

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique



U.S.T.T-B

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Pharmacie

Année universitaire 2022 - 2023

Thèse N°/

THESE

Processus Ressources Humaines dans les établissements publics

hospitaliers : cas du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati.

Présenté et Soutenu publiquement le ... / .../2023 devant le jury de la Faculté de Pharmacie

Par :

M. Sharif BOUKARI

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Pharmacie (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. Sanou Khô COULIBALY

Membres : Dr. Seydou Simbo DIAKITE

Dr Sylvestre TRAORE

Co-Directeur : Dr. Issa COULIBALY

Directeur : Pr. Sékou BAH

LISTE DES MEMBRES DE L'ADMINISTRATION ET DU CORPS ENSEIGNANT A LA FACULTÉ DE PHARMACIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

➤ ADMINISTRATION

Doyen : Boubacar TRAORE, Professeur

Vice-doyen : Sékou BAH, Maître de Conférences

Secrétaire principal : Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

Agent comptable : Ismaël CISSE, Contrôleur des Finances.

➤ PROFESSEURS HONORAIRES

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
2	Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
3	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
4	Abdoulaye	DABO	Malacologie -Biologie animale
5	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
6	Mouctar	DIALLO	Parasitologie-mycologie
7	Souleymane	DIALLO	Bactériologie - Virologie
8	Kaourou	DOUCOURE	Physiologie humaine
9	Ousmane	DOUMBIA	Chimie thérapeutique
10	Boukassoum	HAÏDARA	Législation
11	Gaoussou	KANOUTE	Chimie analytique
12	Alou A.	KEÏTA	Galénique
13	Mamadou	KONE	Physiologie
14	Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
15	Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
16	Saïbou	MAÏCA	Législation
17	Elimane	MARIKO	Pharmacologie
18	Mahamadou	TRAORE	Génétique
19	Sékou Fantamadv	TRAORC	Zoologie

20	Yaya	COULIBALY	Législation
----	------	-----------	-------------

➤ **PROFESSFURS DECEDES**

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITE
1	Mahamadou	CISSE	Biologie
2	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
3	Moussa	HARAMA	Chimie analytique
4	Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
5	Moussa	SANOGO	Gestion pharmaceutique

➤ **DER: SCIENCES BIOLOGIQUES ET MÉDICALES**

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Mounirou	BABY	Professeur	Hématologie
2	Mahamadou	DIAKITE	Professeur	Immunologie-Génétique
3	Alassane	DICKO	Professeur	Santé Publique
4	Abdoulaye	DJIMDE	Professeur	Parasitologie-Mycologie
5	Amagana	DOLO	Professeur	Parasitologie-Mycologie
6	Aldjouma	GUINDO	Professeur	Hématologie. Chef de DER
7	Akory Ag	IKNANE	Professeur	Santé Publique/Nutrition
8	Kassoum	KAYENTAO	Directeur de recherche	Santé publ./ Bio-statistique
9	Ousmane	KOITA	Professeur	Biologie-Moléculaire
10	Issaka	SAGARA	Directeur de recherche	Bio-statistique
11	Boubacar	TRAORE	Professeur	Parasitologie-Mycologie

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Bourèma	KOURIBA	Maître de conférences	Immunologie
2	Almoustapha Issiaka	MAÏGA	Maître de recherche	Bactériologie-Virologie
3	Mahamadou S.	SISSOKO	Maître de recherche	Bio-statistique
4	Ousmane	TOURE	Maître de recherche	Santé Publiq/Santé environ.
5	Djibril Mamadou	COULIBAL Y	Maître de conférences	Biochimie clinique
6	Djénéba Coumba	DABITAO	Maître de conférences	Biologie-moléculaire
7	Antoine	DARA	Maître de conférences	Biologie-moléculaire
8	Souleymane	DAMA	Maître de conférences	Parasitologie - Mycologie
9	Laurent	DEMBELE	Maître de conférences	Biotechnologie-Microbienne
10	Seydina S. A.	DIAKITE	Maître de conférences	Immunologie
11	Fatou	DIAWARA	Maître de conférences	Epidémiologie
12	Ibrahima	GUINDO	Maître de conférences	Bactériologie Virologie
13	Amadou Birama	NIANGALY	Maître de conférences	Parasitologie – Mycologie
14	Fanta	SANGO	Maître de conférences	Santé publ/Santé commun.
15	Yéya dit Dadio	SARRO	Maître de conférences	Epidémiologie

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Mohamed	AG BARAIKA	Maître-Assistant	Bactériologie-Virologie
2	Charles	ARAMA	Maître-Assistant	Immunologie
3	Boubacar Tiétiè	BISSAN	Maître-Assistant	Biologie clinique
4	Seydou Sassou	COULIBALY	Maître-Assistant	Biochimie Clinique
5	Klétigui Casimir	DEMBELE	Maître-Assistant	Biochimie Clinique
6	Yaya	GOITA	Maître-Assistant	Biochimie Clinique
7	Aminatou	KONE	Maître-Assistant	Biologie moléculaire
8	Birama Apho	LY	Maître-Assistant	Santé publique
9	Dinkorma	OUOLOGUEM	Maître-Assistant	Biologie Cellulaire

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Djénéba	COULIBALY	Assistant	Nutrition/Diététique
2	Issa	DIARRA	Assistant	Immunologie
3	Merepen dit Agnès	GUINDO	Assistant	Immunologie
4	Falaye	KEITA	Attaché de Recherche	Santé Publique/Santé Environn.
5	N'Deye Lallah Nina	KOITE	Assistant	Nutrition
6	Djakaridia	TRAORE	Assitant	Hématologie

➤ DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Rokia	SANOGO	Professeur	Pharmacognosie Chef de DER

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Loséni	BENGALY	Maitre de Conférences	Pharmacie hospitalière
2	Mahamane	HAIDARA	Maitre de Conférences	Pharmacognosie

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Bakary Moussa	CISSE	Maitre-Assistant	Galénique
2	Issa	COULIBALY	Maitre-Assistant	Gestion

3	Balla Fatogoma	COULIBALY	Maitre-Assistant	Pharmacie hospitalière
4	Adama	DENOU	Maitre-Assistant	Pharmacognosie
5	Hamma Boubacar	MAÏGA	Maitre-Assistant	Galénique
6	Adiaratou	TOGOLA	Maitre-Assistant	pharmacognosie

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Seydou Lahaye	COULIBALY	Assistant	Gestion pharmaceutique
2	Daouda Lassine	DEMBELE	Assistant	Pharmacognosie
3	Sékou	DOUMBIA	Assistant	Pharmacognosie
4	Assitan	KALOGA	Assistant	Législation
5	Ahmed	MAÏGA	Assistant	Législation
6	Aichata Ben Adam	MARIKO	Assistant	Galénique
7	Aboubacar	SANGHO	Assistant	Législation
8	Bourama	TRAORE	Assistant	Législation
9	Sylvestre	TRAORÉ	Assistant	Gestion pharmaceutique
10	Aminata Tiéba	TRAORE	Assistant	Pharmacie hospitalière
11	Mohamed dit Sarmove	TRAORE	Assistant	Pharmacie hospitalière

➤ DER : SCIENCES DU MEDICAMENT

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Sékou	BAH	Professeur	Pharmacologie
2	Benoit Yaranga	KOUMARE	Professeur	Chimie Analytique
3	Ababacar I.	MAÏGA	Professeur	Toxicologie

1. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Tidiane	DIALLO	Maitre de Conférences	Toxicologie
2	Hamadoun Abba	TOURE	Maitre de Conférences	Bromatologie Chef de DER

2. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Dominique Patomo	ARAMA	Maitre-Assistant	Pharmacie chimique
2	Mody	CISSE	Maitre-Assistant	Chimie thérapeutique
3	Ousmane	DEMBELE	Maitre-Assistant	Chimie thérapeutique
4	Madani	MARIKO	Maitre-Assistant	Chimie Analytique
5	Karim	TRAORE	Maître-Assistant	Pharmacologie

3. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Mahamadou	BALLO	Assistant	Pharmacologie
2	Dalave Bernadette	COULIBALY	Assistant	Chimie analytique
3	Blaise	DACKOOU	Assistant	Chimie Analytique
4	Fatoumata	DAOU	Assistant	Pharmacologie
5	Abdourahamane	DIARA	Assistant	Toxicologie
6	Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Assistant	Pharmacologie
7	Mohamed El Béchir	NACO	Assistant	Chimie analytique
8	Mahamadou	TANDIA	Assistant	Chimie Analytique
9	Dougoutigui	TANGARA	Assistant	Chimie analytique

➤ **DER : SCIENCES FONDAMENTALES**

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
-	-	-	-	-

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Lassana	DOUMBIA	Maitre de Conférences	Chimie appliquée
2	Abdoulaye	KANTE	Maitre de Conférences	Anatomie
3	Boubacar	YALCOUYE	Maitre de Conférences	Chimie organique

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Mamadou Lamine	DIARRA	Maitre-Assistant	Botanique-Biol. Végét Chef de DER
2	Boureima	KELLY	Maître-Assistant	Physiologie médicale

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

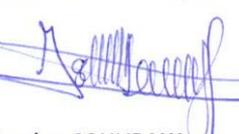
N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Seydou Simbo	DIAKITE	Assistant	Chimie organique
2	Modibo	DIALLO	Assistant	Génétique
3	Moussa	KONE	Assistant	Chimie Organique
4	Massiriba	KONE	Assistant	Biologie Entomologie

➤ **CHARGES DE COURS (VACATAIRES)**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Souleymane	COULIBALY	Psychologie
4	Yacouba M	COULIBALY	Droit commercial
5	Moussa I	DIARRA	Biophysique
6	Satigui	SIDIBÉ	Pharmacie vétérinaire
7	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-embryologie
8	Fana	TANGARA	Mathématiques
9	Djénébou	TRAORE	Sémiologie et Pathologie médicale
10	Mahamadou	TRAORE	Génétique
11	Boubacar	ZIBÉÏROU	Physique

Bamako, le 22 juin 2023

P/Le Doyen PO
Le Secrétaire Principal



Seydou COULIBALY
Administrateur Civil



DEDICACES

Je dédie cette thèse :

À ALLAH, le tout-puissant, le Miséricordieux, le très Miséricordieux, celui qui m'a donné la santé, la force, les moyens nécessaires et le courage de réaliser cette thèse.

À mon père BOUKARI Daouda:

Au service de ses enfants depuis toujours, ton sang-froid, ton aptitude à prendre tout au calme et ta patience constituent un exemple pour tous. Tu m'as toujours appris que seul le travail fait l'homme et de ne jamais oublier la prière, car avec Dieu à ses côtés tout est possible. PAPA, tu as toujours été fière de moi, tu m'as encouragé durant tout ce cursus, je prie pour que Dieu te garde aussi longtemps sur terre afin que tu jouisses des fruits que tu as semés.

À ma bien aimé maman Koba Bassabi Kpandjapou:

Comme tu en as l'habitude de m'appeler à chaque fois chéri, mon premier mari, maman, merci pour tout ce que tu as fait pour moi durant toutes ses années, tu as constamment dit Sharif si tu me vois me lever chaque jour pour aller au marché, c'est pour que vous ne manquiez de rien et devenez des personnes responsables dans le futur. Maman, merci pour les conseils, les sacrifices, les prières, les bénédictions, ce n'était pas facile au début, mais nous y sommes. Puisse Dieu te donne une longue vie et meilleure santé afin que tu laisse le marché et profité les fruits de ton dur labeur .je T'AIME MAMAN.

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette thèse a été possible grâce aux concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

À mon codirecteur Docteur Issa COULIBALY : Travailler avec vous a été non seulement un honneur, mais aussi un privilège pour moi. Je vais tout d'abord saluer votre disponibilité, votre dévouement pour le travail bien fait. Votre rigueur scientifique, votre sens de compréhension ont été des éléments majeurs dans l'aboutissement de ce travail. Merci cher maître.

Merci à toute la famille BOUKARI ET FOFANA : qui m'ont accompagné de près ou de loin durant tout ce cursus.

À ma grande sœur RISSALATOU et son mari Mr SOULEMANA allassani ; ceux qui m'ont motivé à choisir cette route qui est de faire les études en pharmacie. Veuillez recevoir toute ma gratitude et mes respects les plus sincères.

À Mon grand Frère Rabiou : merci pour tout surtout ton soutien depuis le début de mon cursus.

À Mon grand Frère Achraf non seulement un grand frère, mais aussi mon meilleur ami, merci pour ton soutien indéfectible, car tu as toujours été là pour moi. Merci mon partenaire.

À ma petite sœur Yasmine : merci pour ton accompagnement.

À mon cousin Mourtala MIDJIYAWA : merci pour ton soutien et tes conseils.

À la personne spéciale : Diane AFANVI : je tiens à te témoigner toute ma gratitude. Merci pour le soutien, les conseils, tes bons plats, mais aussi ses moments de joies, tristesse et folies durant toutes ses années passées ensemble, Que le bon Dieu te bénisse et t'accorde une longue vie et prospère.

À Madou KEITA : un ami, un grand frère, merci pour tous ses moments. Tu es une personne de bon cœur que Dieu te garde.

À Pyriss : un ami devenu frère. Champion, on a partagé des bons et mauvais moments comme des frères de même parent je veux te témoigner toute ma gratitude reste toujours cette personne que tu es qui fait de toi un ami spéciale.

AU G5 POINT G et aux NON MALIENS DE LA P14 : merci à vous pour tous ses moments de partage et de convivialité.

À mes Aînés : Dr Haled, Dr Joel, Dr Daouda, Dr Koye, je tiens à vous remercier pour tous vos conseils et accompagnements.

A MES AMIS : Ramdan, Raina, Kadidjatou, François merci pour tous ces moments de bonheur, et de partage.

À mes voisins de la cour : Souldra, Josaphate, Florence, Desti merci pour tous ses moments de partage et de fraternité.

À toute l'équipe de foot de la communauté Togolaise : cette coupe du doyen remporté ensemble a été l'une de notre plus grand exploit, sans compter les trophées remportés lors des différents tournois organisés, merci pour tous ses bons moments de joie partagé sur le terrain et en dehors

À toute la communauté Togolaise : merci pour cette union de famille, de fraternité

À tout le personnel de la pharmacie Mohamed 5 : merci pour ses moments partagés ensemble dans l'apprentissage

À toute la quatorzième promotion du numerus clausus FAPH : Six années passées ensemble ont été pour moi une bonne joie suite à tout et à tous.

À tout le personnel du CHU de Kati : merci pour la collaboration et la sympathie.

Merci aux Dr AGBEMADON Yaovi, Dr AGBEMADON Kokou et Dr TCHINDOU marius Sama : je profite de cette occasion pour vous exprimer

mes sincères remerciements pour vos conseils et assistance durant toutes ses années qu'Allah vous bénisse chers aînés.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Président du jury

Professeur, Sanou Khô COULIBALY

- **MD ; PhD en toxicologie**
- **Chargé du cours de toxicologie à la FMOS**
- **Maitre de conférences en toxicologie**
- **Expert en venimologie**
- **Membre de la société Africaine de venimologie**

Cher maitre,

Nous avons été touchés par votre simplicité et votre disponibilité pour assurer notre bonne formation. Votre amabilité pour le travail bien fait impose respect et considération scientifiques. Puisse Dieu vous accorde une longue vie et prospère.

À notre Maître et Juge

Docteur Sylvestre TRAORE

- **Praticien Hospitalier au CHU de Kati ;**
- **Assistant en gestion Pharmaceutique à la FAPH ;**
- **Spécialiste en Gestion Pharmaceutique et Logistique Santé.**

Cher maître,

Nous vous remercions d'avoir accepté avec gentillesse de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre exigence et votre rigueur font de votre contribution un atout de bonne qualité scientifique pour ce travail. Soyez ainsi rassuré de notre plus grande considération.

À notre maître et juge

Docteur DIAKITE SEYDOU SIMBO

- **Docteur en pharmacie ;**
- **Assistant en chimie organique ;**
- **Chef du service du laboratoire au CHU Kati.**

Cher maître,

Votre amour pour le travail et votre disponibilité à l'égard de tous font de vous un encadreur exceptionnel. Merci pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations. Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre respectueuse et profonde gratitude

À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur COULIBALY Issa

- **Maître-assistant en gestion à la Faculté de Pharmacie ;**
- **Titulaire d'un master en management des établissements de santé**
- **Enseignant chercheur ;**
- **Chargé de cours de gestion à la FMOS ;**
- **Chef de service des examens et concours de la faculté de Pharmacie ;**
- **Praticien hospitalier au CHU BOCAR SIDY SALL de Kati ;**
- **Membre du Groupe de Recherche sur le secteur public en Afrique ;**
- **Membre du Laboratoire télé médecine, télé-enseignement de l'UCAD de Dakar**
- **Membre du Laboratoire de Recherche en GRH/ Stratégie et Organisation de l'Université Cheick Anta DIOP de Dakar;**
- **Ancien président de l'ordre des pharmaciens de Koulikoro.**

Cher maitre,

Il n'y a pas de mots assez forts pour vous témoigner ce que nous ressentons, votre rigueur scientifique dans la méthode de travail, vos conseils et assistances sont les fruits d'aboutissement de ce travail. Cher maitre nous vous exprimons nos plus profonds respects et nos sincères remerciements. Puisse ALLAH vous garde.

