

Département d'Administration de la Santé/Unité de Santé Internationale
Université de Montréal
Faculté de Médecine, Université d'Etat d'Haïti
Programme DESS / MGSS 2010-2011

Projet d'intervention:

Analyse de l'équation Offre-Demande de main d'œuvre à
l'Hôpital Notre-Dame de Petit-Goâve

Préparé par :

Jean Rhony **LEGOUTE**

Magda Marie-Ange **OCCELAS**

Johane **JEAN**

Emmanuel Fils **SALNAVE**

Thierry **FRANCOIS**

Novembre 2011

Plan

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	4
Introduction	5
Contexte	6
Objectifs	7
Cadre conceptuel	8
Revue de la littérature	8
Planification des Ressources Humaines (PRH)	9
Demande interne de travail	10
Demande de service de santé ou Charge de travail attendue	10
Offre interne de main d'œuvre	10
Facteurs influençant ou explicatifs de l'offre de main-d'œuvre	11
Organisation du travail	11
Déséquilibre entre demande et offre	12
Surplus	12
Pénurie	12
Modèle conceptuel de l'équilibre entre la demande de travail et l'offre de main-d'œuvre	14
Méthodologie	15
Nature du travail	15
Technique de collecte de données :	16
Entrevue :	16
Focus group	17
Observation	17
Consultation de documents	17
Compilation et traitement	17
Limites et validité de l'étude	17
Résultats	19

Demande interne de travail	19
Approche historique (charge de travail attendue)	19
Calcul de la main-d'œuvre correspondante à la demande de service	20
Offre de services/ Offre interne de main-d'œuvre	20
Volume de production (Nombre de patients reçus)	21
Productivité	22
Nombre d'heures travaillées	22
Contrôle	23
Rotation (mécanisme)	23
Respect du temps de travail	23
Respect des procédures de prise de congé	23
Organisation services / exploitation du personnel	23
Décomposition des tâches	24
Conditions de travail	25
Enchaînement (Gestion de la permanence)	26
Motivation du personnel	26
Equilibre offre-demande	29
Identification du problème	29
Explications possibles du problème	30
Des difficultés au niveau de la planification	30
Des insuffisances au niveau de la productivité	33
Des problèmes au niveau de l'organisation des services et de l'exploitation du personnel	35
Correction d'une pénurie	37
Options retenues	38
Recommandations	39
Conclusion	42

Bibliographie.....	42
Annexe	44

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CP	: Chef du Personnel
CPN	: Consultation Périnatale
CS	: Chef de Service
CSL	: Centre de Sante Sans Lits
DESS	: Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
DM	: Directeur Medical
GRH	: Gestion des Ressources Humaines
HCR	: Hôpital Communautaire de Référence
HNDPG	: Hôpital Notre Dame de Petit-Goâve
IHSI	: Institut Haïtien de Statistiques et D'informatique
MGSS	: Management et Gestion des Services de Sante
MO	: Main-d'œuvre
MSPP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
OBGYN	: Obstétricien-Gynécologue
ODM	: Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PRH	: Planification des Ressources Humaines
RH	: Ressources Humaines
RN	: Responsable Nursing
SOG	: Soins Obstétricaux Gratuits

Introduction

Le présent travail est réalisé par un groupe d'étudiant/tes du DESS en MGSS comme exigence partielle pour l'obtention du diplôme d'étude. Il s'agit d'un projet de sortie qui a pour objet d'analyser la production des soins au sein de l'hôpital Notre Dame de Petit-Goâve (HNDPG) dans une perspective d'évaluation et de propositions de réorganisation des services.

a. Présentation du mandataire

Les étudiant/es ayant reçu le mandat de réaliser ce travail répondent au nom de :

- Johane JEAN, Médecin Généraliste
- Jean Rhony LEGOUTE, Médecin de famille
- Thierry FRANCOIS, Médecin, Directeur médical de l'hôpital Saint-Pierre de Corail
- Emmanuel Fils SALNAVE, Médecin généraliste
- M. Marie-Ange OCCELAS, Communicatrice Sociale

b. Présentation du mandant

Ce projet d'intervention portera sur l'hôpital Notre dame de Petit-Goâve (HNDPG) qui est un hôpital communautaire de référence situé dans la commune de Petit-Goave, commune d'une superficie de 387,88 km², composée de 157,296 habitants dont 79,438 hommes et 77,858 femmes (IHSI, 2009) et située dans le département de l'Ouest. Cette commune est traversée par un ensemble de problèmes communs aux différentes régions du pays d'ordre géographiques, démographiques, économiques, politiques, culturels, sanitaires, etc.

En termes d'infrastructures sanitaires la commune est pourvue de 5 dispensaires, 2 centres de santé sans lit (CSL) et un hôpital communautaire de référence, l'HNDPG. Cette institution dispose des 4 services de base avec une capacité de 53 lits (Médecine interne-12, Chirurgie-12, Pédiatrie-13, Maternité-16), la clinique externe et d'autres services servant de support tels : le laboratoire, la radiologie, la Pharmacie. Ces structures sanitaires qui, avant le 12 janvier 2010 étaient déjà dépourvues de matériels et d'équipements, ont été détruites à plus de 50% par le séisme.

L'HNDPG est actuellement dirigé par le Docteur Lesly Pierre-Paul qui y a travaillé pendant plus de 20 ans comme Orthopédiste mais qui y occupe depuis quatre (4) ans le poste de directeur médical. Son appui nous sera utile et nécessaire pendant ce travail.

Contexte

La pénurie, concept central de ce présent travail, constitue dans le domaine de la santé une préoccupation mondiale. Dans son rapport de 2006, l'OMS a établi une norme selon laquelle il fallait 2,5 personnels de santé pour 1000 habitants. En dessous de ce standard, elle estimait qu'il est très improbable que l'on puisse atteindre une couverture importante pour les interventions essentielles, notamment celles qui sont nécessaires à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé (OMD). D'après ces estimations, le déficit d'alors au niveau mondial était de 2,4 millions de médecins, infirmières et sages-femmes et 57 pays dont Haïti étaient affectés par ce qu'elle qualifiait de pénurie aiguë de main-d'œuvre. Toujours selon ce rapport, Haïti avait en 1998 une densité de 0,25/1000 médecins, 0,11/1000 personnel infirmier et 0,01/1000 dentiste comparé au Guatemala qui était de 0,90/1000 médecins, 4,05/1000 personnel infirmier et 0,18/1000 dentiste. Selon l'OMS, en dessous de cette norme minimale de 25 professionnels pour 10 000 (MSPP, 2010), il est difficile pour ces pays d'avoir des systèmes de santé performants et il est fort probable qu'ils ne pourront atteindre les objectifs du millénaire de développement en matière de soins de santé primaire.

Au niveau systémique, de nombreux facteurs influent sur la pénurie de ressources humaines, notamment la migration poussée des cadres qui laissent le pays en vue de s'établir sous des cieux jugés plus cléments, la difficulté à attirer et à retenir le personnel de santé, surtout en milieu périphérique. La gravité de la situation semble ne pas suffisamment retenir l'attention des dirigeants car les investissements dans le secteur ne traduisent pas une préoccupation suffisante d'adresser et de résoudre le problème.

Cette situation au niveau national semble se répercuter sur les organisations de santé au niveau communal et départemental. A Petit-Goave, Les dirigeants de l'HCR attribuent leur incapacité à équilibrer la demande de soins reçue de la population à la production de soins fournie par l'hôpital à un problème de pénurie de ressources humaines. La situation est d'autant plus difficile, selon eux, que les établissements publics de soins ont une marge de manœuvre limitée en termes de planification et de gestion des ressources humaines. Ils n'ont pas droit de recrutement ni de révocation, ils sont seulement capables de solliciter le transfert d'une ressource. Selon la loi organique du Ministère, la fonction de gestion du personnel est assurée par la Direction des ressources humaines du MSPP alors que la responsabilité de gestion des institutions incombe à ceux qui les dirigent. Ces derniers se trouvent en face d'une situation

complexe : ils subissent une pression accrue d'augmenter la performance de leurs institutions sanitaires mais ils ne sont pas en mesure de planifier leur RH en fonction de la demande à satisfaire. C'est dans ce contexte que le présent travail sera réalisé.

2. Compréhension du mandat

Depuis ces quinze dernières années, le système de santé Haïtien subit une pression constante en vue d'améliorer sa performance. Cette pression est retransmise par le MSPP à tous les niveaux du système, notamment aux structures sanitaires de prestation de soins. Or, selon le Directeur de l'Hôpital de Petit-Goâve, il lui est de plus en plus difficile de répondre à cette obligation car l'hôpital qu'il dirige fait face à de sérieux problèmes : plainte de la clientèle, longues files d'attentes, renvois de patients, tentatives multiples des patients, surcharge de travail. Cette situation compromettante pour la prestation des services et pour la qualité des soins au niveau de son institution, serait selon lui, la résultante d'une pénurie de ressources humaines. Par ailleurs, certains prestataires contactés se plaignent d'une surcharge de travail et des files d'attente ont effectivement été remarquées lors de notre visite préliminaire.

Objectifs

A partir de la situation ci-dessus décrite, les objectifs sur lesquels nous nous sommes entendus avec le directeur de l'hôpital sont ci-dessous énumérés:

Objectif général :

- Renforcer la gestion des ressources humaines à l'hôpital Notre-Dame de Petit-Goâve

Objectifs spécifiques :

- Apprécier l'adéquation des effectifs au niveau de l'hôpital
- Comprendre les facteurs explicatifs de la situation observée
- Identifier, à partir de la situation observée, des stratégies permettant de réorganiser les services et les soins sur la base d'une optimisation des ressources humaines disponibles

Cadre conceptuel

Revue de la littérature

« Les ressources humaines ne sont pas les ressources les plus importantes de l'organisation, elles sont l'organisation » (St-Onge et al, 2009), elles constituent la ressource qui valorise toutes les autres (Miller et Turgeon, 1992). Il est en effet admis qu'aucune organisation ne peut aujourd'hui prétendre au succès si elle ne gère pas adéquatement ses ressources humaines (RH) ou sa main d'œuvre (MO). Les experts dans le domaine sont presque unanimes à reconnaître que « l'entreprise efficace et compétitive de demain sera celle qui aura su le mieux anticiper les contraintes et opportunités présentes dans son environnement, et plus particulièrement celles qui ont trait aux RH, et qui les aura intégrées dans son plan stratégique » (Bourbonnais et Gosselin, 1988). Une importance fondamentale est donc actuellement accordée aux RH elles-mêmes ainsi qu'à leur gestion.

Dans le domaine de la santé, les ressources humaines sont encore plus critiques, car la responsabilité de délivrer les services de santé à la population incombe directement au personnel ou agents de santé (OMS, 2006)¹. Selon Dussault Dubois, en santé, il y a au moins 3 raisons pour lesquelles une attention particulière doit être accordée au personnel : a) Plus que les autres types d'organisations, les institutions de santé dépendent entièrement de leur personnel ; b) Les ressources humaines comptent pour une grande proportion du budget alloué au secteur de la santé, plus de 70 % des coûts de soins de santé (Pong et coll., 1996) ; c) Le coût financier et humain d'une mauvaise gestion des ressources humaines en santé est très élevé pour le secteur. En santé donc, plus encore qu'ailleurs, la gestion des ressources humaines (GRH) détient une importance capitale.

La GRH est définie comme l'ensemble des pratiques de planification, de direction, d'organisation, de reconnaissance, de développement et de contrôle des RH au sein d'une organisation (St-Onge et al, 2009). La pratique de la GRH a connu une fulgurante ascension ces dernières années, vu la relation contributive importante qu'on lui reconnaît par rapport à la

¹ Selon l'OMS, Le personnel de santé représente l'ensemble des personnes qui ont pour tâche de protéger et d'améliorer la santé de leurs communautés respectives.

performance des organisations. Ceci explique la place de plus en plus stratégique qu'elle y occupe ainsi que le fait qu'elle soit de plus en plus associée à la stratégie d'affaire de celles-ci. Elle est considérée comme un sous-système du management général et fait partie des responsabilités incombant au sommet stratégique des institutions. Elle contribue à la poursuite des objectifs des entreprises et permet à celles-ci de faire face à une obligation constante de s'adapter à un environnement constamment changeant.

