



**LE DEVELOPPEMENT DE L'EFFICACITE RELATIONNELLE  
INDIVIDUELLE ET PERFORMANCE DU MINISTERE DE LA SANTE DU  
TOGO**

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU MASTER2 EN MANAGEMENT DES  
ENTREPRISES ET ORGANISATIONS**

**OPTION : MANAGEMENT STRATEGIQUE ET OPERATIONNEL**

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR**

**Monsieur ADJE Mawaki**

**Travaux dirigés par : Manzama Ezzo BOULOUFEÏ**

**Chef division formation et renforcement des  
capacités du personnel au Ministère de la Santé**

***Jury d'évaluation du stage :***

Président : Prénom NOM

Membres et correcteurs : Prénom NOM

Prénom NOM

Prénom NOM

**Promotion : 2013-2014**

# CITATIONS

J'aime que mes collaborateurs soient motivés, mais cela implique que je dois sans cesse stimuler, féliciter, encourager, inciter à agir, expliquer pourquoi nous procédons ainsi et pas autrement... tout cela sans que les véritables dynamiques personnelles ne se développent. C'est usant car j'ai l'impression que tout dépend de moi. Cela ronge mes forces.

A partir d'aujourd'hui, je cesse donc de vouloir motiver les autres. Celui qui motive peut avoir tendance à déprécier autrui. Il montre qu'il n'a pas confiance dans les capacités que les autres sont prêts à investir. Il s'adonne à une tâche de Sisyphe qui l'oblige à faire sans cesse de nouvelles promesses, à augmenter la pression pour que les choses avancent.

En fait, il n'est pas possible de motiver les autres. En revanche, je peux créer un cadre qui permette aux autres de développer leurs propres motivations. Comment ? C'est simple, je cesse de démotiver. J'accepte d'autres manières de penser et de faire. J'accorde tant que faire se peut les préférences et les talents de mes collaborateurs avec les tâches à accomplir. Je ne mets pas en doute la loyauté des autres s'ils expriment un avis différent du mien. Je ne cherche pas à dominer et briller sans cesse juste pour justifier mon rôle de chef. J'exprime plus souvent des compliments. Je me réjouis des bons résultats des autres. Je garde à l'esprit que les luttes de prestige, les démonstrations de force, les comportements autoritaires et le manque de confiance sont des facteurs démotivants, des fossoyeurs de motivations personnelles. Je considère que l'élément essentiel pour favoriser la motivation des autres est ma propre motivation car elle est communicative, et constitue la réponse la plus positive à un comportement de démotivation.

Et comment nourrir ma propre motivation ? En faisant des choses qui me procurent sens et joie. Sans nul doute, la motivation qui résulte de ce processus est mon meilleur atout pour planifier ma carrière professionnelle.

Dix Libertés  
Stephan Boëthius / René Marchand  
Edition Time/System

## **REMERCIEMENTS**

Un mémoire de Master 2 constitue l'étape finale d'un parcours académique long et ardu. Ce travail de recherche est comme un marathon, nous avons une grande distance à parcourir et le secret pour y parvenir, c'est la persévérance, l'effort continu, l'abnégation et la préparation mentale à laquelle nous nous serons soumis ainsi que la focalisation qui nous gardera les yeux rivés sur notre objectif ultime, c'est-à-dire la ligne d'arrivée qui est la validation de notre travail de recherche et son appropriation par la structure d'accueil comme un instrument permettant un tant soit peu son efficacité et ses performances.

Plusieurs personnes méritent d'être citées pour leurs différentes contributions qui nous ont aidé à la concrétisation de ce travail. Tout d'abord, nous voudrions remercier les responsables de 2iE et tous les tuteurs et encadreurs pour leur disponibilité légendaire lors notre parcours jusqu'à cette étape finale. Nous voudrions également remercier Monsieur BOULOUFEÏ Manzama Eso qui nous a encouragé et soutenu tout au long de nos études. Nous devons souligner de façon notoire, la patience, la compréhension et les conseils de notre chère épouse BEKPENTI Tchilalo Manaani. Elle a su nous reconforter dans des moments plus difficiles. Son appui a été grandement apprécié. Nous vous remercions pour votre soutien et compréhension, nous vous en serions longtemps reconnaissant. Nous adressons aussi nos remerciements aux autorités du Ministère de la Santé du Togo qui nous ont accordé leur cadre et soutenu pour nos recherches et la réalisation de ce travail.

# RESUME

L'analyse du système de santé du Togo a révélé un certain nombre d'insuffisances dans l'organisation administrative du département de la santé. Nos travaux de recherche qui ont porté sur l'amélioration de l'efficacité relationnelle individuelle et la performance du ministère de la santé nous ont conduit à la présentation de la situation actuelle du Ministère de la Santé d'une part, et d'autre part nous nous sommes penchés sur le changement qui s'opérera suite aux réformes et aux renforcements de capacités des leaders porteurs du changement. Les différentes évaluations après les sessions de formation nous montrent que 75 cadres leaders du Ministère de la Santé identifiés ont aujourd'hui compris la nuance entre être Directeur/chef de service et être manager/animateur d'équipe. Les leaders ont trouvé les bonnes formules de motivation et de management de leurs collaborateurs et savent faire des délégations efficaces de pouvoir. L'un des freins à la performance individuelle et collective est la question de gestion des conflits et le travail efficace sur la problématique des relations transversales. Dans le souci de relever le défi qui se pose en termes de maîtrise des outils de gestion sur le « management/animation d'équipe » et surtout pour pérenniser les acquis, il est nécessaire de mettre en place une plateforme des managers. Il est aussi souhaitable de mettre en place un cadre d'échange entre les différents maillons. Nous recommandons également la mise en place d'un entretien mensuel entre les managers pour garder et évaluer leur niveau de leadership. Enfin, l'instauration des réunions hebdomadaires et la mise en place d'un mécanisme de suivi-évaluation du nouveau système s'avèrent primordiales.

## Mots Clés :

---

1. Equipe
2. Management
3. Leadership
4. Motivation
5. Performance

## **ABSTRACT**

The analysis of the health system of Togo has revealed a number of weaknesses related to the administrative organization of the health department. Our research, which is focused on the improvement of the efficiency of individual relationship and the performance of the Ministry of Health, led us, to present on one hand the current situation of the Ministry of Health, and on the other hand we talk about the change that will occur as a result of the reforms and change bearers' capacity building. The various evaluations made after the training sessions had shown that 75 identified chief officials of the Ministry of Health, now understand the difference between being Director / head of department and being a leader / manager of team. The leaders have found the right formulas of motivation and management of their collaborators and know how to make effective delegation of power. One of the obstacles to individual and collective performance is the issue of management of conflict and effective work related to the problematic of transversal relationships. In order to overcome the challenge in terms of mastery of "team management" tools and most importantly to ensure the sustainability of the achievements, it is necessary to set up a platform of managers. It is also desirable to set up a framework for exchanges between all the links. We also recommend that a monthly meeting should be set up between managers in order to assess and improve their level of leadership. Lastly, the setting up of weekly meetings and the establishment of a monitoring and evaluation mechanism for the new system is essential.

### **Key words :**

---

1. Team
2. Management
3. Leadership
4. Motivation
5. Performance

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>AAE</b>	Accoucheuse Auxiliaire d'Etat
<b>AHE</b>	Assistant d'Hygiène d'Etat
<b>AM</b>	Assistant Médical
<b>APC</b>	Approche par Compétence
<b>ASC</b>	Agent de Santé Communautaire
<b>CAB</b>	Cabinet
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CNTS</b>	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CNAO</b>	Centre National d'Appareillage Orthopédique
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DRS</b>	Direction Régionale de la Santé
<b>ENAM</b>	Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux
<b>ENSF</b>	Ecole Nationale de Sage-femme
<b>IAE</b>	Infirmier Auxiliaire d'Etat
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IAOP</b>	Identifier, Allouer, Optimiser, Protéger son Temps
<b>IHP+</b>	Partenariat International pour la Santé et Initiatives apparentées
<b>INH</b>	Institut National d'Hygiène
<b>LMD</b>	Licence-Master-Doctorat
<b>MEF</b>	Ministère des Finances
<b>MG</b>	Médecin Généraliste
<b>MS</b>	Ministère de la Santé
<b>MSPS</b>	Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
<b>N°</b>	Numéro
<b>NMP</b>	Nouveau Management Public
<b>OBRHS</b>	Observatoire Ressources Humaines en Santé
<b>PMRT</b>	Premier Ministre de la République Togolaise
<b>PNDS</b>	Plan de Développement Sanitaire
<b>PNS</b>	Politique Nationale de Santé
<b>PR</b>	Planification Familiale
<b>RH</b>	Ressources Humaines
<b>RHS</b>	Ressources Humaines en Santé
<b>SFE</b>	Sage-femme d'Etat
<b>SG</b>	Secrétaire Général
<b>USP</b>	Unité de Soins Périphérique

# SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>II. PREMIERE PARTIE : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE AU TOGO.....</b>	<b>6</b>
<i>CHAPITRE 1 : CADRE ORGANISATIONNEL DU SYSTEME NATIONALE DE SANTE .....</i>	<i>6</i>
<i>CHAPITRE 2 : PROBLEMATIQUE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE.....</i>	<i>10</i>
<b>III. PERFORMANCE DU MINISTERE DE LA SANTE A TRAVERS LE RENFORCEMENT DES COMPETENCES DES RESPONSABLES EN MANAGEMENT ET LEADERSHIP .....</b>	<b>23</b>
<i>CHAPITRE1 : OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE, LE TYPE DE L'ETUDE ET DEFINITION DES CONCEPTS.....</i>	<i>23</i>
<i>CHAPITRE 2: ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE ET SUGGESTIONS.....</i>	<i>31</i>
<b>IV. CONCLUSION.....</b>	<b>36</b>
<b>V. REFERENCES.....</b>	<b>38</b>
<b>VI. ANNEXES .....</b>	<b>40</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Répartition du personnel du secteur public par catégories professionnelles selon les régions sanitaires au 31 décembre 2014

Tableau 2 : Répartition du personnel de soins par région en 2014

Tableau 3 : Evaluation des participants sur la session 1

Tableau 4 : Evaluation des participants sur la session 2

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Schéma de l'organisation pyramidale du système de santé au Togo

Figure 2 : Répartition du personnel de la santé par secteur en 2014

Figure 3 : Evolution des effectifs du personnel du secteur public 2010 à 2014

Figure 4 : Pourcentage des RHS par budgets d'émargement en 2014

Figure 5 : Proportion du personnel soignant par rapport au personnel administratif et hospitalier d'appui

Figure 6 : Répartition des personnels de santé par catégories professionnelles

Figure 7 : Structures par sexe et par catégories professionnels des personnels de soins en 2014

Figure 8 : Répartition du personnel de soins par tranches d'âge en 2014

Figure 9 : Pyramide des âges du personnel de santé au 31 décembre 2014

Figure 10 : Pyramide des âges du personnel médical au 31 décembre 2014

Figure 11 : Pyramide des âges des paramédicaux au 31 décembre 2014

Figure 12 : projection des besoins en RHS par année et par corps

Figure 13 : Projections du Ministère de la Santé en fonction des normes sanitaires de 2013

# I. INTRODUCTION

Suite à l'audit organisationnel du ministère de la santé réalisée en 2009<sup>1</sup>, il a été révélé une inadéquation de l'organisation de l'administration sanitaire actuelle au regard des principaux problèmes du système de santé du pays. Pour y remédier, un nouvel organigramme a été proposé avec une redéfinition des missions visant à renforcer le leadership et la gouvernance du ministère face aux enjeux actuels du développement du système de santé. Mais seulement il est nécessaire de faire un accompagnement des cadres leaders du Ministère de la santé porteur de ces changements.

En effet depuis plusieurs décennies, le Ministère de la Santé (MS) a mis en œuvre divers programmes visant l'amélioration de la couverture et de la qualité des services sanitaires destinés aux populations du Togo. Ces programmes ont pris à bras le corps ce sujet très important dans le maillon ou chaîne d'amélioration du système sanitaire du pays. Ainsi, le gouvernement togolais à travers le ministère de la santé a défini deux plans quinquennaux (PNDS 2002-2006, PNDS 2009-2013) successifs pour le développement sanitaire.

Dans le souci d'apporter des réponses efficaces aux problèmes sanitaires des populations, plusieurs politiques et plans stratégiques ont été développés en conformité avec les orientations de la politique nationale de santé, le plan national de développement sanitaire (PNDS 2012-2015) ; politique nationale et plan stratégique des initiatives à base communautaires (IBC), 2015 ; politique nationale pharmaceutique, 2012 ; plan de repositionnement de la Planification Familiale, 2013-2017 ; etc.).

La mise en place du système de pilotage et gestion du changement organisationnel à travers les cadres leaders afin d'améliorer son efficacité et sa réactivité face aux enjeux de réformes du système de santé est plus qu'une nécessité pour l'atteinte des objectifs déclinés dans ses programmes stratégiques.

C'est dans cette optique que le développement de l'efficacité relationnelle individuelle est un moteur pour la performance du Ministère de la santé.

La réussite de toutes ses réformes passe nécessairement par un certain nombre d'actions prioritaires comme la mise en œuvre du nouvel organigramme du Ministère de la Santé, l'arrêté portant organisation et fonctionnement des services du ministère de la santé doit être

---

<sup>1</sup> Rapport de l'audit organisationnel du ministère de la santé, décembre 2009

finalisé et en fin amorcer le programme d'accompagnement à la gestion du changement organisationnel.

Cependant, la question qui se pose est de savoir si le développement de l'efficacité relationnelle individuelle des cadres de la santé accroît la performance du ministère de la santé. Autrement dit si le renforcement des compétences des cadres du ministère en management et leadership a pu apporter des changements notables dans l'amélioration des prestations du ministère.