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR

Professeur BAH Sékou

- **Maître de conférences de pharmacologie à la FAPH ;**
- **Ph D en pharmacologie ;**
- **Membre du comité technique de pharmacovigilance ;**
- **Titulaire d'un master en santé communautaire internationale ;**
- **Chef du service de la pharmacie hospitalière au CHU du Point G ;**
- **Vice Doyen de la Faculté de Pharmacie.**

Cher maitre,

Nous tenons à vous exprimer notre plus sincère gratitude pour votre engagement et votre passion envers notre encadrement. Votre dévouement envers vos étudiants a été un véritable atout pour nous tout au long de ce processus. Tout en vous témoignant notre reconnaissance infinie, nous vous prions cher maitre d'accepter l'expression de notre haute considération.

LISTE DES ABREVIATIONS

GRH	: Gestion des Ressources Humaines
GPC	: Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
RH	: Ressources Humaines
CHU	: Centre Hospitalier universitaire
PRH	: Processus ressources humaines
OMS	: Organisation mondiale de la santé
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
EPST	: Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques
LNS	: Laboratoire National de la Santé
CNAM	: Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie
CREDOS	: Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant
CRLD	: Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose
EPH	: Établissements Publics Hospitaliers
CSCom	: Centres de Santé Communautaires
CS Réf	: Centres de Santé de Référence
PDDSS	: Plan décennal de développement sanitaire et social
IHK	: Infirmerie-Hôpital de Kati
IHB	: Infirmerie Hôpital de Bamako
SSP	: Soins de Santé Primaires
IB	: Initiative de Bamako

- ASACO** : Associations de Santé Communautaire
- PSSP** : Politique Sectorielle de Santé et de Population
- PRODESS** : Programme de Développement Sanitaire et Social
- MDSSPA** : Ministère de la Santé et Ministère du développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées
- CA** : Conseil d'administration
- CME** : Commission médicale d'établissement
- EPA** : Établissement Public à caractère Administratif
- EPA** : Etablissements publics à caractère administratif
- GPMC** : Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
- DRH** : Direction des ressources humaines
- DG** : Directeur Général de l'hôpital
- SSP** : Soins de Santé Primaire
- DHMT** : District Health Management Team

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Diagramme de GANTT	44
Tableau II : Répartition de salariés de l'hôpital en fonction de leur statut	49
Tableau III : Répartition des enquêtés selon le mode de recrutement le plus efficace.	49
Tableau IV : Répartition des enquêtés selon le mode de prise de décision	55
Tableau V : Répartition des enquêtés selon la résolution des problèmes.	56
Tableau VI : Répartition des enquêtés selon les dispositions pour la prise en charge des accidents de travail.	57
Tableau VII : Répartition des enquêtés selon les procédures de licenciement. ...	58
Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon l'appréciation du climat social de l'établissement.	60
Tableau IX : Répartition des enquêtés selon la disposition d'un plan de carrière pour les employés au sein de l'établissement.	60
Tableau X : Répartition des enquêtés selon les critères sur lesquels sont fixé le salaire de leurs employés.	61
Tableau XI : Répartition des enquêtés selon les bases d'augmentation de salaire.	62
Tableau XII : Répartition des enquêtés selon l'octroi des ristournes à tous les employés.	63
Tableau XIII : Répartition des enquêtés selon la fourchette de salaire.	63

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des enquêtés selon le sexe.	47
Figure 2 : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge.....	48
Figure 3 : Répartition des enquêtés selon la description de poste dans les activités de recrutement.	50
Figure 4 : Répartition des enquêtés selon l'appel à candidature avant le recrutement.....	51
Figure 5 : Répartition des enquêtés selon l'utilisation de programme de formation spécifique permettant aux employés de remplir les exigences de leur poste.....	52
Figure 6 : Répartition des enquêtés selon le type de programmes de formation générale adopté.....	53
Figure 7 : Répartition des enquêtés selon l'organisation des congés du personnel.	54
Figure 8 : Répartition des enquêtés selon l'organisation des congés programmé par rapport à la disponibilité des employés.....	55
Figure 9 : Répartition des enquêtés selon la consultation régulière avec les personnels.....	56
Figure 10 : Répartition des enquêtés selon les informations relatives aux décisions stratégiques.....	57
Figure 11 : Répartition des enquêtés selon la gestion des conflits interpersonnels.	58
Figure 12 : Répartition des enquêtés selon la possession d'un fond pour les événements sociaux des personnels.	59
Figure 13 : Répartition des enquêtés selon l'octroi de prime individuelle pour les responsables d'unités.....	62

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
Objectif général.....	3
Objectifs spécifiques.....	3
I. GÉNÉRALITÉS.....	4
1.1. Définitions des mots clés.....	4
1.2. Politique sanitaire du Mali.....	5
1.3. Gestion des ressources humaines	17
II. MÉTHODOLOGIE.....	42
2.1. Cadre d'étude.....	42
2.2. Type et période d'étude	43
2.3. Population d'étude.....	45
2.4. Critères d'inclusion.....	45
2.5. Critère de non inclusion.....	45
2.6. Échantillonnage	45
2.7. Collecte et analyse des données	45
2.8. Sources d'informations :.....	46
2.9. Variables collectées	46
2.10. Aspect éthique	46
III. RÉSULTATS.....	47
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	64
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	71
RÉFÉRENCES.....	73
ANNEXES	78

INTRODUCTION

La Gestion des Ressources Humaines (GRH), est une des bases fondamentales qui permettent le développement de tout organisme professionnel, il s'agit d'une activité qui vise à améliorer la communication transversale, tout en faisant respecter l'organigramme de l'entreprise [1].

Il s'agira donc de gérer la paie, de faire appliquer le droit du travail, de mettre au point les plans de formation, et également de favoriser l'évolution des collaborateurs par le biais de la gestion des carrières, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPC) et la formation continue [2].

Les performances et la réactivité de tout système de santé sont conditionnées par la disponibilité des Ressources Humaines (RH) en quantité et en qualité suffisantes et satisfaisantes [3]. Ainsi, toute politique ou stratégie de santé ne peut être menée en l'absence de RH pouvant répondre aux besoins exprimés par la population desservie par un tel système.

En effet, depuis plus d'une décennie, le secteur hospitalier connaît de grands bouleversements organisationnels, du fait du progrès médical, de la réorganisation des modes de prise en charge, des changements techniques auxquels le personnel doit faire face [4]. De plus, ce secteur a la particularité de salarié, des membres de professions d'infirmiers et de médecins, qui sont classiquement opposés à toute ingérence des gestionnaires venus de l'univers administratif [5].

La gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers a une spécificité compte tenu de l'existence de professionnels à haut niveau de compétence, d'autonomie et de la grande hétérogénéité des pratiques professionnelle[4].

Face à la demande de plus en plus intense des soins et des services de qualité, les hôpitaux publics sont contraints plus que jamais à prêter leur attention aux

ressources humaines se trouvant derrière la production hospitalière. C'est ainsi pour trouver une solution à ces multiples situations que le Mali a adopté le 22 juillet 2002 la loi n° 02-050 portant « loi hospitalière » [4]. Elle a conféré aux hôpitaux publics une autonomie de gestion administrative et financière. Avec cette loi, les hôpitaux doivent améliorer leurs pratiques GRH afin d'améliorer la qualité des soins.

Aujourd'hui ancrée dans le secteur des services, l'économie place les travailleurs comme source d'avantages compétitifs. Dans ce contexte, la gestion des ressources humaines fait face aux multiples défis d'attirer, de retenir et de développer des employés compétents [6]. Prenant un virage stratégique, elle propose de motiver les employés et de répondre aux besoins d'« agilité » des entreprises. Toutefois, ce virage laisse en plan nombre de travailleurs atypiques, qu'il faut chercher à intégrer à la nouvelle dynamique sociale et économique [6].

Si Plus d'une décennie après l'adoption de la loi hospitalière, beaucoup de travaux ont été réalisés sur la gestion des hôpitaux, très peu sur les Processus Ressources Humaines (PRH), d'où notre motivation de mener à bien cette recherche pour étudier les Processus Ressources Humaines au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Pr Bocar Sidy Sall de Kati.

OBJECTIFS

▪ Objectif général

Étudier les processus de ressources humaines dans le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Pr Bocar Sidy Sall de Kati.

▪ Objectifs spécifiques

1. Déterminer le mode de recrutement des différentes catégories de personnel du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati,
2. Déterminer la gestion des carrières du personnel du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati,
3. Identifier les différents modes de rémunération du personnel Pr Bocar Sidy.

I. GÉNÉRALITÉS

1.1. Définitions des mots clés

- **Hôpital**

L'hôpital a reçu deux définitions de l'organisation mondiale de la santé (O.M.S) :

- La première consiste à définir l'hôpital comme « un établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmier [7] ».
- Une autre définition décrit la fonction hospitalière : « l'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu [8] ».

- **Ressources**

Les ressources sont définies comme étant des éléments pouvant améliorer une situation. Comme « un stock de facteurs disponibles possédés ou contrôlés par une firme [9] ».

- **Ressources humaines**

Les ressources humaines ont pour objectif d'apporter à l'entreprise le personnel nécessaire à son bon fonctionnement. Ce qui implique donc de lui assurer le nombre suffisant, mais aussi compétent et motivé pour le bon fonctionnement de l'organisation [9].

- **Gestion des Ressources Humaines (GRH)**, La Gestion des Ressources Humaines (GRH), est une des bases fondamentales qui permettent le développement de tout organisme professionnel[1] .

1.2. Politique sanitaire du Mali

1.2.1. Organisation sanitaire du Mali

Le système de santé est composé de l'ensemble des structures et organismes publics (État et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations et mutuelles, fondations) et confessionnels ainsi que les ordres professionnels de la santé dont l'action concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Au niveau institutionnel, le système de santé est structuré en trois niveaux :

- le niveau opérationnel : le cercle constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de la budgétiser et d'en assurer la gestion,
- le niveau régional est celui de l'appui technique au premier niveau,
- le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre, il définit les critères d'efficacité, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards. Il s'efforce à mobiliser les ressources privées, celles de l'État et celles des bailleurs de fonds pour le financement des soins de qualité accessibles à tous [10].

Les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par la loi n° 95-034 du 04 juin 2002 portant code des collectivités territoriales. Ainsi le conseil communal, le conseil de cercle et l'Assemblée régionale délibèrent, sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités, des centres de santé communautaires et des hôpitaux régionaux. Ils délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement et de solidarité en direction des populations rurales.

Les Ordres professionnels du secteur de la santé participent à l'exécution de la Politique Nationale de Santé dans les conditions fixées par la loi.

Les populations bénéficiaires organisées en associations ou en mutuelles, les fondations et les congrégations religieuses participent également à la conception et/ou à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé à travers les établissements qu'elles sont admises à créer et à faire fonctionner.

Au niveau des structures de prestations de soins, également, la pyramide sanitaire se décline en trois niveaux :

1.2.1.1. Niveau central

Ce niveau comprend cinq(5) Etablissements Publics Hospitaliers dont :

- Trois (3) à vocation générale (Point G, Gabriel Touré et l'hôpital du Mali)
- Deux(2) à vocation spécialisée (Centre National d'Odontologie Stomatologie, Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique).

6 Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST) :

- L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP),
- Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS),
- Le Laboratoire National de la Santé (LNS),
- Le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM),
- Le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS),
- Le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD).

Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide constituent la 3ème référence. C'est à ce niveau que sont orientés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations paracliniques poussées [10].

1.2.1.2. Niveau intermédiaire

Celui-ci regroupe 7 Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2ème référence à vocation générale et situés respectivement dans les régions de :

- Kayes

- Sikasso
- Ségou
- Mopti
- Tombouctou
- Gao
- Koulikoro

A ceux-ci s'ajoutent l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire privé à but non lucratif [10].

1.2.1.3. Niveau district sanitaire avec 2 échelons :

- Le premier échelon (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) (1086 en 2011). Il existe d'autres structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés, environ 1308 en 2011 qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par les ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les IST, VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine moderne reste à améliorer [10] .
- Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les 60 Centres de Santé de Référence (CSRéf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon.

La loi d'orientation sur la Santé en date du 22 juillet 2002 indique que l'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du PDDSS. À cet effet, elle institue une carte sanitaire, adoptée par décret pris en Conseil de Ministres et

révisée tous les cinq ans, qui repose sur le découpage du territoire national en districts sanitaires et en aires de santé complété par la carte hospitalière [10].

Ce dispositif est complété par le secteur privé, les services de santé de l'Armée et les structures de santé confessionnelles :

▪ **Le secteur sanitaire privé**

Les établissements du secteur privé, à but lucratif et non lucratif, autorisés depuis 1985, sont de plusieurs catégories, notamment médicale, paramédicale, pharmaceutique et traditionnelle. Le nombre d'établissements de soins privés a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies. En 2011, on a dénombré 1038 structures privées selon les données de la « carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 ». Malgré son développement, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution moins maîtrisée et ses données sont insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire [10].

▪ **Les services de santé de l'armée**

Ils se composent de postes médicaux, d'infirmes, de maternités de garnison et d'infirmes-hôpitaux : Infirmerie-Hôpital de Kati (IHK) et Infirmerie Hôpital de Bamako (IHB). Ces établissements au nombre de 19 en 2011 selon les données de la carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 évoluent de façon parallèle et leurs données sont insuffisamment intégrées au système d'informations sanitaire [10].

▪ **Les services confessionnels de santé**

Les structures de prestation de services des Organisations religieuses au nombre de 25 selon les données de la « carte sanitaire mise à jour en 2011 » complètent partout l'offre de services de soins de santé sur l'ensemble du territoire national.

À côté du système moderne de santé, il existe au Mali une médecine traditionnelle riche et variée, qui est présente dans tous les quartiers des villes et dans tous les

villages et qui constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population. En 2011, on dénombrait 20 structures traditionnelles selon les données de la « carte sanitaire mise à jour en 2011 [10] ».

1.2.2. Structuration du système de santé au Mali

La politique de santé du Mali est fondée sur les stratégies des Soins de Santé Primaires (SSP) définies lors de la Conférence d'Alma Ata en septembre 1978. La mise en œuvre des SSP a été renforcée par l'adoption en Septembre 1987 de l'Initiative de Bamako (IB), dont l'un des objectifs majeurs est de réduire la mortalité maternelle et infantile tout en rendant disponibles et accessibles géographiquement et financièrement les médicaments essentiels aux couches les plus défavorisées de la population. Les principes suivants ont été adoptés à cette fin : Recouvrement des coûts, système de santé de district, santé communautaire et contractualisation de l'offre de services de santé avec les Associations de Santé Communautaire (ASACO). En décembre 1990, fut adoptée la déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) qui constitue aujourd'hui le cadre de référence des interventions en matière de santé. En 1998, fut adopté le Plan décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007). Il est soutenu par une approche sectorielle et mis en œuvre à travers un programme quinquennal : le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). Le premier PRODESS, initialement prévu pour la période 1998-2002, s'est en fait étalé sur la période 1999-2004 car sa mise en œuvre a dû être retardée. Il a été suivi par le second PRODESS, qui est en cours de mise en œuvre depuis 2005 et sera prolongé jusqu'en 2011 afin de s'aligner sur le CSCR. Vu la scission des deux ministères concernés (Ministère de la Santé et Ministère du développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées (MDSSPA). Le PRODESSII comportait deux composantes : Santé et Développement social [12].

La composante Santé comporte les sept volets suivants :

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

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

- Etendre la couverture sanitaire ;
 - Améliorer l'accès aux médicaments pour toutes les couches de la population.
 - Le système de soins de santé a trois niveaux de prise en charge :
 - Le niveau central avec ses 5 EPH Point "G", Gabriel TOURE, IOTA, CHU-CNOS, Hôpital du Mali constitue la 3^{ème} référence ;
 - Le niveau intermédiaire constitué de 8 EPH (Kayes, Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et l'hôpital mère enfant) assure la 2^{ème} référence ;
 - Le niveau opérationnel avec ses 2 échelons : Ce niveau aussi est composé de deux échelons :
- ✓ Le premier échelon composé de 1134 CSCom fonctionnels en 2012 offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) de même que les structures de santé

parapubliques, confessionnelles, services de santé des armées, dispensaires et autres établissements de santé privés. Les données des ONG sont agrégées avec celles des CSCom. Le PMA comprend : les soins curatifs, préventifs et promotionnels.

- ✓ Le deuxième échelon ou première référence est constitué de 60 centres de santé de référence. Il assure la prise en charge de la référence venant du premier échelon [12].

1.2.3. Établissement publics hospitaliers (EPH)

Selon l'article 54 de la loi n°02-050 du 22 juillet 2002, de l'Assemblée Nationale du Mali, « les établissements publics hospitaliers sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal est la réalisation du service public hospitalier. Il n'est ni industriel, ni commercial. Ils sont soumis au contrôle de l'État [11] ».