Planification des Ressources Humaines (PRH)

Toutes les fonctions de la GRH sont importantes et contribuent dans l'ensemble à la réalisation de la stratégie d'affaires de l'organisation. Cependant, parmi l'ensemble des fonctions de la GRH, celle qui permet le mieux aux organisations d'y arriver est la fonction PRH, en ce sens que, comme processus permanent d'étude systématique des activités d'une organisation, « elle tente de prévoir, dans un contexte de changement permanent, les besoins futurs de personnel. De cette façon, l'organisation et chacune de ses unités disposent en tout temps du personnel qualifié et compétent nécessaire à l'exécution des opérations » (Miller et Turgeon, 1992). Elle facilite l'évaluation du nombre de personnes (et de leur qualification) sur lesquelles l'entreprise peut compter pour assurer son bon fonctionnement (Bélanger et al, 1983) ; la prévision de l'offre et la demande future de MO en vue de prévenir tout désaccord, dans le meilleur intérêt des individus et de l'organisation (Shimmon et al, 2002). Elle permet aux dirigeants de regarder l'avenir avec sérénité vu qu'ils ont réalisé une réflexion sur l'avenir qui servira de guide pour une gestion saine.

Au niveau systémique, le processus de planification des ressources humaines en santé est défini comme l'estimation du nombre exact de travailleurs de la santé disposant des connaissances, compétences, attitudes et qualifications nécessaires, accomplissant les tâches requises au moment opportun, afin d'atteindre des objectifs de santé prédéterminés et ultimement à améliorer l'état de santé de la population. Un tel processus permet de préciser qui fait quoi, où, quand, comment, avec quelles ressources, pour quel population cible... (Traduction libre, Hall and Mejia 1978 cité dans OMS 2006, p 24).

Au niveau organisationnel, aspect qui nous intéresse ici, dans le rapport de l'examen international de la planification des effectifs de la santé soumis à la Division des stratégies des

ressources humaines de la Santé Canada, Ann L. Mable et John Marriott (2001) définissent le processus de PRH en santé comme étant tout simplement la recherche d'un équilibre dans l'« équation » offre et demande de main d'œuvre.

Demande interne de travail

La PRH permet donc en premier lieu de prévoir la demande interne de travail. La prévision de la demande interne consiste à calculer le nombre de postes dont on a besoin ainsi que les caractéristiques requises des employés qui occuperont ces postes. Si au niveau systémique la planification des ressources tient davantage compte des besoins de santé, au niveau organisationnel, la demande de services par la clientèle ou encore la charge de travail attendue des prestataires constitue l'élément fondamental dans l'estimation du personnel requis.

Demande de service de santé ou Charge de travail attendue

La demande de services de santé représente le volume ou la gamme de services sollicités par le consommateur. La charge de travail attendue correspond à la somme de temps nécessaire par quart de travail (rotation), pour répondre aux besoins des patients. C'est aussi l'ensemble des activités incluant la charge en soins (tous les actes posés auprès d'une personne), plus les autres soins indirects (soins qui ne sont pas effectués directement auprès du patient, actes administratifs par exemple, etc) mais qui concourent au fonctionnement et à la gestion de l'établissement.

La demande de service est donc fondamentale dans l'évaluation de la charge de travail. Plus la demande est élevée, plus la pression sera mise sur les prestataires afin qu'ils puissent y répondre.

Offre interne de main d'œuvre

La PRH permet en deuxième lieu d'analyser l'offre interne de main d'œuvre (MO), ou encore l'analyse du bassin des employés de l'institution. L'offre de MO a un aspect quantitatif

(inventaire de l'effectif actuel), un aspect qualitatif (rendement des employés) et un aspect de contrôle (organisation de la main-d'œuvre – rotation, horaire de fonctionnement). Rendement est considéré comme l'ensemble des contributions fournies par une personne dans son travail au cours d'une période. Il sera mesuré à partir de la charge de travail fourni par personnel (nombre d'heures travaillées) et de sa connaissance de son travail.

L'analyse de l'offre permet d'évaluer la disponibilité actuelle de ressources humaines de l'entreprise et ce que ses ressources sont capables d'offrir en termes de soins. L'offre de soins constitue la durée des soins directs qui est proportionnelle au nombre de patients présents en consultation, au nombre de malades hospitalisés et à la gravité de leur état, au nombre d'admissions, de lits, de la durée moyenne de séjour, du coefficient d'occupation

Si l'effectif constitue l'élément principal de l'analyse de l'offre de main-d'œuvre, l'organisation du travail ou l'exploitation faite de cette main-d'œuvre y constitue un aspect non-négligeable car elle est capable d'influer positivement ou négativement sur la productivité, selon qu'elle est faite de façon optimale ou non. Il importe donc qu'on la définisse et qu'elle soit prise en compte ici dans le cadre de nos considérations sur l'offre de main-d'œuvre.

Facteurs influençant ou explicatifs de l'offre de main-d'œuvre

Organisation du travail

L'organisation du travail est défini comme la décomposition du travail en activités (différenciation) et le réaménagement de ces activités (intégration) par l'intermédiaire de mécanismes de coordination appropriés, dans le but d'accroître l'efficacité et d'améliorer la qualité de vie des employés (St-Onge, 2009). L'organisation du travail vise deux aspects principaux :

- un enchaînement de tâches clairement définies et assignées, une utilisation efficiente et une rotation du personnel disponible qui garantisse une permanence des soins et un fonctionnement continu des services
- la motivation du personnel de façon à ce qu'il soit disposé à faire toujours plus et toujours mieux. La motivation qui est la mise en œuvre d'efforts élevés et constants dans son

travail est pour nous la résultante de certaines pratiques de gestion efficaces qui prennent en compte les besoins de renforcement des compétences du staff de façon à les habiliter à mieux faire, l'enrichissement des tâches afin de créer un sentiment de satisfaction chez ceux qui les accomplissent. Elle passe aussi par la mise en place de bonnes conditions de travail et de la reconnaissance du travail accompli par le personnel ainsi que la distribution de récompense appropriée.

Ajouté à tout ceci, l'organisation du travail implique aussi une organisation du temps d'emploi qui permet de garantir la permanence des soins à partir du respect des roulements prévus, du respect du temps de travail (heures, jours, semaines / retards, absence) prédéterminé pour chaque catégorie de personnel.

Déséquilibre entre demande et offre

La comparaison entre l'offre et la demande permet de déterminer l'adéquation entre la capacité de production nécessaire (demande de santé à satisfaire et la demande de main-d'œuvre correspondante) et la capacité de production réelle (l'offre de soins existante que le personnel disponible est capable de mettre à la disposition de la clientèle). Tout écart est considéré comme une situation de déséquilibre ; elle peut être de trois types : stable (Quand la demande est égale à l'offre; ceci est évidemment difficile à trouver), surplus, déficit.

Surplus

Quand l'offre dépasse la demande, il y a une situation de surplus qui provoque souvent au sein des entreprises le gaspillage de RH, la stagnation dans les postes et la démotivation. Ainsi, les dirigeants sont portés à prendre des mesures de mises en disponibilité ou de licenciement.

Pénurie

Quand la demande dépasse l'offre, on est en face d'une situation de pénurie dont les

conséquences peuvent être fâcheuses et coûteuses pour l'organisation. Il existe deux grands types de pénurie :

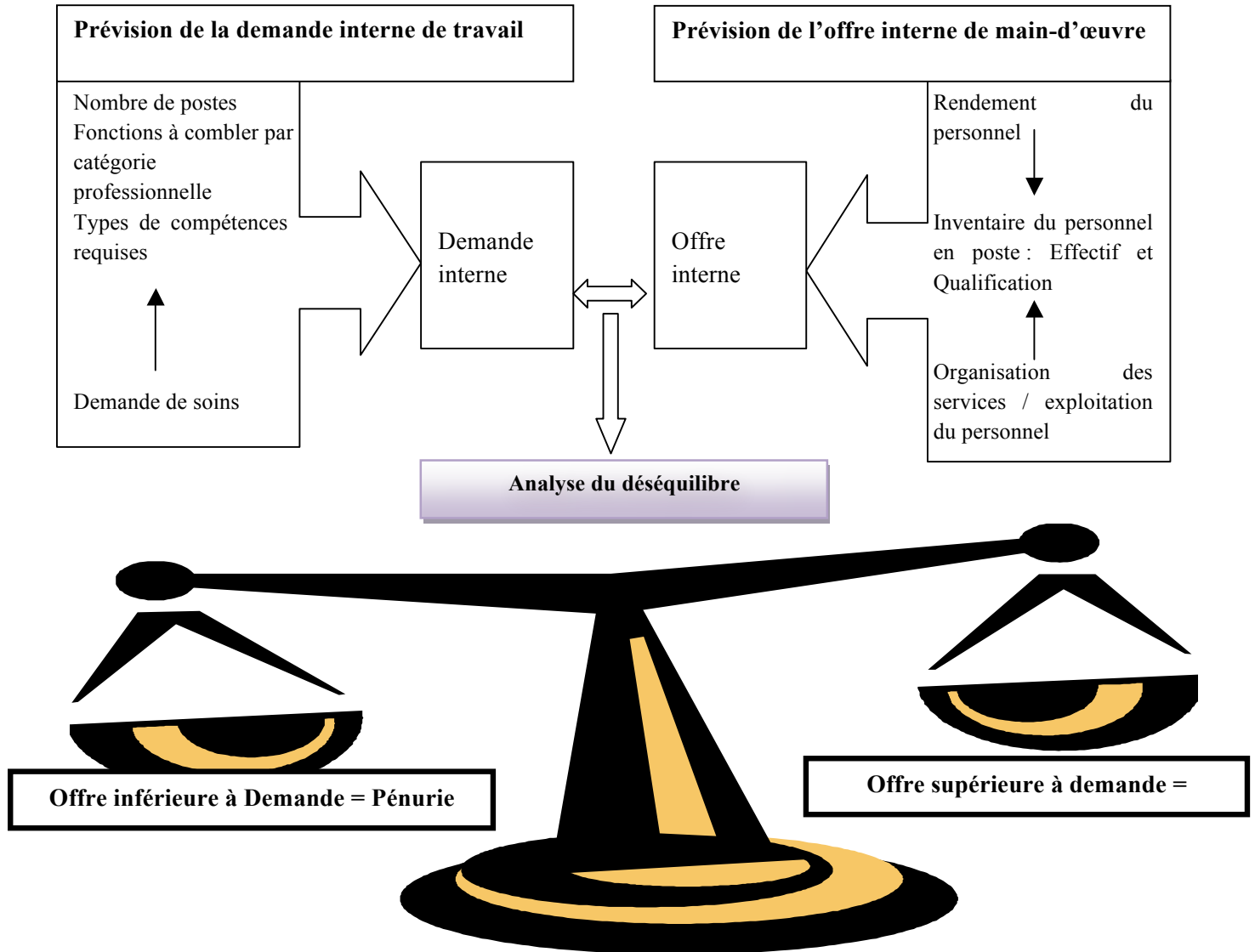
- Quantitative : Lorsque le nombre d'emplois disponibles et le besoin à satisfaire est supérieur au nombre de personnes disponibles pour combler les postes nécessaires. Les mouvements de personnel et l'absentéisme participent de cette forme de pénurie.
- Qualitative : Lorsqu'il y a insuffisance des compétences et habiletés en relation avec les postes à pourvoir et est souvent liée soit à une mauvaise organisation de la main-d'œuvre, soit au faible rendement et au faible potentiel des ressources disponibles.

Qu'elle soit quantitative ou qualitative, la pénurie entraîne une fluctuation de personnel perturbante pour le milieu de travail. La pénurie fait en sorte que les patients ne seront peut-être pas en mesure de recevoir les services dont ils ont besoin ou devront faire de longues lignes d'attente pour obtenir ces services. Elle entraîne une surcharge de travail pour les employés, des heures supplémentaires (ainsi que le stress et la fatigue associés), des retards et des erreurs de production, un déséquilibre du fonctionnement régulier des services, etc.

Modèle conceptuel de l'équilibre entre la demande de travail et l'offre de main-d'œuvre

Pour analyser le déséquilibre des ressources humaines, le cadre adapté suivant sera utilisé :

Figure 1 : Modèle d'analyse du déséquilibre des ressources humaines



Source : Inspiré et adapté de Laurent Bélanger et Al, Gestion des Ressources Humaines : Une approche globale et intégrée, Boucherville, Gaëtan Morin Editeur, 1983, p.78

Méthodologie

Le présent travail est le résultat de la combinaison de deux approches : une approche quantitative qui permettra d'estimer le déséquilibre au niveau des RH de l'HNDPG ; une approche qualitative qui permettra d'explorer les facteurs contextuels et explicatifs du déséquilibre.