Pour répondre à ces questions, notre mémoire sera structuré en deux parties. Dans la première partie, nous exposerons l'organisation et le fonctionnement du système de santé au Togo. La deuxième partie nous allons nous focaliser sur la description du changement à apporter afin de démontrer l'efficacité et l'efficience du nouveau système à travers l'efficacité relation, le management des ressources humaines et le leadership. Ce qui permettra de présenter les résultats de nos recherches et l'analyse qui en a été faite ainsi que les suggestions.

## II. PREMIERE PARTIE: ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE AU TOGO

L'organisation et le fonctionnement du ministère du système de santé au Togo est basée sur le cadre organisationnel national de santé (chapitre 1) et les ressources humaines qui sont le socle du système de santé (chapitre 2).

### CHAPITRE 1 : CADRE ORGANISATIONNEL DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE

Le cadre organisationnel du système de santé repose sur l'organisation des services de santé (section 1) et le niveau de leadership et de management des ressources humaines dans la fédération des efforts (section 2).

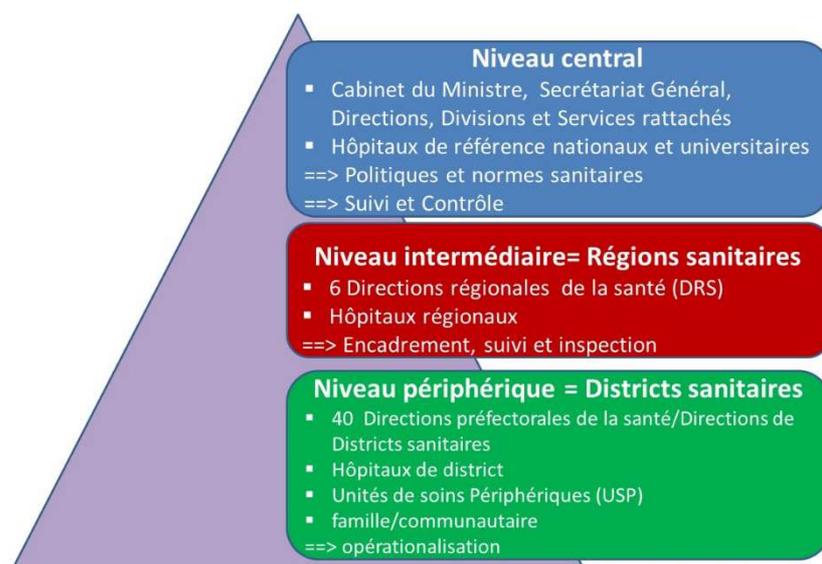
#### SECTION 1 : Organisation générale des services de santé

Dans cette section, nous exposerons l'organisation du Ministère de la santé (paragraphe 1) et l'organisation de l'offre de soins et couverture sanitaire (paragraphe 2).

##### *Paragraphe 1 : Organisation du ministère de la santé*

Le Ministère de la santé et de la protection sociale est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire constitué par les régions sanitaires et opérationnel basé sur le district sanitaire.

La figure n°1 ci-après schématise l'organisation pyramidale du système de santé au Togo.



**Figure 1** : Schéma de l'organisation pyramidale du système de santé au Togo

Le système de santé dispose d'un schéma organisationnel cohérent et pertinent avec l'existence des structures de gestion à tous les échelons y compris au niveau communautaire. Il est organisé en une pyramide à trois niveaux à savoir : le niveau central (le sommet de la pyramide), le niveau intermédiaire (le milieu de la pyramide) et le niveau périphérique (la base de la pyramide). Le décret n° 2012-006/PR du 07 mars 2012, portant organisation des départements ministériels et l'arrêté n°021/MS/Cab/SG du 27 février 2013 décrivent les différentes directions, institutions et organismes rattachés, de même que les services extérieurs. Ainsi, le ministère chargé de la santé est structuré comme suit :

- le niveau central ou national, chargé de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays comprend :
  - ✓ le cabinet du ministre de la santé et de la protection sociale,
  - ✓ le secrétariat général,
  - ✓ les directions centrales.
- le niveau intermédiaire ou régional, chargé de l'appui et du suivi/évaluation du niveau opérationnel à la mise en œuvre de la politique de santé et des directives nationales, correspond aux six (06) Directions Régionales de la Santé (DRS) à savoir la DRS Savanes, Kara, Centrale, Plateaux, Maritime et Lomé-Commune. Il existe dans chaque région un centre hospitalier régional (CHR) qui est un hôpital de référence de la région.
- le niveau périphérique ou opérationnel correspond aux districts sanitaires, chacun d'eux est subdivisé en trois échelons à savoir : famille/communautaire où existent parfois des cases de santé et des Agents de Santé Communautaire (ASC), les Unités de Soins Périphériques (USP) à partir desquelles sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations (stratégies avancée/mobile), et l'hôpital de référence de district où sont pris en charge les soins cliniques en établissement. Il existe actuellement 40 districts sanitaires pour les 35 préfectures et les 5 arrondissements de Lomé-Commune.

### ***Paragraphe 2 : Organisation de l'offre de soins et couverture sanitaire***

Les soins de santé sont fournis aux populations dans des structures publiques et privées (libérales et confessionnelles). Le système de soins est organisé selon trois niveaux : primaire, secondaire, tertiaire.

Les soins de premier contact sont structurés autour de trois échelons à savoir : (i) l'Agent de Santé Communautaire (Annexe 1) qui assure par délégation les soins au niveau familial et des communautés et qui est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé ; (ii) l'Unité de Soins Périphérique (USP) comme base du système de soins et à partir

de laquelle sont menées des activités de proximité en stratégie fixe et vers les populations;  
(iii) l'Hôpital de district qui constitue le premier niveau de référence.

Le deuxième niveau de référence et de recours est animé par les Hôpitaux de région (CHR). Les soins de santé tertiaires sont dispensés dans les trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) que compte le pays et dans des hôpitaux spécialisés de référence.

Dans l'option stratégique de renforcement des Soins de Santé Primaire (SSP), l'USP est appelée à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, tandis que l'hôpital doit jouer le rôle majeur d'orientation-recours. On constate cependant que la recherche de cette situation optimale d'un système de soins cohérents se heurte toujours à des problèmes. La plupart des hôpitaux nationaux et régionaux continuent de dispenser les soins de premiers recours normalement dévolus aux structures périphériques.

En ce qui concerne la couverture sanitaire, d'après les résultats provisoires de la carte sanitaire 2015, les soins de santé sont fournis par le secteur public (59%) et privé (41%). Ce dernier est surtout libéral, dynamique et surtout concentré dans les grands pôles urbains principalement à Lomé où l'on enregistre une plus grande solvabilité de la demande. Il est toutefois peu régulé surtout dans son implantation géographique et pas toujours pris en compte dans la planification de l'offre des services. A cette offre, il faut ajouter, la présence d'un secteur traditionnel assez influent surtout en milieu rural mais mal connu au niveau des services de soins offerts à la population.

## **SECTION 2 : Niveau de leadership et de management des ressources humaines dans la fédération des efforts**

Le niveau de leadership et de management des ressources humaines est lié au faible positionnement stratégique des ressources humaines dans l'organigramme doublé d'une fragmentation des responsabilités en matière des ressources humaines (paragraphe 1) et une absence d'une perspective à long terme des enjeux en matière de ressources humaines et la subordination de ces derniers aux considérations économiques (paragraphe 2)

### **Paragraphe 1 : Un faible positionnement stratégique des responsables RH dans l'organigramme du Ministère et une fragmentation des responsabilités en matière de ressources humaines**

En l'absence d'une DRH capable d'assumer de manière coordonnée les fonctions ressources humaines, la responsabilité de la coordination des interventions en matière de ressources humaines incombe à deux divisions qui relèvent de deux directions centrales différentes et ont des pouvoirs relativement limités. À défaut de mécanismes réels de coordination et de consultations stratégiques régulières entre les différents acteurs concernés par la planification et le développement de la main-d'œuvre, la gestion des ressources humaines donne plutôt lieu à une diversité d'initiatives non harmonisées qui ne suivent pas toujours une même direction. Cette fragmentation se reflète aussi dans la séparation entre les politiques de santé et les interventions en ressources humaines nécessaires à leur mise en œuvre. Les programmes de formation initiale, par exemple, suivent des voies parallèles à la politique de santé et ne sont pas forcément dictés par les impératifs de cette dernière. On note une faible performance du système de santé dans son ensemble due à la capacité managériale limitée des responsables à tous les niveaux du système.

## **Paragraphe 2 : Absence d'une perspective à long terme des enjeux en matière de ressources humaines et la subordination de ces derniers aux considérations économiques**

Les interventions qui ont prévalu jusqu'ici au Togo semblent davantage refléter une approche réactive et à court terme plutôt que de s'inscrire dans une approche planifiée et à long terme. Les recrutements actuels dans les écoles de formation sont ainsi davantage dictés par les capacités existantes plutôt que par un plan d'effectifs à long terme. Un certain nombre de problèmes pour lesquels les solutions à mettre en œuvre nécessiteront de nombreuses années n'auront pas fait jusqu'ici l'objet d'aucune planification systématique (pénurie aiguë de spécialistes dans différents domaines, départs à la retraite d'une proportion significative de la main-d'œuvre dans les 15 prochaines années). En raison de contraintes fiscales, les recrutements ont été gelés durant plusieurs années sans une réelle prise en compte des conséquences de ce gel sur l'offre de services et sur la main-d'œuvre. Alors qu'un plan de recrutement de 4000 agents de l'État sur une période de cinq ans a été engagé, l'opérationnalisation de ce plan soulève plusieurs questions qui n'ont pas été résolues : disponibilité d'un bassin suffisant de personnels à recruter? Parts respectives des personnels d'appui et des personnels professionnels? Parts respectives de nouvelles recrues et de personnels œuvrant déjà dans le système (contractuels)? Impact de ce plan en termes de correction du déficit actuel de RH<sup>2</sup>?

---

<sup>2</sup> Rapport étude de faisabilité du projet d'appui à la gestion des ressources humaines en santé et du médicament (PAGRHSM), UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE, 2009

## **CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ**

Il s'agira dans ce chapitre de faire l'analyse de la situation (section 1) et le système de gestion des ressources humaines (section 2).

### **SECTION 1 : Analyse de la situation des ressources humaines**

Nous allons d'abord voir la formation et le recrutement des ressources humaines (paragraphe 1) et ensuite les effectifs et la structure des ressources humaines en santé (paragraphe 2).

#### ***Paragraphe 1 : La formation et le recrutement des ressources humaines***

##### **1. La formation des ressources humaines**

Au Togo, la responsabilité de la formation des personnels de la santé incombe à l'Etat. Le pays compte neuf (09) institutions de formation des personnels de santé dont une seule école privée confessionnelle, la congrégation St Jean de Dieu d'Afagnan qui est autorisée à former des paramédicaux (IDE, AAE, IAE) pour les structures confessionnelles. Le code de la santé a donné la possibilité d'ouvrir la formation des personnels de santé au secteur privé, mais le décret d'application n'est pas encore pris. Les institutions de formation sont présentes dans 4 des 6 régions sanitaires que compte le pays.

Deux principales procédures permettent aux demandeurs de formation d'avoir accès aux filières : le concours de recrutement direct ou professionnel et l'étude de dossiers. L'entrée par concours dans les filières de formation ne concerne que les candidats togolais. L'entrée par étude de dossiers est spécifique aux candidats étrangers et à tous les candidats pour la formation des médecins généralistes.

Pour les paramédicaux, le concours direct est le moyen d'accès principal par contre, les assistants médicaux accèdent à la formation par le concours professionnel.

La mise en place du système LMD (Licence-Master-Doctorat) basé sur une approche par compétences (APC) dans les institutions de formation paramédicale (ENAM Lomé et Kara, ENSF Kara et Lomé) est effective depuis 2009. Le projet d'appui à la gestion des ressources humaines en santé et du médicament a permis de réhabiliter, d'équiper ces écoles, de former

les enseignants en pédagogie des sciences de la santé et d'élaborer les outils d'ingénierie de formation en vue d'améliorer la qualité de la formation.

En faisant la comparaison entre l'offre potentielle des institutions de formation et les besoins en personnel sur le terrain, quelle que soit la méthodologie de projections appliquée, l'évolution du nombre de diplômés entre 2009-2010 et 2013-2014 ne semble pas combler les insuffisances ou réduire les excédents identifiés dans le pays.

Pour faire face à cette insuffisance, le ministère chargé de la santé s'est doté depuis 2013 d'un plan de formation initiale et continue des ressources humaines en santé. Cependant, l'évaluation à mi-parcours de ce plan a fait ressortir une faible mise en œuvre liée à la faible mobilisation des bailleurs et le faible financement de l'Etat. Les besoins en formation continue restent très élevés à ce jour. Par conséquent, on assiste à un développement des formations continues sur initiatives personnelles ne participant pas forcément à l'atteinte des objectifs du plan national de développement sanitaire.

## **2. Le recrutement**

Le processus de recrutement implique trois ministères : les ministères chargés de la santé, de l'économie et des finances et de la fonction publique. L'organisation des concours est faite selon un rythme irrégulier, en moyenne tous les 3,5 ans. Le dernier concours en date de 2013 a permis de recruter 1107 personnels de santé (dont environ 90% du personnel médical et paramédical). Ce concours a été réalisé à travers un mécanisme de régionalisation des postes. Presque tous les professionnels déclarés admis au concours ont occupé effectivement leur poste (98%). Par contre, ce mécanisme reste à renforcer afin de garantir la disponibilité du personnel dans les régions.

Ainsi le personnel recruté est mis à la disposition des régions pour lesquelles les candidats sont déclarés admis. Une commission régionale d'affectation comprenant le directeur régional, les responsables des structures de soins et les responsables RH analysent les besoins et procèdent à leur répartition dans les districts sanitaires.