1.2.3.1. Missions des hôpitaux

Selon l'article 7 de la loi n°02-050 du 22 juillet 2002, portant réforme hospitalière, la mission des hôpitaux est fixée comme suite « Le service public hospitalier garantit l'accès de toutes les personnes présentes sur le territoire national à des soins d'urgence ou à des soins de référence de qualité. À ce titre, chaque établissement hospitalier est tenu d'accueillir, en urgence et à tout moment, toute personne dont l'état de santé le justifie [11] ».

1.2.3.2. Organisation et fonction des hôpitaux au Mali

Selon l'article 56 de la loi n°02-050, les organes d'administration et de gestion des établissements publics hospitaliers sont : le conseil d'administration, la direction générale, le comité de direction, les organes consultatifs [11].

Conseil d'administration (CA)

Selon l'article 57 de la loi n°02-050, le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement public hospitalier et délibère sur les 20 éléments suivants : le projet d'établissement, les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds, les tarifs, le budget, la création de postes et les emplois, les conventions devant être passées par l'établissement, le rapport d'activités, le rapport de gestion, le rapport social, les Comptes et l'affectation des résultats d'exploitation, les créations, suppressions et transformations des structures médicales, pharmaceutiques ou odontologiques et des autres services, les actions de coopération inter-hospitalière nationale ou internationale, les modalités de la politique d'intéressement, le tableau des emplois permanents, les acquisitions, aliénations, échanges et affectations d'immeubles et les clauses des baux, les emprunts, le règlement intérieur, l'acceptation et le refus des dons et legs, les actions judiciaires, les hommages publics [11].

Enfin, à travers les articles 58, 59,, 67 de la loi n°02-050, nous dirons que le conseil d'administration est informé des observations de l'autorité de tutelle résultant notamment de l'exploitation des rapports d'évaluation et de contrôle sur le fonctionnement et la gestion de l'établissement. Il veille à la prise en charge desdites observations. Il est informé de la procédure et des résultats de tous les marchés de travaux et de fourniture de biens ou de services [11].

Le CA est composé de membres représentant avec :

- **Voix délibérative** : les collectivités territoriales, les usagers, les organismes de prise en charge financière des malades, les personnalités qualifiées désignées au sein de la société civile par le Ministre chargé de la Santé, les professionnels de santé non hospitaliers, la Commission médicale d'établissement, le personnel de l'hôpital.

- **Voix consultative** : l'autorité de tutelle, la direction de l'hôpital, les établissements de fondation ayant signé une convention avec l'établissement. Le nombre total des membres du conseil d'administration doit être compris entre 17 et 25 personnes. Le nombre des membres de chaque catégorie du conseil d'administration et leurs modalités de nomination sont fixés par décret pris en conseil des Ministres.

Les membres des conseils d'administration des établissements publics hospitaliers sont nommés pour une période de trois ans renouvelables par décret pris en conseil des Ministres sur proposition du Ministre chargé de la Santé. Leurs mandats prennent fin pour les motifs suivants : l'expiration de la période de nomination, la démission, la révocation, la perte de la qualité en vertu de laquelle est intervenue la nomination, l'absence à plus de trois sessions consécutives, le décès.

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

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

En cas de dissolution, un nouveau conseil d'administration doit être constitué dans un délai maximum de trois mois.

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

Le président du CA convoque toute session dudit conseil. Pour les sessions extraordinaires, lorsque le président ne convoque pas le conseil d'administration, sous huitaine, les membres qui ont pris l'initiative de la réunion peuvent convoquer le conseil d'administration sans délai. L'ordre du jour est arrêté par les auteurs de la convocation. La convocation est alors adressée aux membres du conseil d'administration par l'autorité de tutelle. Le CA ne peut se réunir valablement que si la majorité des membres sont présents ou représentés. Il prend ses décisions à la majorité simple. Les délibérations du CA sont consignées dans un registre coté et paraphé par l'autorité de tutelle, elles font l'objet d'un procès-verbal signé par le président et le secrétaire de séance.

Direction générale

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

d'administration informé. Les conditions d'exercice des fonctions du Directeur général sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres. Le Directeur général est assisté d'un adjoint qui le remplace en cas de vacances, d'absence ou d'empêchement. Le Directeur adjoint est nommé par arrêté du Ministre chargé de la Santé, sur proposition du Directeur général, L'arrêté de nomination fixe ses attributions spécifiques [11].

Comité de direction

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

- le Directeur général,
- le Directeur général adjoint,
- le Président de la commission médicale d'établissement,
- le Président de la commission des soins infirmiers et obstétricaux,
- un représentant du personnel désigné par le comité technique d'établissement [11].

Organes consultatifs

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

- une Commission médicale d'établissement (CME), composée des représentants des médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens, qui élit, en son sein, son président,
- une Commission des soins infirmiers et obstétricaux, composée d'assistants médicaux et de techniciens supérieurs de santé, dont la présidence est assurée par le responsable des soins infirmiers et obstétricaux de l'établissement,

- un Comité technique d'établissement, présidé par le Directeur général et composé de représentants du personnel, élus par collèges de listes présentées par les organisations syndicales et/ou par le personnel non syndiqué,
- un Comité technique d'hygiène et de sécurité, composé de représentants élus de chaque catégorie de personnel, qui élit en son sein son président.

Les règles de désignation des membres, ainsi que les attributions et les modalités de fonctionnement des organes consultatifs sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres [11].

1.2.4. Réformes des hôpitaux publics au Mali

1.2.4.1. Réforme hospitalière de 1993 :

C'est pendant les années 1990 que quatre hôpitaux nationaux furent érigés en statut d'Établissement Public à caractère Administratif (EPA) qui leur attribue la personnalité morale et l'autonomie de gestion. Ce nouveau statut n'a pas permis aux hôpitaux d'être autonomes, l'effet s'est limité à des mesures institutionnelles que sont entre autres (l'octroi de la personnalité juridique et de la capacité à gérer le produit des recouvrements, la mise en place d'un conseil d'administration, la nomination d'un agent comptable du Trésor, etc.) sans conséquence réelle sur les modalités de gestion de l'établissement hospitalier [13].

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

- le Conseil d'administration,
- la Direction générale,
- le Comité de gestion [14].

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

- Le Directeur général Président
- Le Directeur général adjoint Membre
- Les Chefs de Services.....Membres
- Les représentants du personnel.....Membres [14].

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

1.3. Gestion des ressources humaines

La gestion de ressources humaines est l'ensemble des activités qui permettent à une organisation de disposer des ressources humaines correspondant à ses besoins en quantité et en qualité [15].

Selon Onge S. et al. (2004), la Gestion des Ressources Humaines (GRH) constitue une fonction de gestion, au même titre que les fonctions de production, de marketing et finances. Elle renvoie plus précisément à « un ensemble variable des pratiques qui visent à aider l'organisation à résoudre avec efficacité, efficience et équité les problèmes associés à la présence des personnes au sein d'une entreprise [16] ».

Selon Bélanger, Petit et Bergeron en 1983, rapportaient que la fonction Ressources Humaines recouvre « l'ensemble des responsabilités et des activités de planification, d'organisation, de direction et de contrôle des ressources humaines au service des organisations de travail ». Les mêmes auteurs disaient qu'elle assure « l'ensemble des activités d'acquisition, de développement et de rétention (conservation) des ressources humaines, visant à fournir aux organisations de travail une main d'œuvre productive, stable et satisfaite [17]».

Selon Roussel P. « La G.R.H. est l'ensemble des activités qui visent à développer l'efficacité collective des personnes qui travaillent pour l'entreprise. L'efficacité étant la mesure dans laquelle les objectifs sont atteints, la G.R.H. aura pour mission de conduire le développement des R.H en vue de la réalisation des objectifs de l'entreprise. La G.R.H. définit les stratégies et les moyens en RH, les modes de fonctionnement organisationnels et la logistique de soutien afin de développer les compétences nécessaires pour atteindre les objectifs de l'entreprise [18]».

Selon DOLAN et al. (2002) ont défini la GRH d'une organisation comme : « l'ensemble des activités qui visent la gestion des talents et des énergies des individus dans le but de contribuer à la réalisation de la mission, de la vision, de la stratégie et des objectifs organisationnels [19] ».

La particularité des organisations publiques hospitalières fait aujourd'hui l'unanimité, qu'il suffise de penser au fait que leurs actions sont d'abord orientées vers les services aux citoyens et non vers les profits. Ou encore, de constater que leurs structures et fonctionnement prennent assise sur un modèle bureaucratique, et en fin que l'obligation d'agir en transparence et de rendre des comptes sur la gestion des deniers publics. Tout cela ne va pas sans avoir un impact important sur les différentes activités reliées à la gestion des ressources humaines.

Depuis la fin du 19^{ème} siècle, la fonction Ressources Humaines a connu une évolution très remarquable, son champ d'action englobe des domaines variés tels que : l'emploi, formation, rémunération, communication, etc. Son évolution dans les hôpitaux est caractérisée par le passage de la fonction personnel à la direction des ressources humaines.

L'excellence de la fonction publique hospitalière repose sur les compétences et le savoir-faire des employés au quotidien, qui travaille au service de l'intérêt public du pays et même dans le monde.

La capacité dont le manager repense, et la façon de diriger, et gérer le personnel constitue une base pour la mise en place de mesures efficaces et adaptées aux exigences modernes (technologies), et dans cette vision les managers doivent s'orienter vers une stratégie de gestion des ressources humaines au cœur de cette fonction. La stratégie assure la cohérence des réalisations à tous les niveaux et détermine les défis à relever à partir d'une vision d'ensemble qui porte sur : Attirer les talents, maintenir et renforcer le savoir-faire et compétences, favoriser l'innovation, la mobilisation au sein de la fonction publique hospitalière.

Les trois principaux objectifs de la gestion des ressources humaines sont :

– **Attirer des compétences**

L'objectif de toute organisation est de se doter des compétences les plus adaptées à ses besoins et à ses objectifs. Les procédés de recrutement et de sélection ont connu une évolution remarquable à travers le temps : tirage au sort, coopération, concours et examens professionnels, entretiens.

L'objectif d'attirer les meilleurs ou les plus compétents ne se limite plus à la conception classique qui consiste à affiner dans l'absolu les critères, sélection et de recrutement. Il s'agit par ailleurs de rechercher la meilleure adéquation possible entre les besoins et les ressources humaines, ou qu'il s'agit de recruter, de construire et de diffuser l'image de l'organisation.

– **Conserver les ressources humaines**

Les services du personnel ont favorisé la constitution d'une main d'œuvre peu qualifiée, stable et fidèle. Très vite, les organisations ont été confrontées à la mobilité professionnelle et à la compétition économique et technologique.

Il s'agit pour les organisations de détecter les personnes qui contribuent à leur développement en vue de leur fidélisation. L'absentéisme et le turn-over (rotation) demeurent les indicateurs les plus illustratifs des tensions qui peuvent présenter entre les employeurs et les employés. Les gestionnaires du personnel devraient

s’y référer pour la mesure du degré de mobilisation du personnel et apporter le cas échéant les réajustements nécessaires pour encourager les agents qui contribueront au développement de l’organisation et faciliter le départ des défailants.

– **Valoriser les ressources humaines**

Il s’agit pour les services des ressources humaines de privilégier une démarche fondée sur l’utilisation optimale des acteurs, leurs valorisations et la reconnaissance de leurs contributions. À cet égard, un système d’évaluation du personnel devrait être accompagné par un plan de gestion des carrières (PGC) qui permet aux individus de se traverser des itinéraires préférentiels pour une plus grande satisfaction du travail et une plus grande efficacité de l’organisation [20].

1.3.1. Évolution de la gestion des ressources humaines à l’hôpital

L’évolution de la gestion des ressources humaines est fortement liée aux évolutions de l’environnement économique. Elle a émergé lentement dans la première moitié du 20^{ème} siècle, s’est professionnalisée dans la seconde moitié, est devenue fonction ressources humaines et enfin, elle est reconnue comme une fonction stratégique à la fin de ce siècle [21].

À partir des années 1970, la fonction ressources humaines a connu une phase de transformation des pouvoirs dans le milieu de travail, notamment en raison des progrès économiques et technologiques [22].

La gestion des ressources humaines à l’hôpital a beaucoup évolué, autrefois appelée direction du personnel, elle avait pour mission principale la gestion administrative des salariés. La conception dominante de la GRH dans les organisations de santé renvoie à une vision d’administration du personnel chargé des tâches opérationnelles d’embauche, de maintien de discipline, etc.

Le Pôle administratif est centré sur ce qui relève du contrôle de travail étatique, et le Pôle managérial quant à lui a pour pierre angulaire la gestion des compétences, à savoir la gestion de la formation et des plans de carrière, l'évaluation de personnel et de la communication, mais aussi la motivation. L'administration du personnel à l'hôpital est basée sur des procédures standardisées et à la minimisation des coûts, alors que le développement des ressources humaines mise sur l'acquisition des compétences [23].

La GRH à l'hôpital est un enjeu essentiel pour l'avenir de système de santé, des nouveaux éléments sont apparus dans une gestion des ressources humaines hospitalière menant son activité à évoluer à l'exemple de :

- La mise en place de la réduction de travail,
- Protocole de réforme statutaire,
- Nouvelle gestion des effectifs et de la masse salariale,
- Pôles d'activités médicales et délégations de gestion,
- Formation tout au long de la carrière,
- Développements de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)

Il s'agit à travers de ces démarches de donner du sens et de lisibilité à l'action de service ressources humaines au sein d'un hôpital. Le rôle principal de ces services va être le développement et l'ajustement des compétences des personnels, il va s'agir par ailleurs de gérer l'adaptation des organisations de travail médicales et non médicales (Barbot, Legendre, 2011) [24].

1.3.2. Fonction des ressources humaines à l'hôpital

La fonction personnelle à l'hôpital se définit à travers deux thématiques. Elle concerne, d'abord, une approche globale touchant la gestion des ressources humaines exercées au sens large. C'est celle qui aborde l'examen de la réalisation de l'adaptation, les meilleurs possibles de ressources en personnel que

l'organisation à besoins. Elle touche en particulier, aux règles qui président à la mise en place d'une meilleure organisation dans un environnement en changement. L'autre aspect de la fonction personnel s'intéresse à l'administration des personnes. Elle cherche à définir, pour chaque membre de la collectivité, l'application la plus judicieuse des règles qui organisent clairement sa fonction au sein de celle-ci et à satisfaire ainsi les aspirations individuelles et légitimes de chacun [25].

1.3.2.1. Organisation administrative du personnel à l'hôpital

Le terme « organisation » à un sens tellement large qu'il peut recouvrir aussi bien les sociétés privées et des sociétés publiques que les États. Le mot organisation peut-être envisagé en tant qu'entité créée pour conduire une action collective (par exemple : une entreprise, une association à but non lucratif, un hôpital...) et s'appliquer à tout regroupement permanent visant à la réalisation d'objectifs déterminés [26].

Les organisations sont structurées et possèdent des règles de fonctionnement spécifiques en fonction du besoin à satisfaire et des buts poursuivis. Elles fonctionnent en contenu en vue d'atteindre un ensemble d'objectifs partagés par l'ensemble de ces membres, ces organisations publiques sont constituées par l'Etat, les collectivités territoriales.

Le ministère de la Santé coordonne les activités des services administratifs qui participent à l'organisation hospitalière et aussi son fonctionnement. Exerçant la tutelle de l'Etat, il définit annuellement les conditions dans lesquelles l'hôpital district et les postes de santé peuvent tarifier les prestations assurées à la population. Il prescrit toute enquête ou inspection visant à contrôler l'hôpital et aussi prend toute disposition urgente rendue nécessaire pour le maintien ou la protection de la santé des patients.

Les deux sens de la notion d'organisation :

- Une organisation est une collectivité d'individus en mouvement, elle se décrit comme un regroupement humain, ouvert sur son environnement, structuré et orienté vers la réalisation d'objectifs. Elle mobilise et « organise » des moyens financiers, humain, matériels, informationnels pour atteindre ces buts et c'est le cas d'une organisation de santé en général et un hôpital en particulier,
- L'organisation est la manière dont on agence rationnellement certains éléments. Dans ce cas, on décrit un état, une organisation devrait être structurée pour fonctionner correctement. Chaque membre de l'organisation apporte une contribution personnelle au travail collectif et devrait agir de manière coordonnée, des mécanismes de coordinations du travail permettent à l'ensemble de fonctionner efficacement.

La gestion administrative du personnel hospitalier est l'application des textes et des normes régissant la vie professionnelle des employés aux différentes étapes de leur carrière [7].

L'importance de la gestion administrative du personnel est manifeste tant pour le travailleur que pour l'employeur : elle vise à permettre à l'employeur d'atteindre ses objectifs par le respect des textes de droit régissant les relations de travail et crée pour le fonctionnaire les conditions de travail et de satisfaction. Elle donne vie au contrat qui existe entre l'employeur et le fonctionnaire.

1.3.2.2. Structure des ressources humaines dans la structure hospitalière

Dans un nouveau mode de gestion, la fonction « personnel » à l'hôpital est davantage centrée sur l'individu, définie à travers ses compétences et ses projets. L'importance de la dimension humaine qui traverse l'organisation apparaît sous la forme de nouvelles interrogations et préoccupations [26].