Nature du travail

Il s'agit d'une investigation dont l'objectif est de contribuer à améliorer la GRH à l'HNDPG, à partir d'une présomption de pénurie de main d'œuvre. Il s'agira de comparer la demande de travail à l'offre de main-d'œuvre et de présenter les éventuels déséquilibres qui sortiront de cette analyse. Il s'agira d'autre part de qualifier ce déséquilibre et de proposer des pistes pour améliorer le fonctionnement de l'hôpital. Il nous faut cependant préciser que parler de fonctionnement de l'hôpital revient à considérer une multiplicité de facteurs et la globalité de la gestion de l'HNDPG, ce qu'il nous sera impossible de prendre en compte dans le cadre de ce travail. Nous nous limiterons à considérer l'impact d'un éventuel déséquilibre non sur la globalité du fonctionnement de l'hôpital mais sur l'unique aspect de la délivrance des soins.

L'ensemble des concepts ci-dessus énoncés sont définis au niveau de la revue de littérature et un cadre d'analyse y est présenté. Des variables et des indicateurs sont utilisés par paramètre.

Au niveau de la demande, il s'agit de:

- Catégorie de personnel : Nombre de professionnels requis par catégorie
- Charge de travail attendue : Quantité de services sollicités par la population, nombre d'infirmières/heure requis

Pour mesurer la charge de travail, les services de maternité et de médecine interne sont retenus. D'après les informations préliminaires, le service de maternité semble disposer d'un nombre plus élevé de prestataires mais elle connaît en contrepartie une grande affluence, comme

c'est le cas en général dans les établissements de santé (les HCR en particulier). La médecine interne elle-même semble être le service le moins pourvu en prestataires. Nous avons donc voulu analyser la situation dans ces deux services dont le profil paraît être différent afin de pouvoir rendre compte de la situation sous ses aspects distincts.

Au niveau de l'offre, les aspects suivants sont considérés:

- L'offre de main d'œuvre : estimation du nombre de personnel disponible par catégorie, nombre d'infirmières/heure fourni
- L'offre de service : quantité de service fourni à la population (nombre d'accouchements, nombre d'hospitalisations, etc), nombre mensuel d'admissions et/ou de consultations, nombre de lits, taux d'occupation des lits, durée moyenne de séjour

L'organisation des services et l'exploitation du personnel vise deux aspects :

- Gestion de la permanence : rotation, temps de présence
- Répartition des tâches : délégation d'actes médicaux, efficacité de l'utilisation du personnel disponible
- Gestion de la motivation du personnel : formation, conditions de travail, reconnaissance et récompense

Technique de collecte de données :

Entrevue :

L'entrevue semi structurée a été utilisée pour la collecte d'informations auprès de certains acteurs tels : un responsable au niveau de la direction départementale (analyse du contexte et des grands défis liés à la GRH dans le département), le directeur médical (gestion du personnel, de la demande et de l'offre de soins), la personne responsable de l'unité chargée de la gestion des ressources humaines (gestion du temps, motivation du personnel), les cheffes de service des deux services retenus (analyse de la charge de travail, de l'organisation du service, de la motivation du staff). Nous avons également consulté le personnel de deux services (maternité et médecine interne) afin de recueillir des informations sur leur perception du fonctionnement des services, leur charge de travail, leur horaire de travail, leur motivation, etc.

Focus group :

La technique de focus group semi directif a également été utilisée auprès du personnel des 2 services retenus ainsi que les représentants des autres services. Les informations recueillies nous ont permis d'approfondir les réponses obtenues lors des enquêtes par questionnaire (objectiver les facteurs associés aux opinions, les comportements ou les motivations) et ont facilité l'interprétation des résultats obtenus lors des enquêtes par questionnaire.

Observation :

Une journée d'observation de 24 heures a été réalisée le 28 Septembre 2011 dans le cadre de la collecte des données. Elle nous a permis de constater le mode de fonctionnement des services et du personnel (heures de début des activités, heures de fermeture, heures d'arrivée du personnel, heure de départ, file d'attente, renvoi de patients, etc)

Consultation de documents :

Les informations sur la demande de soins (nombre de consultations effectué par jour, les admissions, le taux d'occupation des lits, la durée de séjour) ont pu être obtenues à partir de la consultation des rapports de salle et des statistiques hospitalières. Les feuilles de présence ont aussi été consultées afin d'avoir une idée des retards et de l'absentéisme.

Compilation et traitement

Les données sont saisies et traitées à partir d'Excel. Les résultats sont présentés plus loin sous forme de textes, de tableaux et de graphiques.

Limites et validité de l'étude

Limites par rapport aux outils de collecte eux-mêmes :

Observation : La présence des enquêteurs a probablement influencé l'exécution de certaines

tâches, ce qui aura un impact sur la validité des informations collectées.

L'entrevue semi dirigée : Les informations fournies sont probablement entachées de subjectivité.

Enquête par questionnaire : Nous avons veillé à ce que l'échantillonnage soit le plus représentatif possible. Cependant le choix des répondants s'est fait sur une base volontaire, ce qui augmente les biais.

Des limites ont aussi été notées par rapport aux statistiques de l'Hôpital : les informations recueillies au cours de la collecte manquent de fiabilité. Il nous a été très difficile de trouver les données par rapport à la fréquentation de l'hôpital sur les 5 dernières années. Les données statistiques retrouvées à Petit-Goâve sont manquantes de même que celles de la DSO. Les données recueillies au laboratoire national se sont parfois révélées incohérentes par rapport à celle obtenues sur le terrain ou bien sont présentées par département, sans être désagrégée par institution. Comme conséquence directe, d'une part, nous n'avons pas pu dégager une tendance de manière scientifique de la demande de travail à l'HNDPG ; d'autre part, au niveau de l'offre, nous avons du présenter des données sur des périodes différentes.

Afin de minimiser les biais ci-dessus mentionnés et d'augmenter la validité des données, nous avons procédé à une triangulation, c'est-à-dire à l'utilisation de différentes stratégies de collectes (données verbales, écrites, observations) afin de pouvoir croiser et comparer les données recueillies.

Résultats

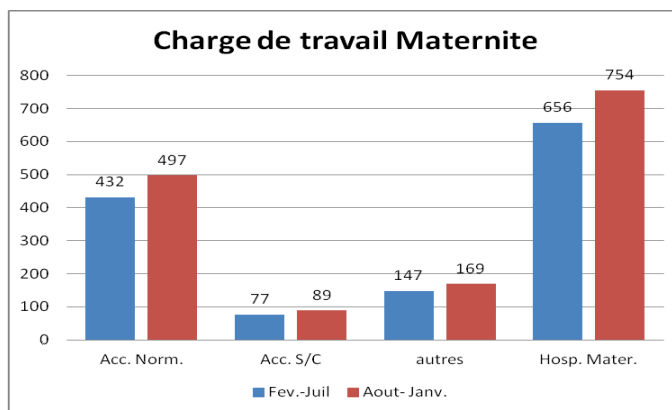
Demande interne de travail

Approche historique (charge de travail attendue)

La demande de main d'œuvre représente la proportion de RH dont l'institution a besoin pour assurer la demande de services de santé de la population (volume de services que la population souhaite recevoir).

D'un point de vue populationnel, il existe des normes en termes de ratio de prestataires et population. Par exemple, l'OMS (2006) suggère qu'il faut au moins 2,28 personnels de santé (en incluant seulement les médecins, les infirmières et les infirmières sages-femmes) pour répondre à la demande de santé de 1000 personnes, dans l'optique d'assurer une couverture minimale de 80%. Cette base de calcul n'a pas été retenue dans le cadre de ce travail car tout en étant correct, cette estimation n'a pas le mérite de se baser sur la demande en soins exprimée au sein de l'HNDPG, aspect qui nous intéresse particulièrement ici.

La demande de soins étant ici analysée, par rapport aux sollicitations de la population et compte tenu de l'affluence constante et visible subie par l'HNDPG dans tous les services de base et au niveau de toutes les cliniques externes, nous avons préféré retenir l'approche historique pour estimer la demande de travail. L'intérêt de la démarche ici n'est pas de produire une analyse des déterminants de la demande, à savoir si elle est légitime, hors zone ou non justifiée ; il s'agit plutôt de considérer la sollicitation faite à l'hôpital sur un temps antérieur et de la projeter sur la période subséquente à partir d'une majoration de 15%².



² Vu l'insuffisance des données, ce calcul est fait de façon aléatoire, sans une base scientifique.

Calcul de la main-d'œuvre correspondante à la demande de service

A partir de l'estimation de la demande attendue, nous avons procédé à l'évaluation des ressources nécessaires qui, à partir d'une structuration adéquate et d'une utilisation appropriée, seront capables de produire ces services sollicités par la population.

Ainsi, selon les standards, Il faut prévoir 1 infirmière pour 15 lits, 2 auxiliaires pour 15 lits. De plus, le guide d'organisation des HCR du MSPP précise qu'il faut une présence infirmière à chaque tour si l'on veut répondre au standard minimum de qualité. En conséquence, pour assurer les différentes rotations et maintenir une présence qualifiée en tout temps, il faudrait avoir au service de la maternité 1 OBGYN/obstétricien par 24 heures ; Il y en a 3 affectés à ce service et ils pensent être en quantité suffisante pour assumer la charge de travail du service. En termes de personnel infirmier, le guide des HCR prévoit 4 infirmières sages-femmes. De façon normative, la permanence nécessiterait au moins 5 infirmières sages-femmes et 5 infirmières de lignes, ce qui pourrait permettre d'assurer la relève, maintenir un équilibre en termes d'heures de travail fournies par personnes, assurer les congés, etc. Au niveau de la CPN, il est prévu qu'à défaut d'un obstétricien, les consultations pourraient être assurées par une infirmière sage-femme ou un résident en service social, secondée par une auxiliaire polyvalente. Les consultations gynécologiques relèveraient du gynécologue de service.

En médecine interne, il faudrait la présence de 3 internistes (à partir de l'organisation existante à la maternité), de 5 infirmières de ligne et de 10 auxiliaires, toujours dans l'optique de garantir la permanence d'une infirmière à chaque tour assistée d'une auxiliaire. Ce calcul ne tient pas compte des infirmières en service social car l'HNDPG ne dispose pas d'une présence constante de médecins et d'infirmières en service social.

Offre de services/ Offre interne de main-d'œuvre

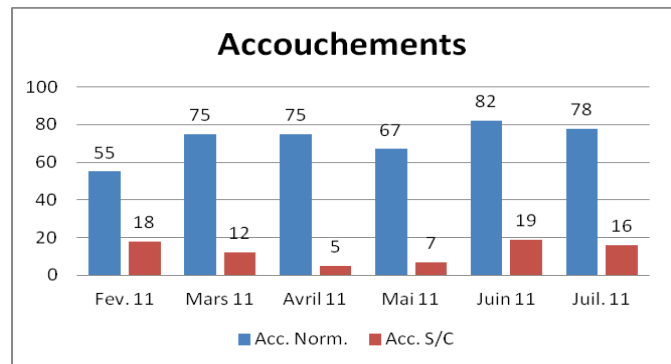
L'offre de service fait référence à la gamme de soins que le personnel disponible est capable de mettre à la disposition de la clientèle.

Volume de production (Nombre de patients reçus)

○ Maternité incluant CPN

Selon les données recueillies lors de la consultation des statistiques de l'hôpital, Ce service comprend 10 prestataires de soins dont 3 obstétriciens/gynécologues, 2 Infirmières de ligne, 4 auxiliaires et 1 infirmières sages-femmes (qui joue aussi le rôle d'infirmière en chef, cheffe de service et voit son temps de travail davantage affecté aux tâches administratives que de soins. Elle ne fait d'ailleurs pas partie du roulement).

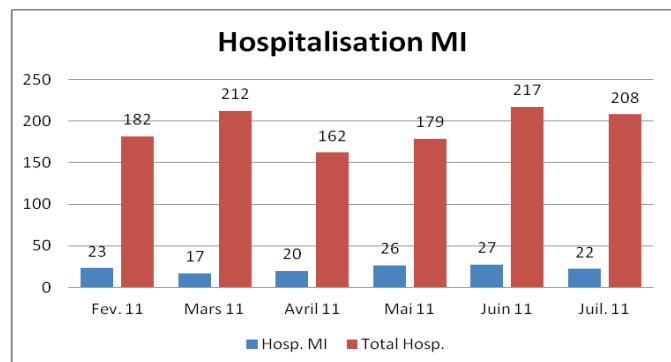
On y dénombre 12 lits d'hospitalisation en salle de pathologie, avec un taux d'occupation de 91.11%.³ Au niveau de la salle de pathologie sont regroupés les opérées ainsi que les anciennes et nouvelles admises). La salle de travail dispose de 3 lits. De février à Juillet, en CPN, on a réalisé 3,606 visites ; la maternité a enregistré 509 accouchements, dont 432 accouchements physiologiques et 77 Section césariennes. De Juillet à Septembre, le service de maternité a effectué 11 cas sélectifs et 12 Curetages. La moyenne d'accouchement journalier est de 2,4 dont 0,43 césarienne. Le nombre journalier de nouvelles hospitalisations est de 3, le séjour moyen s'évalue à 3 jours.