Le rapport de l'étude du marché de l'emploi (annexe2) révèle l'attractivité du secteur de la santé au Togo qui varie selon les catégories professionnelles. La fonction publique est le secteur préféré : 82% des étudiants en dernière année de formation préfèrent travailler comme fonctionnaire d'Etat.

Par contre 51% des MG préfèrent travailler en dehors du secteur de la santé, dont la majorité (54%) à l'étranger. Au concours de 2013-2014, il y avait plus de candidatures que des postes pour les MG.

Le secteur public n'est pas attractif pour les médecins-spécialistes : la fonction publique fait face à un manque de réponses aux offres de postes disponibles, notamment depuis la régionalisation du concours. Seulement 1 pédiatre et 2 gynécologues ont pu être recrutés au concours de 2013-2014, alors qu'il y avait respectivement 7 et 10 postes à pourvoir.

Il existe une différence entre les régions de travail préférées par les étudiants en dernière année de formation et les régions de recrutement prioritaires pour le MSPS. Cette différence est diversement relevée selon les régions : la région Lomé Commune (offre supérieure à la demande) et la région des Savanes (demande supérieure à l'offre).

Selon le rapport de l'étude portant sur l'analyse de situation de la pratique sage-femme (2012) le secteur privé emploie 14% et le secteur confessionnel 8%. Par contre, la situation est inverse pour certaines catégories professionnelles notamment les médecins et les pharmaciens, qui sont majoritairement employés dans le secteur privé (plus de 75% des médecins et 92% des pharmaciens exercent dans le secteur privé).

### ***Paragraphe 2 : Effectifs et structure des ressources humaines en santé***

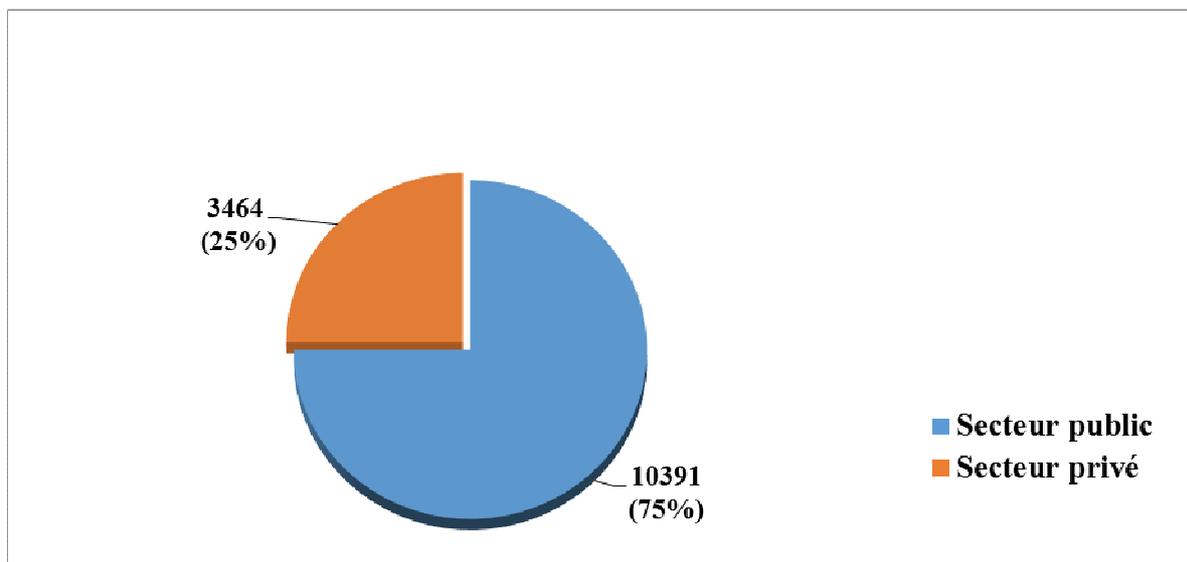
A l'instar des pays en développement, le système de santé du Togo est confronté à une insuffisance des professionnels de la santé, particulièrement le personnel traceur<sup>3</sup> (prestataire direct de soins).

Les déséquilibres observés dans la répartition des RHS portent sur plusieurs domaines, notamment la répartition spatiale, la répartition entre les catégories professionnelles (professions/spécialités), les caractéristiques démographiques et la répartition entre les différents types de structures.

L'effectif des ressources humaines en santé (secteurs public et privé) était de 13.855 en 2014 contre 11.154 en 2013. De cet effectif, il ressort une nette prédominance du secteur public sur le secteur privé comme le montre le graphique ci-après.

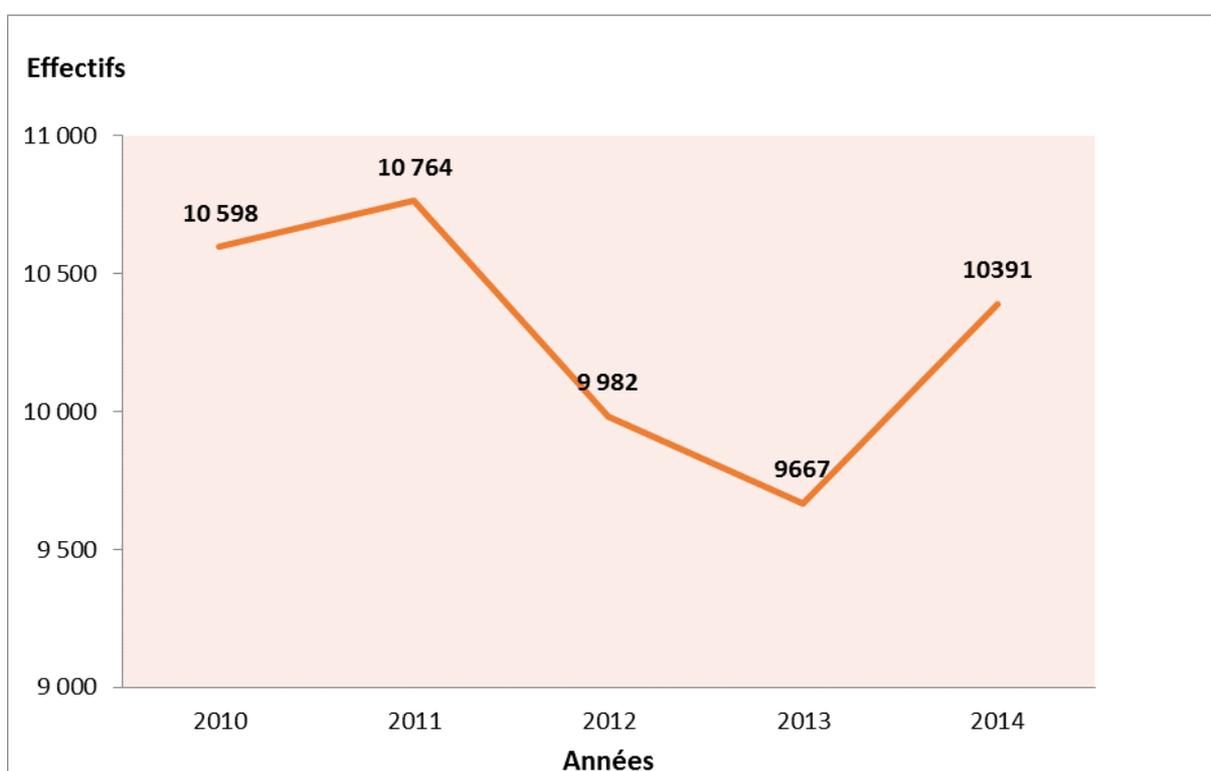
---

<sup>3</sup> Personnel traceur : médecins, infirmiers/infirmières, sages-femmes, assistants médicaux, accoucheuses auxiliaires d'Etat



**Figure 2 : Répartition du personnel de la santé par secteur en 2014**

S'agissant des effectifs du secteur public, leur évolution durant les cinq dernières années se présente comme suit :



**Figure 3 : Evolution des effectifs du personnel du secteur public 2010 à 2014**

L'écart significatif constaté entre 2011 et 2013 est essentiellement lié d'une part à l'absence de recrutement et à l'attrition naturelle (départ à la retraite, décès, démissions, ...) et d'autre part à la fuite de cerveau. La performance constatée entre 2013 et 2014 a été réalisée grâce au recrutement de 1107 nouveaux professionnels de santé.

Cependant, ce recrutement n'a pas permis d'augmenter considérablement les effectifs du ministère de la santé du fait que certains agents émargeaient déjà sur les budgets autonomes des hôpitaux avant d'être recrutés sur le budget général et au départ massif à la retraite (151 agents au cours de la même année par exemple). L'effectif du personnel de santé par région sanitaire et par catégories socio-professionnelles se présente comme suit :

**Tableau 1 : Répartition du personnel du secteur public par catégories professionnelles selon les régions sanitaires au 31 décembre 2014**

<b>REGIONS CATEGORIE PROFESSIONNELLES</b>	<b>Savanes</b>	<b>Kara</b>	<b>Central e</b>	<b>Plateau x</b>	<b>Maritime</b>	<b>Lomé commun e</b>	<b>Total général</b>
Médecins généralistes	8	19	9	2	12	84	<b>134</b>
Médecins spécialistes	7	19	6	25	8	169	<b>234</b>
Internes Titulaires <sup>4</sup>						8	<b>8</b>
Internes Stagiaires <sup>5</sup>						32	<b>32</b>
Chirurgiens-Dentistes	1	2	1	1	2	11	<b>18</b>
Pharmaciens		1	2	1	1	12	<b>17</b>
Infirmiers diplômés d'Etat	103	111	86	162	115	267	<b>844</b>
Infirmiers auxiliaires d'Etat	78	143	103	98	75	94	<b>591</b>
Sages-femmes d'Etat	36	51	39	66	78	164	<b>434</b>
Accoucheuses auxiliaires d'Etat	64	90	68	103	70	80	<b>475</b>
Personnel de laboratoire <sup>6</sup>	26	63	37	54	51	187	<b>418</b>
Personnel de réadaptation fonctionnelle <sup>7</sup>	15	34	21	22	15	98	<b>205</b>
Personnel de salubrité publique <sup>8</sup>	20	56	33	54	58	116	<b>337</b>
Techniciens supérieurs de soins <sup>9</sup>	55	113	81	129	98	308	<b>784</b>
Psychologues de santé		2	1	1	1	13	<b>18</b>
Personnel technique	3	13	7	6	8	52	<b>89</b>
Personnel administratif cadre	11	34	12	24	26	216	<b>323</b>
Personnel administratif d'appui	295	448	438	483	398	1074	<b>3136</b>
Personnel hospitalier d'appui	262	397	295	420	389	531	<b>2294</b>
<b>Total général</b>	<b>984</b>	<b>1596</b>	<b>1239</b>	<b>1651</b>	<b>1405</b>	<b>3516</b>	<b>10391</b>

*Sources : Rapport d'activités DRH 2014*

<sup>4</sup>Etudiants de dernière année de médecine

<sup>5</sup>Etudiants de 5<sup>ème</sup> année de médecine

<sup>6</sup>TL, TSL, ITB

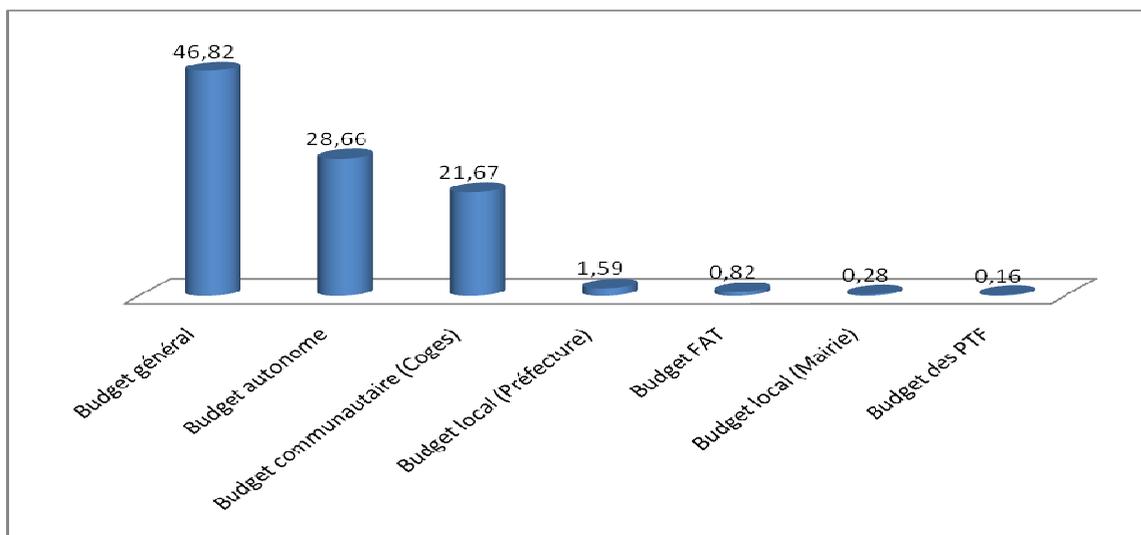
<sup>7</sup>Kiné, Orthopédistes, Orthophonistes