Les ressources humaines sont à la base de la compétitivité et de la performance des organisations, cette affirmation confère aux décisions et aux activités de GRH, une dimension stratégique dans la conduite des organisations. La fonction ressources humaines sort de son angle administratif et revendique pleinement son rôle stratégique. Pour la performance de l'établissement, la fonction Ressources Humaines assure la coordination de tous les collaborateurs. Cette fonction est assurée par la direction des ressources humaines (DRH). au sein de cette direction, les gestionnaires de ressources se calent dur des objectifs pour assurer leurs tâches administratives d'une part, et relationnelles de l'autre [21].

La direction des ressources humaines, telle qu'elle est décrite par les établissements de santé, a pour mission principale de conduire la politique institutionnelle en matière de gestion des ressources humaines dans son volet social. Elle contribue à la mise en œuvre des projets d'établissement, en lien avec les autres directions fonctionnelles ou services concernés, son activité comprend plusieurs dimensions organisationnelles.

Elle assure la conception, l'élaboration et l'évaluation des politiques et des programmes liés à la gestion des ressources humaines et garantit au quotidien la gestion administrative et statutaire des carrières du personnel du centre hospitalier, en lien avec la politique générale de l'établissement, en lien avec les pôles et les autres directions fonctionnelles, elle conçoit et met en œuvre une politique de gestion prévisionnelle des emplois et compétences, en cohérence avec les évolutions stratégiques du projet d'établissement.

La DRH coordonne la politique de formation professionnelle tout au long de la vie, pour privilégier le développement des compétences et l'adaptation des métiers aux besoins de l'hôpital. Elle pilote le suivi de la masse salariale et des effectifs, et suit l'équilibre financier des recettes et des dépenses dans son

domaine. Elle s'inscrit également dans un objectif de modernisation de la fonction ressources humaines avec le maintien d'un dialogue social ouvert et de qualité.

1.3.2.3. Gestion stratégique des ressources humaines en milieu hospitalier :

Selon Delery (1998) : « La gestion stratégique des ressources humaines, peut être définie autant qu'un ensemble de pratiques cohérentes incitant les salariés à être performants ou à s'impliquer dans l'organisation [27]».

La stratégie de la gestion des ressources humaines permet à la fonction publique hospitalière de s'adapter au changement et de préparer à l'avenir.

Elle comprend trois enjeux :

- La gouvernance dans la façon de faire, pour définir un cadre innovateur et mobilisateur,
- La disponibilité de la main-d'œuvre, pour assurer l'adéquation entre les besoins et la demande,
- La pérennité et l'évolution d'expertise, afin de maintenir et de renforcer le savoir-faire et les compétences [28].

La GSRH est caractérisée par quatre préoccupations :

- La tension dans l'intégration des politiques de RH avec la planification stratégique,
- Le glissement de la responsabilité RH des spécialistes de la fonction RH vers l'ensemble de l'encadrement,
- Le passage d'une relation dirigeant syndicats à une relation dirigeant employé, du collectivisme à l'individualisme,
- L'engagement et l'initiative des individus confèrent aux dirigeants un rôle révélateur de responsabilisation et de facilitateur.

La gestion stratégique des ressources humaines, a pour finalité d'améliorer les performances organisationnelles grâce au capital humain, est considéré autant qu'une gestion essentielle de la performance organisationnelle.

Les ressources humaines sont considérées autant facteur principal de l'organisation, cette confirmation donne aux activités de la gestion des ressources humaines une dimension stratégique. Cette dernière se rapporte à la capacité managériale des dirigeants à mobiliser les ressources, à construire les plans futurs pour l'organisation. Au sein de ces dernières où les managers favorisent les compétences des ressources humaines dans leur vision stratégique, ce qui permet une adaptation meilleure et efficace d'activité de la GRH. Les managers agiront de ces pratiques développées et appliquées dans l'organisation, en sensibilisant eux-mêmes leurs collaborateurs au besoin fondamentaux de gérer adéquatement les compétences des ressources humaines [26].

1.3.3. Pratiques de Gestion des ressources humaines

1.3.3.1. Recrutement

Nous pouvons donc définir le recrutement d'après Jean-Marie Peretti, le recrutement se définit comme : « la meilleure adéquation possible entre un poste et une personne, recruter permet de positionner la bonne personne à la bonne place ou bon moment [21] ».

○ Recrutement du personnel

La qualité d'un recrutement est le résultat de l'adéquation existant entre la personne recrutée et le besoin immédiat et futur de l'entreprise. Elle repose sur une définition et une description réaliste du poste à pourvoir, sur l'identification du profil correspondant, sur la recherche fructueuse du candidat compétent [29].

○ **Processus de recrutement**

Pour réussir une opération de recrutement, il est inévitable de suivre les étapes suivantes : Définition du besoin, la recherche du candidat, la sélection du candidat, La concrétisation et l'intégration.

Définition du besoin

Se fait par la satisfaction des points suivants :

La demande du recrutement : Elle émane en règle générale du responsable hiérarchique directement concerné par l'origine de la demande. Elle peut être un remplacement du fait d'un départ, d'une mutation ou d'un besoin supplémentaire. La demande fait l'objet d'un examen hiérarchique.

Décision de recruter : Avant de lancer les opérations d'un recrutement, il est nécessaire de vérifier l'opportunité de la demande. Le diagnostic d'opportunité permet de vérifier que toutes les solutions, d'amélioration de la productivité et de la réorganisation du service, voire d'externalisation ont été analysées avant de recourir à l'augmentation ou au maintien des effectifs.

Définition de la fonction : Il ne peut y avoir de recrutement sans définition de la fonction. S'il n'existe pas de descriptif adéquat ou actualisé, il est nécessaire de l'établir ou de le réviser à l'occasion du recrutement. La description du poste présente tous ses aspects importants afin notamment de permettre le déroulement des opérations de recrutement. Le succès ou l'échec d'un recrutement dépend de la qualité description. Il faut pouvoir donner aux candidats une information complète et objective.

Description de la fonction : Les données de l'analyse doivent être rassemblées afin de définir le poste, sa finalité, les caractéristiques et les compétences. La fiche de description de poste comprend plusieurs rubriques : Identification de l'emploi, mission de l'emploi, situation dans la structure, inventaire des attributions, description des activités : informatique initiale, informations complémentaires,

schéma de référence. Élaboration du plan de travail, réalisation du plan de travail, circuit de communication, marge d'autonomie, Contrôle par le supérieur.

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

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

Recherche des candidats

La recherche se fait sur les marchés internes de l'entreprise et sur les marchés externes :

La prospection interne : Les postes vacants sont généralement proposés en priorité aux salariés de l'entreprise dans le cadre politique de mobilité interne. Dans le cadre politique de promotion interne, un dosage entre recrutement externe et promotion interne est souvent retenu. Le recrutement externe n'est généralement autorisé qu'en l'absence de possibilités de recrutement interne.

L'expression recrutement interne est fréquemment retenue pour souligner que, même si le candidat est déjà salarié de l'entreprise, il doit affronter les différentes étapes de la procédure et parfois passer les mêmes tests que les postulats externes.

La recherche des candidatures externes : La recherche de candidature externe nous renvoie de comparer les candidats internes aux candidats externes afin de disposer les informations sur les niveaux relatifs à des marchés interne et externe

du travail. Au souci d'enrichir le potentiel interne par l'apport « sang nouveau » et/ou de rajeunir la pyramide d'âges, à l'impossibilité de trouver dans l'entreprise le profil recherché.

Sélection des candidats

La sélection des candidats se fait par :

Le tri des candidats : la sélection se fait par l'analyse des lettres des candidatures et des curriculum vitae. Une première confrontation des caractéristiques des postulats avec les exigences de l'entreprise conduit à une élimination importante.

La première élimination se fait sur des critères relativement simples, les réponses retenues font l'objet d'un examen approfondi afin de limiter le nombre de candidats pour la suite du processus. La qualité de la lettre et celle du curriculum vitae ont ici un impact important. Le responsable de la sélection s'appuie, pour étayer son premier choix, sur des critères essentiellement factuels. Ce sont les faits contenus dans le CV qui comptent.

Le questionnaire : Le questionnaire permet à l'entreprise de réunir sur les compétences et la personnalité du candidat. Les éléments qui lui sont nécessaires de façon précise et identique. L'analyse du questionnaire et du curriculum vitae permet de convoquer les meilleurs pour un entretien, outil d'évaluation le plus largement utilisé dans le processus de recrutement.

L'entretien de recrutement a un double but :

Informé le candidat sur l'entreprise, sa stratégie, les profils recherchés, les perspectives offertes et le poste à pourvoir ainsi que ses caractéristiques,

Lui permettre de s'exprimer pour qu'il donne le maximum d'informations sur son passé professionnel, ses aspirations, ses compétences, ses qualités relationnelles et marginales, etc. C'est l'occasion pour le candidat de défendre ses points de vue et ses expériences avec des arguments convaincants. La réussite d'un entretien

implique qu'il se déroule dans les bonnes conditions matérielles et psychologiques et que l'interview élabore un schéma d'entretien lui permettant de recueillir des données pertinentes et contrôlables.

Les tests : Les candidats retenus à l'issue des phrases précédentes peuvent être soumis à des tests. Leur objectif est double :

- Faire apparaître les points faibles éventuels pouvant constituer des contres indicateurs pour le poste,
- Classer les aptitudes des candidats parmi lesquels choisir, et les adéquations entre les profils respectifs au profit du poste.

Les tests peuvent être classés en trois catégories :

- Les tests d'aptitudes : Pour une tâche donnée, il donne des mesures précises. Ils ont en général une bonne valeur prédictive concernant l'efficacité requise dans l'activité considérée. Les tests d'intelligence et de connaissance entrent dans cette catégorie,
- Les tests de personnalité : ils visent à cerner la personnalité du candidat. Les questionnaires sont composés d'une série importante de questions fermées,
- Les tests de situation : Ils visent à intégrer l'élément de la tâche et ceux de la personnalité. Ils tentent de mettre le postulant dans la situation la plus proche de sa future situation professionnelle [30].

Concrétisation, accueil et intégration

La concrétisation, accueil et intégration sont des processus basés sur plusieurs concepts, nous avons :

La décision : Une fois les entretiens et les tests éventuels achevés, le service interne ou le cabinet externe chargé du recrutement et les responsables hiérarchiques demandeurs examinent les dossiers des candidats retenus.

La réunion de synthèse entre les différents interviewers permet une confrontation des opinions émises sur les différents candidats. La multiplicité des entretiens

accroît l'objectivité des appréciations et la validité du pronostic. La décision finale est généralement prise par le responsable hiérarchique à partir de l'ensemble des données recueillies.

La négociation d'engagement : La négociation porte essentiellement sur le montant et les éléments qui consistent la rémunération globale. Dans un souci d'équité interne, la proposition doit prendre en compte :

- Les rémunérations actuelles dans l'entreprise,
- Le candidat retenu reçoit, lors des négociations, d'engagement, le compte rendu de l'appréciation portée sur lui, comprenant notamment le pronostic favorable justifiant la décision, comme les réserves qui ont pu être faites à ce sujet,
- La signature du contrat marque l'accord des deux parties.

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

La réussite de l'intégration repose sur la qualité des procédures d'accueil de l'entreprise et du suivi de l'adaptation.

Ce point est d'autant plus important que l'adaptation représente souvent un coût élevé qui s'ajoute au coût de recrutement. Les entreprises mettent en place des procédures facilitant l'intégration des nouveaux embauchés.

Certaines choisissent l'institution du tutorat. Le tuteur est chargé de suivre et de conseiller chaque nouvel arrivant pendant sa période d'adaptation.

Il vérifie en permanence que l'intéressé possède toutes les informations pratiques et générales lui permettant d'accomplir sa mission et de se familiariser le plus. Il présente l'intéressé aux cadres, il lui faut visiter les différents secteurs de

l'établissement. Il lui fournit toutes les documentations utiles, il le met en contact avec toute personne susceptible de faciliter son adaptation pratique et générale. Il se tient à la disposition de l'intéressé pour toute aide ou conseil à apporter aussi longtemps que cela est nécessaire.

L'intégration : la période d'intégration dure plus longtemps que la simple période d'accueil dans l'entreprise à forte rotation. On constate que les départs des nouveaux embauchés sont nombreux pendant la période d'essais à long terme.

1.3.3.2. Formation

La formation peut se définir comme l'ensemble des actions capables de mettre les individus et les groupes en état d'assurer avec compétences leurs tâches actuelles ou celles qui leur seront confiées dans le futur pour la bonne marche de l'organisation [30].

a. Objet de la formation

- Permettre à la direction de repérer les salariés les plus aptes pour une promotion,
- Assurer l'adéquation entre les capacités et la connaissance des salariés,
- Adapter les salariés à des tâches bien déterminées et au changement dans les emplois,
- Maintenir un degré de capacité nécessaire au progrès de l'organisation,
- Améliorer le statut des salariés par les promotions,
- Favoriser l'efficacité de tous les nouveaux salariés pour une meilleure utilisation du matériel et des équipements et une réduction des accidents de travail,
- Contribuer au meilleur comportement au travail et favoriser des attitudes positives qui permettent de réduire les coûts et les pertes de production ainsi qu'améliorer la qualité des produits.
- Accroître chez chaque salarié l'estime de soi,

- S'adapter aux exigences de l'environnement toujours changeant.

b. Plan de formation

Le programme de formation est la traduction concrète de la politique de formation de l'entreprise. L'analyse des besoins de formation est constituée par les étapes préalables.

L'analyse des besoins : L'analyse des besoins en formation repose sur l'interrogation du personnel et sur l'étude de poste de travail. L'enquête auprès du personnel permet d'appréhender les besoins qui relèvent exclusivement du bon exercice de la formation. L'analyse des besoins exprimés est importante, car il engage l'avenir du plan de formation, bien souvent, le recensement des besoins. L'analyse des besoins repose sur un regroupement des besoins détectés en grands chapitres, elle implique également un recensement des contraintes. Le recrutement et l'analyse des besoins sont basés à l'élaboration du plan de formation, une fois déterminé les principaux choix, ces choix relèvent de la politique de formation de l'entreprise.

Les choix de la politique de la formation : La politique de la formation est l'un des volets de la gestion prévisionnelle de l'emploi dans l'entreprise, c'est aussi l'un des moyens de répondre aux attentes des salariés et donc de favoriser leur satisfaction pour une meilleure adaptation de la politique sociale. La formation peut être une formation générale, destinée à élever le niveau général des connaissances des bénéficiaires ou une formation technique visant à développer leur compétence professionnelle. Le plan de formation organise des actions de formation en fonction des objectifs retenues. La liste de moyens est prévue pour atteindre les objectifs définis. Il précise les objectifs, les propriétés, le contenu, la pédagogie, la durée, le calendrier, le budget et les catégories de bénéficiaires [29].

c. Organisation et le suivi de la formation

La formation est obligatoirement prise en compte dans les entreprises. C'est en particulier, le cas dans les petites entreprises.

Dans les entreprises de taille moyenne, on assiste à l'apparition d'un responsable de formation.

Les grandes entreprises ont un véritable département de formation, gérant un ou plusieurs centres de formation, on rencontre dans le service de formation différentes spécialités :

- Les gestionnaires (le budget de formation suivi, planning des cours, stage, salle, sélection et contrôle des sous-traitantes) ;
- Les administrateurs (élaboration des programmes, préparation des outils pédagogiques, participation à l'enseignement, à l'évaluation, suivi pédagogique des actions) ;
- Les spécialistes des moyens pédagogiques (élaboration et mise à jour des médias de formation, formation des animateurs) [31].

d. Transmission et évaluation de la formation

- **Contenu** : Le contenu d'un programme de formation varie selon les besoins des salariés et la taille de l'organisation. Les organisations de grande taille offrent des programmes de formation sur divers sujets comme le comportement organisationnel, les techniques opérationnelles ou administratives, etc.

De nos jours, les programmes de formation sont mieux pointus. L'action de formation de chaque groupe de participants peut être confiée à une personne-ressource, identifiée à l'interne pour sa maîtrise technique et qui n'est pas nécessairement le supérieur immédiat.

- **La durée** : le temps à consacrer à la formation dépend du contenu à transmettre. L'expérience a démontré que si l'on veut orienter la formation vers

des problèmes humains ou si l'on désire changer le comportement dans l'emploi, la formation, doit se répartir sur des séances plus longues et continues.

- **La phase :** Le but ultime d'un programme de formation est d'arriver à ce qu'un individu, placé en situation d'apprentissage, arrive à modifier certains de ses comportements [31].

e. Techniques de formation

Techniques de formation à l'interne : Le contenu de la formation peut se transmettre directement sur les lieux de travail. Le supérieur immédiat ou les collègues de travail montrent aux formés comment améliorer leur savoir-faire et savoir être, occasionnellement, on fait l'appel à des consultants extérieurs.

Techniques de formation à l'extérieur : La formation peut se transmettre aussi à l'externe dans la pratique, cela pose beaucoup de problèmes. Il faut libérer temporairement les salariées, ce qui n'est pas toujours simple. Il faut organiser les déplacements lorsque les sessions se déroulent loin, ce qui induit des frais de voyage et l'hébergement par fois important [29].

1.3.3.3. Rémunération

Selon COTE Marcel : « la rémunération désigne l'ensemble des avantages économiques et sociaux, qu'un individu retire de son emploi, à savoir le salaire ainsi que les autres compensations monétaires et non monétaires, accordées en vertu d'une politique, d'une entente écrite ou d'une législation [32] ».