○ Médecine interne

Ce service comprend 5 prestataires dont 2 infirmières de ligne (incluant la cheffe de service) et 3 auxiliaires. Il n'y a pas de médecin affecté à ce service qui bénéficie de la présence des résidents en service social lorsqu'il y en a ou des médecins des programmes verticaux.

Au cours du mois d'Aout, le service a reçu 42 personnes dont 2 personnes ayant



³ Le taux d'occupation est calculé selon la formule suivante : (durée d'hospitalisation/période) / nombre de lit * 100

passé 30 jours à l'hôpital, 10 ayant passé 15 jours, 8 patients ayant passé 12 jours, 12 patients ayant passé 9 jours, 10 patients ayant passé 6 jours. La durée moyenne de séjour s'élève à 11 jours et le taux d'occupation est de 127,41%⁴.

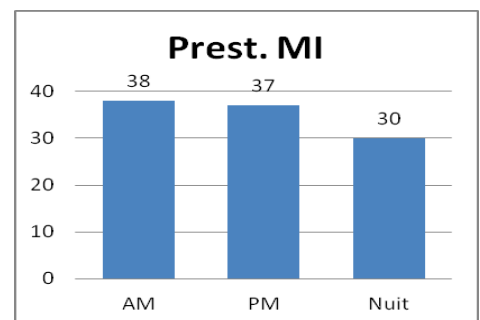
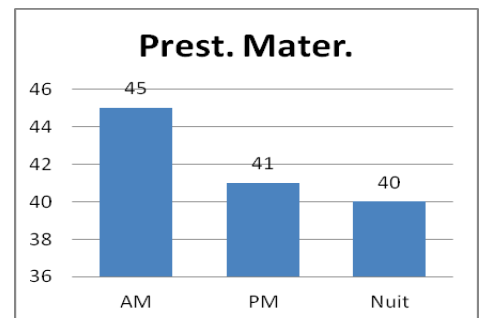
Productivité

La productivité réfère ici au nombre d'heures travaillées et au respect des mécanismes de contrôle.

Nombre d'heures travaillées

D'un point de vue normatif, la présence d'une infirmière est requise par quart de travail. Ceci implique qu'il faut 24 heures/infirmière par jour ou 720 heures/infirmière par mois. Selon les données collectées, le nombre d'infirmières/heure fourni au niveau des 2 services étudiés étaient de :

- **Maternité** : pour les mois de Septembre et d'Octobre, le nombre d'infirmières/heure fourni a été respectivement de 446 et de 374, soit un déficit de 274 et de 346 heures/infirmière pour ces 2 mois. La différence a été fournie par des auxiliaires. Par ailleurs, le graphe ci-joint démontre la répartition quantitative du personnel par rotation.
- **Médecine Interne** : pour les mois de Septembre et d'Octobre, le nombre d'heure/infirmière a été respectivement de 236 et de 354, soit un déficit de 484 et de 366.



⁴ Le nombre de lits varie en fonction de l'affluence. Quand un service n'est pas totalement rempli, il peut concéder ses lits inoccupés à un autre service qui en a le besoin.

Contrôle

Rotation (mécanisme)

Au sein d'une structure hospitalière, un roulement sert à organiser le personnel, à assurer la permanence, à rendre prévisible la disponibilité du personnel. Selon le CP, tel que monté actuellement, le roulement mis en place à la HNDGP permet de garantir à tout moment la présence d'un personnel médical.

Respect du temps de travail

Un respect relatif du temps de travail : Lors de notre visite, nous avons constaté l'arrivée en retard (15-30 minutes) de certaines infirmières mais ceci n'a pas affecté la continuité des soins car aucune des infirmières ne s'est déplacée avant l'arrivée de celle qui devait assurer la relève. En vue d'assurer un contrôle sur la présence des employés, des feuilles de temps sont déposées à l'administration ; ces feuilles doivent être signées par chaque personne dans un intervalle de 30 minutes au plus tard après l'heure de prise de service selon l'Administrateur. Au-delà de cet intervalle, la feuille est retirée du secrétariat et envoyée à l'administration. La personne est alors considérée comme en retard ; après une heure, la personne est considérée comme absente.

Respect des procédures de prise de congé

Selon les 2 chefs de service interrogés, les procédures de prise de congé ne sont pas toujours respectées. En effet, il arrive que des personnes obtiennent leur congé directement auprès du chef de personnel ou auprès de l'administrateur, sans passer par les chefs de service. Il arrive que ces derniers incluent dans le roulement des personnes qui sont en réalité en congé, ce qui occasionne des planches horaires non couvertes par un personnel médical.

Organisation services / exploitation du personnel

Organisation des services réfère ici à l'enchaînement de tâches décomposées et intégrées en vue de garantir la permanence des soins, tout en tenant compte de la motivation du personnel.

Décomposition des tâches

Au sein de la maternité et de la médecine interne, une infirmière effectuant son service doit assurer des soins directs aux patients et des soins non directs liés surtout à des tâches administratives. Spécifiquement, elle doit procéder à :

- L'admission du patient et de la préparation de son dossier une fois que les formalités administratives liées à l'hospitalisation ont été remplies.
- La prise en charge intégrale du patient hospitalisé, avec à la carte :
 - Son installation au service où il doit être admis.
 - Ses soins de confort et de propreté (bains, assistance de toute sorte quant à l'hygiène individuelle et au confort du patient).
 - Son alimentation, conformément à la diète prescrite par le médecin traitant.
 - L'administration de ses médicaments suivant la périodicité indiquée par le médecin traitant.
 - L'acheminement aux services auxiliaires de diagnostic des demandes d'examens paracliniques et des spécimens nécessaires à leur réalisation, le cas échéant.
 - La préparation du patient pour des soins spéciaux ou des explorations cliniques
- La gestion de ses médicaments.
- La mise à jour progressive de son dossier clinique.
- La programmation de ses exercices physiques (mobilisation active et passive).
- Son support psycho-social, avec ou sans le support d'un travailleur social.
- Son éducation sanitaire et celle de ses proches pour tout ce qui touche à son état actuel.
- Les soins post-mortem en cas de décès. Même décédé, le patient a droit à des soins infirmiers.

A la maternité, l'infirmière de garde doit en plus : accompagner les patientes en salle de travail, réaliser des accouchements physiologiques, assurer le bon déroulement des suites de couches, stériliser le matériel de travail (les plateaux d'accouchements).

Elles ont rapporté qu'en cas de surcharge, ils délèguent au petit personnel la tâche de stérilisation, ce qui est critiqué par les médecins de service. Ceux-ci affirment que ce personnel n'est pas qualifié pour un tel travail et ne saurait être appelé à le faire, même dans le cas où ils recevraient des instructions à cet effet. Les soins corporels des patientes hospitalisées sont

également parfois laissés à la charge des parents, ce qui est contraire à la pratique normale. L'éducation sanitaire est faite de façon irrégulière et incomplète.

En termes de soins indirects, elles doivent : rédiger les partogrammes, décrire les accouchements. Avec l'arrivée du projet SOG, le nombre de dossiers à remplir s'est vu augmenter et le personnel s'en plaint.

Le médecin de garde quant à lui, évalue la progression des patients en salle, intervient en cas de grossesses / accouchements compliqués, souvent en effectuant des opérations et prend en charge les urgences. En ce qui a trait aux soins indirects, il doit décrire les procédures opératoires et rédiger les instructions.

En plus de tout ceci, le guide d'organisation des HCR prévoit que les infirmières doivent entretenir des relations de travail très étroites avec les autres prestataires et sert de lien entre son service et les autres unités de production de services, ce qui, évidemment, augmente sa charge de travail.

Conditions de travail

Selon les données recueillies auprès de 11 personnes, les conditions de travail sont difficiles. Au niveau de la médecine interne, aucun espace n'est prévu pour les infirmières qui partagent la même salle que les personnes hospitalisées. Il n'existe pas de salles de repos pour les infirmières qui doivent alors passer la nuit dans les services ou du moins doivent se déplacer vers un autre service pour se reposer la nuit.

En termes de matériels, les médecins et infirmières sont souvent confrontés à :

- Problème de matériel à l'hôpital, les plateaux techniques au nombre de 5 à la maternité ne sont pas suffisants. Il y a parfois des ruptures de stocks de médicaments et de matériels
- Gestion de la structure : manque de communication avec le sommet stratégique.
- Infrastructure : les locaux sont inadaptés, espaces trop petits. Il n'existe pas d'endroit approprié pour la stabilisation des cas d'éclampsie qui sont mêlés aux autres.

Les médecins se sont également plaints de cet état de fait et pensent que ceci joue négativement sur la qualité des soins

Enchaînement (Gestion de la permanence)

Au niveau des 2 services, il existe un roulement à 3 temps qui doit permettre d'assurer la permanence des soins.

En maternité, les 3 médecins spécialisés se sont entendus entre eux pour assurer la permanence : un médecin assure la couverture du lundi au mercredi, un autre assure la couverture du mercredi au vendredi et le 3^e couvre le week-end. En ce qui a trait aux infirmières, la norme du MSPP qui prévoit la présence d'une infirmière et de deux auxiliaires par rotation n'est pas respectée en raison de l'effectif disponible, selon le chef de service. Dans le roulement, la rotation est assurée par une ou deux personnes qui peuvent être soit une infirmière, soit une auxiliaire, contrairement aux normes qui prévoient la permanence d'une infirmière à chaque tour.

L'exploitation en cours au sein du service de la maternité ne prend pas en compte la plus-value de l'infirmière sage-femme par rapport aux autres infirmières non spécialisées. Elle ne bénéficie pas d'un roulement particulier qui prend en compte son expertise mais est intégrée au roulement habituel, au même titre que toutes les autres infirmières et auxiliaires.

Il n'existe pas d'interniste ni de médecin particulier attaché au service de médecine interne. Les consultations à la salle d'hospitalisations sont assurées par les résidents en service social ; certains patients enrôlés dans des programmes verticaux sont suivis par les médecins affectés. Ceci témoigne d'un problème d'exploitation du personnel et pour lequel aucune mesure n'a été prise par la Direction Médicale.

Ce service est doté de 3 infirmières incluant le chef de service et 3 auxiliaires. Il s'y pose le même problème qu'à la maternité au sujet des infirmières et des auxiliaires qui posent de façon indifférenciée les mêmes actes médicaux. D'ailleurs il a été difficile, même au chef de service d'identifier parmi son personnel, celles qui sont infirmières et celles qui sont auxiliaires.

Motivation du personnel

La motivation du personnel consiste à faire que ce dernier soit toujours disposé à faire plus et mieux.

Formation

Les 13 personnes interrogées à l'hôpital s'accordent sur le fait qu'il n'existe pas une politique de formation à l'HNDPG. Le personnel médical participe toutefois dans diverses séances de formation dispensées sur les programmes verticaux d'après le DM. Selon les cheffes de services, on ne saurait remettre en question la pertinence de ces formations ; mais selon elles, il arrive que la sélection des participants soit mal faite ou qu'une même personne bénéficie d'une formation similaire à plusieurs reprises. Selon elles, ces formations quoique importantes, ne correspondent pas toujours aux besoins du staff. Il faudrait en plus que le staff soit formé sur d'autres aspects qui aident directement à l'amélioration des soins.

Au niveau de la médecine interne, certains se sont plaints de l'absence de médecins affectés, ce qui limite leur progression professionnelle car ils n'ont pas l'opportunité d'apprendre au contact de prestataires ayant reçu des formations plus avancées. Ils ont également dénoncé l'absence de politique de recyclage au bénéfice du personnel, allant jusqu'à affirmer être moins compétentes au moment de la visite qu'à leur arrivée à l'hôpital.

Reconnaissance et récompense

Dix personnes interviewées sur l'utilisation de mécanismes de reconnaissance du travail bien fait et l'attribution de récompense ont toutes répondu par la négative et ont souligné que cette démarche ne fait pas partie des stratégies de gestion de l'hôpital. Aucune des infirmières contactées n'a rapporté avoir déjà été publiquement félicitée pour son travail. Au contraire, elles se sont plaintes du fait que les rares interventions des supérieurs hiérarchiques ne concernent que les écarts, sans jamais attirer l'attention sur les efforts constants fournis pour assurer le fonctionnement permanent des services. L'infirmière en chef a affirmé que ceci découle des prérogatives du directeur médical et qu'il ne lui revient pas de le faire.

