique	54
Paragraphe I : L'exploration.....	54
A°/ La recherche documentaire.....	55
B°/ Les entretiens.....	55
Paragraphe 2 : L'enquête sur le terrain.....	55
A°/ La collecte et le traitement des données	55
B°/ Les difficultés rencontrées	57
Section II – De l'analyse des données aux approches de solutions.....	58
Paragraphe 1 : Analyse des données.....	58
A- Analyse des résultats par rapport au problème spécifique N° 1.....	58
B- Analyse des résultats par rapport au problème spécifique N° 2.....	60
C- Analyse des résultats par rapport au problème spécifique N° 3.....	60
D- Analyse des résultats par rapport au problème spécifique N° 4.....	61
Paragraphe 2 : Vérification des hypothèses et synthèses du diagnostic...	62
A- Degré de vérification des hypothèses.....	62
1-Degré de vérification de l'hypothèse spécifique n°1.....	62
2- Degré de vérification de l'hypothèse spécifique n°2.....	63
3- Degré de vérification de l'hypothèse spécifique n°3.....	63
4- Degré de vérification de l'hypothèse spécifique n°4.....	64
B- Synthèse des éléments de diagnostic.....	64
1- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°1.....	64

2- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°2.....	64
3- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°3.....	64
4- Elément de diagnostic lié au problème spécifique n°4.....	64
II - Approches de solution et conditions de mise en œuvre.....	65
A- Approches de solutions.....	65
1- Approches de solutions au problème de l'insuffisance de leadership.....	65
2- Approches de solutions au problème de la forte instabilité du personnel.....	66
3- Approches de solutions au problème de la non installation des structures d'aide à la gestion par zone sanitaire.....	66
5- Approches de solutions au problème de manque de sensibilisation et la non.....	67
amélioration des conditions de vie des médecins dits bi appartenant.	
B- Conditions de mise en œuvre et tableau de synthèse de l'étude (TSE).....	67
2- Conditions de mise en œuvre.....	67
a- Recommandation à l'endroit du Gouvernement.....	68
b- Recommandation à l'endroit du MS et leurs collaborateurs.....	68
c- Recommandation à l'endroit des usagers.....	69
C-Tableau de synthèse de l'étude (TSE).....	69
CONCLUSION GENERALE.....	72
BIBLIOGRAPHIE.....	74
ANNEXES.....	
TABLE DES MATIERES.....	