Les mécanismes de fixation de la rémunération sont représentés par des coefficients qui déterminent les salaires de base. La rémunération est une notion plus globale qui prend en compte tous les avantages [33].

a. Fixation de la rémunération

La rémunération est librement fixée sous réserve de respecter des obligations légales, des dispositions conventionnelles et contractuelles. Les règles les plus importantes sont :

Les rémunérations minimales conventionnelles : Toute convention collective détermine des salaires minimaux conventionnels pour chacune des qualifications qui peuvent être attribuées au salarié.

L'interdiction des discriminations : L'application du principe « *à travail égal, salaire égal* » impose à l'employeur de justifier les écarts de salaires qui pourraient être constatés pour des salariés ayant une qualification identique et occupant les mêmes fonctions. L'employeur est libre de personnaliser les salaires, mais ne doit pas prendre de décision ayant un caractère discriminatoire. -
L'obligation de négocier : Le rôle des professions apparaît particulièrement important pour déterminer la structure des salaires dans l'entreprise. Les décisions relatives aux classifications et donc à la structure même des salaires relèvent principalement des négociations collectives. Le niveau de rémunérations dépend davantage des décisions propres à l'entreprise dans le respect l'égal et conventionnelles [31].

b. Composantes de la rémunération globale

Le salaire de base n'est qu'une composante de la rémunération globale que perçoit le salarié. La rémunération globale regroupe plusieurs composantes :

c. Pyramide des rémunérations

SG. DONADIEU a proposé un regroupement de la rémunération de base et des périphériques dans une pyramide des rémunérations. Des composantes fixes et des composantes variables : Les composantes variables sont liées à la durée du travail (heures supplémentaires) aux résultats individuels (primes individuelles) ou collectifs.

Des composantes collectives et des composantes individualisées : les composantes individualisées peuvent être liées à la situation familiale (complément familial) ou personnelle, aux performances ou au complément individuel ou au résultat.

Des composantes immédiates ou différées : Lorsqu'elles sont différées, elles peuvent être à court terme (prime à périodicité), moyen terme (participation bloquée sur cinq ans) ou long terme (fonds de pension, retraites complémentaires).

d. Salaires de base

Ce sont des éléments essentiels de la rémunération, il sert de référence pour le calcul des autres prestations, il est fixé d'avance, au moins dans sa nature et dans son mode de calcul. La rémunération est majorée des heures supplémentaires, sauf clause contraire dans la convention applicable, toute absence, même de très courte durée, peut être retenue sur le montant de la paie.

• Paiement du salaire

Le paiement de la créance du salaire est régi par des règles spécifiques liées à son caractère alimentaire. Depuis 1978, la rémunération, devenue mensuelle, est indépendante pour un horaire de travail effectif déterminé, du nombre de jours travaillés dans le mois. Le paiement mensuel ayant pour objectif de neutraliser les conséquences de la répartition inégale des jours entre les douze mois de l'année.

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

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

La recherche de l'équité : L'équité est une attente forte. Chaque salarié évalue ce qu'il apporte. Il évalue également ce qu'il reçoit.

Il calcule un ratio rétribution qu'il compare avec la connaissance qu'il a du même ratio pour d'autres salariés, dans l'entreprise ou en dehors. Ce ratio constitue son ratio d'équité.

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

Les primes individuelles : Depuis le salaire aux pièces, une large gamme de technique a été expérimentée pour rémunérer et accroître le rendement avec des avantages et des inconvénients divers.

Les primes collectives : Pour contrecarrer les effets pervers d'une stimulation trop individuelle et les difficultés de mesure de la performance personnelle, l'entreprise développe des primes collectives au niveau de l'équipe du service, de l'unité de travail, de l'établissement ou de l'entreprise.

Le collectif aléatoire développe le sentiment d'appartenance et soude les équipes. Son caractère aléatoire le rend réversible. L'individualisation des rémunérations repose également sur la modulation personnelle des augmentations du salaire fixe.

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

Les primes d'anciennetés : Elles sont encore largement répandues et sont inscrites dans de nombreuses conventions collectives. La principale justification de ces primes était que, les travailleurs acquièrent de l'expérience avec leur ancienneté.

Les avantages particuliers : Certains avantages peuvent être liés à la situation de la famille (complément familial, primes de mariage, de naissance), prime de

risque ou d'horaire (travail de nuit, le dimanche, etc.) Certains avantages sont liés à l'emploi occupé et dits « de fonction » (logement de fonction, voiture de fonction) s'y ajoutant parfois des services annexes : entretien des pelouses et jardins, de la voiture. Certains avantages peuvent être accordés aux plus performants à l'issue de la compétition et concours interne. Ces stimulations peuvent être variées. D'autres avantages personnalisés concernent : Les voyages, les décentes, la santé, les prêts, la mise à la disposition de matérielle et abonnement, le conseil.

- **Maitrise de la masse salariale**

L'importance de la masse salariale dans la valeur s'ajoute de l'entreprise pour nécessiter une attention particulière portée à son contrôle.

- **L'évolution des rémunérations** : La rémunération de base d'un salarié est susceptible d'augmenter dans quatre cas :
 - Augmentation générale concerne la totalité du personnel de l'entreprise,
 - Augmentation individuelle à l'intérieur de la zone de progrès du poste,
 - Changement du poste dans le cadre d'une promotion,
 - Influence de l'ancienneté.

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

Les augmentations individuelles : Elles interviennent sans qu'il y ait changement de fonction dans le cadre des zones de progrès de chaque fonction. Les augmentations peuvent être accordées à une partie plus ou moins large du personnel. Ces augmentations au mérite, indépendantes de toute promotion, représentent, selon les entreprises, une part très variable de la masse salariale. Il

faut noter également une grande diversité quant à l'importance du pourcentage de la population concernée et du taux d'augmentation.

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

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

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

L'évolution en niveau : Elle équivaut au pourcentage d'évolution de la rémunération instantanée d'une personne ou d'un groupe de personnes entre deux dates données.

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

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

- **Les grands choix d'une politique salariale** : La politique salariale repose sur la recherche d'un triple équilibre : L'équilibre financier de l'organisation, la compétitivité externe compte tenu du marché du travail, l'équité interne.

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

- **Les arbitrages** : Dans les années quatre-vingt-dix, dans le cadre de la rémunération globale, les arbitrages se modifient :
 - L'arbitrage entre rémunération collective et rémunération personnalisée accorde une part croissante à la dimension individuelle,
 - L'arbitrage entre rémunération fixe et rémunération variable privilégié d'avantage la partie aléatoire, réversible,
 - L'arbitrage entre rémunération immédiate et rémunération différée favorise progressivement la part à moyen et long terme.
- **Les choix** : Les principaux choix concernent :
 - Le plan professionnel (salaires de l'entreprise comparés ceux de la branche) ;
 - Le plan régional (salaires de l'établissement comparés avec ceux qui sont pratiqués dans le bassin d'emploi) ;
 - Certaines entreprises s'efforcent de proposer un niveau de rémunération égal ou supérieur à celui des autres entreprises.
- **La structure interne** : Pour éviter l'impact sur le climat social des distorsions de rémunération entre établissement, fonction ou postes, non justifiés par des critères objectifs et pour le développement sentimental d'équité. Les entreprises s'efforcent d'avoir des grilles de rémunération cohérentes et d'améliorer leur acceptabilité au fil des ans par ajustements successifs [29].

II. MÉTHODOLOGIE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire Pr Bocar Sidy Sall de Kati.

Présentation du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati.

Le centre hospitalier-universitaire professeur Bocar Sidy SALL de Kati est situé à 15 kilomètres au nord-ouest de Bamako, situé au camp militaire (Soundjata KEITA) de Kati et à 100 mètres de la place d'armes. C'est un hôpital de 3ème catégorie pour l'orthopédie-traumatologie au Mali. Il a été créé en 1916 comme infirmerie militaire, et a été transformé en 1967 en hôpital. L'hôpital de Kati a été érigé en établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992, en établissement public hospitalier (EPH) en 2002, et en Centre Hospitalier Universitaire (CHU) en 2003 par la loi n° 0319-14 juillet 2003. Le CHU de Kati a été renommé centre hospitalier-universitaire professeur Bocar Sidy SALL de Kati le jeudi 17 novembre 2016. De nos jours l'hôpital a connu un grand changement. Tous les anciens bâtiments coloniaux ont été démolis. Des structures modernes ont vu le jour et d'autres sont en chantier. C'est ainsi que nous avons :

- le service d'ortho-traumatologie et de neurochirurgie,
- le service des urgences,
- le bloc opératoire,
- le service de réanimation,
- le service de chirurgie générale,
- le service de gynéco-obstétrique,
- le service de pédiatrie,
- le service de médecine générale,
- le service de cardiologie et de neurologie
- le service d'urologie,

- le service d'ophtalmologie
- le service d'odontostomatologie,
- le service de kinésithérapie,
- le service d'acupuncture,
- le service du laboratoire d'analyses biomédicales,
- le service de la pharmacie hospitalière,
- le service d'imagerie médicale,
- la morgue,
- l'administration.

2.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative à collecte prospective non probabiliste de type raisonné sur une période allant d'août 2022 à juillet 2023,

Qui était réparti comme suite :

Tableau I : Diagramme de GANTT

Activités	Aout 2022	Sept 2022	Oct 2022	Nov 2022	Déc 2022	Janv 2023	Févr 2023	Mars 2023	Avril 2023	Mai 2023	Juin 2023	Juillet 2023	Aout 2023	Sept 2023	Oct 2023
Rédaction et validation du Protocole															
Collecte des données															
Traitements des données															
Rédaction de la thèse															
Soutenance															

2.3. Population d'étude

L'étude a concerné tout le personnel travaillant dans le Centre Hospitalier Universitaire Pr Bocar Sidy Sall de Kati.

2.4. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans la présente étude :

Les personnes travaillant au CHU de Kati impliquées dans les prises des décisions en rapport avec la Gestion des Ressources Humaine au niveau de l'hôpital et qui sont présentes au moment de notre étude

2.5. Critère de non inclusion

N'ont pas été inclus dans la présente étude :

- Les personnes ne travaillant pas au CHU de Kati
- les personnes travaillant au CHU et non impliquées dans les prises de décisions en rapport avec la GRH au CHU de Kati

2.6. Échantillonnage

Un échantillonnage non probabiliste de type raisonné a été effectué de façon théorique selon nos critères d'inclusion suivant :

- Le Directeur Général de l'hôpital (DG) ; ou le directeur adjoint (n=1)
- Chef du service des ressources humaine, (n=1)
- Le chef Comptable, (n=1)
- Le surveillant de l'hôpital, (n=1)
- Les chefs de service, (n=16)
- Le représentant du syndicat. (n=1)

2.7. Collecte et analyse des données

La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire qui était administré auprès des personnes directement impliquées dans la GRH au CHU Pr Bocar Sidy

Sall de Kati. Nous nous sommes rendus au niveau du bureau de chaque personne à interroger pour administrer le questionnaire.

Les données ont été saisies par le logiciel Microsoft office Word 2016 et analysé avec le logiciel SPSS version 25.

2.8. Sources d'informations

Nos principales sources d'informations pour l'élaboration de ce travail sont :

- La bibliothèque numérique sanitaire du Mali ([www.bibliosante](http://www.bibliosante.org)).
- PubMed (www.PubMed.org).
- Google Scholar (www.google scholar)

2.9. Variables collectées

Les variables suivantes seront étudiées :

- **Données sociodémographiques**, (âge, sexe, profession, fonction)
- **Le recrutement**, (description, interne, externe)
- **La rémunération**, (expérience, niveau d'étude, compétence, motivation, situation matrimonial, recommandation)
- **La gestion des carrières**, (plan de carrière, condition pour une promotion)
- **La formation**, (programmes de formation spécifique, programmes de formation générale, formation du personnel, formation interne, formation externe,

2.10. Aspect éthique

La déontologie faisait partie intégrante de cette étude. Les informations étaient collectées après obtention des autorisations délivrées par la FAPH et la direction de l'hôpital et du consentement verbale éclairé de chaque personne. L'anonymat et la confidentialité étaient respectés pour toutes les informations recueillies au cours de cette étude.

III. RÉSULTATS

Pendant notre période d'étude, nous avons enquêté 21 personnes travaillant au CHU de Kati impliquées dans les prises des décisions en rapport avec la Gestion des Ressources Humaine au niveau de l'hôpital. Nos résultats sont énumérés respectivement selon nos objectifs spécifiques.

3.1. Données sociodémographiques

- Présentation de la population d'étude en fonction du sexe

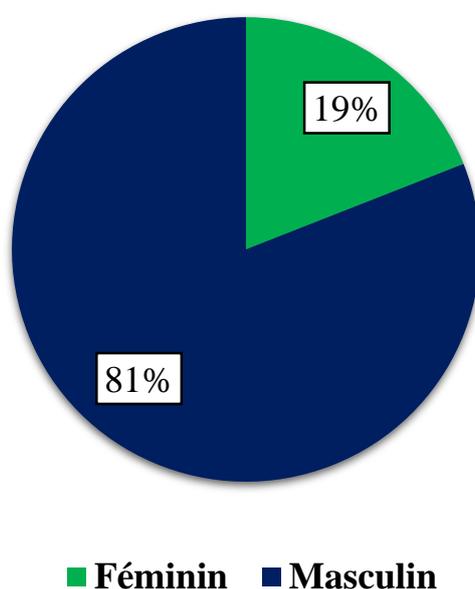


Figure 1 : Répartition des enquêtés selon le sexe.

Le sexe masculin était prédominant et le sex-ratio (H/F) était de 4,25.

- Présentation de la population d'étude en fonction de la tranche d'âge

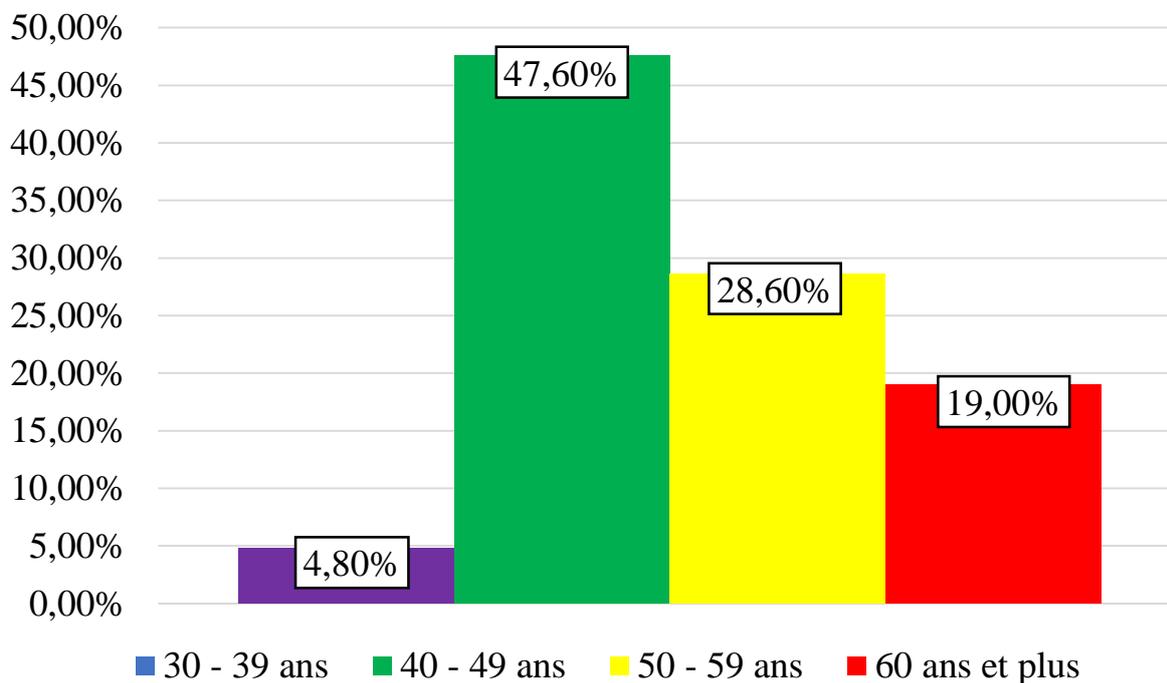


Figure 2 : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge 40 à 49 ans était la plus représentées soit 47,6% de cas. Age moyen : $50,38 \pm 7,57$ ans avec des extrêmes de 32 ans et 62 ans.

3.2. Mode de recrutement des différentes catégories de personnel

Tableau II : Répartition de salariés de l'hôpital en fonction de leur statut

Nombre de salariés permanents	Fréquence	Pourcentage (%)
Fonctionnaire	201	72,0
Contractuel permanent	75	26,9
Collectivité	3	1,1
Total	279	100,0

Les fonctionnaires représentaient 72% des salariés.

Tableau III : Répartition des enquêtés selon le mode de recrutement le plus efficace.

Mode de recrutement	Fréquence	Pourcentage (%)
Interne	8	38,1
Externe	7	33,3
Pas de réponse	6	28,6
Total	21	100,0

L'interne était prédominant soit 38,1% des cas.