La situation est sensiblement différente à la médecine interne car certains personnels de ce service ont attesté que la responsable reconnaît le travail bien fait et à défaut de pouvoir récompenser, elle félicite parfois publiquement la personne dont le travail est reconnu comme exemplaire.

Participation a la prise de décision

La participation du staff à la prise de décision ne semble pas être une préoccupation particulière de l'administration selon 10 personnes interrogées à ce sujet qui déplorent toutes l'absence de liaisons régulières avec le staff. Le personnel est à la limite informé des changements en cours ou devant être opérés, soit verbalement, soit par courrier affiché au sein des services. Il arrive que les CS ne soient consultés qu'à la fin sur des décisions qui en principe découle de leurs responsabilités. Les CS ne sont pas consultées au moment de décider de la venue des stagiaires, elles constatent tout simplement leur arrivée, lors de la visite d'introduction par l'infirmière en chef.

Feedback (outil de performance)

Sur 4 superviseurs interviewés (DM, RN, 2 CS), aucun n'a attesté de l'utilisation d'un outil de performance. Le chef de personnel nous a rapporté qu'il est au courant qu'il existe des outils adaptés à cet effet mais il n'en a aucun en sa possession, ce qui le rend inconfortable pour initier le processus.

Aucune des 5 infirmières et auxiliaires interviewées ne se souvient avoir participé à une séance d'évaluation où l'outil de performance était utilisé. Elles affirment avoir reçu sporadiquement un feedback sur leur travail mais en général cela ne participe pas d'un processus structuré qui leur permet d'améliorer la qualité de leur travail ; Il s'agirait, selon elles, de commentaires négatifs pour souligner des écarts. Ceci a été corroboré par les chefs de services ainsi que par la responsable de nursing qui a rapporté que ceci découle de la responsabilité du directeur médical.

Un responsable de programme quant à lui, a rapporté que la dernière évaluation conduite au sein de l'hôpital a été réalisée dans le but de déterminer le degré de connaissance du personnel en vue de décider de ceux qui devaient être licenciés car l'hôpital faisait face à certaines contraintes financières liées au départ des institutions partenaires quelques mois après le séisme du 12 Janvier 2010.

Il existe pourtant dans le document de règlement du MSPP un formulaire préparé à l'intention des responsables afin qu'ils puissent procéder périodiquement à l'évaluation de la

performance du staff. Il y est défini comme le processus selon lequel on détermine l'habileté, les qualités et le potentiel d'un employé. L'évaluation du rendement permet, toujours selon ce document : d'augmenter le salaire, d'accorder une promotion, de procéder au transfert, d'appliquer des sanctions.

Equilibre offre-demande

La comparaison entre la demande et l'offre témoigne que le personnel requis est supérieur au personnel en place qui est insuffisant en nombre et en qualification par rapport à ce que prévoient les normes. En effet, selon les calculs effectués au niveau de la demande et sur la base de la charge de travail attendue, il existe un déficit de ressources dans les 2 services étudiés.

A la maternité, il existe un déficit de :

- 4 infirmières sages-femmes
- 3 infirmières de lignes
- 274 et 346 infirmière/heures au mois de Septembre et d'Octobre

En ce qu'il s'agit des médecins, le problème semble ne pas se poser en termes numériques car les médecins eux-mêmes ainsi que d'autres personnes interviewées semblent d'avis que la maternité est bien pourvue en Obstétriciens / gynécologues.

En médecine interne, il y a un déficit évident en termes de médecin car il n'y a pas d'interniste affecté à ce service ; en outre, les infirmières et auxiliaires au nombre de 2 chacune ne sont pas suffisantes pour maintenir une présence permanente et qualifiée au sein du service. Il faudrait prévoir en plus :

- 3 infirmières de ligne
- 7 auxiliaires
- 484 et 366 infirmière/heures au mois de Septembre et d'Octobre

Identification du problème

Selon ce qui ressort des résultats présentés ci avant, il existe bel et bien un déséquilibre des ressources humaines au sein de l'HNDPG qui peut être qualifié de **pénurie**. Ce déséquilibre

n'est pas uniforme ; il affecte différemment les catégories professionnelles et les services. Par exemple, le service de maternité est assez bien pourvu en Gynécologues/obstétriciens mais le standard en termes de sages-femmes n'est pas atteint. Le service de médecine interne souffre davantage du problème ; il n'a ni médecin affecté et son quota d'infirmière et d'auxiliaire n'est pas atteint. L'absence de médecins résidents en service social au moment où nous rédigeons ce rapport complique davantage la situation au niveau de ce service. Ce déséquilibre en ressources humaines se traduit dans la réalité par des difficultés à équilibrer l'offre de soins à la demande reçue dans le respect des normes établies et dans les conditions optimales de qualité.

Il est important de souligner que, selon les informations recueillies, cette situation n'a pas toujours été ainsi. Elle s'est progressivement installée, au fur et à mesure que des personnes partaient en retraite ou étaient transférées, sans qu'elles ne soient remplacées. Par exemple, il y a environ 10 ans, l'hôpital disposait d'un pédiatre, d'un interniste, d'un anesthésiologiste tous nommés par le MSPP. L'interniste et l'anesthésiologiste ont été transférés, le pédiatre est parti à la retraite et jusqu'à date le MSPP ne les a jamais remplacés.

Toutefois, les problèmes qui affectent l'hôpital ne concernent pas uniquement la pénurie des ressources humaines, d'importants problèmes de gestion ont aussi été mis en relief.

Explications possibles du problème

Des difficultés au niveau de la planification

Le premier objectif de la planification consiste à rendre disponible au sein de l'institution une main-d'œuvre suffisante en effectif et en qualification, qui elle, sera capable de produire les soins correspondants à la demande reçue de la population.

Une des difficultés majeure soulevées par les responsables consiste en la centralisation du recrutement du personnel nécessaire au fonctionnement des hôpitaux au Ministère de la santé. En effet, selon les dispositions actuelles, la fonction d'embauche revient au Ministère. Cette gestion centralisée occasionne que les hôpitaux sont peu capables de se doter en temps voulu du personnel nécessaire, les démarches et procédures à entreprendre auprès du Ministère étant lourdes et compliquées, sans y ajouter les difficultés intrinsèques au dit ministère en termes de

ressources financières et en termes de capacité à retenir son personnel en milieu rural.

En dépit de cela, selon les informations recueillies, une démarche individuelle de planification a été entreprise par le chef de personnel de l'HNDPG; celui-ci a attesté de ses difficultés à maintenir la permanence et a introduit auprès du Directeur médical une demande de personnel additionnel afin qu'il puisse entreprendre les démarches appropriées au sein du Ministère. Il est intéressant de constater qu'il y a une velléité de planification, cependant, une telle démarche ne saurait découler d'une initiative personnelle basée sur des calculs aléatoires dont la validité est ici remise en question. D'une part, dans la gestion des structures hospitalières, les rationalités d'ordre économique et financière qui sous-tendent les réflexions de l'administration ne sont pas nécessairement les mêmes que celles du personnel de soins centrée sur une offre de soins (de qualité). D'autre part, un tel exercice devrait se baser sur des échanges sur la production des soins à l'hôpital, les objectifs de santé à atteindre, la qualité de soins souhaitée au sein de la structure, l'estimation de la demande de soins en provenance des consommateurs ainsi que des standards en termes de personnels/lits dont il faut tenir compte. Ceci justifie, s'il en était besoin, que la planification de la main-d'œuvre hospitalière nécessaire à l'équilibrage de la production ne peut être un exercice personnel. En réalité, elle aurait du être un exercice collectif qui impliquerait l'ensemble du personnel de soins.

Selon les constats, L'hôpital n'est pas en mesure d'estimer globalement sa demande. Nous avons vainement cherché au sein de l'HNDPG des statistiques annuelles sur la fréquentation reçue ; il existe certes des statistiques mensuelles mais, à notre avis, elles rendent compte d'une réalité à courte vue mais sont insuffisantes pour rendre compte de la dynamique globale de l'institution en termes de production de soins et des ressources requises pour faire face à cette demande. Or, pour se fixer des objectifs de couverture, l'HNDPG devrait d'abord pouvoir procéder à une analyse stratégique de son positionnement dans le département, de son afflux de consommateurs, ce qui aurait pu lui permettre de procéder à une réflexion organisationnelle individualisée par rapport aux prévisions générales du Ministère de la santé dans son document d'organisation des HCR.

L'hôpital ne s'est non plus fixé des objectifs de couverture; il n'est pas difficile d'expliquer ce déficit car il serait très malaisé d'y arriver sans avoir procédé au préalable à une analyse de la demande de soins sollicitée et de la charge en soins directs et indirects que cela requiert des prestataires. Il existe certes un document sur le fonctionnement des HCR dans lequel

on a procédé à une estimation de la population à couvrir par les HCR, mais ces données ne prennent pas en compte les demandes hors zone ou non légitimes⁵, elles ne prennent pas en compte les réalités post-séisme (la destruction de nombreuses infrastructures hospitalières dans certaines zones et le débalancement de la carte sanitaire qui s'en est suivi), ce qui les rendent peu aptes à servir de document d'orientation pour la planification effective de la main-d'œuvre requise au sein de l'HNDPG.

Or, un défaut de planification des ressources humaines en santé entraîne souvent des difficultés au niveau de la production des soins, en quantité ou en qualité. Différents éléments témoignent de cette incapacité à l'HNDPG :

- La délégation d'actes médicaux à des personnes non qualifiées
 - Nous avons observé à la maternité que les soins corporels étaient en grande partie assurés par la famille des patientes ; les infirmières imputent cette « délégation » à une surcharge de travail.
 - La stérilisation des plateaux d'accouchement est souvent laissée à la charge du personnel de surface, ce qui est vivement critiqué par les médecins qui affirment que ce personnel n'est pas qualifié pour un tel travail et ne saurait être appelé à le faire, même dans le cas où ils recevraient des instructions à cet effet.
- Le nombre de renvois de patientes à la CPN constitue également pour nous un indicateur clair de l'incapacité de l'HNDPG à équilibrer sa production de soins, même si, cet indicateur peut aussi témoigner d'une exploitation inadéquate des ressources disponibles.

Lors de notre visite, nous avons observé le renvoi de 5 personnes à qui on a demandé de revenir le lendemain. Certaines patientes interviewées se sont plaintes d'être obligées de multiplier des tentatives.

Renvois et tentatives multiples

Dates	Nbre de patientes se présentant au CPN	Nbre de patientes recues en CPN	Abandon	Nbre de patientes vues	Renvoi	Tentatives
27/09/2011	35	35	3	27	5	3
28/09/11	32	29	0	25	4	2

Source : Observation et entrevue avec Infirmières de service

⁵ Demande hors zone ou non légitime: demande située en dehors de l'aire de desserte

Cependant, s'il faut imputer le déséquilibre de la production des soins à un déséquilibre des ressources humaines, la planification n'est pas seule en cause. Des problèmes au niveau de la gestion du rendement, de l'organisation des services et de l'exploitation du personnel disponible altèrent l'offre interne de main-d'œuvre et la rendent incapable à produire un effort à la mesure de celui attendu.

Des insuffisances au niveau de la productivité

Dans le cadre de cette étude, nous appelons productivité l'ensemble des contributions fournies par une personne dans son travail au cours d'une période. Contrairement aux cliniques externes, dans le cadre d'un service de maternité et d'un service de médecine interne, il est assez difficile de mesurer le rendement d'un prestataire en termes de volume de production et de le quantifier car le travail d'évaluation du temps nécessaire à chaque acte médical varie par catégorie d'acte.

Selon les calculs effectués à partir des roulements, le personnel infirmier des services de médecine interne et de maternité de l'HNDPG fournissent respectivement 354 et 374 heures de travail contre 720 attendues, ce qui fait un déficit de 366 et 346 heures de travail additionnelles nécessaires si l'HNDPG veut respecter les standards en matière de soin.

Par ailleurs, selon les observations faites sur place, il existe un respect relatif du temps de travail à l'HNDPG. En plus des retards, il semblerait que pour échapper au contrôle, certaines personnes signent à l'avance la feuille de présence ou font signer la feuille par une autre personne. Le directeur médical, l'administrateur et le chef de personnel sont bien conscients du problème mais, affirment disposer de peu de marge de manœuvre lorsqu'il s'agit de sanctionner les retardataires ou tout irrespect des procédures d'où, leur manque d'intérêt à maintenir la rigueur et celui des employés à se soumettre à la discipline. Les procédures de congé sont parfois court-circuitées, ce qui entraîne des remplacements au pied levé ou au pire des cas des rotations non couvertes, sans compter la frustration des chefs de service qui se sentent minorisés et sentent leur autorité remise en question.