<sup>8</sup>AHE, TSGS, Ing. Génie sanitaire

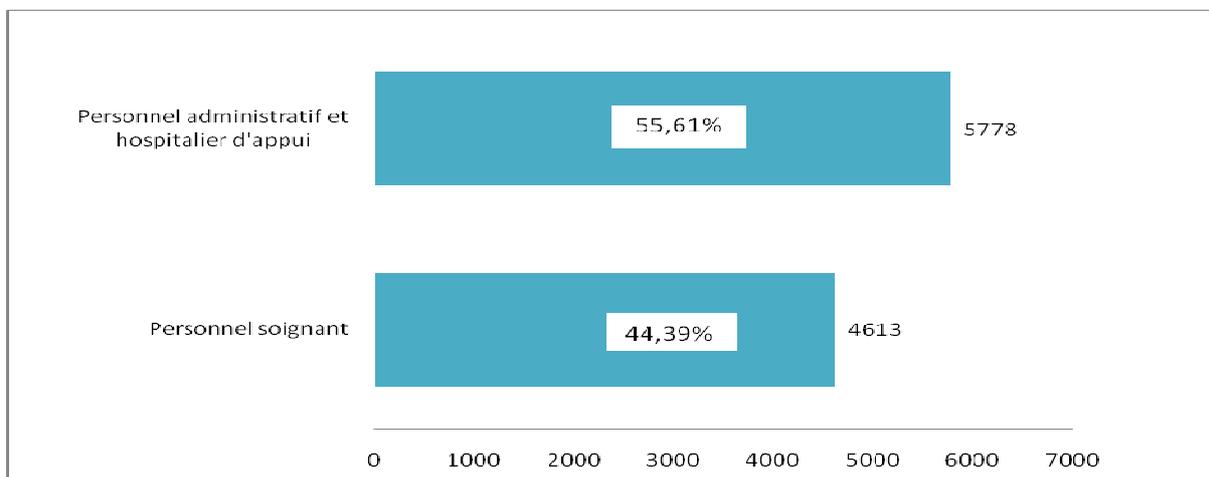
<sup>9</sup>TSS, TSRIM, TSAR, TSIC, TSORL, TSOS

L'analyse du tableau n°1 ci-dessus laisse apparaître une grande disparité entre les régions en termes de distribution en RHS toutes catégories confondues. On constate que la région Lomé-Commune dispose de près de 34% de l'effectif total, la région des Plateaux 16%, la région de la Kara 15%, la région Maritime 14%, la région Centrale 12% et la région des Savanes 9%. Ce déséquilibre entre la région Lomé commune et les autres régions s'explique d'une part par le fait que Lomé-Commune abrite deux centres hospitaliers universitaires, des établissements de soins ainsi que trois spécificités employant d'importants effectifs et d'autre part par l'attractivité de cette région.

Au Togo, l'Etat reste le principal employeur des ressources humaines en santé. En effet, près de 46,82% de ces ressources sont des fonctionnaires émargeant sur le budget général de l'Etat. Les établissements publics autonomes de soins occupent la 2<sup>ème</sup> place avec 28,66% des contractuels émargeant sur leurs budgets. Ce qui représente un poids financier pour ces hôpitaux. La participation des collectivités locales et des partenaires techniques et financiers dans le recrutement est très faible comme l'indique le graphique ci-dessous.

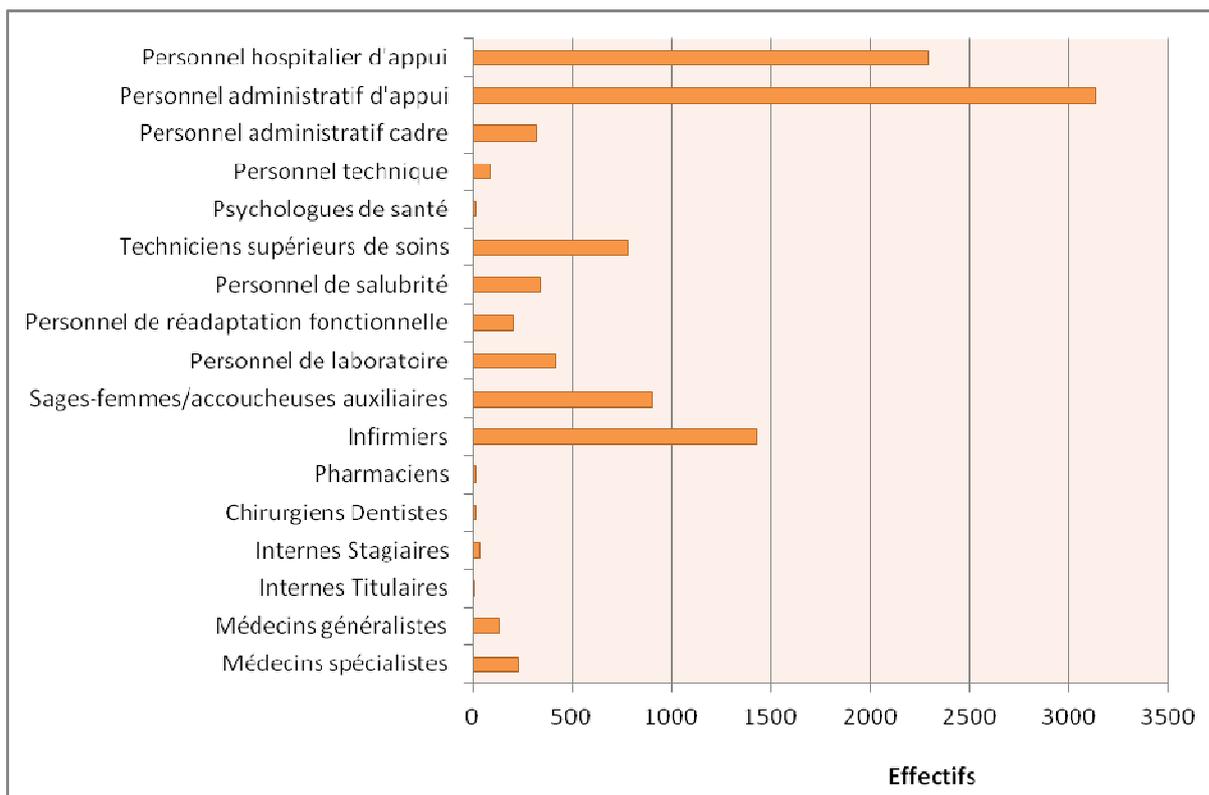


**Figure 4 : Pourcentage des RHS par budgets d'émargement en 2014**



**Figure 5 : Proportion du personnel soignant par rapport au personnel administratif et hospitalier d'appui**

L'analyse du graphique laisse apparaître 55,61% pour le personnel administratif et hospitalier d'appui et 44,39% pour le personnel soignant. Cette situation appelle à privilégier le recrutement du personnel soignant pour être conforme aux normes selon lesquelles la proportion du personnel soignant devrait être 2/3 et celle du personnel administratif et hospitalier d'appui 1/3.



**Figure 6 : Répartition des personnels de santé par catégories professionnelles**

Selon le graphique ci-dessus, le personnel administratif d'appui occupe une grande place dans les effectifs du personnel de la santé, suivi du personnel hospitalier. Les paramédicaux viennent à la troisième position et quant au personnel médical, il est moins représentatif. Cette

situation confirme le déséquilibre entre le personnel administratif d'appui et le personnel prestataire de soins directs qui reste très insuffisant en terme de besoins en personnel.

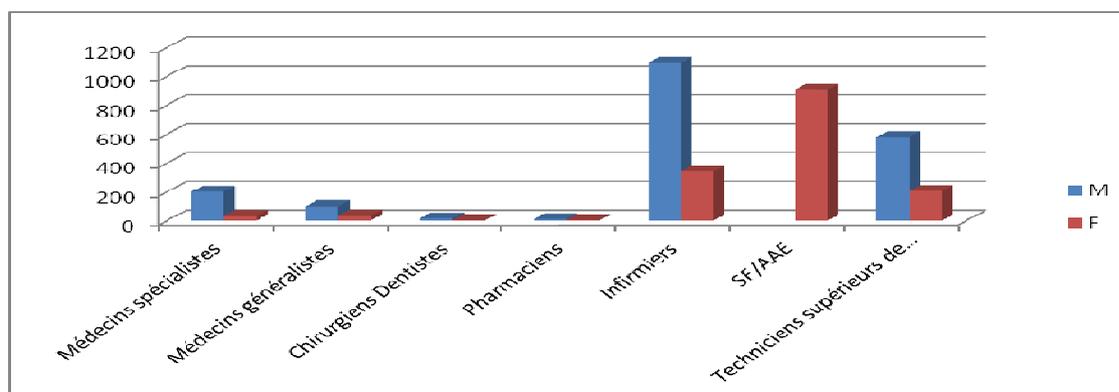
**Tableau 2 : Répartition du personnel de soins par région en 2014**

Régions		Lomé Commune	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Total
Médecins	Nbre	293	20	27	15	38	15	<b>408</b>
	%	76,28	2,92	9,12	2,19	6,93	2,55	<b>100,00</b>
Chirurgiens- Dentistes	Nbre	11	2	1	1	2	1	<b>18</b>
	%	61,11	11,11	5,56	5,56	11,11	5,56	<b>100,00</b>
Pharmaciens	Nbre	12	1	1	2	1		<b>17</b>
	%	70,59	5,88	5,88	11,76	5,88	0,00	<b>100,00</b>
Infirmiers	Nbre	361	190	260	189	254	181	<b>1435</b>
	%	25,16	13,24	18,12	13,17	17,70	12,61	<b>100,00</b>
Sages-femmes/ accoucheuses auxiliaires	Nbre	244	148	169	107	141	100	<b>909</b>
	%	26,84	16,28	18,59	11,77	15,51	11,00	<b>100,00</b>
Techniciens supérieurs de soins	Nbre	308	98	129	81	113	55	<b>784</b>
	%	39,29	12,50	16,45	10,33	14,41	7,02	<b>100,00</b>
Personnel de réadaptation fonctionnelle	Nbre	98	15	22	21	34	15	<b>205</b>
	%	47,80	7,32	10,73	10,24	16,59	7,32	<b>100,00</b>
Personnel de laboratoire	Nbre	187	51	54	37	63	26	<b>418</b>
	%	44,74	12,20	12,92	8,85	15,07	6,22	<b>100,00</b>
Personnel technique hospitalier	Nbre	34	5	6	5	11	3	<b>64</b>
	%	53,13	7,81	9,38	7,81	17,19	4,69	<b>100,00</b>
Psychologue de santé	Nbre	13	1	1	1	2	0	<b>18</b>
	%	72,22	5,56	5,56	5,56	11,11	0,00	<b>100,00</b>
<b>Total</b>	Nbre	<b>1561</b>	<b>531</b>	<b>670</b>	<b>459</b>	<b>659</b>	<b>396</b>	<b>4276</b>
	%	<b>36,51</b>	<b>12,42</b>	<b>15,67</b>	<b>10,73</b>	<b>15,41</b>	<b>9,26</b>	<b>100,00</b>

*Sources : Rapport d'activités DRH 2014*

La distribution du personnel paramédical et médical entre les régions sanitaires du Togo révèle des disparités aiguës. Globalement, 36,51% de ces personnels sont concentrés à Lomé Commune contre seulement 9,26% dans les Savanes et 15,67% dans la région des Plateaux qui regorge beaucoup de formations sanitaires.

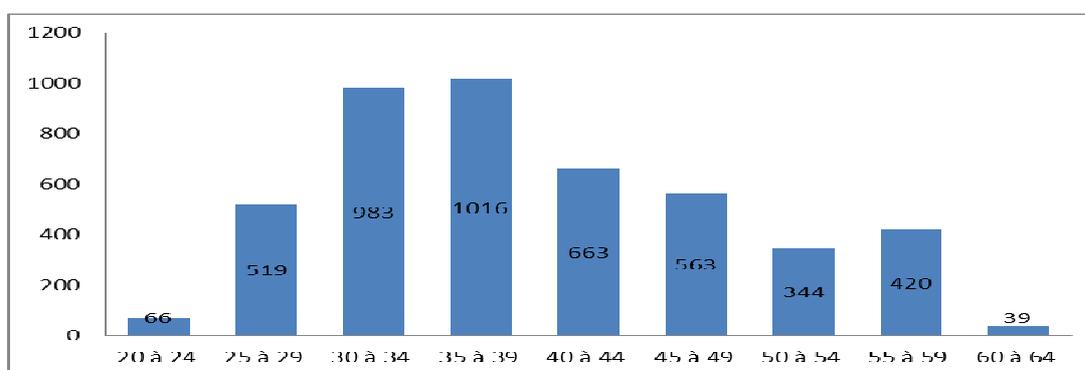
De manière spécifique, environ 69% du personnel médical (médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, dentistes) exercent à Lomé au détriment des autres régions. Ce qui occasionne une absence de ces catégories surtout dans les formations sanitaires des régions difficiles d'accès.



**Figure 7 : Structures par sexe et par catégories professionnels des personnels de soins en 2014**

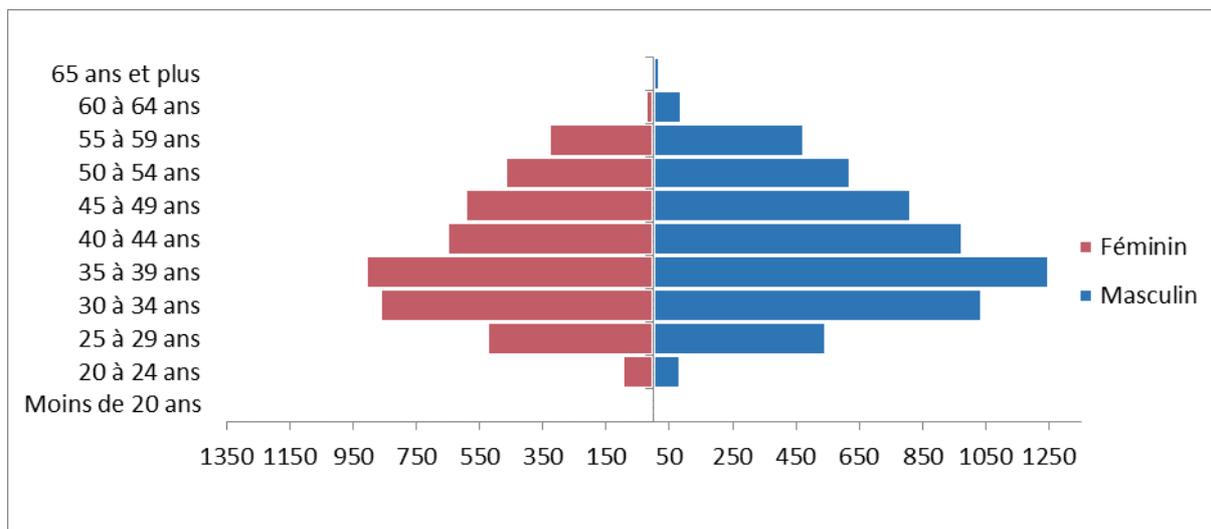
Par rapport au genre, globalement, la disparité liée au sexe n'est pas aussi remarquable du fait qu'il existe au Togo des métiers exercés spécifiquement par les femmes (Sages-femmes et AAE). En effet, la proportion du personnel féminin est de 43,06% contre 56,94% pour le personnel masculin.

Cependant, on constate des disparités au sein de certains corps comme le montre le graphique ci-dessus. Par exemple, parmi les médecins généralistes, les femmes représentent environ 14% contre 86% qui sont des hommes. La proportion des médecins spécialistes féminins est de 25% contre 75% ; les techniciennes supérieures de soins elles représentent 26% contre 74%; pour les infirmiers, 24% sont des femmes contre 76% des hommes. Il se dégage une nette dominance du genre masculin au niveau de ce personnel de soins.



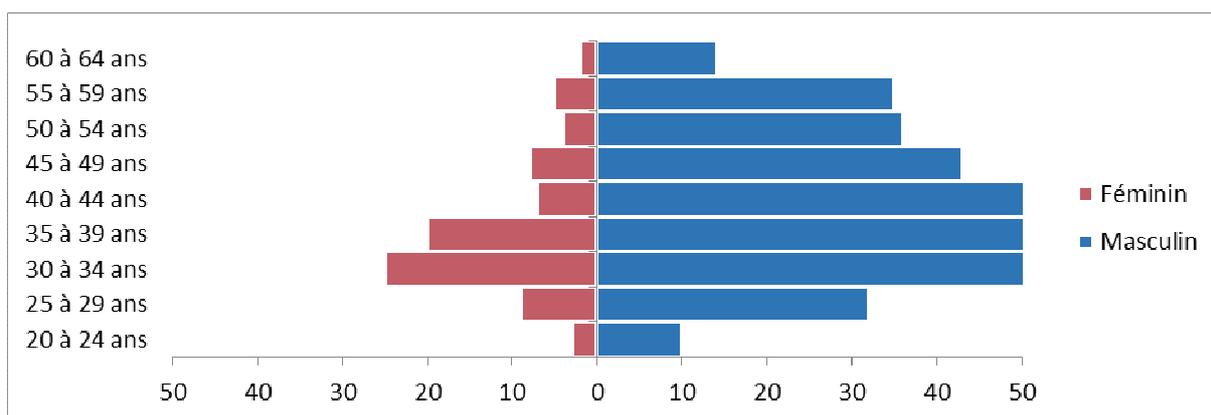
**Figure 8 : Répartition du personnel de soins par tranches d'âge en 2014**

D'après le graphique ci-dessus, les tranches d'âge comprises entre « 30 à 34 ans » et « 35 à 39 ans » sont les plus représentatives. Cette situation traduit que le personnel de soins du système de santé du Togo est majoritairement jeune.



**Figure 9 : Pyramide des âges du personnel de santé au 31 décembre 2014**

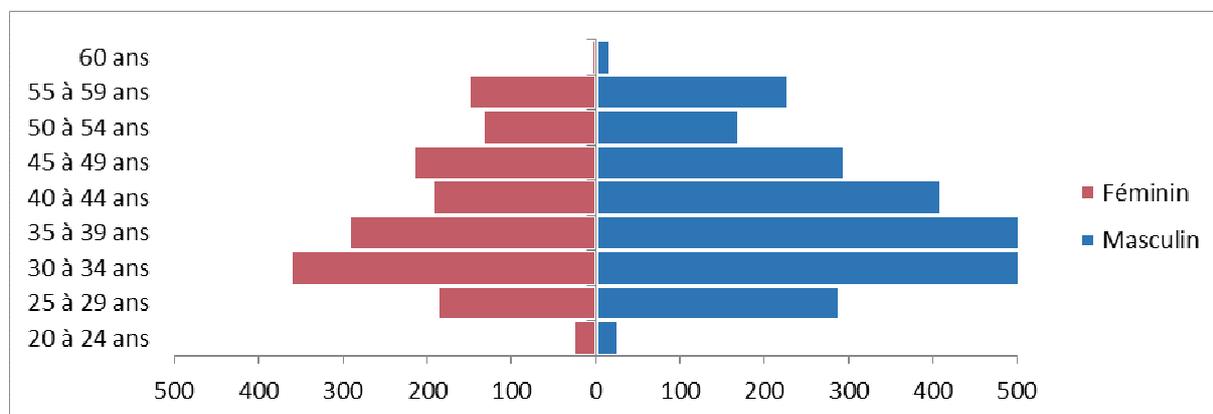
Les jeunes générations entre 30 et 39 ans sont majoritaires (43,33%) du personnel de soins, ce qui se traduit par la forme ovale de la pyramide. Cette forme de pyramide est un gage d'une longue espérance professionnelle au niveau du système de santé. Cependant, cette typologie de pyramide requiert plus d'investissement dans la formation pour ce personnel novice en vue d'optimiser leur performance.



**Figure 10 : Pyramide des âges du personnel médical au 31 décembre 2014**

La pyramide des âges du personnel médical ci-dessus montre que les médecins hommes sont majoritaires. Le milieu élargi de la partie gauche indique la jeunesse et l'évolution de l'effectif des médecins femmes. Ceci pourrait s'expliquer par l'intérêt actuel des jeunes filles pour la médecine.

Quant aux hommes, leur répartition dans les tranches d'âges paraît constante. Les tranches les plus représentées ont entre 30 et 44 ans, ce qui signifie que le ministère dispose de médecins jeunes et novices mais aussi des médecins expérimentés (44 à 64 ans) avec de solides compétences. Cette situation est une garantie d'un renouvellement de l'expérience professionnelle naturel et de transfert de compétences au regard des admissions à la retraite.



**Figure 11 : Pyramide des âges des paramédicaux au 31 décembre 2014**

Au niveau des paramédicaux, le déséquilibre femme-homme paraît moins remarqué. Ceci peut s'expliquer par le fait que parmi les paramédicaux se trouvent les sages-femmes et les accoucheuses auxiliaires qui sont des métiers réservés uniquement au sexe féminin.

## **SECTION 2 : Système de gestion des ressources humaines**

Le cadre juridique de la gestion des ressources humaines (paragraphe 1) et l'analyse des besoins en ressources humaines (paragraphe 2) sont le soubassement du système de gestion des ressources humaines du secteur de la santé.

### ***Paragraphe 1 : Le cadre juridique de la gestion des ressources humaines du secteur de la santé***

Le cadre juridique de la gestion des ressources humaines du secteur de la santé a connu des réformes en harmonie avec la PNS et le PNDS qui mettent un accent sur le développement des ressources humaines comme composante transversale du renforcement du système de santé et du système communautaire. Les principaux instruments juridiques qui encadrent la gestion des RHS sont contenus dans l'annexe 3

On observe dans la pratique que le recrutement des agents communautaires et locaux n'est pas fait conformément aux dispositions réglementaires en vigueur. Les procédures de ce

recrutement ne prévoient pas des mesures discriminatoires pour favoriser les recrutements selon les lieux de provenance et les sexes des candidats. La régionalisation des concours pourrait contribuer à améliorer la répartition des personnels de santé en faveur des zones rurales.

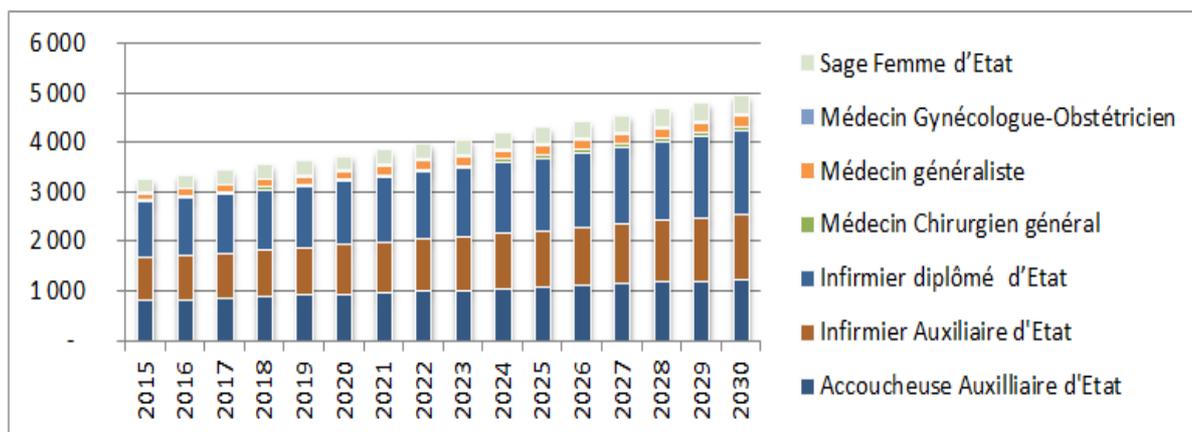
Les départements ministériels concernés par la gestion des ressources humaines de l'Etat sont :

- le Ministère chargé de la fonction publique qui recrute et gère l'évolution des carrières des agents de santé ;
- le Ministère chargé de l'économie et des finances qui assure la rémunération des agents ;
- les ministères chargés de l'enseignement supérieur, de l'enseignement technique et de la formation professionnelle qui forment les professionnels de santé ;
- le Ministère chargé de la santé administre et emploie ce personnel.

A côté de ces acteurs publics impliqués dans la gestion des ressources humaines en santé, on retrouve également des associations et ordres professionnels de personnels de santé qui interviennent dans le contrôle de l'exercice des différentes professions de santé, ainsi que leur développement professionnel, mais leur influence réelle sur la qualité des prestataires de soins se fait attendre.

### ***Paragraphe 2 : Analyse des besoins en ressources humaines***

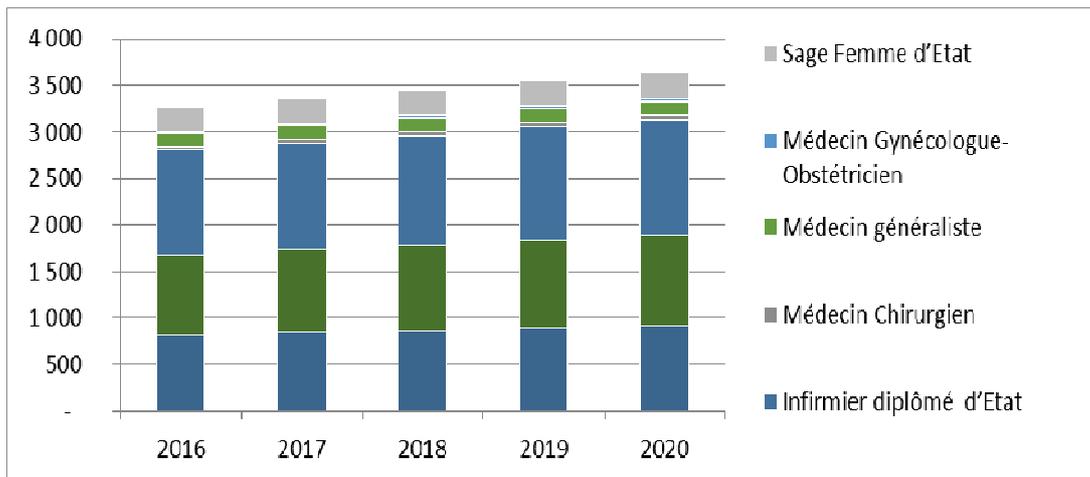
A l'horizon 2030, les besoins globaux en ressources humaines du système de santé du Togo en fonction des normes sanitaires et de la croissance démographique sont évalués à 5283 agents. Le graphique ci-dessus donne la répartition de ces besoins par année et par corps.



**Figure 12 : projection des besoins en RHS par année et par corps**

Si les dispositions adéquates ne sont pas prises pour assurer la production et la mise à disposition de ces ressources humaines, l'absence de ces ressources empêchera le système d'évoluer vers la couverture universelle en santé.

Les projections des effectifs de RHS requis entre 2016 et 2020 sur la base des normes sanitaires en RHS, la croissance démographique et les pertes liées à l'attrition montrent que la croissance de la population induit une augmentation des besoins en RHS. Ces projections, pour certaines catégories professionnelles, sont présentées dans la figure ci-dessous.



**Figure 13 : Projections du Ministère de la Santé en fonction des normes sanitaires de 2013**

De 2016 à 2020, les besoins additionnels en RHS du ministère chargé de la santé s'élèvent à 3115 agents dont 463 IDE, 426 IAE, 475 AAE, 56 SFE, 32 MG, 34 Chirurgiens, 7 gynécologues obstétriciens, 509 AHE et 1113 autres personnels offrant les soins.

Par année, il faudra disposer en plus de 614 en 2016, 554 en 2017, 671 en 2018, 588 en 2019 et 689 en 2020 soit une moyenne d'environ 623 agents.

### **III. DEUXIEME PARTIE: PERFORMANCE DU MINISTERE DE LA SANTE A TRAVERS LE ENFORCEMENT DES COMPETENCES DES RESPONSABLES EN MANAGEMENT ET LEADERSHIP**

Pour amener les cadres du ministère de la santé à s'intégrer dans la réforme engagée par le ministère de la santé, un programme de formation a été mise en place au sein du département pour **accompagner le ministère de la Santé dans sa réorganisation et dans la mise en place et le pilotage de projets de gestion du changement** organisationnel afin **d'améliorer son efficacité et sa réactivité** face aux enjeux de réformes du système de santé. Ce programme a permis de former les cadres du ministère de la santé sur le management et leadership en vue de les rendre apte à pouvoir diriger être performant et faire des prestations de qualité au service des populations. C'est sur cette formation qu'est centrée notre étude dont nous présenterons d'abord les objectifs, la méthodologie et la problématique de l'étude (chapitre 1) et ensuite l'analyse des résultats et des recommandations (chapitre 2).

#### **CHAPITRE 1 : OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE, LE TYPE DE L'ÉTUDE ET LA DÉFINITION DES CONCEPTS**

Après avoir abordé les objectifs et la méthodologie de l'étude (section 1), nous définirons quelques concepts (section 2).

##### **SECTION 1 : Objectifs et méthodologie de l'étude**

Nous allons d'abord définir les objectifs (paragraphe 1) et ensuite relever la méthodologie utilisée pour l'étude (paragraphe 2).

###### ***Paragraphe 1 : Objectifs de l'étude***

L'objectif général de notre travail est d'accompagner le Ministère de la Santé dans sa réorganisation et dans la mise en place et le pilotage de projets de gestion du changement organisationnel afin d'améliorer son efficacité et sa réactivité face aux enjeux de réformes du système de santé.

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- Positionner les directeurs en meneurs et développeurs d'équipe ;

- Développer chez les directeurs les attitudes, réflexes managériaux communs pour mieux porter les changements ;
- Faire approprier les outils concrets de management d'équipe.

Dans cette perspective, nous proposons une démarche d'accompagnement des cadres leaders du ministère de la santé. Cette démarche :

- vise à développer leurs capacités à mener et développer les équipes pour réussir la réorganisation et au-delà, atteindre les objectifs du ministère de la santé ;
- s'attache autant à faire évoluer les attitudes et comportements chez les managers comme chez leurs managés qu'à apporter des outils simples et opérationnels de management d'équipe et de conduite du changement ;
- vise une appropriation graduelle des outils dans le vécu quotidien des équipes et une évaluation continue de leur intégration ;
- se décline du haut vers le bas par souci d'exemplarité et de cohérence ;
- associe, dès le départ, les directeurs centraux et régionaux.

### ***Paragraphe 2 : La méthodologie de l'étude***

La méthodologie adoptée au cours de cette étude est celle de l'évaluation de la formation des cadres du ministère de la santé sur le management et l'animation d'équipes à travers deux sessions de formation d'une durée de 6 jours en alterné, trois jours pour la première session et trois jours pour la deuxième session.

Une intersession de quatre semaines pour la mise en pratique des outils. Les deux sessions de formation ont porté sur deux différents thèmes.

La première session a porté sur le thème « Manager son collaborateur et sa relation avec sa hiérarchie ».

Les modules développés par cette session sont : les structures d'entretiens managériaux (participative, directive), le management situationnel, les feedbacks, les entretiens de recadrage et de capitalisation ; le contrôle ; la délégation ; les leviers de motivation, les clés d'une communication ascendante efficace : être force de proposition, faire une remontée d'information à valeur ajoutée.

La deuxième session a porté sur le thème : « Travailler en équipe et en transversal : gérer ses priorités et son temps ».

Les modules de cette session sont : caractéristiques et étapes de développement d'une équipe ; diagnostic de son équipe ; réunions de bilan ; prise de décision et résolution des problèmes en équipe ; comment engendrer et consolider l'esprit d'équipe ; clés d'une communication transversale efficace et structures d'entretiens avec son collègue ; gestion des conflits ; gestion des priorités et du temps : méthode identifier, allouer, optimiser, protéger son temps (IAOP).

## **SECTION 2 : Le type de l'étude et la définition des concepts**

Il s'agira de voir d'abord le type de l'étude (paragraphe 1) et ensuite définir quelques concepts (paragraphe 2)

### ***Paragraphe 2 : Type et cibles de l'étude***

Notre travail est une étude descriptive et analytique. Quant à la délimitation de l'objet de l'étude, il a été choisi de façon raisonnée, une population composée de deux cibles.

La première cible est formée du groupe des directeurs centraux, régionaux de la santé (DRS), les directeurs des centres hospitaliers universitaires (CHU), des centres hospitaliers régionaux (CHR), de l'institut national d'hygiène (INH), du centre national de transfusion sanguine (CNTS), du centre national d'appareillage orthopédique (CNAO), de la centrale d'achat des médicaments (CAMEG), les directeurs des institutions de formation des personnels de santé.

La deuxième cible a été celle des chefs de divisions du niveau central et régional.

La fiche d'enquête a porté sur la fiche d'évaluation de la fin de la formation qui a concerné 75 cadres du ministère de la santé.

### ***Paragraphe 2 : Définition des concepts***

#### **1. Le concept de performance et sa mesure**

##### **1.1. Le concept de performance**

La performance est une notion couramment utilisée dans le domaine de la vie des affaires. Cependant, il demeure difficile d'en donner une définition simple du fait de ses multiples dimensions. Elle est généralement appréhendée à travers les concepts d'efficacité et d'efficience de l'organisation. Par rapport à ces deux critères d'efficacité et d'efficience.

A. Bourguignon (1998) définit la performance en gestion en trois niveaux : la performance résultat, la performance action et la performance succès. Selon P. Lorino (1997), « Est performance dans l'entreprise, tout ce qui, et seulement ce qui, contribue à atteindre les objectifs stratégiques ». J.-B. Carrière (1999) conclut alors que la performance n'est rien

d'autre que l'évolution de l'entreprise ou son agrandissement. Cette notion de performance peut se résumer à l'idée de réussite ou de succès de l'entreprise (M. Boyer, 1999 ; J.-P. Mamboundou, 2003), réussite ne pouvant être obtenue sans sanction positive du marché (P. Barillot, 2001).

## **1.2. Le caractère multidimensionnel de la performance**

L'approche unidimensionnelle de la performance est une vision limitée tôt abandonnée. En effet, la synthèse de la littérature nous conduit à trois dimensions essentielles : la performance stratégique, la performance concurrentielle et la performance socio-économique. A ces trois dimensions, J. Brilman (2003) ajoute l'approche moderne de la performance organisationnelle par la création de valeur partenariale.

### **1.2.1. La performance stratégique**

Encore appelée performance à long terme, la performance stratégique est celle qui utilise comme indicateur de mesure, un système d'excellence. Les facteurs nécessaires à la réalisation de cette performance sont entre autres : la croissance des activités, une stratégie bien pensée, une culture d'entreprise dynamique, une forte motivation des membres de l'organisation ou un système de volonté visant le long terme, la capacité de l'organisation à créer de la valeur pour ses clients, la qualité du management et du produit pour les clients, la maîtrise de l'environnement, (C. Marmuse, 1987 ; J. Barette et J. Bérard, 2000). J.-Y. Saulquin et G. Schier (2007) ajoutent à cette liste la prise en compte de la responsabilité sociale de l'entreprise. Même si l'application systématique d'une logique solide basée sur ce système d'excellence est une garantie de succès pour les entreprises, R. Dixon et al. (1990) feront remarquer que ces différents facteurs qui déterminent l'excellence, donc le succès, peuvent aussi conduire à l'échec lorsqu'ils sont poussés à l'extrême. Cette position coïncide bien avec l'idée de P. Drucker (2001) qui pense qu'à la même extrémité, la rationalité du management devient la rationalité en soi et se traduit par un négativisme conduisant toujours à l'inefficacité.

### **1.2.2. Performance individuelle**

La performance individuelle contribue à la performance collective. Un manager doit donc tout mettre en œuvre pour accroître l'efficacité de chacun de ses collaborateurs. Aucune organisation, en effet, ne peut réussir sans performance individuelle. Il s'agit là d'un enjeu managérial. Dans le but d'améliorer sa performance, le collaborateur doit être motivé, c'est impératif. D'où la nécessité, dans un premier temps, de connaître **les facteurs de sa**

**motivation** puis, dans un second temps, de prendre les **décisions et d'adopter les comportements qui vont la stimuler.**

### **1.2.3. La performance concurrentielle**

Liée au milieu concurrentiel de l'organisation, la performance concurrentielle matérialise le succès qui résulte non seulement des seules actions de l'organisation, mais aussi de ses capacités à s'adapter, et même à s'approprier les règles du jeu concurrentiel dans son secteur d'activités. Cette performance repose sur la logique, selon laquelle l'atteinte d'un résultat donné dépend de la nature des systèmes concurrentiels et surtout des modes de compétition et de l'intensité de la lutte concurrentielle entre les forces en présence.

### **1.2.4. La Performance socio-économique**

Elle regroupe la performance organisationnelle, la performance sociale, la performance économique et financière, la performance commerciale.

**La performance organisationnelle** concerne la manière dont l'entreprise est organisée pour atteindre ses objectifs et la façon dont elle y parvient. M. Kalika (1988) soulignera qu'il s'agit d'une performance portant directement sur l'efficacité de la structure organisationnelle et non pas sur ses éventuelles conséquences de nature sociale ou économique. Les facteurs qui permettent d'apprécier cette efficacité organisationnelle sont : le respect de la structure formelle, les relations entre les composantes de l'organisation, la qualité de la circulation de l'information, la flexibilité de la structure. L. Kombou et J.-F. Ngokevina (2006) y ajoutent l'influence du pouvoir du dirigeant. Malgré l'intérêt de ces facteurs pour l'efficacité structurelle, ils ne permettent pas une définition claire de la performance organisationnelle.

**La performance sociale** concerne l'état des relations sociales ou humaines dans l'entreprise et traduit la capacité d'attention de l'entreprise au domaine social. Elle est un concept central de la recherche en éthique des affaires (J. Igalens et J.-P. Gond, 2003). Facteur déterminant du bon fonctionnement des organisations modernes, cette performance est mesurée selon C. Marmuse (1997) par la nature des relations sociales qui interagissent sur la qualité des prises de décision collectives, l'importance des conflits et des crises sociales (nombre, gravité, dureté...), le niveau de satisfaction des salariés, le turn over, qui est un indicateur de la fidélisation des salariés de l'entreprise, l'absentéisme et les retards au travail (signes de démotivation ou de travail ennuyeux, dangereux ou difficile), le climat social de l'entreprise qui est une appréciation subjective de l'ambiance au sein de l'entreprise et des groupes qui la composent, le fonctionnement des institutions représentatives du personnel (comité

d'entreprise ou d'établissement), le fonctionnement des cercles de qualité (le nombre et les résultats des actions) et la participation aux décisions.

Quant à **la performance économique et financière**, elle peut être définie comme la survie de l'entreprise ou sa capacité à atteindre ses objectifs (R. Calori et al., 1989). Ayant trait aux coûts, cette performance est mesurée par des indicateurs quantitatifs tels que la rentabilité des investissements et des ventes, la profitabilité, la productivité, le rendement des actifs, l'efficacité, etc.

## **1.2. La performance dans le secteur public**

La notion de performance correspond à l'atteinte d'objectifs ou de résultats attendus, et plus largement à la création de valeur. Si dans le monde de l'entreprise, la création de valeur est généralement associée à l'accroissement du profit, elle doit être entendue dans le secteur public comme une **optimisation des services rendus aux citoyens**.

Aujourd'hui, la distance entre les deux secteurs n'est cependant plus aussi marquée que par le passé: d'une part, l'Etat met de plus en plus en avant l'objectif de la réduction des déficits publics, qui peut être assimilé à une recherche de rentabilité, d'autre part la montée du concept de responsabilité sociale et environnementale dans le secteur privé correspond à une prise en compte de l'intérêt général dans la stratégie de développement des entreprises. Ce rapprochement entre les deux secteurs est accentué par le fait que les services publics sont de plus en plus souvent en concurrence entre eux ou avec le secteur privé.

Du fait des nombreuses similitudes entre les deux secteurs, des méthodes de management traditionnellement employées dans le secteur privé se sont peu à peu répandues dans le secteur public. L'objectif était de remédier aux travers qui lui sont généralement reprochés : rigide, coûteux, peu efficace, trop centralisé, insuffisamment innovant. Ces méthodes de management ont cependant été adaptées pour tenir compte des différences entre les deux secteurs, constituant le courant du **Nouveau Management Public (NMP)**, apparu dès le début des années 80.

Alors que le secteur public était jusque-là orchestré essentiellement par le respect de règles et de procédures, selon une « logique de moyens », le NMP privilégie l'atteinte de résultats et prône la généralisation de la culture de l'évaluation, afin d'optimiser l'allocation des ressources vers les actions les plus efficaces.

Le NMP recommande également une séparation claire entre la conception (décision politique) et la mise en œuvre (gestion). Il propose toute une série d'instruments pour le pilotage et le contrôle du nouveau système de gestion des affaires publiques, en particulier un **système d'indicateurs mesurant l'impact, l'effectivité, l'efficacité, l'efficience des politiques et la**

**satisfaction des clients.** Ces indicateurs constituent l'outil principal de gestion du nouveau système.

## **2. La mobilisation**

La mobilisation est définie comme étant « une masse critique d'employés qui accomplissent des actions (faisant partie ou non de leur contrat de travail, rémunérées ou non) bénéfiques au bien-être des autres, de leur organisation et à l'accomplissement d'une œuvre collective» (Tremblay et Wils, 2005, p. 38). Elle peut également être interprétée comme étant « une performance supérieure, c'est-à-dire un travail de qualité, un travail d'équipe et un travail avec une valeur ajoutée. Les investissements d'énergies y figurent au niveau d'efforts d'amélioration continue, d'alignement stratégique et de coordination spontanée » (Wils et al., 1998, p. 35).

Si l'on doit s'intéresser au concept de mobilisation et y accorder de l'importance, c'est parce que celui-ci permet d'obtenir une contribution supérieure tant au niveau individuel qu'au niveau organisationnel.

Quand les employés sont en mesure de contribuer à l'organisation grâce à des suggestions et des idées innovatrices, ils permettent l'augmentation de la réaction et de l'adaptation de l'entreprise face aux changements dans le marché, en plus de pouvoir réagir aux actions de leurs concurrents. Ce qu'il est également pertinent de souligner, c'est que « les comportements de mobilisation représentent des actifs intangibles qui sont susceptibles de procurer un avantage concurrentiel durable » (Tremblay et Wils, 2005, p. 48). Par ailleurs, selon une hypothèse de Tremblay et Wils (2005), l'adoption de comportements de mobilisation se solde par une plus grande contribution individuelle et, ensuite, par une contribution organisationnelle supérieure. « Dans un contexte économique turbulent, les organisations ont besoin d'une réserve d'énergie « rapidement mobilisable» pour contrecarrer les menaces, pour tirer avantage des opportunités ou occasions et pour accomplir avec succès des changements gargantuesques» (Tremblay et Wils, 2005, p. 47).

« La mobilisation se traduit par l'adoption volontaire d'un certain nombre de comportements et de rôles dont les fonctions essentielles visent à aider les autres à performer, à améliorer le climat social, à contribuer au bien-être des autres et à la durée de l'organisation » (Tremblay et Wils, 2005, p.44).

### **3. Motivation individuelle**

La motivation individuelle est le soubassement de la performance individuelle. La performance individuelle ne se construit pas seule. Elle est rendue possible par les apports de l'organisation et des collaborateurs. Elle est favorisée par un environnement de travail, en même temps qu'elle participe au façonnage de celui-ci. Elle est donc le résultat de conditions organisationnelles (coopérations entre les différents corps de santé), sociales (dialogue avec le management) ou bien encore professionnelles (échanges et débats avec ses pairs). Autant dire qu'il existe un lien robuste entre Qualité de Travail et performance individuelle des agents de santé : offrir aux agents les conditions de la première, c'est recevoir la seconde en retour.

- **Utiliser efficacement les techniques de motivation**

Diversité des responsabilités et des tâches, multiplication des rattachements hiérarchiques, nécessité de s'adapter à des postes en constante évolution... l'environnement de travail dans l'organisation du XXIe siècle exige de chaque collaborateur un grand dynamisme et une importante réactivité. Motiver un collaborateur, c'est précisément lui donner l'énergie dont il a besoin pour donner le meilleur de lui-même. Face à cette responsabilité, le manager peut se sentir dépourvu : comment entretenir la motivation ? Existe-t-il dans ce domaine des bonnes pratiques ? Comment les mettre en œuvre ?

- **Mieux connaître vos collaborateurs pour mieux les motiver**

Les résultats obtenus par votre équipe dépendent étroitement de la motivation de chacun de ses membres. Votre rôle en tant que manager et premier responsable du service ou direction du MS consiste donc à réunir les conditions nécessaires à cette motivation, ce qui implique de prendre en compte les besoins individuels. Or cela n'est possible que si vous connaissez bien chacun de vos collaborateurs, et que vous avez identifié à la fois leurs talents et leurs aspirations. Vous pouvez pour cela vous appuyer sur un guide de profils-types

- **Fixer des objectifs motivants à ses collaborateurs avec la méthode SMART**

Les objectifs fixés d'un commun accord entre un manager et son collaborateur sont une des clés de voûte du management. En effet, ils permettent de parvenir à une évaluation objective des performances du collaborateur, et de mettre en place un plan de développement motivant. C'est pourquoi il est essentiel de savoir fixer de bons objectifs.

## CHAPITRE 2 : ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ET SUGGESTIONS

Dans ce chapitre, nous présenterons d'abord les résultats issus des deux sessions de formation (section 1) puis nous ferons les suggestions aux autorités du ministère de la santé pour une meilleure prise de décisions (Section 2).

### SECTION 1 : Analyse des résultats de la formation

Il s'agit de dégager les constats relevés sur l'ensemble des groupes (paragraphe 1) et définir les enjeux suscités par la formation (paragraphe 2).

#### *Paragraphe 1 : Constats sur l'ensemble des groupes*

**Tableau 3 : Evaluation des participants sur la session 1 (sur l'ensemble de la session 1)**

Groupes	Excellente	Très bonne	Bonne	Insuffisante	Total
1	2	6	5	0	13
2	3	4	6	0	13
3	4	6	3	0	13
4	4	5	3	0	12
5	4	6	2	0	12
6	3	5	4	0	12
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>32</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>75</b>

**Tableau 4 : Evaluation des participants sur la session 2 (sur l'ensemble de la session 1)**

Groupes	Excellente	Très bonne	Bonne	Insuffisante	Total
1	6	5	2	0	13
2	4	6	3	0	13
3	6	3	4	0	13
4	5	3	4	0	12
5	6	2	4	0	12
6	5	4	3	0	12
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>75</b>

Sur l'ensemble des sessions de formation des 6 groupes de participants composés de 75 cadres, on peut noter :

- Un bon degré d'implication durant les échanges.

- Les participants ont tous compris la pertinence des outils proposés et ont montré un intérêt certain à les appliquer durant les mises en situation. Ils en sont encore à un tout premier stade d'appropriation des outils ; leur focalisation reste encore limitée aux outils eux-mêmes, sans lien explicite avec les attitudes sous-jacentes que leur utilisation optimale requiert de leur part.

Ces constats sur l'ensemble des formations sont bien sûr à prendre en compte pour une poursuite pertinente et cohérente de l'appui à la réorganisation du ministère de la santé.

1. Les participants **comprennent maintenant la différence entre la dimension institutionnelle de leur position** - « être un directeur/Chef de division/service » **et sa dimension managériale** - « être un manager/animateur d'équipe ».

S'ils ont tous intellectuellement compris la distinction, certains ont cependant encore du mal à la traduire en nouvelles façons de se positionner (vis-à-vis de leurs équipes comme de leur hiérarchie).

2. **Quand on leur demande de manager, ils le font** et il en découle des **résultats concrets**.

La vaste majorité des participants a réalisé et démontré qu'elle pouvait, au minimum, remettre leurs gens au travail (arriver à l'heure, faire le minimum requis, etc.).

Les retours d'expériences des Groupes 4 et 5 l'ont confirmé : ainsi, des dossiers ou sujets qui « dormaient », certains depuis des années, ont été relancés et des résultats concrets positifs ont été obtenus en quelques semaines (ex : distribution de moustiquaires, rédaction d'un article pour publication, recadrage d'un infirmier pour refus d'assurer la garde, etc.).

Ce faisant, certains ont même « découvert » le potentiel de certains de leurs collaborateurs qui, étant plus sollicités, sont aujourd'hui plus autonomes, proactifs et responsabilisés à travers des plans de délégation formalisés.

Certains participants se sont eux-mêmes mis en mouvement dans leur relation avec leur hiérarchie ; en améliorant leur communication ascendante, ils ont pu obtenir des résultats notables sur des demandes de prise de décision, ressources additionnelles.

La formation a permis d'identifier parmi les 75 participants différents niveaux de motivation et de compétence à intégrer les nouveaux outils et à évoluer en termes d'attitudes et de comportements managériaux.

Certains se sont montrés plus « moteurs » que d'autres :

○ Une dizaine est résolument engagée dans une démarche individuelle autonome d'amélioration de leur management. Au-delà des outils qu'ils ont compris et intégrés dans leur quotidien, ils ont commencé à travailler sur le vrai levier de leur progrès managérial : leur capacité à changer de regard sur les situations qu'ils ont à gérer.

○ Une deuxième catégorie de « moteurs » (une dizaine) est constituée de ceux qui, bien que manquant la maturité managériale du premier groupe, ont montré un fort investissement personnel dans la formation.

Ils doivent être particulièrement encouragés et soutenus pour consolider leur évolution personnelle.

- La grande majorité (une quarantaine) n'est pas encore dans une démarche autonome d'amélioration continue de leur performance managériale.

Elle a certes suivi les instructions concernant les mises en application des outils dans l'intersession, avec des degrés divers de réussite selon les individus.

Cependant, ces participants ont à ce jour une faible capacité à s'auto-motiver dans l'utilisation durable des outils et une aptitude limitée à les utiliser efficacement.

On a pu d'ailleurs constater chez eux une déperdition significative des messages clé entre la 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> session.

Il est à craindre que sans un accompagnement managérial approprié, les premiers efforts et succès de ces participants soient sans lendemain.

- Enfin, une minorité (une dizaine) a une vraie difficulté à ne serait-ce que commencer à s'inscrire dans une dynamique managériale.

Faire face aux nouvelles exigences managériales leur demande une telle remise en cause personnelle et tel un effort, à la fois soutenu et accompagné, que nous émettons de sérieux doutes quant à leur capacité à manager des équipes dans la nouvelle vision du Ministère de la Santé.

Ces constats des différents « profils » reposent sur l'observation des attitudes, comportements et actions des participants durant et entre les sessions, sont faites uniquement par rapport à l'objectif assigné à la formation (se positionner et gagner en légitimité en tant que meneur et développeur d'équipes).

S'ils ne sauraient être une quelconque évaluation globale des participants quant à leur capacité à assumer efficacement leur position actuelle ou future dans le cadre de la nouvelle organisation, ces feedbacks n'en constituent pas moins des données qu'il convient d'exploiter avec les précautions et selon des modalités à définir par le ministère de la santé.

### **3. La relation transversale et la gestion des conflits restent deux zones encore particulièrement fragiles.**

Nous avons noté dans tous les groupes une vraie difficulté à travailler efficacement en transversal. La vaste majorité des participants a de la difficulté à prendre en compte les besoins et contraintes des collègues et à coopérer dans un cadre exigeant pour atteindre les objectifs communs.

Plus particulièrement, la gestion des conflits reste encore un sujet tabou. La peur de confronter pour aller de l'avant avec son collègue ou sa hiérarchie et la prévalence des non-dits sont encore aujourd'hui des freins à la performance individuelle et collective et des facteurs de démotivation.

### **Paragraphe 2 : L'enjeu suscité par la formation**

Le nouvel organigramme du Ministère de la Santé est un moyen au service d'un objectif : accroître l'efficacité, la réactivité, et au-delà, la performance du Ministère pour relever les défis du système de santé togolais.

La mise en place effective de la nouvelle organisation dépendra dans une très large mesure, de la capacité de ses cadres leaders à :

- faire évoluer les attitudes, comportements, façons de faire vers plus d'efficience ;
- à reconnaître et gérer les différentes manifestations de résistance au changement ;
- à adapter leur management et leur communication pour faciliter l'intégration des changements recherchés dans les équipes.

La formation sur le « Management/animation d'équipe » ont eu pour objectif d'activer ce levier managérial indispensable à la réussite du changement organisationnel au sein du ministère.

Aujourd'hui, 75 cadres leaders du ministère de la santé partagent des points de repère et outils managériaux communs, ont expérimenté leur pertinence et ont commencé à évoluer vers des pratiques managériales plus en phase avec les nouvelles exigences du ministère de la santé.

L'enjeu maintenant est d'ancrer et d'institutionnaliser la nouvelle culture managériale qui doit permettre, en temps voulu, de passer à la phase de concrétisation de la mise en place du nouvel organigramme.

Les actions suggérées ci-dessous, ne porteront tous leurs fruits qu'avec l'implication et le soutien actifs de la hiérarchie actuelle et future.

## **SECTION 2 : Suggestions**

A l'issue de ces sessions de formation sur le management et animation d'équipes, nous formulons à l'endroit du ministère de la santé, les suggestions suivantes :

### **- la mise en place de la plateforme "Forum des Managers" du ministère de la santé**

Nous préconisons la mise en place de la plateforme « Forum des Managers du ministère de la santé. Son but est de maintenir la dynamique des changements entamés au sein de l'encadrement ayant suivi la formation, à travers le partage des réussites, difficultés, demandes de soutien etc.

### **- La mise en place d'un cadre formel d'échanges entre la direction des ressources humaines et la hiérarchie du ministère de la santé**

En tant que facilitateur de la mise en œuvre du changement organisationnel, la direction des ressources humaines doit pouvoir s'appuyer sur la hiérarchie.

Ce cadre de concertation permettrait de faire un point régulier de l'état d'avancement du projet de réorganisation, définir les mesures à prendre par la hiérarchie pour faciliter sa mise en œuvre.

Il pourrait consister en une réunion formelle régulière, (entre autre tous les deux mois). Les participants à ce cadre incluraient, dans la configuration actuelle, le secrétaire général, les directeurs centraux, et régionaux.

### **- La mise en place de l'entretien managérial mensuel**

Nous préconisons l'instauration d'un entretien managérial mensuel. L'objectif est de : maintenir une dynamique de progrès managérial pour chacun des participants à la formation. « management/animation d'équipe, notamment pour la majorité qui a besoin d'un soutien actif de sa hiérarchie, il faut ajouter la dimension managériale à une relation hiérarchique perçue aujourd'hui encore comme essentiellement institutionnelle.

Le contenu : en allant au-delà de l'aspect technique des dossiers, faire le point sur la pratique managériale du mois écoulé (réussites, échecs, leçons tirées), fixer des axes de progrès managériaux et plans d'action pour le mois suivant. La durée de l'entretien pourrait être de quarante à soixante minutes.

- **La tenue systématique des réunions hebdomadaires d'équipe**

Il apparaît que les réunions d'équipes hebdomadaires ne soient toujours pas une pratique généralisée. Par ailleurs lorsqu'elles ont été instituées, elles ne font toujours l'objet d'une présence assidue de la part de ceux qui sont censés y assister.

Faire l'impasse sur cet outil de management d'équipe, c'est se priver d'un levier indispensable pour plus de performance collective (et individuelle).

- **L'installation d'un mécanisme de suivi et d'évaluation de la formation afin de renforcer l'application au travail des cadres formés**

Pour qu'il y ait retour sur investissement, il est important de faire le suivi de la formation en vue d'évaluer la mise en pratique des outils de la formation management/animation d'équipe. Il appartiendra au secrétaire général en coordination avec la direction des ressources humaines de déterminer les modalités précises de la conduite de cette évaluation.

## **IV. CONCLUSION**

La formation sur le management et animation d'équipe a permis à 75 cadres du ministère de la santé d'être outillés pour être plus responsables afin de mieux organiser les services. Ceci dans un esprit de meilleure clarification des rôles de chaque acteur et surtout une meilleure répartition des tâches entre les agents. Pour ce faire, il est nécessaire de travailler efficacement pour de meilleurs résultats dans un esprit d'une part du changement de l'image du ministère et d'autre part dans l'esprit de valorisation des agents à travers des motivations entre autre la nomination à des postes de responsabilité.

Dans le souci d'améliorer la qualité de services du ministère de la santé à travers efficacité individuelle, tous les participants doivent être encouragés à développer une logique et des réflexes d'amélioration permanente de la performance. Au-delà des constats ponctuels sur les succès obtenus, ils doivent apprendre à se projeter et réfléchir à comment capitaliser, pérenniser les succès qu'ils obtiennent, pour inscrire le développement de leurs collaborateurs dans la durée.

Au vu de tout ce qui précède, le travail que nous venons de réaliser s'inscrit dans le sens d'apporter une autre alternative à la recherche de solution pour un système de santé plus

performant au Togo. Cette alternative pose essentiellement la question du comment motiver le personnel de santé pour une meilleure prestation de soins de qualité. C'est en mettant en place un système de fidélisation du personnel médical et paramédical, c'est en améliorant les conditions de travail, c'est en renforçant la gouvernance des formations sanitaires qui devront être dirigées par des hommes suffisamment formés au management et compétent.

## V. REFERENCES

### ◇ Documents stratégiques

- PNDS 2017-2022
- PDRHS 2016-2020, décembre 2015
- Rapport sur le marché du travail au Togo, octobre 2015

### ◇ *Sur le management et le travail d'équipe*

- Kenneth Blanchard, Spencer Johnson, Le Manager minute Editions d'Organisation 2006
- Dominique Chalvin, Libérez vos talents de manager, Management les Guides, ESF Editeur 2006
- Kenneth Blanchard, Steven Gottry, L'Homme de la situation – Faire face et ne plus être débordé, Editions d'Organisation 2004
- Bénédicte Gautier, Le manager coach Dunod 2008
- Ken Blanchard, Sheldon Bowles, Un indien dans l'entreprise – Donnez un nouveau souffle à votre équipe Editions d'Organisation 2005

### ◇ *Sur le leadership*

- Dale Carnegie, Comment trouver le leader en vous, Ed. Hachette, livre de poche (2008)
- Bernard Lhôte, Les charmes du charisme Desclée de Brower 2000
- Alain Kerjean, Le manager leader Ed. d'organisation 2002
- Davis Magee, Comment Carlos Ghosn a sauvé Nissan Editions Dunod 2005
- Jack Welch, Ma vie de patron – le plus grand industriel américain raconte Village Mondial 2007
- Jack Welch, Mes Conseils pour réussir (Winning) Village Mondial 2005
- Carlos Ghosn, 24 leçons de management Laurent du Mesnil Editeur Maxima 2007

### ◇ *Sur le changement*

- Dudley Lynch, Paul L. Kordis, La stratégie du dauphin, les idées gagnantes du 21ème siècle Editions de l'Homme 2006

- Spencer Johnson, Qui a piqué mon fromage ? Editions Michel Lafond 2000
- Gérard Dominique Carton, Eloge du changement Village mondial 2011
- Nelly Bidot, Bernard Morat, Agir ou subir ? Des clés pour vivre le changement imposé Interéditions 1996 ; Que faire quand la vie nous malmène, agir ou subir Interéditions 2002

◇ *Sur la complexité*

- Dominique G nelot, Manager dans la complexité – Réflexions à l’usage des dirigeants INSEP Editions 1998
- Harvard Business Review, Les stratégies de l’incertain, Editions d’organisation 2000

•

◇ *Sur le développement personnel*

- Lionel Bellenger, Les secrets des vrais pros ESF Editeur 2009
- Brian Tracy, Create your own future John Wiley & Sons 2005
- George Leonard, Mastery A Plume Book 1992

## VI. ANNEXES

---

<b>ANNEXE 1 : LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE .....</b>	<b>39</b>
<b>ANNEXE 2 : LE MARCHE DE L'EMPLOI DU PERSONNEL DE SANTE AU TOGO .....</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXE 3 : LES PRINCIPAUX INSTRUMENTS JURIDIQUES QUI ENCADRENT LA GESTION DES RHS .....</b>	<b>41</b>

## Annexe 1 : Les agents de santé communautaire

### Encadré 1: les agents de santé communautaire

En dehors des personnels qualifiés statutaires et contractuels, il existe une catégorie d'agents appelés agents de santé communautaire (ASC) qui prend une part active dans les activités du système de santé. Une politique nationale et un plan stratégique des interventions à base communautaire ont été adoptés par le ministère chargé de la santé en vue du renforcement de la gestion de ce type de personnel. Cette politique vise à :

- formaliser l'implication des ASC au niveau national ;
- harmoniser et coordonner la motivation des ASC ;
- maintenir les ASC dans leur fonction/milieu ;
- assurer la couverture universelle et les interventions de qualité.

Ce type de personnel qui est une émanation d'initiatives à base communautaire est régulé par la direction générale de l'action *sanitaire* (*division de la santé communautaire et des personnes âgées*).

## ANNEXE 2 : Le marché de l'emploi du personnel de santé au Togo

### Encadré 2: le marché de l'emploi du personnel de santé au Togo

**Les résultats de l'étude du marché de l'emploi du personnel de santé au Togo indiquent une forte attractivité de la formation en santé ; 93 à 96% des candidats qui participent aux concours d'entrées aux institutions de formation ne sont pas retenus. Les désistements après admission sont rares et les profils d'entrée à la formation sont en adéquation avec les textes réglementaires.**

**Pour les filières paramédicales, le taux d'abandons au cours de la formation est bas. Par contre, pour la filière MG et Pharmacie, le rapport entre les étudiants entrant à l'école et le nombre de diplômés est sous-optimal, avec une perte d'environ 80% des étudiants qui ont commencé leurs études en médecine. Ce nombre d'échecs représente une perte d'investissements en termes de temps des enseignants et des étudiants, ainsi qu'une perte de ressources financières pour les institutions de formation, les étudiants et leurs parents.**

**Malgré ces efforts, ces institutions de formation sont toujours confrontées à une insuffisance en ressources humaines, matérielles et pédagogiques pour un meilleur encadrement des étudiants. On note également une inadéquation du recrutement des étudiants par rapport à la capacité d'accueil des écoles et l'insuffisance de la durée d'enseignement et les conditions d'apprentissage difficiles. Tous ces facteurs ne permettent pas d'optimiser la qualité de la formation.**

### **Annexe 3 : Les principaux instruments juridiques qui encadrent la gestion des RHS**

- La loi n°2013-002 portant Statut général de la fonction publique togolaise : elle définit les modalités de recrutement du personnel de la santé, tout comme les autres fonctionnaires. En son chapitre 2, article 41, il est précisé que « l'accès aux différentes catégories et subdivisions des catégories de la fonction publique se fait par voie de concours. Le concours peut être interne et/ou externe. » Plus loin, l'article 46 indique qu'« Afin d'assurer une répartition équilibrée des personnels administratifs sur l'ensemble du territoire national, les recrutements peuvent être régionalisés par des mesures incitatives appropriées fixées par décret ». Toutefois, il reste l'adoption des textes d'application de cette loi pour préciser les modalités de gestion des positions administratives, la gestion des carrières et l'adoption d'un statut particulier des agents publics de santé du Togo ;
- La loi n°2006-010 du 13 décembre 2010 portant code du travail ;
- Les conventions collectives interprofessionnelles ;
- Le décret n°90-191 du 26 décembre 1990 portant organisation des établissements hospitaliers de la République togolaise qui précise les conditions et les modalités de traitement des personnels émergeant sur les budgets autonomes des hôpitaux ;
- Le décret N°2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels qui a prévu la création de la Direction des Ressources Humaines ;
- Le décret N°2011-110/PR du 09 juin 2011 portant création de la DRH au ministère de la santé qui précise l'organisation et les missions de la DRH ;
- L'arrêté n°0021/2013/MS/CAB/SG du 27 février 2013 portant organisation des services du ministère de la santé ;
- L'arrêté n°2014-003/PMRT du 04 juin 2014 relatif à l'Observatoire des ressources humaines en santé (OBRHS) ;
- L'arrêté n°169/2014/MS/CAB/SG du 02 décembre 2014 portant définition du manuel de procédures et outils de gestion des ressources humaines en santé ;
- L'arrêté n° 168/2014/MS/CAB/SG du 02 décembre 2014 portant définition des normes sanitaires en paquet minimum d'activités, en équipements, en ressources humaines et en infrastructures, pour les structures de soins, d'administration et de gestion du système de santé, les spécificités nationales et les institutions de formation des professionnels de santé au Togo ;

- L'arrêté interministériel n°0111/2008/MS/MEF du 30 mai 2008 portant relèvement des indemnités de garde et d'astreinte ;
- L'arrêté interministériel n°0204/2011/MS/MEF du 26 décembre 2011 modifiant l'arrêté interministériel n°38/91/MSP/MEF fixant les conditions d'attribution des primes de risque, de garde et d'astreinte aux agents de la santé publique ;
- Les décisions n°43/MSP du 9 février 1982, n°144/87/MSPASCF du 16 juin 1987, n°307/87/MSPASCF du 30 décembre 1987 et n°308/87/MSPASCF du 30 décembre 1987 accordant respectivement prime de rendement au personnel du service du bloc opératoire, de Néphrologie, de Radiologie et du centre psychiatrique de Zébé.

## TABLE DES MATIERES

CITATIONS .....	i
REMERCIEMENTS .....	ii
RESUME .....	iii
ABSTRACT .....	iErreur ! Signet non défini.
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	v
SOMMAIRE .....	1
LISTE DES TABLEAUX .....	2
LISTE DES FIGURES .....	3
I. INTRODUCTION .....	4
II. PREMIERE PARTIE: ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE AU TOGO.....	6
<i>CHAPITRE 1 : CADRE ORGANISATIONNEL DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ</i> .....	6
SECTION 1 : Organisation général des services de santé .....	6
Paragraphe 1 : Organisation du ministère de la santé.....	6
Paragraphe 2 : Organisation de l'offre de soins et couverture sanitaire .....	7
SECTION 2 : Niveau de leadership et de management des ressources humaines dans la fédération des efforts.....	8
Paragraphe 1 : Un faible positionnement stratégique des responsables RH dans l'organigramme du Ministère et une fragmentation des responsabilités en matière de ressources humaines.....	8
Paragraphe 2 : Absence d'une perspective à long terme des enjeux en matière de ressources humaines et la subordination de ces derniers aux considérations économiques .....	9
<i>CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ</i> .....	10
SECTION 1 : Analyse de la situation des ressources humaines .....	10
Paragraphe 1 : La formation et le recrutement des ressources humaines .....	10
1. La formation des ressources humaines .....	10
2. Le recrutement.....	11
Paragraphe 2 : Effectifs et structure des ressources humaines en santé .....	12
SECTION 2 : Système de gestion des ressources humaines.....	20
Paragraphe 1 : Le cadre juridique de la gestion des ressources humaines du secteur de la santé.....	20
Paragraphe 2 : Analyse des besoins en ressources humaines .....	21
III. DEUXIEME PARTIE: PERFORMANCE DU MINISTERE DE LA SANTE A TRAVERS LE ENFORCEMENT DES COMPETENCES DES RESPONSABLES EN MANAGEMENT ET LEADERSHIP.....	23
CHAPITRE 1 : OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE, LE TYPE DE L'ÉTUDE ET LA DÉFINITION DES CONCEPTS.....	23
SECTION 1 : Objectifs et méthodologie de l'étude.....	23
Paragraphe 1 : Objectifs de l'étude .....	23
Paragraphe 2 : La méthodologie de l'étude.....	24
Paragraphe 2 : Type et cibles de l'étude.....	25
Paragraphe 2 : Définition des concepts .....	25
1. Le concept de performance et sa mesure.....	25
<b>1.1. Le concept de performance</b> .....	25
<b>1.2.1. La performance stratégique</b> .....	26
<b>1.2.2. Performance individuelle</b> .....	26
<b>1.2.3. La performance concurrentielle</b> .....	27
<b>1.2.4. La Performance socio-économique</b> .....	27
<b>1.2. La performance dans le secteur public</b> .....	28
2. La mobilisation.....	29
3. Motivation individuelle .....	30

<i>CHAPITRE 2 : ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ET SUGGESTIONS</i> .....	31
SECTION 1 : Analyse des résultats de la formation.....	31
Paragraphe 1 : Constats sur l'ensemble des groupes.....	31
Paragraphe 2 : L'enjeu suscité par la formation.....	34
SECTION 2 : Suggestions .....	35
<b>IV. CONCLUSION</b> .....	<b>36</b>
<b>V. REFERENCES</b> .....	<b>38</b>
<b>VI. ANNEXES</b> .....	<b>40</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>45</b>