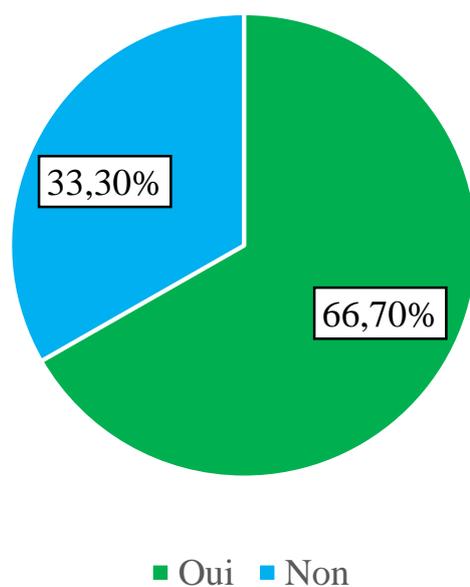


Figure 3 : Répartition des enquêtés selon la description de poste dans les activités de recrutement.

Le poste était décrit dans 66,7% des cas.

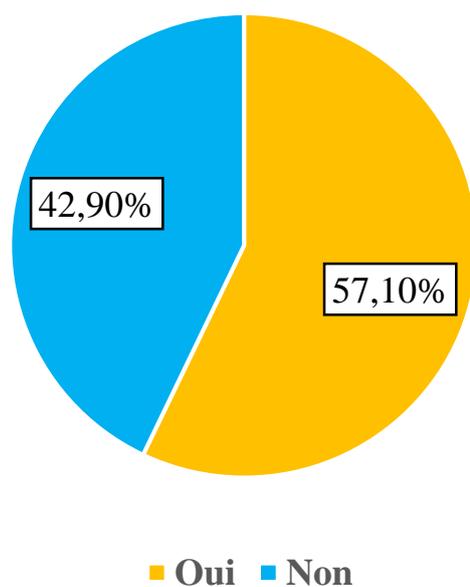


Figure 4 : Répartition des enquêtés selon l'appel à candidature avant le recrutement.

Les services faisaient l'appel à candidature avant le recrutement pour 57,1% des cas.

3.3. Gestion des carrières du personnel

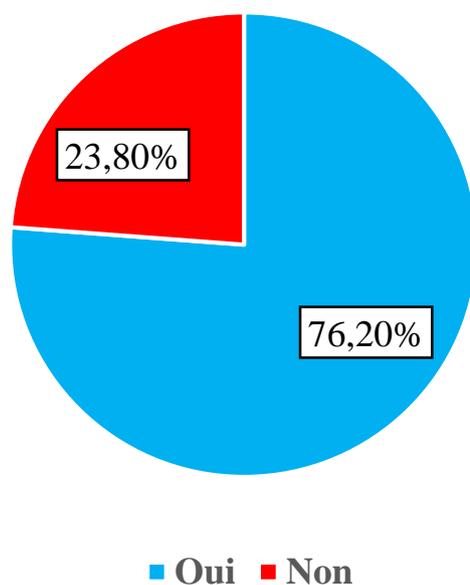


Figure 5 : Répartition des enquêtés selon l'utilisation de programme de formation spécifique permettant aux employés de remplir les exigences de leur poste.

76,2 % des cas utilisaient des programmes de formation.

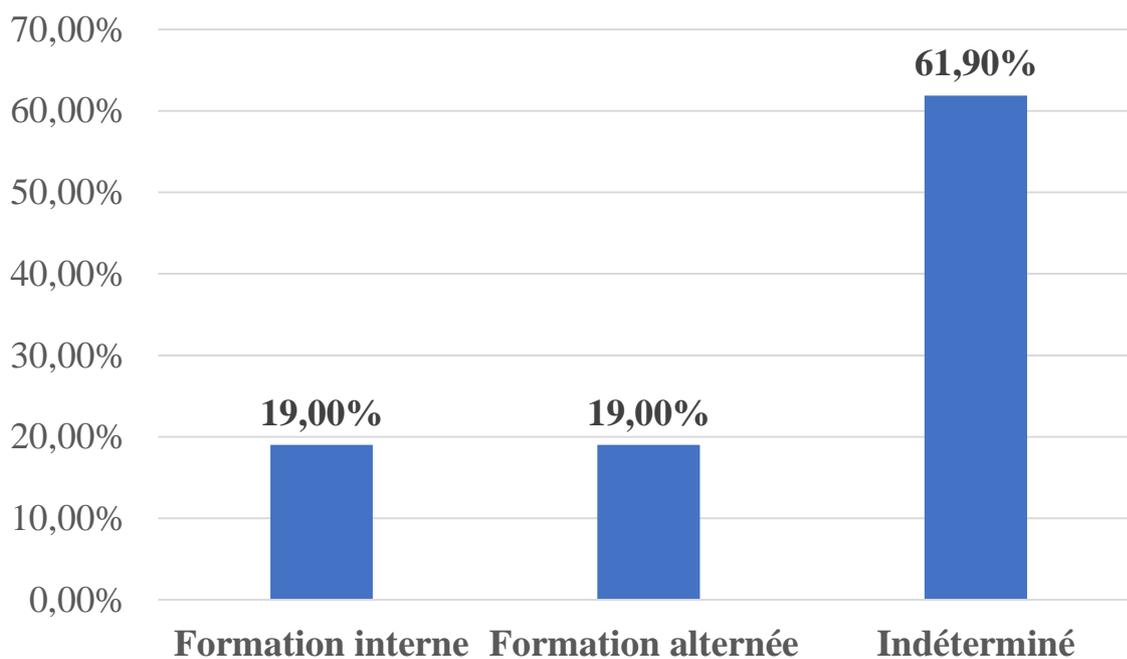


Figure 6 : Répartition des enquêtés selon le type de programmes de formation générale adopté.

La formation interne et formation alternée étaient utilisées pour 19% des cas.

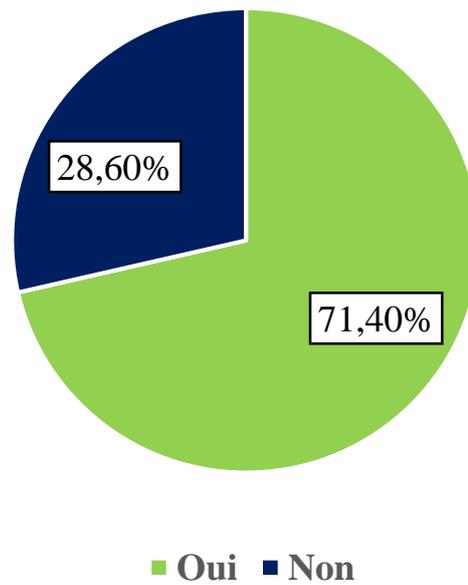


Figure 7 : Répartition des enquêtés selon l'organisation des congés du personnel.

Les congés étaient organisés pour 71,4% des cas.

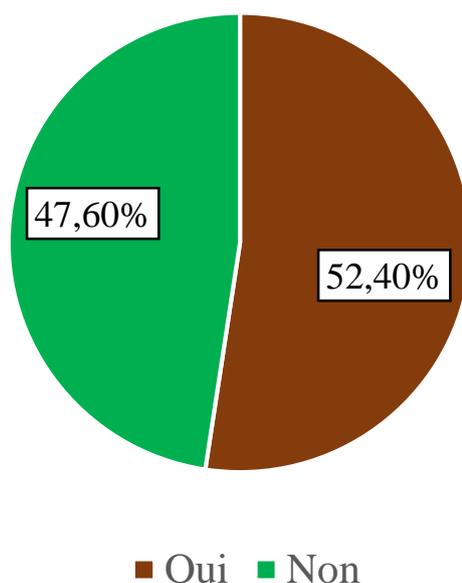


Figure 8 : Répartition des enquêtés selon l'organisation des congés programmé par rapport à la disponibilité des employés

Le congé était programmé par rapport à la disponibilité des personnels pour 52,4% des cas

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon le mode de prise de décision

Mode de prise de décision	Fréquence	Pourcentage (%)
Collective	14	66,7
Individuel	4	19,0
Pas de réponse	3	14,3
Total	21	100,0

La décision était collective dans 66,7% des cas.

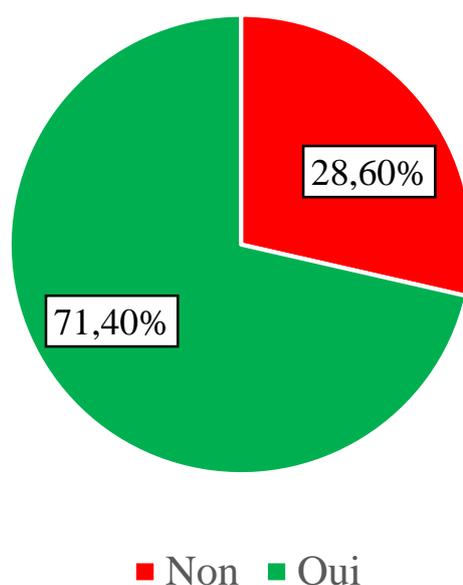


Figure 9 : Répartition des enquêtés selon la consultation régulière avec les personnels.

La consultation régulière se faisait pour 71,4% des cas.

Tableau V : Répartition des enquêtés selon la résolution des problèmes.

Résolution des problèmes	Fréquence	Pourcentage (%)
Cellules syndicales	10	47,6
Administrativement	5	23,8
Comité de dialogue social	1	4,8
Concertation	3	14,3
Pas de réponse	2	9,5
Total	21	100,0

Les problèmes étaient résolus par les cellules syndicales dans 47,6% des cas.

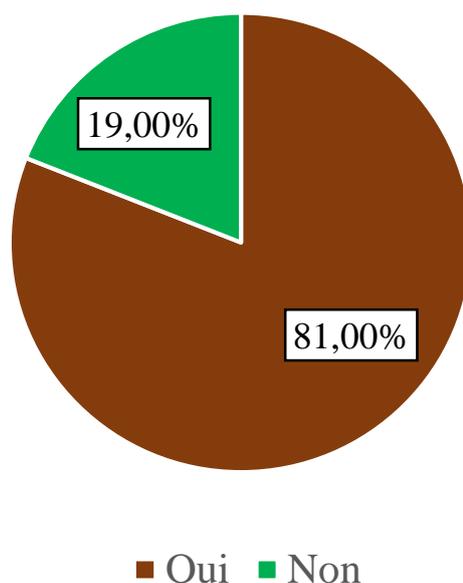


Figure 10 : Répartition des enquêtés selon les informations relatives aux décisions stratégiques.

Les informations relatives aux décisions stratégiques étaient données dans la majorité des cas.

Tableau VI : Répartition des enquêtés selon les dispositions pour la prise en charge des accidents de travail.

Dispositions pour la PEC des AT	Fréquence	Pourcentage (%)
INPS (AMO),	14	66,7
Prise en charge gratuite par l'hôpital	12	57,1
Dispositions prévues par l'inspection du travail	9	42,9
Pas de disposition	2	9,5

La prise en charge des accidents de travail étaient INPS (AMO) pour 66,7% des cas.

Tableau VII : Répartition des enquêtés selon les procédures de licenciement.

Procédures de licenciement	Fréquence	Pourcentage (%)
Selon le Code du travail	11	52,4
Pas encore de licenciement	9	42,9
Pas de réponse	1	4,8
Total	21	100,0

Les procédures de licenciement étaient selon le Code du travail dans 52,4% des cas.

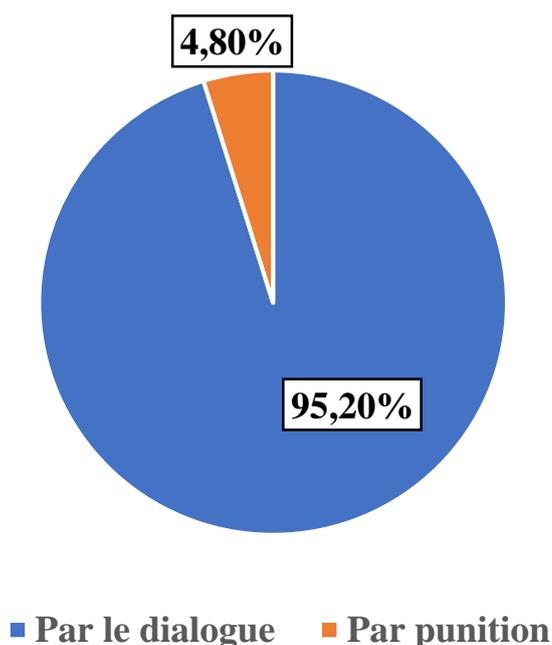


Figure 11 : Répartition des enquêtés selon la gestion des conflits interpersonnels.

La majorité des conflits interpersonnels était géré par le dialogue dans 95,2% des cas.

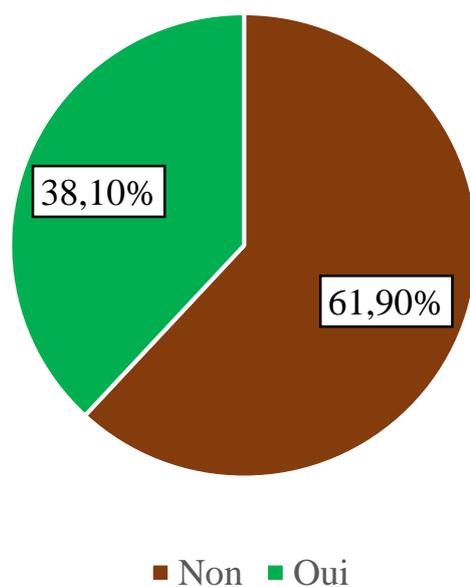


Figure 12 : Répartition des enquêtés selon la possession d'un fond pour les événements sociaux des personnels.

Il n'existait pas de fond pour les évènements sociaux des personnels dans 61,9% des cas

Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon l'appréciation du climat social de l'établissement.

Appréciation du climat social de l'établissement	Fréquence	Pourcentage (%)
Bon	12	57,1
Très bon	5	23,8
Moyen bon	4	19,0
Total	21	100,0

Le climat social de l'établissement était bon dans 57,1% des cas.

Tableau IX : Répartition des enquêtés selon la disposition d'un plan de carrière pour les employés au sein de l'établissement.

Disposition d'un plan de carrière pour les employés au sein de l'établissement.	Fréquence	Pourcentage (%)
Non	20	95,2
Oui	1	4,8
Total	21	100,0

Les personnels ne disposait pas d'un plan de carrière pour les enquêtés dans 95,2% des cas.

3.4. Modes de rémunération

Tableau X : Répartition des enquêtés selon les critères salarial de leurs employés.

Critères sur lesquels est fixé le salaire	Fréquence	Pourcentage (%)
Niveau d'étude	9	42,9
Tâche exécutée	3	14,3
Barème du Code du travail	8	38,1
Expérience	1	4,8
Ancienneté	2	9,5
Poste occupé	4	19,0
Compétence	3	14,3

Les salaires étaient fixés en fonction du niveau d'étude dans 42,9% des cas.

Tableau XI : Répartition des enquêtés selon les bases d’augmentation de salaire.

Base d’augmentation de salaire	Fréquence	Pourcentage (%)
Ancienneté	10	47,6
Niveau d’étude	3	14,3
Pas d'augmentation	2	9,5
Poste occupé	1	4,8
Texte législatif (Code du travail)	2	9,5
Statuts de personnel contractuel	1	4,8

L’ancienneté était la base dans 47,6% des cas.

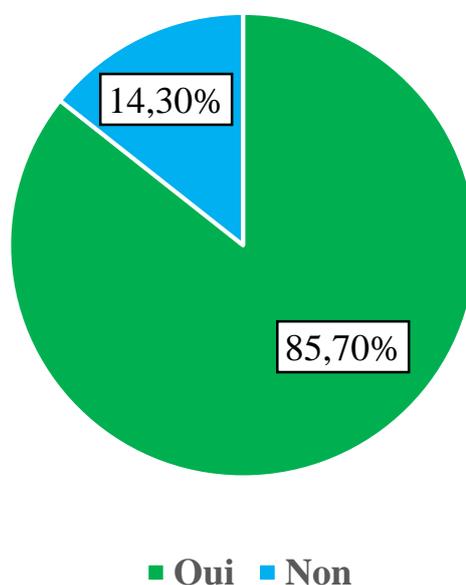


Figure 13 : Répartition des enquêtés selon l’octroi de prime individuelle pour les responsables d’unités

Les responsables d’unités avaient une prime individuelle dans 85,7% des cas.

Tableau XII : Répartition des enquêtés selon l’octroi des ristournes à tous les employés.

Octroi de prime des ristournes	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	21	100,0
Non	0	0
Total	21	100,0

La prime des ristournes était donnée dans 100% des cas.

Tableau XIII : Répartition des enquêtés selon la fourchette de salaire.

Fourchette de salaire	Fréquence	Pourcentage (%)
[30000 – 50000[	2	9,5
] 50000 – 100000[	2	9,5
] 100000 – 150000[	3	14,3
] 150000 – 200000[	2	9,5
] 200000 – 300000[	2	9,5
> 300000[	2	9,5
Pas de réponse	8	38,1
Total	21	100,0

Le salaire était de]100 000 et 150 000[dans 14,3 des cas.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Limites et difficultés de notre étude

Nous avons été quelques fois confrontées à la réticence et au refus de certains chefs de service de répondre entièrement les questionnaires soumis par exemple :(les modes de recrutement, les informations financières, etc.) . Ce qui est dû au niveau des résultats les expressions non-préciser.