En ce qui a trait à la connaissance du travail, en théorie, l'hôpital étant une organisation de type professionnel, les prestataires sont censés maîtriser leur travail. Il se pose par contre sur

le terrain un problème de délégation forcée, où auxiliaire et infirmière sont chargées de poser les mêmes actes alors que leur formation ne les préparent pas à se substituer. Dans ce cas, il est approprié que nous remettions en question la capacité des auxiliaires à faire un travail pour lequel elles ne sont pas formées, lors même qu'elles seraient dotées d'une grande expérience. Il existe d'ailleurs à ce niveau un malaise parmi le staff. Différents chefs de service se sont exprimés sur la question en mentionnant des plaintes qu'ils auraient reçu quant à la qualité du travail de certaines auxiliaires notamment l'irrespect des heures de médication et des doses prescrites par le médecin.

Un des autres problèmes majeurs au niveau du rendement réside dans le fait que l'hôpital ne dispose pas d'outil lui permettant de procéder à l'évaluation du rendement de son staff. Interrogés à ce sujet, le CP dit ne pas détenir les compétences techniques pour se plier à cette mesure, les chefs de service pensent que ceci relève de la responsabilité de la direction médicale, le directeur médical est peu motivé à le faire sachant qu'il ne peut effectivement prendre aucune décision relative aux résultats de cette évaluation. Pourtant, le Guide d'organisation de l'HCR propose une grille d'évaluation de la performance et stipule qu'elle doit être réalisée deux fois au cours de l'année fiscale.

En dehors d'outil approprié, les superviseurs ne sont pas en mesure d'établir leur niveau de satisfaction par rapport au travail fourni. Ceci est déplorable pour différentes raisons :

- L'occasion est ratée pour les chefs de service d'établir des objectifs de santé par service, d'en mesurer l'atteinte ou les écarts à corriger. Il devient difficile de produire au bénéfice du staff des rétroactions constructives et pertinentes.
- L'évaluation de la performance joue un rôle important dans l'évaluation de l'offre ; dans le cadre de l'inventaire des ressources disponibles à l'interne, elle permet de déterminer les besoins en renforcement, de faire les tableaux de remplacement et de prévoir la relève. Les tableaux de remplacement permettent au dirigeant de savoir qui peut remplacer qui aux postes clés dans la structure d'emploi de l'entreprise. Dans un horizon plus lointain que le remplacement, la planification de la relève consiste à préparer une succession ordonnée de personnes susceptibles d'occuper des postes clés au sein d'une organisation, dans une logique de continuité. Elle examine le niveau de rendement actuel ainsi que le potentiel de chaque remplaçant, permet de visualiser les postes pour lesquels l'entreprise a une relève suffisante et ceux pour lesquels elle a une relève insuffisante ou inexistante

St-Onge, 2009, p60).

- Par voie de conséquence, les responsables ne sont pas en mesure de planifier une stratégie de renforcement de capacité qui corresponde aux besoins réels d'amélioration de capacité du staff.

L'absence d'un tel mécanisme handicape donc fortement une démarche de planification des ressources humaines de l'organisation, l'évaluation avisée de l'offre interne de main-d'œuvre et a des conséquences néfastes sur la motivation du personnel, aspect que nous éluciderons dans la prochaine partie. (Annexe.- 3: un exemple de tableau de remplacement)

Des problèmes au niveau de l'organisation des services et de l'exploitation du personnel

En sus des problèmes de planification et d'évaluation du rendement, l'organisation des services et l'exploitation du personnel jouent aussi un rôle fondamental dans l'analyse de l'offre interne de main d'œuvre. Ils visent l'enchaînement du travail (tâches clairement définies et assignées), l'utilisation efficiente et la motivation du personnel.

Le personnel infirmier et médical de l'HNDPG semble osciller entre des aspects bien définis et d'autres aspects moins bien définis de leur travail. Deux exemples illustrent nos propos :

- L'utilisation indifférenciée faite des infirmières sages-femmes, des infirmières de ligne et des auxiliaires. Il a été assez difficile de définir exactement le rôle de l'infirmières sage-femme au sein de la maternité et l'utilisation de sa plus-value par rapport aux autres infirmières non spécialisées. Elle ne bénéficie pas d'un roulement particulier qui prend en compte son expertise mais se voit attribuer d'autres responsabilités administratives consommant ainsi un temps qu'elle aurait pu mettre au bénéfice du service. Les infirmières de ligne sont intégrées au roulement au même titre que toutes les auxiliaires. Or les expérimentations ayant eu recours à du personnel moins qualifié dans le secteur des soins infirmiers n'ont pas été faite dans le but de remplacer les infirmières mais à les seconder afin qu'elles puissent libérer du temps de travail pour améliorer l'efficacité organisationnelle et la qualité des soins.

- Les conflits récurrents sur la réalisation de la CPN. A qui en incombe la responsabilité ? Au Gynécologue obstétricien de service, à la sage femme, aux infirmières de ligne ou aux médecins résidents ? Il n'existe aucune planification formelle à cet effet, ce qui a un impact considérable sur l'offre de service (renvoi de patientes, temps d'attente élevée, tentatives multiple, etc).

A l'évidence, la question de la différenciation de fonctions n'est pas particulièrement envisagée à l'HNDPG. Or, se questionner sur les tâches pouvant être déléguées à du personnel ayant des qualifications différentes, sur l'adaptation de la composition du personnel de soins de façon à disposer d'une offre de soins flexible et dynamique répondant aux besoins spécifiques de chaque patient et garantissant la qualité des soins est une étape importante de la discussion sur l'amélioration de l'efficacité de la délivrance des soins.

En plus, l'absence de médecins affectés à la médecine interne traduit une défaillance dans l'organisation des services et une exploitation inefficace du personnel disponible. Lors de nos observations, nous avons constaté qu'il existe deux médecins qui réalisent conjointement les consultations externes au niveau de la médecine. Ils passent en général 2 heures de consultation. La Direction médicale aurait donc pu solliciter leur service en médecine interne afin d'assurer le suivi des patients hospitalisés. Nous pensons que ceci pourrait avoir un impact sur la réduction du taux d'occupation des lits au niveau de ce service.

Par ailleurs, les conditions dans lesquelles évolue le staff ne contribuent pas à créer un environnement favorable à un rendement optimal. L'environnement physique de la structure s'est fortement détériorée depuis le séisme, des ruptures de matériels de travail essentiels tels des gants sont souvent observées selon les informations rapportées, partage de l'espace avec les patients hospitalisés ou en travail, etc. Tout ceci contribue à éroder la motivation du staff qui n'est d'ailleurs pas entretenue.

En effet, nous avons précédemment vu qu'il n'existe pas de mécanisme d'évaluation de la performance du staff à l'hôpital, ce qui empêche celui-ci de recevoir un feedback structuré sur sa contribution au fonctionnement de l'hôpital et les récompenses appropriées lorsque l'effort fourni mérite qu'on le fasse. Or, le simple fait d'exprimer sa gratitude, de témoigner son respect et de féliciter les employés méritant augmente leur estime de soi, un aspect déterminant de la

motivation au travail (Vroom, cité dans St-Onge, 2009). En plus, il n'existe aucun plan de renforcement de capacité pour le staff. Ce dernier bénéficie de formations liées aux programmes verticaux qui ne correspondent pas nécessairement à leur besoin en termes d'améliorations de leurs pratiques. D'autres petites initiatives demandant peu d'efforts mais ayant un impact positif sur l'engagement des employés dans la réalisation de leurs objectifs au travail ne sont pas prises. Bref, La culture de la reconnaissance du travail bien fait et de la motivation n'est pas installée à l'HNDPG

Correction d'une pénurie

Au niveau de la littérature, différentes mesures peuvent être prises pour pallier à une pénurie de ressources humaines. On peut citer ainsi :

- La prolongation de la vie professionnelle. Cette mesure consiste en l'adoption de pratiques visant à maintenir en emploi des travailleurs âgés.
- Le rappel au travail des retraités. Cette mesure vise à faire profiter les milieux de travail de l'expérience et de l'expertise des travailleurs retraités en leur offrant des conditions pouvant satisfaire leurs attentes.
- Le transfert des responsabilités à d'autres organisations. Cette mesure vise à transférer certaines opérations de production à d'autres organisations disposant de main-d'œuvre en quantité suffisante.
- Le recrutement externe. Cette mesure consiste à doter l'organisation de nouvelles ressources en embauchant des employés à temps partiel ou à temps plein sur une base temporaire ou permanente
- La réorganisation du travail et l'utilisation plus efficace des effectifs. Elle consiste soit en la mutation ou la promotion du personnel, soit en favorisant les heures supplémentaires, soit en agençant différemment les tâches, ou en la mise en place de nouvelles technologies.

Options retenues

Les options retenues dans le cadre de ce travail sont :

- **Le recrutement** : A notre avis, vu la gravité de la pénurie à l'hôpital, l'adéquation de l'offre de soins par rapport à la demande ne peut être obtenue sans l'ajout de personnel additionnel même si cette solution dépasse les seules capacités des responsables de l'hôpital et qu'elle fait intervenir les plus hautes instances du Ministère.
- **La réorganisation des services et l'utilisation plus efficace des effectifs** : le recrutement à lui seul ne suffira pas à réduire l'ensemble des problèmes de l'hôpital ; il faudra aussi envisager des mesures ayant trait à la gestion de la structure ainsi qu'un leadership plus prononcé des responsables, ce qui est tout à fait à leur portée.

Les propositions ci-après formulées sont inspirées d'études semblables réalisées en Afrique dont une étude de cas sur la main-d'œuvre Infirmière menée au Kenya pour le compte du Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers

Recommandations

A partir de l'analyse produite sur la situation, différentes solutions peuvent être engagées par la DM avec l'appui de la direction départementale, à court (3-6 mois), à moyen (6-24 mois) et à long terme (24-36 mois).

- **A court terme, la Direction médicale de l'HNDPG doit :**
- Capitaliser sur les médecins et les infirmières en service social
 - Garantir le choix de l'HNDPG comme poste d'affectation par les prestataires finissants
 - Développer des stratégies d'attraction :
 - En plus de l'hébergement, assurer l'alimentation et la blanchisserie
 - Assurer l'encadrement académique des résidents
 - Allouer des frais sur base d'assiduité dans la mesure du possible

Le nombre de RSS nécessaires pour l'accomplissement des différentes tâches devrait être d'au moins 4 dont un réparti dans chaque service des bases et assurant selon le roulement qui sera établi, des gardes au service des urgences.

- Capitaliser sur l'apport financier des organisations qui collaborent avec l'hôpital pour:
 - Faire supporter le paiement du personnel à gage recruté sur la base de l'estimation du déficit en infirmière/heures
 - Améliorer les conditions de travail (matériel, infrastructure)
- Formaliser l'affectation des cheffes de service

- **A moyen terme, la Direction médicale doit rechercher l'appui de la Direction Départementale qu'elle puisse:**

- Au niveau de la planification :
 - Solliciter le recrutement de personnel selon les besoins
 - Evaluer la charge de travail de l'hôpital (demande de services par la population) afin de déterminer les ressources humaines appropriées
 - Evaluer l'offre interne de main-d'œuvre en vue de pouvoir quantifier et qualifier les déséquilibres éventuels pouvant entraîner un déséquilibre dans la production des soins

correspondant à la demande

- En termes de rendement :
 - Mettre en place les mécanismes appropriés de gestion du rendement :
 - Développer un outil d'évaluation ou utiliser celui proposé par le MSPP
 - Etablir des objectifs de santé par service afin de déceler les écarts éventuels
 - Procéder régulièrement à l'évaluation du staff sur la base de critères bien définis (responsabilités du DM, du chef de nursing et des chefs de service)
 - Produire un Feedback constructif à l'intention du staff et assurer un suivi adéquat des décisions relatives à l'évaluation du rendement
 - Etablir des canaux de communication avec le staff
 - Etablir un plan de relève approprié (à partir de l'évaluation du staff disponible)
 - Mettre en place un plan de renforcement de capacité
 - Rechercher les faiblesses du personnel
 - Solliciter les formations en fonction des besoins
- Au niveau de l'organisation des services et de l'exploitation du personnel:
 - Décomposer les tâches et gérer la différenciation des fonctions
 - Répartir les tâches en fonction de l'expertise en place et respectueuse des standards de personnel/lits (qualité et quantité).
 - Mettre en place des mécanismes appropriés de gestion de la motivation du personnel :
 - Gestion des récompenses
 - Symbole honorifique (plaque d'honneur)
 - Communication publique de la reconnaissance
 - Rémunération du rendement (récompenses financières ou matérielles)
 - Amélioration des rapports de travail entre supérieurs et le reste des employés

Au niveau de l'organisation des services et de l'exploitation du personnel, tenant compte de la limitation des ressources auquel est confronté le Ministère, il est effectivement peu probable qu'il puisse prendre les mesures adéquates pour combler le déficit dans l'immédiat.