Au cours de la période d'étude allant du mois d'août 2022 à juillet 2023, nous avons enquêtés 21 personnes impliquées dans la gestion des ressources humaines au Centre Hospitalier Universitaire Pr Boubacar Sidi Sall de Kati. L'échantillon était composé de 16 chefs de service, le Directeur général du CHU, le chef comptable, un (1) représentant du syndicat, le Chef du personnel et le surveillant général. L'enquête nous a permis de décrire les pratiques de gestion de ressources humaines au sein du CHU Pr Boubacar Sidi Sall de Kati.

4.1. Données sociodémographiques des participants

4.1.1. Âge

La majorité des enquêtés était âgé de 40 à 49 ans dans 47,60% des cas. L'âge moyen était $50,38 \pm 7,579$ ans avec des extrêmes de 32 ans et 62 ans. Dans l'étude de Goita B portant sur les déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G en 2018, 73,33% des participants étaient âgés de plus de 46 ans [4]. Par contre, dans une étude réalisée par Jia H et al. en 2021, l'âge moyen était de 29,08 ($\pm 5,57$) en Chine [34]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge constitue une période propice pour occuper une fonction de responsabilité, surtout de gestion des ressources humaines.

4.1.2. Sexe

Le sexe masculin représentait les 81% des participants avec un sex-ratio de 4. Ce résultat est similaire à celui de Goita B qui a trouvé une prédominance du sexe masculin dans 80% avec un sex-ratio de 4 [4] , et contraire à celui de Jia H et al. en Chine qui ont rapporté une prédominance du sexe féminin de 60,74% des participants [34]. La prédominance du sexe masculin pourrait être due à la proportion élevée des hommes dans le domaine médical de façon générale.

4.2. Pratique de la gestion des ressources humaines

4.2.1. Mode de recrutement

Au total, le CHU de Kati compte 279 salariés dont les fonctionnaires représentaient, 72% des salariés suivis des contractuels permanents 26,9% et trois collectivités soit 1,1% selon les personnels enquêtés.

Le recrutement à l'interne a été le plus cité par 38,1% des participants suivi du recrutement externe dans 33,3%. Selon les personnes enquêtées, la majorité des services faisait l'appel à candidature avant le recrutement, soit 57,1% des cas. La description de poste est faite selon 66,7% des participants.

Le mode de recrutement peut avoir une influence sur la motivation des personnels comme l'indique l'étude de Diakité O et al. au Mali en 2021, qui ont trouvé que 80% des interviewés ont estimé que la manière dont le personnel est recruté a bel et bien une influence sur le comportement des agents de l'hôpital [35].

Dans l'étude de Mansour W et al. en Ouganda, les districts de santé ont décrit l'élaboration d'un plan de recrutement de district tous les deux ans. Les DHMT de Bunyangabu et de Ntoroko font preuve d'une certaine flexibilité lorsqu'elles recrutent du nouveau personnel, elles ajoutent plus de tâches à la description de poste en fonction des besoins de leur département. La plupart des membres du

personnel sont heureux d'assumer les tâches supplémentaires pour maintenir leurs niveaux de compétence ou en raison des incitations disponibles [36].

Par contre, dans l'étude de Larbi G et al au CHU d'Oran en Algérie, concernant le mode de recrutement, il ressort qu'un employé sur trois a été embauché dans le CHU par un mode de recrutement qui sort du cadre standard d'un concours, sur le plan de l'adéquation du poste cible avec le profil recruté, les résultats du questionnaire font ressortir un taux de 30% d'insatisfait quant à l'adéquation poste/profil, ce taux est jugé être très élevé. L'absence constatée d'une définition claire des postes est de nature à aggraver encore plus cette situation. Une majorité de 40% des questionnaires affirment que les postes qu'ils occupent ne sont pas du tout clarifiés [37].

4.2.2. Mode de prise de décision

Dans notre étude, les décisions étaient prises selon un mode collectif d'après 66,7% des participants. Dans la même logique, les responsables de ressources humaines consultaient régulièrement avec les personnels selon 71,4% des personnels. Les problèmes étaient résolus par les cellules syndicales dans la majorité des cas selon 47,6% de personnels suivis.

Selon Mansour W et al. le transfert de l'autorité de gestion aux niveaux locaux devrait s'accompagner de capacités de prise de décision et de gestion adéquates pour que les gestionnaires de la santé soient plus performants et améliorent les services de santé ,dans son étude à Bunyangabu et Ntoroko, les équipes ont une autorité « pleine » sur la gestion du système d'information, ainsi que sur l'utilisation de ses données pour la prise de décisions ressources humaines fondées sur des preuves [36]. Selon Iveta V et al. l'évaluation de la performance des services de santé est devenue une base fondamentale pour la prise de décision au niveau de la direction des établissements de santé ainsi que des autres acteurs de la politique de santé, relative aux enjeux stratégiques du fonctionnement d'un

hôpital[38]. L'implication du maximum de personnes dans la prise de décision permet une bonne représentation des couches de travailleurs et facilite l'adoption d'une solution radicale.

4.2.3. Communication

Dans notre étude, les informations relatives aux décisions stratégiques étaient données aux personnels selon 81% des participants.

Selon l'OMS, une bonne communication entre les différents niveaux du système de santé est aussi un mécanisme important en ce qu'elle sert à assurer une prestation efficace et rationnelle des services aux patients [39]. Par exemple, Scott et al et al. en 2003, ont constaté dans les milieux hospitaliers des pays développés que la communication entre différentes catégories d'agents de santé donnait lieu à une meilleure performance [40], et l'OMS estime qu'un système de transfert qui fonctionne bien est l'élément central de l'approche des soins de santé primaires à la prestation des services, approche qui, justement, met l'accent sur la communication (OMS & UNICEF, 1978) [41].

La communication participe à générer un climat général favorable et à unifier les employés. Une véritable transparence admet aussi d'esquiver aux rumeurs, spécialement quand les choses ne circulent pas très bien.

4.2.4. Prise en charge des accidents de travail

Les dispositions pour la prise en charge des accidents de travail étaient INPS (AMO) dans 66,7% des cas suivis de la prise en charge gratuite par l'hôpital dans 57,1% des cas. Les procédures de licenciement étaient selon le Code du travail dans 33,3% des cas.

Selon l'article 176 du code de travail du Mali, l'employeur est tenu d'aviser l'inspecteur du travail dans un délai de quarante – huit heures de tout accident du travail survenu ou de toute maladie professionnelle constatée dans l'entreprise.

Cette déclaration se fait conformément aux prescriptions fixées en la matière par le code de prévoyance sociale [42].

L'application de code de travail dans le processus de gestion de ressources humaines est obligatoire selon la loi et permet de mettre l'employé et l'employeur dans leur droit les plus légitimes.

4.2.5. Pratique sociale

Selon notre enquête, le climat social de l'établissement était bon par 57,1% des participants et très bon dans 23,8% des cas. La majorité des conflits interpersonnels était géré par le dialogue, soit 95,2% des cas. Le CHU de Kati ne possédait pas de fond pour les événements sociaux des personnels selon 61,9% des participants. Un climat social favorable a un effet sur la productivité des salariés. En effet, il incite les collaborateurs à s'engager et à donner le meilleur d'eux-mêmes. C'est un cercle vertueux, car une qualité de vie au travail entraîne de l'implication et une rentabilité. Dans la même lignée que le dialogue social, une communication interne efficace est indispensable pour un climat de travail positif.

4.2.6. Plan de carrière

La majorité des enquêtés ont affirmé que le CHU de Kati ne disposait pas d'un plan de carrière pour les employés dans 95,2% des cas.

Selon Rothmann et Joubert, les individus rendront la pareille avec un haut niveau d'engagement lorsque les organisations offrent aux employés des opportunités d'améliorer leurs capacités professionnelles (par exemple, en augmentant leur salaire et en les promouvant) [43]. Quant à Beygi et al dans leur étude en 2017, les moyens investis par les entreprises pour améliorer le niveau professionnel des salariés pourraient favoriser leur implication au travail [44]. Tang CY et al [45] a divisé la gestion du développement des ressources humaines en trois dimensions – la croissance de carrière

-les opportunités de formation

-et l'évaluation des performances,

Estimant que les trois dimensions peuvent affecter positivement l'engagement des employés, répondre aux besoins des entreprises et des employés et déclencher une interaction bénigne entre les employeurs et les employés [45].

Les facteurs de démotivation des personnels de santé sont aussi relatifs à une gestion inappropriée des plans de carrière et au manque de perspectives d'avancement au mérite. Alors que dans la politique de développement des ressources humaines de la santé, l'intégration des plans de carrière et la reconnaissance du mérite constituent des fondements dans la motivation des professionnels de santé [4].

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, les 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 termes d'accroissement de productivité, d'amélioration du climat social, de diminution des coûts, d'accroissement de la stabilité du personnel, d'amélioration de la flexibilité humaine de l'organisation [46].

4.2.7. Rémunération

Les salaires des employés étaient fixés en fonction du niveau d'étude dans 42,9% des cas. La majorité des responsables d'unités avaient une prime individuelle, soit 85,7% des cas. La prime des ristournes a été donnée à tous les employés soit 100% des cas. Le salaire était compris entre 100 000 et 150 000 dans 14,3% des cas.

En ce qui concerne la rémunération des professionnels de santé, la plupart sont des fonctionnaires et des contractuels de l'Etat, dont les recrutements dépendent de la soutenabilité budgétaire des initiatives. Les salaires des fonctionnaires sont déterminés par la grille indiciaire de la fonction publique et la rémunération des agents du secteur communautaire par la convention collective des centres de santé communautaires de 2006. La plupart des professionnels de santé ne sont pas motivés par leur rémunération [4]. Et, certains pensent que compte tenu de la charge de travail (cumul des fonctions de production de soins et des activités administratives), les rémunérations ne sont pas suffisantes [13].

La Loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 portant Loi hospitalière confère aux hôpitaux le statut d'Établissement Public Hospitalier dote d'une autonomie administrative et financière. Cette loi prescrit des directives sur les modalités d'intéressement du personnel dans les établissements publics hospitaliers. Elle dispose dans son article 78 que chaque établissement définit les primes et autres avantages destinés à son personnel, leur attribution dépend de la qualité des prestations de chacun et précise dans son article 79 que chaque établissement public hospitalier doit mettre en œuvre une politique d'intéressement de son personnel sur les résultats écoulés. En fonction du niveau de responsabilité, certaines primes sont octroyées et des véhicules de liaison ou de fonction sont attribués [35].

En application à cette loi, une prime de ristourne ou prime d'intéressement collective est reversée chaque trimestre aux personnels de santé en activité dans les Etablissements Publics Hospitaliers. Cette prime est calculée en fonction des excédents et des disponibilités financières. Chaque employé de l'hôpital y a droit. Dans la réalité, même si l'administration n'en a pas les moyens, elle s'arrange à le reverser [13,35].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

- **Conclusion**

En somme, il ressort de ce travail que le personnel le plus productif était recruté en majorité à l'interne. Une absence de plan de carrières était fortement souligné par nos enquêtés, mais il existait un programme de formation spécifique permettant aux employés de remplir les exigences de leur poste, la gestion sociale au sein de l'hôpital pour la majorité était bonne. Le salaire est fixé en fonction du niveau d'étude, et l'ancienneté est la base d'augmentation des salaires. Cependant il ressort de notre étude que la gestion des ressources humaines a un réel impact sur la performance de l'hôpital et la qualité des soins aux patients. Le personnel médical et para médical doivent continuer de travailler avec le secteur administratif de l'hôpital dans le but de garantir la satisfaction des employés et l'amélioration de la qualité des soins aux patients.

- **Recommandations**

Aux Autorités:

- Proposer des plans de formation continue pour les agents de la santé.
- Proposer les plans de carrière bien spécifiques pour tout personnel médical et administratif de l'hôpital.

Aux autorités administratives de CHU Kati

- Veuillez à l'exécution sur les bonnes pratiques de gestion des ressources humaines,
- Élaboration des plans de carrière précis pour les employés,
- Proposer des plans de formation avec budgets pour les services ;
- Renforcer le recrutement à l'interne.

Au Syndicat du CHU Kati

- Mettre en place un fond social pour le personnel.

RÉFÉRENCES

1. Ezziadi A, Gharrafi M. Quelle configuration pour que le contrôle de gestion hospitalier réponde aux enjeux de gouvernance du secteur public ? Rev Int Sci Gest [Internet]. 2019 [cité 16 juin 2022];2(2). Disponible sur : <https://www.revue-isg.com/index.php/home/article/view/81>
2. Hayo-Villeneuve S. Vers un modèle intégrateur des démarches qualité à l'hôpital : l'apport des outils de gestion [Internet] [phdthesis]. Université de Lorraine, 2017 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01561792>
3. La gestion des ressources humaines à l'hôpital [Internet]. Gestions Hospitalières. 2012 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://gestions-hospitalieres.fr/la-gestion-des-ressources-humaines-a-lhopital/>
4. Goita B. Étude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans Bakary Goïta les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G. Thèse de Médecine USTTB. Bamako, 2018 ; N°42, 118p.
5. Mainhogu S., (2012), « le pouvoir paradoxal des soins sur la GRH », Deboeck supérieur, AGRH, N04, p. 33-52.
6. Pozzebon S, Coiquaud U, Gosselin A, Chênevert D. La gestion des ressources humaines. D'hier à demain. Gestion. 2007;32(3) :99-109.
7. Kenza A, Rafika A. Les pratiques de la gestion des ressources humaines en milieu hospitalier : entre réglementation et prérogatives du manager Cas du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de TIZI-OUZOU. Université Mouloud Mammeri de TIZI-OUZOU. [Mémoire] Algérie, 2016 : 181p.
8. Comité d'expert des statistiques sanitaires, 8ème rapport, OMS, 1963, Genève, page 09, disponible sur le cite : www.apps.who-int/iris/bistream.
9. Nawal A, Lydia A. La contribution de la gestion des carrières dans le développement des compétences cas : Médecins assistants de CHU de Tizi-Ouzou. Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou. [Mémoire]. Algérie, 2020 : 158p.
10. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023. Mali : 97p.
11. Assemblée Nationale. Loi n ° 02-050 du 22 juillet 2002 Portant loi hospitalière. République du Mali, 2002 : 13p.

12. Diarra A. Déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au Mali. FMOS. [Thèse] Bamako, 2014 ; N°160 : 145p.
13. Sanogo M. Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali. Université Montréal. [Thèse de santé publique]. 2012 : 302p.
14. Assemblée Nationale. Loi N °090-110/AN-RM 18 octobre 1990 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation et du fonctionnement des établissements publics à caractère administratif. République du Mali, 1990 : 8p.
15. Cadin L. et al. Gestion des ressources humaines. [Livre] 3ème éditions, Dunod, 2007, p11 : 622 Pages.
16. Onge S. et al. Relever les défis de la gestion des ressources humaines. [Livre] 2ème édition, Montréal, 2004 ; p6 : 721p.
17. Bélanger et al. Gestion stratégique et opérationnelle des ressources humaines. [Livre], Gaëtan Morin Éditeur, 1993 : 779 pages.
18. Moreno M., « Cours GRH/IFSE sur proposition de Caroline Manville Maître de Conférence GRH, IAE -UT1 », p. 5.
19. Fifatin. B.I. La gestion externalisée des ressources humaines. école nationale d'administration et de magistrature (ENAM). [mémoire de magister], 2012, page 10.
20. Peretti JM. La gestion des ressources humaines. Edition Vuibert, France, 1990, page 76.
21. Peretti J. Ressources humaines et gestion de personnes. [Livre]. 4ème édition, Vuibert, paris, 2002 : 224 pages.
22. Abbad J. Organisation et management hospitalier. Paris : Berger-Levrault, 2001. 417 p.
23. Melbouci L, Chemoukha A, Allek S, Souki H, Boughanem F. La gestion de la ressource humaine hospitalière : Entre contraintes et impératifs de modernisation, cas du CHU de Tizi Ouzou. Cah Cread. 2015;111 :127-60.
24. Vallejo J. La modernisation des services RH hospitaliers : un enjeu stratégique ? 2014;87.