Cependant, pour pouvoir répondre au standard minimum en matière de soins, il faudra envisager progressivement à atteindre l'effectif minimal requis.

En attendant, pour assurer une certaine couverture, il faut:

- A la maternité, recruter un minimum de 2 infirmières sages-femmes et 1 infirmière de ligne, transférer 1 auxiliaire à la médecine interne. Ceci ferait passer la disponibilité du service à 3 infirmières sages-femmes, 3 infirmières de lignes et 3 auxiliaires
- A la médecine interne, recruter 1 infirmière de ligne additionnelle, ce qui ferait passer la disponibilité à 3 infirmières de lignes et 3 auxiliaires
- Pour une durée déterminée ne dépassant pas 6 mois, modifier le roulement et le faire passer à 2 temps : 8-5h / 5-8h. Ceci permettra de garantir la permanence avec une sage-femme, une infirmière de ligne et une auxiliaire à la maternité à chaque tour ; en médecine interne, il garantira une infirmière de ligne et une auxiliaire à chaque tour. Cette proposition inclut les cheffes de service qui font partie du roulement régulier.
- Prévoir des incitatifs pour le personnel en raison des heures supplémentaires qu'il aura à fournir
- Obtenir des deux médecins généralistes assurant la clinique externe qu'ils fournissent au moins deux heures par jour en médecine interne pour assurer le suivi des patients hospitalisés
- Complémentairement, il est quand même nécessaire d'insister sur l'exploitation des résidents afin de renforcer cette offre.

Cette solution est envisagée sur le court terme en raison de ses conséquences. En effet, à partir de ce roulement, chaque personnel fournira 60 heures de travail, ce qui constitue 20 heures de plus que le quota exigé des autres fonctionnaires publics. A la longue, ceci risque de provoquer l'épuisement professionnel, l'augmentation des taux d'accidents du travail (St-Onge, 2009) et la diminution de la qualité du travail fourni. Un exemple de cette proposition de roulement est mis en annexe.

Conclusion

Le présent document rend compte d'une problématique importante à l'HNDPG, la pénurie en ressources humaines. En effet, de grands écarts en effectif de personnel de santé ont été mis en évidence à travers cette étude dans les deux services ciblés. En maternité par exemple, il y a un déficit en infirmière sage-femme tandis qu'en médecine interne le déficit concerne surtout les médecins et les auxiliaires. Ce déséquilibre entre l'offre et la demande interne induit l'établissement de roulements de travail qui ne sont pas en adéquation avec les normes locales en vigueur.

Il ressort aussi clairement de cette analyse que le déficit en effectif n'explique pas à lui seul cette pénurie. L'hôpital fait également face à des problèmes de gestion et à un manque de leadership se traduisant par une organisation des services et une exploitation peu efficace du personnel, une planification inadéquate, une insuffisance de productivité ainsi qu'une gestion peu rigoureuse en général.

En raison de l'importance de cette pénurie et de son impact négatif sur l'offre de soins, il est crucial d'envisager certaines mesures de redressement. Parmi ces mesures qui laissent entrevoir des possibilités d'améliorer la situation observée, figurent la réorganisation des services, l'utilisation rationnelle des résidents et infirmières en service social ainsi que la recherche d'appui financier auprès d'organismes collaborant avec l'HNDPG. Ces dernières peuvent être engagées à court terme par la direction médicale tandis que d'autres, plus lourdes, doivent être entreprises avec le soutien de la direction départementale. Sachant que le système sanitaire haïtien est très centralisé, une approche stratégique s'avère également indispensable afin de garantir sur le long terme un renforcement de l'offre en personnel de santé à la dite institution.

En termes de perspectives, il serait intéressant que d'autres études viennent compléter la notre afin de mettre en évidence l'impact de cette inadéquation de la main-d'œuvre sur la qualité des soins et la performance de l'hôpital Notre-Dame de Petit-Goâve.

Bibliographie

1. Ann L. Mable et John Marriott, Examen international de la planification des effectifs de la santé soumis à la Division des stratégies des ressources humaines de la Santé Canada, 2001
2. Bélanger, Laurent et al., Gestion des ressources humaines: une approche globale et intégrée. Éditeur Gaétan Morin, Chicoutimi, 1983, 419 pages.
3. Cadre de référence pour l'implantation des unités communautaires de santé, version brouillon, page24
4. CRHA, Ordre des conseillers en ressources humaines agréés www.portailrh.org
5. Gilles Dussault and Carl-Ardy Dubois, Human Resources for Health Policies:A Critical Component in Health Policies, HNP Discussion Paper, 2004
6. Gilles Guérin, Le système de planification des ressources humaines de l'entreprise, monographie No 3, Montréal, Ecole de relations Industrielles, Université de Montréal, 1978, p.35
7. ICHRN, International Centre for Human Ressources in Nursing, www.icn.ch/fr
8. Marie Thérèse Miller, Bernard Turgeon, Supervision et Gestion des Ressources humaines, Chenelière/ Mc Graw – Hill, 1992
9. MSPP, Plan Intérimaire Du Secteur Santé, Avril 2010 – Septembre 2011
10. OMS, Travailler ensemble pour la santé : Rapport sur la santé dans le monde, 2006, 243p
11. Petit, Belanger, Benabou, Foucher, Bergeron, Gestion Stratégique et Opérationnelle des Ressources Humaines, Gaetan Morin, 1993
12. Programme de renforcement des associations de santé publique, PRASP, 2006
13. Raynald Pineault, Carole Daveluy, La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies, Editions nouvelles, Montréal, 2006, 480 p.
14. Shimon L. Dolan, Tania Saba, Susan E Jackson, Randall S. Schuller, La Gestion des Ressources Humaines, Tendances, Enjeux, et Pratiques actuelles, 3eme édition, 2002

Annexe

Annexe 1 : Résumé Méthodologie

Paramètres	Variables	Indicateurs	Sources d'info	Technique de collecte
Demande de travail	Catégorie de personnel Charge de travail attendu	Nombre de professionnels requis par catégorie Quantité de services sollicités par la population Nombre d'infirmières/heure requis	Archives du personnel / chef du personnel Feuille de présence Feuille de temps Consultation d'Experts ou comparaison à hôpital de même taille	Dénombrement/Consultation de documents au niveau du service RH / Observation /Consultation d'experts
Offre de travail	Offre de main d'œuvre	Estimation du nombre de personnel disponible par catégorie Nombre d'infirmières/heure fourni	Chef personnel Chef de service	Dénombrement / Consultation des dossiers des employés / Entrevue semi dirigée
	Offre de service	Quantité de service fourni à la population (nombre d'accouchements, nombre d'hospitalisations, etc) Nombre mensuel d'admissions et/ou de consultations Nombre de lits Taux d'occupation des lits Durée moyenne de séjour	Chef personnel / Chefs services/ personnel service	Entrevue par questionnaire Entrevue semi-dirigée Comparaison aux normes
Organisation des services / Exploitation du personnel	Gestion de la permanence	Rotation, temps de présence	Directeur d'hôpital / Chef personnel / Chef services /personnel services	Entrevue semi dirigée / enquête par questionnaire / Observation
	Répartition des tâches	Délégation d'actes médicaux Efficience de l'utilisation du personnel disponible		
	Gestion de la motivation du personnel	Accès à la formation Conditions de travail Reconnaissance et récompense		
Observation services + clinique externe	Fonctionnement des services	Heures de fonctionnement des services , heures de début des activités, heures de fermeture, heures d'arrivées du personnel, heure de départ, file d'attente, processus de travail, etc		
Revue de dossier Archives (Chef personnel)	Disponibilité de personnel Gestion du personnel (congé, retards, absence)	Consultation de dossier du personnel, Vérification des profils disponibles au sein de l'institution, quantité de personnel disponible par catégorie, feuilles de temps, formulaire de congé, etc.		

Annexes 2.-

Effectif de l'HNDPG

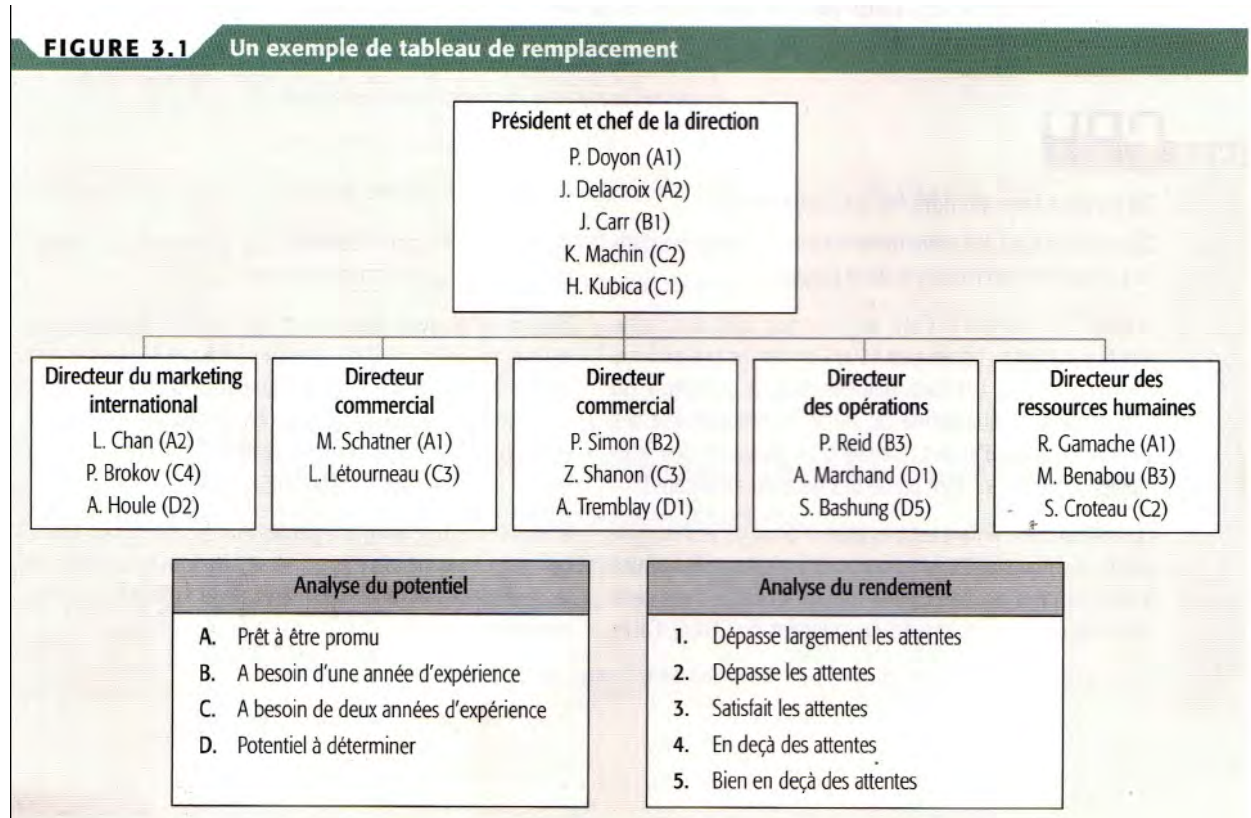
D'après la liste du personnel consultée, le personnel de l'hôpital Notre-Dame de Petit-Goâve peut être regroupé en trois catégories :

- le personnel médical composé de 13 médecins de services (3 OBGYN, 1 orthopédiste, 1 chirurgien général, 1 pédiatre, 1 médecin de famille, 6 généralistes, 0 résidents), 3 chirurgiens dentistes, 26 infirmières dont 3 sages-femmes, 14 auxiliaires), 8 personnes travaillant au laboratoire
- le personnel administratif regroupant 1 administrateur, 3 comptables (dont un émerge du MSPP, un sur le budget de l'UGP et un autre sur le projet de Gheskio), 1 comptable-assistant, 2 secrétaires,
- le personnel de support regroupant : 2 logisticiens, 3 préposées à la statistique, 5 préposées aux archives, 79 personnels de soutien (ménagères, messagers, électriciens, garçons de cour, jardinier, chauffeur, lessiveuse).

A l'intérieur de ces 3 catégories, il y en a qui émerge du budget du MSPP, il y a les contractuels du MSPP, il y a ceux qui sont rémunérés par les différents programmes transversaux existant au niveau de l'institution et enfin le personnel à gage embauché et rémunéré directement par l'hôpital.

Annexe 3.-

Tableau de remplacement



Source : St Onge (2009)

Annexe 4.-

Exemple de roulement à 2 temps

Maternité avec 3 sage femme

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28	J29	J30
Inf. Sage 1	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre
Inf. Sage 2	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour
Inf. Sage 3	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit

Roulement avec 3 infirmieres

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28	J29	J30
Inf. 1	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre
Inf. 2	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour
Inf. 3	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit

Roulement avec 3 Auxiliaires

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21	J22	J23	J24	J25	J26	J27	J28	J29	J30
Aux. 1	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre
Aux. 2	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour
Aux. 3	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit	Libre	Jour	Nuit

Annexe 5.-

Exemples de roulement antérieur

HOPITAL NOTRE-DAME DE PETIT-GOAVE
ROULEMENT DU PERSONNEL

PERIODE DU 1 Sept AU 30 sept 2011

SERVICE Medicine Int.

NOM ET PRENOM	DATE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	JOUR	J	V	S	L	M	T	V	S	D	L	M	T	V	S	D	L	M	T	V	S	D	L	M	T	V	S	D	L	M	T	V
Maryse G.		P	A	L	L	P	P	P	L	A	A	L	L	A	L	L	A	L	L	A	L	L	A	L	L	P	A	L	L			
Michelle C.		M	L	L	L	A	A	L	L	P	F	A	A	L	N	A	N	L	A	H	A	L	L	A	A	L	L	A	A	L		
Melanie Y.		P	P	L	L	N	N	N	M	L	C	P	P	A	L	L	A	L	P	A	L	M	N	L	L	F	F	F				
Genevieve R.		A	A	A	L	L	A	L	L	L	A	N	N	L	L	P	A	L	L	L	A	L	L	L	A	P	L	L	P			
Genevieve M.		L	L	P	P	P	L	L	N	N	L	L	P	A	L	L	P	L	L	L	L	L	L	P	L	L	L	A	A	L		
Benoit S.		L	M	N	L	L	P	P	L	L	P	A	L	L	P	A	L	L	P	A	L	L	L	A	L	L	L	A	L	L		

PREPARE PAR: M. Pelletier

APPROUVE PAR: _____

HOPITAL NOTRE-DAME DE PETIT-GOAVE
ROULEMENT DU PERSONNEL Infirmier

PERIODE DU 29 Aout AU 27 Sept 2011

SERVICE Medicine

NOM ET PRENOM	DATE	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27		
	JOUR	L	M	T	V	S	D	L	M	T	V	S	D	L	M	T	V	S	D	L	M	T	V	S	D	L	M	T	V	S	D	
Batholot		A	A	L	L	N	N	N	L	A	P	L	A	P	A	L	P	P	P	L	N	N	M	L	L	P	A					
Michelle		P	P	P	P	L	N	N	N	L	L	L	P	P	P	L	A	A	A	P	P	P	L	L	N	N						
Lepelletier		N	M	L	L	A	P	N	L	L	N	L	A	L	L	N	N	N	L	M	L	N	L	N	N							
Belland		P	L	A	A	L	L	P	P	L	N	N	M	L	L	A	A	L	P	A	L	L	P	A	L	L	A	A	L			
Jean-Guyon		C	O	N	G	E																										
Fouquet		L	E	P	P	P	P	A	L	P	P	P	L	N	N	N	M	L	L	P	L	L	A	P	L	L	A	P	P			
Etienne		A	P	L	A	L	L																									
Luxen (soul)		L	A	N	N	L	A	A	L	A	R	L	L	A	N	N	L	A	N	N	L	A	A	N	L	A	A	N	L	A		

HOPITAL NOTRE-DAME DE PETIT-GOAVE
ROULEMENT DU PERSONNEL INFIRMIER

Mois de : OCTOBRE 2011, MATERNITE

NOM ET PRENOM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
BARTHELOT	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L
METELIUS	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P
FAUSTIN	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A
BELLARD	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N
LAURIEUSE	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L
JEAN GEORGES	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	

HOPITAL NOTRE-DAME DE PETIT-GOAVE
ROULEMENT DU PERSONNEL INFIRMIER

Mois de : OCTOBRE 2011, MEDECINE

NOM ET PRENOM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
EMMANUELA	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P
MERILIEN	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L
ETIENNE	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P
FRECINET	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N
LUCIEN	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A	P	N	L	A

Annexe 6 : Outils de collecte

Questionnaires

Directeur médical HNDPG

Quelles sont les plus grandes contraintes auxquelles vous êtes confrontés dans la GRH ?
Existe-t-il un manuel de GRH à la HNDPG ?

Offre de soins

- 1- A quel rythme fonctionne l'Hôpital ? (permanence des soins ? plein rendement le jour et partiellement fonctionnel la nuit ?)
- 2- Quelles sont les mesures prises pour garantir la permanence des soins à l'hôpital?
- 3- Disposez-vous d'un document estimatif du personnel nécessaire pour assurer le fonctionnement de la HNDPG ? Le personnel disponible permet-il d'assurer la permanence ?
- 4- L'hôpital dispose-t-elle de standards en matière de fonctionnement des services (nbre de personnels par lits, etc) ?

Performance

- 5- Existe-t-il des contrats de travail pour le personnel ?
- 6- A-t-on mis en place un mécanisme de contrôle du personnel (régularité, ponctualité, absence, etc)
- 7- Disposez-vous d'un outil de gestion de la performance ?
- 8- Existe-t- il au sein de l'hôpital un plan de formation continue pour le personnel
- 9- Quels sont les mécanismes d'encadrement/supervision mis en place pour le personnel ?

Charge de travail (demande de services)

10. Comment est la demande de services à l'hôpital ? Le flux de demande, est-il plus important que celui que vous pouvez satisfaire? Vous arrive-t-il de renvoyer des patients?
11. Combien de lits disposent l'Hôpital ? Sont-ils toujours occupés ?
12. Vous arrive-t-il d'être à court de personnel pour faire face à la demande ? Que faites-vous dans ce cas ?
13. Quelle utilisation faites-vous des internes/résidents ?

Motivation du Personnel

14. Avez-vous mis en place un programme de renforcement continu des capacités du staff ?
15. Encouragez-vous la mobilité interne (promotion) ?
16. D'après vous, les conditions de travail sont-elles optimales ?
17. Comment rétribuez-vous la performance du personnel ?

Chef Personnel HNDPG

Disponibilité personnel / qualification

1. Quel est le nombre de personnel par catégorie dont dispose l'hôpital ? Le personnel disponible est-il suffisant pour assurer le fonctionnement de l'hôpital ? (oui pourquoi, non pourquoi)
2. Connaissez-vous les normes de la DOSS en matière de personnel prévu pour les HCR ?
3. Disposez-vous du personnel requis en termes de qualification ? Quel est le manque à gagner ?

Rendement

4. Existe-t-il des contrats de travail pour le personnel ? A défaut, avez-vous une description de tâches pour chaque catégorie (médecins, infirmières, auxiliaires) ?
5. Quels sont les mécanismes de contrôle du personnel mis en place (gestion régularité, ponctualité, absence, prise de congé, etc)
6. Comment faites-vous pour vous assurer que les employés fournissent le nombre d'heures de travail requis par jour ? le nombre de jours par mois ?
7. Comment faites-vous pour mesurer la performance des employés (outils de gestion de la performance ???)
8. Disposez-vous de mécanisme de renforcement de capacités dans le cas où un employé est jugé peu performant?
9. Quels sont les mécanismes d'encadrement/supervision mis en place pour le personnel ?

Charge de travail attendue

10. Comment est la demande de services à l'hôpital ? Le flux de demande, est-il plus important que celui que vous pouvez satisfaire? Vous arrive-t-il de renvoyer des patients?
11. Combien de lits disposent l'Hôpital ? Sont-ils toujours occupés ?
12. Vous arrive-t-il d'être à court de personnel pour faire face à la demande ? Que faites-vous dans ce cas ?

Organisation des services

13. Quel est le nombre de rotation existant au sein des services ?
14. Qu'est-ce qui différencie le travail des médecins de celui des infirmières, des infirmières de celui des auxiliaires ?
15. Quelles sont les mesures que vous avez prises pour garantir la permanence des soins à l'hôpital ?
16. Quelle est l'exploitation que vous faites des internes/résidents ?

Motivation du Personnel

17. Avez-vous mis en place un programme de renforcement continu des capacités du staff ?
18. Encouragez-vous la mobilité interne (promotion) ?
19. D'après vous, les conditions de travail sont-elles optimales ?
20. Comment rétribuez-vous la performance du personnel ?

Responsable Ressources Humaines à la Direction Départementale

GRH / PRH

- 1) Existe-t'il des normes en matière de GRHS ?
- 2) Comment se présente la situation en matière de ressources humaines dans le département de l'Ouest ?
- 3) Quelles sont les difficultés rencontrées en PRH ?
- 4) Existe-t-il un document d'analyse des besoins en RHS ?
- 5) Y-a-t'il un déséquilibre entre l'offre et la demande ? de quel ordre ?
- 6) Quelles sont les raisons qui expliquent ce déséquilibre ?
- 7) Existe-t'il un modèle d'organisation de travail permettant d'avoir une permanence des soins même en cas de pénurie ?
- 8) Quel est le rôle de la Direction Départementale dans la supervision du fonctionnement des HCR ?
- 9) Quels mécanismes sont mis en place pour compenser une situation de pénurie ?
- 10) Quelles mesures sont appliquées en terme de motivation du personnel de santé ?
- 11) Quelle procédure doit être suivie par un HCR faisant face à une situation de pénurie ?
- 12) Existe-t-il un manuel de GRH à l'intention des responsables d'hôpitaux ?

Médecin de Service / Infirmière se service

Organisation du travail

1. Quel poste occupez-vous dans le service ? Avez-vous reçu des termes de référence (une description de tâches) ?
2. Comment est organisé l'horaire de fonctionnement du service ?
3. En êtes-vous satisfait et permet-il d'avoir une couverture permanente ?
4. Qui l'organise ?
5. Combien d'heures de travail fournissez-vous par semaine ?
6. Combien de fois travaillez-vous par semaine (rotation et nombre d'heures par rotation) ?

7. En quoi consistent vos tâches et comment organisez-vous vos activités ?
8. Vous arrive-t-il de travailler plus que vos heures régulières (overtime) ? Que fait votre chef de service dans ce cas ?

Effectif

9. Vous arrive-t-il d'être absent ? Que fait votre chef de service dans ce cas ?
10. Combien de jours de congé avez-vous par année ? Que faites-vous si vous voulez demander un congé ?

Charge de travail

11. Combien de patients sont hospitalisés environ par semaine ?
12. Combien sont à votre charge ?
13. Quelle est la durée moyenne de séjour ?
14. A votre avis, le personnel est-il suffisant par rapport à la charge de travail à abattre ?

Performance

15. Est-ce que votre chef de service évalue votre travail ? Si oui, à quel rythme ?

Motivation et conditions de travail

16. Avez-vous déjà participé à des formations ? Sur quoi ont-elles porté ? Correspondent-elles à vos besoins ?
17. Hormis le salaire, êtes-vous satisfait de vos conditions de travail ? Précisez ce qui vous plaît et ce qui vous déplaît
18. Sentez-vous votre travail valorisé ?
19. Avez-vous des rencontres régulières avec le CP ? Quels sont les motifs de rencontre ?

Cheffe de service

Charge de travail :

1. De combien de lits disposent le service ?
2. Combien de médecins, d'infirmières et d'auxiliaires travaillent dans le service ?
3. Combien de patients sont admis (hospitalisés) par jour dans le service ?
4. Quel est le coefficient d'occupation mensuel des lits ?
5. Le personnel disponible est-il suffisant pour le travail à faire ? (si non) Combien de personnels additionnels le service aurait-il besoin ? Sur quoi vous vous basez pour faire cette estimation ?
6. Recevez-vous régulièrement des plaintes de la part du personnel par rapport à la quantité de travail à effectuer dans le service.
7. Le service peut-il se permettre de se passer d'un personnel qui va en formation pour une durée allant au-delà d'une semaine.

Organisation du travail

1. Le service fonctionne pendant combien d'heures par jour ?
2. En combien de temps est fractionné l'horaire de travail ?
3. Combien de prestataires de soins travaillent par tranche d'horaire et à quelle catégorie appartiennent-ils ?
4. A combien de jours de congé a droit chaque employé du service ? Comment prend-on un congé ?
5. Le service dispose-t-il d'une feuille de temps ? Est-elle remplie religieusement par le personnel ?
6. Les heures de rotation sont-elles toujours respectées par le personnel ? N'avez-vous enregistré aucune plainte en ce qui a trait à la relève des employés dans le service ?
7. Les absences sont-elles toujours motivées par le personnel ? Que fait-on dans le service pour pallier à l'absence d'un personnel.