25. Arnaud J.O, Barsacq.G. La Dynamisation des ressources humaines a l'hôpital. [Livre]. FeniXX réédition numérique (ESF éditeur) ; 2020 : 129p.
26. Sekiou L, Blondin L, Fabi B, Bayad M, Peretti J, Alis D, Chevalier F. La gestion des ressources humaines. [Livre] 2ème édition, Deboeck, Bruxelles, 2001 : 810p.
27. Razouk A, Bayad M. La gestion stratégique des ressources humaines dans les PME françaises : quelle place et quelle évolution ? Rev Int PME Économie Gest Petite Moy Entrep. 2010;23(2) :131-57.
28. Courchense M. Stratégie de gestion des ressources humaines. 2012, page : 06, disponible sur : [www.https://newswir.ca](http://www.newswir.ca),
29. Peretti JM. Gestion des ressources humaines. 12e édition. Paris : Vuibert, 2004. 246 p.
30. Citeau J. Gestion des ressources humaines, principe généraux et cas pratiques, Armand Colin, Paris. 1997.
31. Alantonhedjra J, Saturnin A. Pratique de gestion des ressources humaines et la performance organisationnelle et sociale des PME au Bénin [Science économique]. [BÉNIN], 2007 : 108p.
32. Bouchi O. Boubekour M. Les pratiques de rémunération au sein d'un service sanitaire, mémoire de master, option : organisation et travail. Université Abderrahmane mira, Bejaia 2012, page 09.
33. Baranger P, Helfer JP, La Bruslerie H de, Orsoni J, Peretti JM. Gestion : les fonctions de l'entreprise. Paris, France : Vuibert, 1985. 430 p.
34. Jia H, Cao P, Yu J, Zhang J, Jiang H, Zhao Q, et al. A New Perspective for Improving the Human Resource Development of Primary Medical and Health Care Institutions : A Structural Equation Model Study. Int J Environ Res Public Health. 4 mars 2021 ;18(5) :2560.
35. Diakité O, Coulibaly I, Diabaté A, Koné A. Le développement des ressources humaines de la santé au Mali pour une efficacité de l'aide publique au développement : Revue de la littérature et perspectives d'améliorations. 2021;4(4) :552-73.
36. Mansour W, Aryaija-Karemani A, Martineau T, Namakula J, Mubiri P, Ssenooba F, et al. Management of human resources for health in health

- districts in Uganda : A decision space analysis. *Int J Health Plann Manage.* 2022;37(2) :770-89.
37. Larbi G. Human Resources Management in the Public Hospital Case of the University Hospital Centre of Oran. *Eur J Econ Bus Stud.* 19 mai 2017 ;8(1) :100.
38. Vrabková I, Vaňková I. Efficiency of Human Resources in Public Hospitals : An Example from the Czech Republic. *Int J Environ Res Public Health.* 28 avr 2021 ;18(9) :4711.
39. Bossert T, World Health Organization. Planification stratégique des ressources humaines pour la santé : évaluation des facteurs financiers, éducationnels, administratifs et politiques / Bossert, Thomas ... [et al.]. *Assess Financ Educ Manag Policy Context Strateg Plan Hum Resour Health Thomas Bossert Al.* 2010 ;86.
40. Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M. The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care : A Review of the Available Instruments. *Health Serv Res.* juin 2003 ;38(3) :923-45.
41. Conférence internationale sur les soins de santé primaires (1978 : Alma-Ata U, Organization WH, Fund (UNICEF) UNC. Les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS, 6-12 septembre 1978 [Internet]. Organisation mondiale de la Santé, 1978 [cité 30 avr 2023]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39243>
42. Abdelhakim L. Loi N°92 - 020 / portant code du travail en république du Mali, *Droit Afrique:* 71p.
43. Rothmann S, Joubert JHM. Job demands, job resources, burnout and work engagement of managers at a platinum mine in the North West Province. *South Afr J Bus Manag.* 2007;38(3) :49-61.
44. Beygi F, Kharazmi OA, Rahnama MR. Investigating the moderating effect of career growth on the relationship between job resources and job engagement : the case of vice chancellor for planning and development of mashhad municipality. *Int J Sci Manag Dev.* 2017;5.
45. Tang CY, Wang P, Xiao S. Research on the influence mechanism of moral leadership on the career growth of new employees. *J Southwest Jiaotong Univ.* 2015;16 :104-14.

46. Martory B, Crozet D. Chapitre 3. La gestion des carrières. In : Gestion des ressources humaines [Internet]. Paris : Dunod, 2016 [cité 30 avr 2023]. p. 75-94. (Management Sup, vol. 9ème ed.). Disponible sur : <https://www.cairn.info/gestion-des-ressources-humaines--9782100743162-p-75.htm>

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : BOUKARI

Prénom : Sharif

Section : Pharmacie

E-mail : Sharifboukari20@gmail.com

Titre de la thèse : Processus Ressources Humaines dans les établissements publics hospitaliers : cas du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati.

Année Universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Togo

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Pharmacie

Secteur d'intérêt : Santé publique, gestion et législation pharmaceutique

Résumé :

Il s'agissait d'une étude qualitative à collecte prospective non probabiliste de type raisonné allant d'août 2022 à juillet 2023. Au total nous avons enquêtés 21 personnes travaillant au CHU de Kati impliquées dans les prises des décisions en rapport avec la Gestion des Ressources Humaine au niveau de l'hôpital. L'âge moyen était $50,38 \pm 7,57$ ans. Le sexe masculin représentait les 81% des participants. Le recrutement à l'interne a été le plus cité par 38,1% des participants suivi du recrutement externe dans 33,3%. Selon les personnes enquêtées, la majorité des services faisait l'appel à candidature avant le recrutement, soit 57,1% des cas. Dans la même logique, les responsables de ressources humaines consultaient régulièrement avec les personnels selon 71,4% des personnels.

Les dispositions pour la prise en charge des accidents de travail étaient INPS (AMO) dans 66,7% des cas suivis de la prise en charge gratuite par l'hôpital dans 57,1% des cas. La majorité des enquêtés ont affirmé que le CHU de Kati ne

disposait pas d'un plan de carrière pour les employés dans 95,2% des cas. Les salaires des employés étaient fixés en fonction du niveau d'étude dans 42,9% des cas. Le salaire était compris entre 100 000 et 150 000 dans 14,3% des cas.

Mots clés : Processus ressources humaines, CHU de Kati, Mali.

Summary:

This was a qualitative, non-probabilistic, prospective, purposive study covering the period from August 2022 to July 2023. In total, we surveyed 21 people working at Kati University Hospital who were involved in decision-making related to human resource management at the hospital. The average age was 50.38 ± 7.57 years. Males accounted for 81% of participants. Internal recruitment was cited by 38.1% of participants, followed by external recruitment by 33.3%. According to the respondents, the majority of departments (57.1%) called for applications before recruiting. By the same token, 71.4% of the staff surveyed said that human resources managers consulted with staff on a regular basis.

INPS (AMO) was used to cover accidents at work in 66.7% of cases, followed by free treatment by the hospital in 57.1% of cases. The majority of respondents stated that Kati UHC did not have a career plan for employees (95.2%). Employees' salaries were set according to their level of education in 42.9% of cases. Salaries were between 100,000 and 150,000 in 14.3% of cases.

Key words: Human resources process, Kati University Hospital, Mali.

Fiche d'enquête

I. Données sociodémographiques

1. Age : /_____/
2. Sexe : /___/ 1. Masculin 2. Féminin
3. Profession : /___/ 1. Médecin 2. Pharmacien 3. Administrateur 4. Autres (à préciser)
4. Fonction : /_____/

II. La gestion de ressources humaines du CHU de Kati

5. Combien de salariés permanents et contractuels compte votre hôpital ?
1. Permanent /_____/ 2. Contractuel /_____/
6. Combien de personnes ont démissionnés de leur poste dans les trois dernières années ?
Homme /___/ 2. Femme /___/
7. Selon vous quel est le mode de recrutement le plus efficace : /___/ 1. Interne 2. Externe
8. Combien d'employés ont...
 - Moins de 2 ans ancienneté : /___/
 - Entre 2 et 5 ans ancienneté : /___/
 - Entre 6 et 10 ans ancienneté : /___/
 - 11 ans ou plus ancienneté : /___/

III. Les pratiques de gestion des ressources humaines

a. Recrutement

1. Au sein de votre hôpital, faites-vous une description de poste dans les activités de recrutement ? : /___/ 1. Oui 2. Non
2. Faites-vous appel à candidature avant le recrutement ? : /___/ 1. Oui 2. Non
3. Selon vous, quel est le type de recrutement le plus productif ? : /___/ 1. Externe 2. Interne
4. Pourquoi ?.....
5. Quels sont les principaux critères de sélection des candidats ?
 - Expérience : /___/ 1. Oui 2. Non
 - Niveau d'étude : /___/ 1. Oui 2. Non
 - Par recommandation : /___/ 1. Oui 2. Non

- Compétence : /___/ 1. Oui 2. Non
- Motivation : /___/ 1. Oui 2. Non
- Disponibilité : /___/ 1. Oui 2. Non
- Situation matrimoniale : /___/ 1. Oui 2. Non
- Assidu respectueux : /___/ 1. Oui 2. Non
- Autres

6. Type de contrat offert : /___/ 1. Durée déterminée 2. Durée indéterminée

b. Rémunération

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

- Expérience : /___/ 1. Oui 2. Non
- Niveau d'étude : /___/ 1. Oui 2. Non
- Ancienneté : /___/ 1. Oui 2. Non
- Compétence : /___/ 1. Oui 2. Non
- Motivation : /___/ 1. Oui 2. Non
- Disponibilité : /___/ 1. Oui 2. Non
- Tâche exécutée : /___/ 1. Oui 2. Non
- Selon le barème du Code du travail : /___/ 1. Oui 2. Non
- Selon le poste occupé : /___/ 1. Oui 2. Non
- Autres :

8. Sur quelle base vous faites les augmentations de salaire ?

- Ancienneté : /___/ 1. Oui 2. Non
- Niveau d'étude : /___/ 1. Oui 2. Non
- Compétence : /___/ 1. Oui 2. Non
- En fonction des recettes : /___/ 1. Oui 2. Non
- Performance : /___/ 1. Oui 2. Non
- Pas d'augmentation : /___/ 1. Oui 2. Non
- Selon le poste occupé : /___/ 1. Oui 2. Non
- Autres :

9. L'octroi de prime individuelle pour les meilleurs employés (les plus performants) est-elle une activité dans votre hôpital ? : /___/ 1. Oui 2. Non

10. L'octroi de prime individuelle pour les responsables d'unités est-il une activité ? : /___/ 1. Oui 2. Non

11. L'octroi de prime d'ancienneté aux employés est-il une activité ? : /___/ 1. Oui 2. Non

12. L'octroi des ristournes à tous les employés est-il une activité ? : /___/ 1. Oui 2. Non
13. Si oui, comment se fait cet octroi de ristourne ?.....
14. Existents-ils des avantages sociaux pour les personnels ? : /___/ 1. Oui 2. Non
15. Si oui, quels sont ces avantages ?.....
16. Votre politique de rémunération motive-t-elle les employés ? : /___/ 1. Oui 2. Non
Si oui, à quel degré ? /___/ 1. Très motivé 2. Motivé 3. Peu motivé
17. Fourchette de salaire /___/
1. < 30000
 2. 30000 – 50000
 3. 50000 – 100000
 4. 100000 – 150000
 5. 150000 – 200000
 6. 200000 – 300000
 7. > 300000

c. Formation

Au sein de l'hôpital :

18. L'utilisation de programme de formation spécifique permettant aux employés de remplir les exigences de leur poste : /___/ 1. Oui 2. Non
19. Utilisez-vous des programmes de formation spécifique permettant aux employés de répondre au besoin futurs de l'organisation ? : /___/ 1. Oui 2. Non
20. Quand vous optez pour une nouvelle stratégie (nouvelle appareille médicale, nouveau système sanitaire) assurez-vous des formations pour votre personnel ? : /___/ 1. Oui 2. Non
21. Utilisez-vous des programmes de formation générale ? : /___/ 1. Oui 2. Non
22. Si oui, quel type adoptez-vous ? : /___/
1. Formation interne
 2. Formation externe
 3. Formation alternance
23. En quoi consiste ce programme de formation ?.....
24. Quelle est la part du budget consacré à cette formation ? /___/
1. Aucun budget
 2. Budget interne
25. Comment sont organisés les congés du personnel ?
- Calendrier de congé fixé dès le début de l'année : /___/ 1. Oui 2. Non
- Congé programmé par rapport à la disponibilité des employés : /___/ 1. Oui 2. Non

d. Communication

Au sein de l'hôpital :

- 26. Quel est le mode de prise de décision : /___/ 1. Collective 2. Individuel
- 27. La consultation régulière avec les personnels est-elle une activité : /___/ 1. Oui 2. Non
- 28. La résolution des problèmes se fait à travers : /___/ 1. Cellules syndicales
2. Administrativement 3. Autres :

e. Informations

Dans votre hôpital, partagez-vous avec les employés

- 29. Les informations relatives aux décisions stratégiques : /___/ 1. Oui 2. Non
Si oui, à quel degré ? : /___/ 1. Toujours 2. Des fois
- 30. Les informations financières (par exemple les rapports annuels) : /___/ 1. Oui 2. Non
Si oui, à quel degré ? : /___/ 1. Toujours 2. Des fois

f. Gestion sociale :

Dans votre hôpital :

- 31. Quelles sont les dispositions pour la prise en charge des accidents de travail ?
 - 1. INPS (AMO) : /___/ 1. Oui 2. Non
 - 2. Dispositions prévues par l'inspection du travail : /___/ 1. Oui 2. Non
 - 3. Prise en charge gratuite par l'hôpital : /___/ 1. Oui 2. Non
 - 4. Pas de disposition : /___/ 1. Oui 2. Non
 - 5. Autres :
- 32. Quelles sont les procédures de licenciement ?
 - 1. Selon le Code du travail : /___/ 1. Oui 2. Non
 - 2. Pas encore de licenciement : /___/ 1. Oui 2. Non
 - 3. Autre :
- 33. Comment vous gérez les conflits interpersonnels ?
 - 4. Par le dialogue : /___/ 1. Oui 2. Non
 - 5. Par punition : /___/ 1. Oui 2. Non
 - 6. Autre méthode :
- 34. Avez-vous un fond pour les événements sociaux des personnels ? : /___/ 1. Oui 2. Non
- 35. Comment appréciez-vous le climat social de l'hôpital ? : /___/ 1.
Très mauvais /_ / 2. Mauvais /_ / 3. Moyen /_ / 4. Bon /_ / 5. Très bon /_ /

36. La qualité des relations sociales entre les personnels est-elle ? : /_____/

1. Très mauvais /_ / 2. Mauvais /_ / 3. Moyen /_ / 4. Bon /_ / 5. Très bon /_ / /

37. Le taux d'absentéisme des personnels est-il ?

Très faible /_ / faible /_ / Moyen /_ / élevé /_ /

g. Gestion des carrières

38. Vous disposez un plan de carrière pour les employés au sein de l'hôpital ? /___/ 1.

Oui 2. Non

39. Vous discutez du plan de carrière avec les employés ? : /___/ 1. Oui 2. Non

40. Quelles sont les conditions à remplir pour obtenir une promotion ?

.....

MINISTERE DE LA SANTE ET
DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
Pr. BOCAR SIDY SALL DE KATI

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

LETTRE CIRCULAIRE N° 2023 1005- -3 /MSDS/CHU-BSS-K /DG

Portant information

Le Directeur Général Centre Hospitalier Universitaire Pr. Bocar Sidy SALL de Kati a l'honneur d'informer l'ensemble du personnel que dans le cadre de la réalisation de sa thèse en Pharmacie intitulée «Processus ressources humaines dans les établissements publics hospitaliers : cas du Centre Hospitalier Universitaire Pr. Bocar Sidy SALL de Kati » Monsieur BOUKARI sharif étudiant en 6^{ème} année Pharmacie est autorisé à faire la collecte des données dans le cadre de sa thèse.

La direction sait compter sur la disponibilité de tous.

AMPLIATIONS :

DG/DGA 2
PCME..... 1
C.P..... 1
Surveillant..... 1
Tous chefs de service..... 14
Les surveillants de services 14
Intéressé.....01
Archives.....01

Kati, le 13 janvier 2023

Le Directeur Général



Dr Almoustapha OUATTARA

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



FACULTE DE PHARMACIE

Service des Examen

Docteur Issa COULIBALY, Chef de service des Examen

A

M. le Président du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du Mali

Objet : Demande d'introduction

Dans le cadre de la réalisation de sa thèse intitulée «*Processus ressources humaines dans les établissements publics hospitaliers : cas du CHU Pr.Bocar Sidy SALL de Kati* », je viens par la présente vous solliciter pour introduire M. BOUKARI Sharif, étudiant en 6^{ème} année de pharmacie auprès des chefs de service de votre établissement, pour les besoins de son enquête.

Je vous remercie d'avance pour votre disponibilité.

Veuillez recevoir, Monsieur, l'expression de ma très haute considération.

Bamako, le 10 janvier 2023

Le Docteur Issa COULIBALY

Ci-joint : le protocole de la thèse





MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL
CHU de KATI

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

COURRIER ARRIVEE ORDINAIRE CHU-KATI/N° 29 du 11/01/2023

Origine *	Nature *	Référence	Date du courrier
FACULTE DE PHARMACIE	LETTRE	LET-2023-12	10/01/2023
Objet *			
Demande d'introduction de M. Boukari SHARIF			

Imputations

Service / Responsable des tâches	Description des tâches	Date
Mme. DJÉNÈBA. COULIBALY	Pour attribution, Autorisation de mener l'enquête	12/01/2023 07:49

Annotations

Date	Auteur	Annotation
DGA		
DG		

Suite réservée

--

NB : Tout courrier doit faire l'objet d'un traitement, même partiel, dans les 48 heures de réception

BP16 - KATI MALI - Tel. + 223 21 27 20 65

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

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

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

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

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure