

**Programme de formation en management et
gestion des services de santé en Haïti
(DESS-MGSS)**

Travail de fin programme

**LA MOTIVATION AU CENTRE DE SANTE
SAINT-MARTIN II**

Présenté par :

Arielle GRAND-PIERRE

Nordine MONDESIR

Roseline POMPILUS

Franck TÉLÉMAQUE

TABLE DES MATIERES

I-	INTRODUCTION	2
II-	JUSTIFICATION DE L'ETUDE	
III-	ENVIRONNEMENT	3
	A- Physique	
	B- Organisationnel	
	C- Social et politique	
	D- Médical	
IV-	INTERVENTIONS ANTERIEURES / OBJECTIFS	
V-	PROBLEMATIQUE	4
VI-	METHODOLOGIE / - Cadre d'Analyse	5
VII-	DONNEES RECUEILLIES	7
	A- Littérature scientifique - Cadre conceptuel	
	B- Sondage spécifique sur la motivation	
	C- Modèle PRECEDE / PROCEED - Modèle causal	9
	D- Répercussions sur les acteurs impliqués	10
	E- Données de la productivité	10
	F- Résultats	
	1.Diagnostic de l'irrégularité	
	2.Résultats des enquêtes (grille)	11
	G- CONCLUSION	
VIII-	ELABORATION DES OPTIONS D'INTERVENTION	12
	A- L'environnement et la motivation	
	B- La gestion des RH et la motivation	
	C- Les caractéristiques du travail et la motivation	
	D- Les caractéristiques du travailleur et la motivation	
IX-	CHOIX D'UNE OPTION	15
	A- L'OPTION CHOISIE	
	1- Méthodologie	
	2- L'option et la priorisation des activités	
	B- MODALITES DE SON IMPLANTATION	17
	1- Eléments stratégiques	
	2- Eléments techniques	
	3- Echancier (Gantt)	
	4- Ressources	
	5- Matrice de responsabilité	
	6- Enjeux	
	7- Conditions critiques	
	8- Evaluation	
	9- Recommandations	20
X-	CONCLUSION	21
XI-	ANNEXE	22 à 39

LISTE DES ABREVIATIONS

CSSM II	: Centre de santé Saint Martin II
CW	: CONCERN WORLDWIDE
O.N.G.	: Organisation Non Gouvernementale
M.S.P.P.	: Ministère de la Santé Publique
U.C.S.	: Unité Communale de santé
B.C.S.D	: Bureau communal social de Delmas
R.H.	: Ressources Humaines
CCC	: Communication pour changement comportement
PF	: Planification Familiale

I- INTRODUCTION

Le présent « PROJET D'INTERVENTION » se situe dans le cadre du travail de fin d'étude du DESS. Nous avons été familiarisés avec les problèmes de santé de la population haïtienne en général et nous avons constaté l'état alarmant de la situation sanitaire. Les Institutions de l'Etat, qui doivent prendre en charge la santé de la population, présentent apparemment des dysfonctionnements majeurs et ne peuvent pas toujours répondre à leur mission.

Ces deux dernières années, de nombreux facteurs réunis firent allumer au rouge certains indicateurs nationaux témoignant de notre situation globale en dessous du seuil de la pauvreté. Cette situation catastrophique, dont on commence à peine à se redresser, a affecté énormément le fonctionnement de toutes les Institutions de l'Etat.

« Le MSPP n'a pas encore formellement défini l'organisation du micro système de santé au niveau de la zone métropolitaine » (Genesis, mars 2004). Depuis dix ans, une restructuration basée sur une nouvelle configuration centrée sur les UCS est entamée. Si la stratégie d'implantation a été définie, la mise en œuvre est assez lente, freinée par le coût faramineux de la réforme. « La carte sanitaire au niveau de la zone métropolitaine n'est pas clairement définie, ni l'offre des soins non plus. Il en résulte une pléthore de médecins de toute spécialité à envahir les institutions sanitaires métropolitaines, quel que soit le niveau des soins offerts par ces centres », comme l'indique la référence citée plus haut.

Les limitations financières du MSPP se concrétisent dans la précarité de ses ressources et la tendance au niveau national d'agir sur certains problèmes de santé.

Nous nous sommes penchés sur le cas du Centre de Santé de SAINT MARTIN II, centre de premier échelon, qui en apparence, n'échappe pas au profil général des Institutions du même genre. Le CSSM II, a accusé de plein fouet les conséquences des perturbations qui ont éloigné le personnel de santé et les patients des salles de consultation. Parmi les nombreux problèmes rencontrés, celui du comportement du personnel revêt un caractère particulier. Le personnel est très démotivé et le montre par un manque de régularité, un laxisme qui génèrent un manque de productivité, une baisse du rendement et de la qualité des services.

Le mandat que nous avons reçu est justement de rechercher et d'analyser le poids du manque de motivation comme générateur des dysfonctionnements enregistrés au CSSM II et y apporter des propositions réalisables et durables d'amélioration.

II- JUSTIFICATION

« Le CSSM II est un centre très peu développé du point de vue organisationnel mais qui se trouve en pleine mutation » (Genesis, mars 2004). Son organisation et son fonctionnement actuels sont déterminés par une certaine routine, par la détermination de certains cadres et par la disponibilité de quelques maigres ressources apportées dans le cadre du programme de renforcement (CONCERN WORLDWIDE).

« Un atelier de travail réalisé au cours du mois de janvier 2002 le place à un stade primaire de développement. Toute augmentation du rendement de l'Institution et de son efficacité devrait prendre en compte le niveau de motivation du personnel en recherchant les mécanismes adéquats pour satisfaire certains de leurs besoins et attentes» (Genesis, mars 2004).

Au cours de l'entrevue avec la Directrice médicale, elle nous a fait part de trois problèmes cruciaux : l'insuffisance de fonds, les conditions de travail inappropriées, la démotivation du personnel.

Le premier problème relevant du Ministère, le deuxième étant pris en charge par la Concern, le dernier a été retenu. Le problème de motivation paraît crucial et pourrait avoir des répercussions graves sur le bon fonctionnement du centre. La démotivation engendrerait un manque de productivité et une faiblesse du rendement du personnel qui peuvent être évalués sous l'angle de l'observation des dysfonctionnements dans les activités du centre (enregistrement, consultations, achat de médicaments, examens de laboratoire, références (annexe p. 22 : Hypothèses de travail).

Suivant les conclusions de l'étude de J. M. Archer (C.W., mai 2004, pages 2,3), les dysfonctionnements peuvent être de deux types. Nous citons :

A) les dysfonctionnements constatés dans les services :

- 1- Au niveau des consultations médicales, le manque d'assiduité des médecins engendre des problèmes de collaboration avec les autres catégories de personnel impliqués dans la prise en charge (infirmière, auxiliaire). Il en résulte un blocage des activités et l'expression de l'insatisfaction des patients.
- 2- Les Ruptures de stock à la pharmacie et utilisation de spécialités (compétence et planification).
- 3- Les retards et horaires de travail écourtés (indisponibilité) provoquant une discontinuité des services de pansements et injections, de vaccination et d'examen de laboratoire (motivation).
- 4- Le refus de collaboration, l'obstination dans les pratiques professionnelles incorrectes (enregistrement, protocoles).
- 5- La réticence et le refus d'exécution des activités communautaires sans rémunération (insubordination).

B) les dysfonctionnements constatés dans les procédures de support :

- 1- l'absence de planification des besoins entraînant des retards dans l'exécution des réquisitions (gestion de stock).
- 2- la gestion inadéquate du flux des patients et la longueur de la file d'attente (admission - accueil).
- 3- le refus du personnel de planifier ses congés annuels et les recours abusifs au congé de maladie. »

Cet état de fait, dans sa complexité, peut ne pas entretenir un climat propice au développement de la motivation du personnel.

III- CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL (rf. 5)

A) PHYSIQUE

Le Centre est situé en plein cœur de l'un des premiers bidonvilles du nord de Port-au-Prince, Saint Martin. Cette agglomération qui s'est développée au début des années 40, présente, aujourd'hui, une population estimée à 60.000h. sur 1 km². Selon l'IHSI, elle est constituée de 40% de moins de 15 ans. Somme toute, le bidonville devint un quartier surpeuplé avec des conditions de vie déshumanisantes.

B) ORGANISATIONNEL

Le CSSM II sert de porte d'entrée dans le système. Il présente une structure simple par service, mais les différents services n'ont pas de réels chefs à leur tête. On y distingue les pôles administratif et clinique. Il existe différents services de consultation générale et spécialisée, des programmes de vaccination, d'éducation sanitaire et de planification familiale. Cinquante et un employés y travaillent, la plupart payée par l'Etat. La gestion et la planification incombent au Directeur Médical et à l'administrateur.

C) SOCIO-POLITIQUE

La situation socio-économique est désastreuse. Le chômage y est élevé et ceux qui y travaillent reçoivent un maigre salaire. Le commerce informel, incluant le petit commerce, est assez important. Le problème majeur reste l'insécurité suscitée par une délinquance active et armée créant un climat peu propice au bon fonctionnement de l'Institution. La population est en grande partie analphabète et sous scolarisée. Le surpeuplement, l'insalubrité, la prostitution, la situation économique précaire des habitants de la Cité sont autant de problèmes qui favorisent le développement de certaines maladies.

D) MEDICAL

La situation sanitaire est alarmante. Le système de distribution d'eau potable est inadéquat. Le système de ramassage d'ordures est inefficace. Les gens font leurs besoins n'importe où. Il y a lieu de croire que, dans ces conditions, les taux de morbi -mortalité ne sont pas différents ou peuvent être pires que ceux de la moyenne nationale. Dans ces conditions les groupes les plus vulnérables, tels les enfants, les femmes enceintes et les

gens âgés sont les plus touchés. (46 décès pour 1000 naissances vivantes – protection vaccinale peu effective et inefficace –Emmus III)

Vu les faiblesses des systèmes d'information sanitaire, il est difficile de faire une description fidèle de la prévalence des problèmes de santé au niveau de Saint Martin. Cependant, on peut croire, que, comme dans toutes les régions haïtiennes similaires, on rencontrerait un profil morbide comprenant les principaux problèmes de santé courants.

IV- INTERVENTIONS ANTERIEURES /OBJECTIFS

La Direction de l'Institution a démarré, depuis 2002, un programme de renforcement organisationnel. Un organisme de développement international, la C.W. s'est impliquée dans le renforcement du CSSMII comme l'une des stratégies pour obtenir l'amélioration des indicateurs de santé de la population du bidonville. Récemment, elle veut accompagner la Direction de l'Institution à définir et mettre en œuvre une stratégie de motivation du personnel.

Notre travail vient en renforcement de cette dernière disposition et se propose :

- d'analyser les causes du problème de la motivation,
- de proposer des solutions concrètes et réalistes.

V- PROBLEMATIQUE

Le CSSMII est confronté à un univers de problèmes qui lui empêche de bien remplir sa mission, tels des failles au niveau du système d'information, une insuffisance de financement de fonctionnement et un problème grave de démotivation. On pense que le problème majeur de la démotivation serait à la base des nombreux dysfonctionnements enregistrés tels :

- le manque de fréquentation du centre par les patients,
- l'irrégularité dans le respect des horaires, l'absentéisme,
- la mince gestion des R. H., la laxité administrative, les ruptures de stock,
- le manque de productivité ou l'absence de certains services, malgré une pléthore de main d'œuvre.

L'importance de cette présomption dans la marche boiteuse de l'Institution est mise en évidence par les résultats du récent sondage effectué par une firme de consultation engagée par la C.W. (J.M. Archer, mai 2004, et annexe page 31) qui stipule, en substance, que:

- L'insatisfaction du personnel paramédical et de soutien concerne la sécurité au travail et le manque du soutien apporté par la Direction.
- Le groupe des infirmières et auxiliaires attribue les notes les plus basses en ce qui a trait à la sécurité, à l'autonomie et au soutien apporté par l'institution.
-

De plus, les données de la productivité du Centre (cf. page 10), en ce qui concerne la définition d'une Institution de premier échelon, sont dérisoires par rapport à la population de desserte.

VI- METHODOLOGIE POUR L'ANALYSE DETAILLE DU PROBLEME ET DE SES CAUSES (CADRE D'ANALYSE, annexe p. 23)

Comme l'indique le cadre d'analyse, nous avons suivi plusieurs étapes et utilisé divers outils et méthodes :

- A- Une revue spécifique de la littérature sur la motivation permettant de construire un modèle conceptuel orientatif (cf. p. 9)
- B- Une consultation d'une étude réalisée par la firme Genesis (rf. 5) et d'une autre de J.M. Archer sur la motivation proprement dite du personnel du Centre (rf. 1).
- C- Dans la recherche de cohérence de la logique causale, parmi les différentes approches permettant d'analyser un problème en gestion des soins de santé, nous avons utilisé le modèle PRECEDE-PROCEED de Green (annexe p. 23-24) et élaboré un modèle causal (annexe p. 25-26-27).
- D- Une considération au sujet de la répercussion sur les acteurs.
- E- Notre analyse a été réalisée à l'aide :
 - 1. de visites guidées du centre, d'observation du personnel présent au travail et du comportement des patients,
 - 2. d'entrevues auprès des cadres de l'Institution avec des outils appropriés (annexe p. 28-29) orientés vers les grands dysfonctionnements et leurs rapports avec la démotivation.
 - 3. d'enquêtes sur les patients sur place et la population aux alentours, via des formulaires d'enquêtes et des conversations impromptues orientées sur la fréquentation du centre et le degré de leur satisfaction.
 - 4. d'enquêtes auprès de toutes les catégories de personnel à l'aide de formulaires.
 - 5. de recherche statistique sur la productivité (rapports des 6 derniers mois) et calcul du taux d'absentéisme du centre.
- F- L'analyse des données recueillies s'est effectuée d'après la méthode suivante :
 - 1- Dans les limites du temps imparti pour l'interrogatoire des acteurs, les enquêtes ont été orientées vers les conditions locales de travail, l'organisation globale du travail, le diagnostic du dysfonctionnement (fréquence), l'accessibilité des soins, l'effet sur la qualité et la démotivation. Certains de ces points ont fait l'objet d'une attention particulière dans l'étude menée par J.M. Archer (C.W.) et nous nous y

referons aux fins de complément d'analyse. Ils sont évalués chacun sur six points sur un total de 24 (cf. page 12).

- 2- En nous inspirant de la « Grille de diagnostic global » de J. M. Archer (mai 2004, page 7), en ce qui concerne les dysfonctionnements retenus plus importants, l'accent est particulièrement mis sur :
 - a) les consultations médicales tardives (malgré aménagement) entraînant le blocage des activités et l'expression de l'insatisfaction des patients.
 - b) les ruptures de stock à la pharmacie et l'utilisation de spécialités.
 - c) le refus de collaboration, obstination dans les pratiques professionnelles incorrectes (collecte d'informations).
 - d) les retards et horaires de travail écourtés (indisponibilité).
 - e) la réticence et le refus d'exécution des activités communautaires sans rémunération.
 - f) la gestion inadéquate du flux des patients et la longueur de la file d'attente.La mesure de ces critères se fera sur une échelle de zéro à quatre, pour chaque catégorie. La moyenne sera obtenue en divisant le total par 6 (six catégories). Le score est sur 16.
- 3- Le classement se fait par ordre de priorités des différents dysfonctionnements en fonction du score obtenu par chacun d'eux, de 0 à 16. L'instrument méthodologique consiste en une grille (cf. grille p.12) permettant d'évaluer et de classer chaque dysfonctionnement selon les critères retenus.
- 4- Les résultats exploités viennent de ceux obtenus à partir des enquêtes menées, de l'analyse des dysfonctionnements observés et de l'évaluation spécifique du degré de motivation réalisé par J.M. Archer.
- 5- Au temps du choix de l'intervention, la liste des interventions retenues a été soumise à l'épreuve de l'analyse de détermination des priorités de Donabedian (cf. tableau en annexe p. 37). Au temps d'ordonnancement prioritaire des interventions, une grille d'analyse (annexe p. 38) nous aidera à classer les priorités par ordre décroissant, de 1 à 7, suivant le poids obtenu.

VII- DONNEES RECUEILLIES

A) DONNEES DE LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE (+ annexe p. 32 à 38)

Pour bien comprendre le phénomène de la motivation, analysons d'abord, les caractéristiques du travailleur motivé, les conditions idéales de travail qui motivent, la gestion administrative des R. H. et les facteurs environnementaux qui influent sur les conditions de travail et la gestion du personnel, pour approfondir la notion de motivation.

I- CARACTERISTIQUES DU TRAVAILLEUR MOTIVE (rf. 3):

La recherche a permis de dégager un certain nombre de dispositions qui semblent être associées à un niveau plus élevé de motivation :

- a) Des besoins de croissance et des valeurs de travail,
- b) Des habilités et des facteurs appropriés,
- c) Une tendance personnelle à agir de façon consciencieuse, responsable et positive.

II - CONDITIONS DE TRAVAIL (rf. 3 - 4) : .

« Comment motiver les employés ? La réponse à cette question est évidente mais difficile à admettre : Cela est impossible ! On ne motive pas. Par contre, il est possible d'aménager des conditions qui stimulent l'intérêt des employés et qui ressortent directement associés à la motivation au travail :

- a) Un travail qui a du sens avec des objectifs clairs.
- b) Une bonne connaissance des résultats accompagnés de récompenses appropriées.
- c) Une marge discrétionnaire doublée d'une stimulation sociale appropriée.
- d) Des conditions adéquates. » (Alain Rondeau et Estelle Morin , Psychologie au travail in G. Morin ed).

III- LA GESTION ADMINISTRATIVE DES RESSOURCES HUMAINES : (rf. 5 à 8)

La fonction R.H. comprend plusieurs activités qui assurent une utilisation efficace et équitable du personnel. Principalement, l'instauration et le maintien d'un climat de travail satisfaisant permet d'offrir aux employés des conditions de travail qui les incitent à demeurer au sein de l'organisation.

Les activités de gestion des R.H. sont vitales pour l'organisation parce qu'elles servent à attirer, retenir, motiver le personnel, ainsi qu'à améliorer son potentiel (rf. p. 34) . Elles ont un impact significatif sur trois objectifs stratégiques : la productivité, la qualité de vie au travail et le respect des lois.

IV- FACTEURS POLITIQUES, ECONOMIQUES ET SOCIAUX : (rf. 5 à 8)

Dans l'environnement externe on trouve l'environnement légal qui conçoit des lois pour protéger les travailleurs, les consommateurs et la collectivité dans son ensemble.

L'environnement économique influence la plupart des activités de l'organisme, en influant sur les quantités à produire et à distribuer, les types de produits, le rythme de remplacement des équipements, les désirs des consommateurs, les prix, les besoins des employés.

L'environnement socioculturel est formé par des attitudes, convictions et valeurs sociales ainsi que de mœurs et des habitudes de vie. Ces facteurs ne sont pas à négliger quand l'organisation recherche un environnement qui suscite le rendement et la satisfaction.

L'environnement technologique : Les organisations doivent de plus en plus faire face aux changements technologiques nombreux et rapides qui peuvent le déstabiliser.

L'environnement éthique : Connaître et respecter les normes, c'est une difficulté à laquelle se heurtent tous les dirigeants des organisations.

V- LA MOTIVATION : (rf. 3- 9-10)

« Le terme motivation sert à désigner les forces qui agissent sur une personne ou en elle-même, pour la pousser à se conduire d'une manière spécifique, orientée vers un objectif. Les motifs spécifiques auxquels obéissent les employés dans leur travail affectent leur productivité » (Hellriegel,D., 1989).

A- LES PROCESSUS DE BASE DE LA MOTIVATION (Hellriegel,D.1989, page 159):

« L'un des principes de base du management est que le rendement d'une personne est fonction de son niveau de compétence et de sa motivation :

$\text{Efficacité} = f(\text{compétence} \times \text{motivation})$.

Quel que soit le degré d'intelligence, d'aptitude ou de dextérité d'une personne, sa compétence ne suffit pas à lui permettre d'atteindre une forte productivité. Pour y parvenir, la personne doit être motivée.

Le processus de motivation commence par la définition des besoins que ressent une personne (cf. p.35). Les besoins correspondent à des manques ressentis par une personne à un moment particulier. Cela signifie que, si un individu ressent des besoins, il est susceptible de renforcer sa motivation. Les manques engendrés par les besoins créent des tensions à l'intérieur de l'individu qui les ressent comme des malaises et veut les réduire ou les éliminer.

Toute motivation est orientée vers un but quelque soit lequel. Un but est un résultat spécifique auquel l'individu veut parvenir. Ce sont des forces qui l'attirent. Le but atteint, l'individu réduit significativement les manques engendrés par ses besoins. »

B) LES THEORIES DE LA MOTIVATION PAR LA SATISFACTION.

Elles tentent d'expliquer les facteurs qui, chez une personne, impulsent, dirigent et font cesser le comportement. On peut citer :

- 1) la théorie de la hiérarchie des besoins (Maslow) (cf. p. 36),
- 2) la théorie d'Alderfer : En accord avec Maslow, Alderfer conçoit aussi des besoins hiérarchisés de subsistance, de relation et de progression (S.R.P.), cf. p 36),
- 3) la théorie de la motivation par l'accomplissement McLelland,
- 4) la théorie de la motivation et de l'hygiène de vie de Herzberg (cf. p.36).

C) RAPPORT ENTRE LES DIFFERENTES THEORIES DE LA SATISFACTION

Les quatre théories de la satisfaction mettent l'accent sur des diverses notions importantes, par ex, des besoins motivationnels de base, des facteurs de motivation et

facteurs d'hygiène de vie, la motivation par l'accomplissement, et établissent des connections entre elles (cf. tableau p. 37).

D) LES THEORIES DES PROCESSUS DE LA MOTIVATION.

« Elles tentent de décrire et d'analyser comment les facteurs personnels, internes à la personne, interagissent les uns sur les autres et s'influencent mutuellement pour donner lieu à certaines sortes de conduites. Ainsi les individus déploient plus d'efforts pour mériter des récompenses capables de satisfaire des besoins importants que pour obtenir des récompenses dont ils n'attendent la satisfaction d'aucun besoin. » (Hellriegel, D. 1989, page 176):

Ce sont : la théorie des attentes (résultats du premier degré), la théorie de l'équité (comparaisons de Herzberg), la théorie du renforcement, la théorie de la détermination des buts. Les deux premières sont les plus courantes.

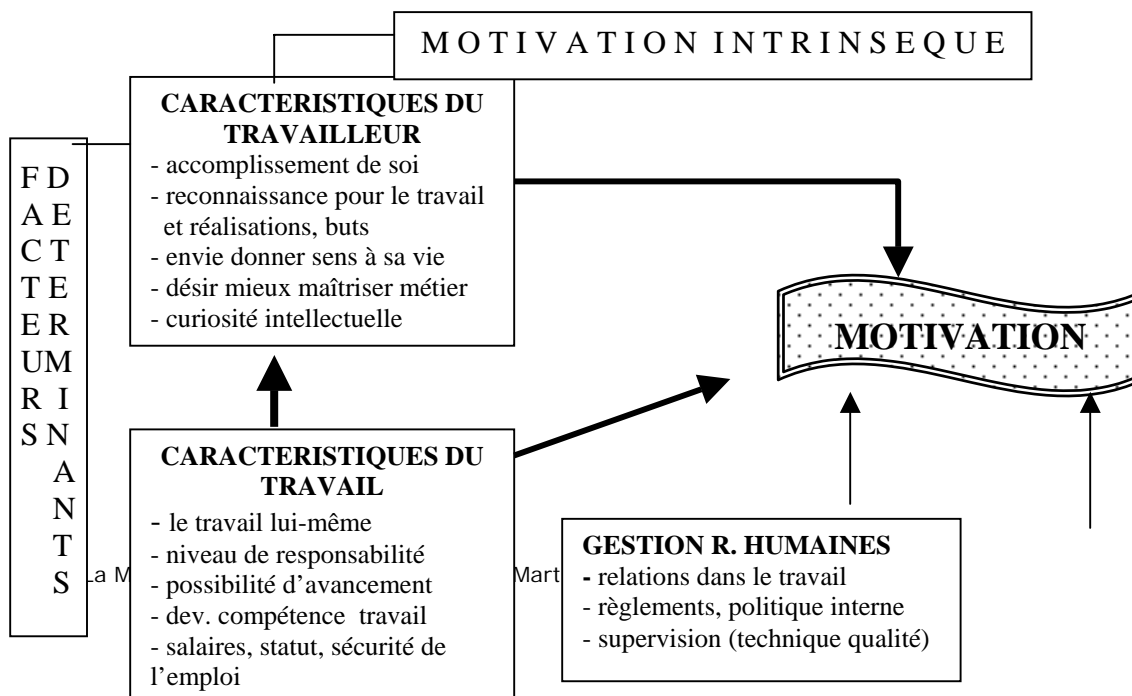
E)

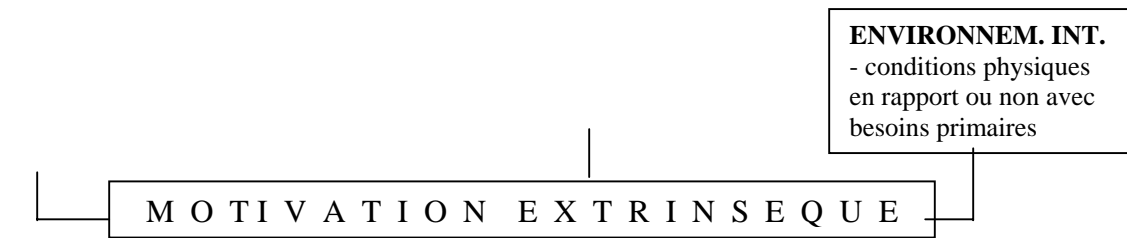
Cependant, ces théories ne prennent pas vraiment en considération l'individu lui-même comme ayant une capacité d'auto motivation ou des prédispositions variables à la motivation. A l'appui de cette remarque Meryem Le Saget (1988) différencie motivation intrinsèque et motivation extrinsèque (cf. cadre conceptuel). Selon cet auteur, ce n'est que dans la mesure où ses désirs sont présents chez l'individu qu'il pourra se motiver lui-même et pourra être motivé de l'extérieur.

Finalement, l'ensemble de ces théories nous amène à considérer qu'il existe trois niveaux de motivation de base pour un individu au travail (Hellriegel):

- ceux liés aux besoins et attentes de l'individu en tant qu'individu avec ses particularités propres ;
- ceux liés à la nature du travail en lien avec les besoins et attentes de l'individu ;
- ceux liés au milieu ou à l'environnement du travail dans lequel évolue l'individu en rapport toujours avec ses besoins et attentes.

CADRE CONCEPTUEL (MASLOW - HERZBERG - HELLRIEGEL - MERYEM LE SAGET)





Cadre conceptuel : Tableau I Télémaque et al.

En conclusion de notre consultation de la littérature, le cadre ci-dessus articule une synthèse intégrée de différentes théories de la motivation en s'appuyant sur les vues de Maslow, d'Herzberg, d'Hellriegel et de Meryem Le Saget.

Nous pensons que ce construit est approprié, car il permet d'analyser de manière objective les composants de la motivation au CSM II et de faire les considérations suivantes:

- Les caractéristiques du travailleur motivé ne font pas recette au sein de l'Institution, d'où l'importance de l'étude.
- Les conditions locales de travail sont impliquées dans le laxisme et la démotivation, d'où nécessité du changement.
- La gestion des R.H. nous permet de nous questionner sur le style de leadership, la fonction contrôle de gestion qui prévalent au sein de l'Institution et nous orienterait vers une évaluation de la contribution ou l'influence relative des pratiques organisationnelles et/ou professionnelles sur la faible fréquentation du centre.
- Les facteurs sociaux, économiques et culturels pèsent lourds et altèrent la qualité de l'éthique professionnelle et l'engagement des employées envers leur Institution.
- La notion de motivation en elle-même, de par son importance et ses implications, nécessite une étude approfondie et une attention soutenue.

B) SONDAGE SUR LA MOTIVATION DU PERSONNEL (Archer, J.M.,C.W., annexe p. 31). En substance, l'étude informe que :

Les 26 personnes consultées (3 médecins sur 51) ont été invités à situer leurs réponses sur une échelle à 10 niveaux. Les résultats principaux sont les suivants :

- L'évaluation globale de la motivation est relativement bonne (6,96)
- L'insatisfaction du personnel paramédical et de soutien concerne la sécurité au travail et le manque du soutien apporté par la Direction.
- Le groupe des infirmières et auxiliaires a attribué les notes les plus basses en ce qui a trait à la sécurité, à l'autonomie et au soutien apporté par l'institution.

C)

L'analyse des résultats des modèles PRECEDE / PROCEED et causal montrent la nature des causes profondes de l'absentéisme et indiquent que la démotivation est en rapport direct avec de nombreux dysfonctionnements (annexe p. 24 à 27).

D) REPERCUSSIONS SUR LES ACTEURS IMPLIQUES (rf. 11 – 12)

On peut citer :

- a. Le Ministère de la Santé : Les dysfonctionnements dans les Institutions de santé aggravent la situation sanitaire.
- b. La Direction Médicale et l'Administration, risquent à leur tour d'être démotivés devant le constat que malgré leurs efforts le centre ne répond pas à la mission qui lui est dévolue de par ses statuts.
- c. S'ils n'améliorent pas leur comportement, le personnel médical et paramédical, responsables de la dispense de soins, risquent d'aggraver la situation.
- d. Le personnel de soutien, support de l'entretien des locaux risque de bloquer le fonctionnement du Centre de par leur manque d'entrain au travail.
- e. Les patients, bénéficiaires des prestations du système, devant l'état de fait du dysfonctionnement du Centre, risquent de le désertier.
- f. Les leaders d'organisations de base de la zone qui sont des soutiens indispensables à l'implantation, à l'extension et au support des programmes d'action communautaire, risquent de se désolidariser avec les responsables.

E) DONNEES EMPIRIQUES LOCALES: PRODUCTIVITE EN SOINS PAR MOIS : (MOYENNE DES MOIS DE JANVIER AU MOIS JUILLET 2004)

- Consultation Générale.....678
- Consultation Pédiatrique.....227
- Prénatal (46 consultations pour 2.400 grossesses attendues)0,19/1.000
- P. F.(9 patients par nombre de femmes en âge de procréer).....négligeable
- Autres adultes.....397
- Clinique dentaire 11
- Examens de Labo....28
- Sutures – Pansements.....0
- Patients référés.....2
- Communication et éducation pour santé.....33
- Couverture Vaccinale : 0 à 1an : négligeable
 1 à 4 ans : négligeable
- Médicaments essentiels : parfois manque

Les chiffres attirent l'attention sur les faits suivants :

- a) Le CSSM II administre plus de soins curatifs que préventifs. Les chiffres trouvés pour le planning familial, la clinique prénatale, la vaccination, les soins dentaires sont dérisoires ou incalculables.

- b) Le manque de médicaments essentiels relevé tels le sérum oral, l'ampicilline, le cotrimoxazole doit gêner les médications.
- c) L'absence de soins de première urgence chirurgicale pour les plaies (sutures) éventuelles nécessite des références.

F) RESULTATS

1- DIAGNOSTIC DE L'IRREGULARITE (POURCENTAGE D'ABSENTEISME)

De nombreux biais ou limitations au calcul de l'absentéisme au Centre ont été rencontrés dus aux difficultés de la gestion administrative :

- a) Le système de surveillance des présences et des retards se base sur l'enregistrement de l'arrivée et du départ des employés sur une feuille hebdomadaire sur laquelle les intéressés inscrivent l'heure d'arrivée et de sortie. Cette feuille se trouve au bureau de l'administration, mais, il y a un manque de supervision constante des visas au moment de la signature. On ne peut donc calculer le taux d'absentéisme que sur la base des jours d'absences uniquement, les retards n'étant pas enregistrés voire cumulés.
- b) Il existe une inéquité d'horaire. Les horaires ne sont pas identiques pour tous les médecins. Certains viennent deux fois par semaine, d'autres plus souvent. Il existerait même un système d'horaire aménagé en accord avec les intéressés(rf. 2).Le calcul d'absentéisme a un résultat de valeur discutable.
- c) En fin de mois, l'administration fait un rapport cumulé des absences non motivées sur une certaine base et les soustrait du congé annuel.
- d) La période précédant le mois d'avril étant très perturbée, nous avons analysé les rapports des mois de mai et de juin, juillet, en pleine reprise.

Cependant, on retient les chiffres approximatifs suivants (annexe p. 37):

- Absentéisme médical..... 2,72 %
- Absentéisme du personnel infirmier..... 16,84 %
- Absentéisme médical vu des patients : (2h de retard en moyenne par jour x 22 jours travaillés à : le N d'heures de consultation par jour (5h) = 8.8). Le taux d'absentéisme devient..... 4 %

TAUX D'ABSENTEISME INTERNATIONAL

- Amérique du Nord : 1,4 - Amérique Latine :0,7
- Europe : 1,1 - Pas de chiffre pour Haïti.

2- LES ENTREVUES

A) LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Unanimement, les conditions environnementales internes physiques sont décriées par les employés et pointées du doigt comme un facteur de démotivation.

- Particulièrement, les personnels infirmier et de soutien se plaignent des difficultés d'accès à l'Institution, de la traversée stressante du bidonville. Des besoins de frais de transport ou de moyen de locomotion (bus) sont exprimés.
- Les locaux sont exigus, mal distribués et mal aérés. Les plaintes désignent surtout le manque de cafétéria, de coin de repos, de toilettes avec de l'eau courante, de moyens de communication. D'autres besoins, tels la sécurité des lieux de travail, le renforcement des moyens logistiques sont évoqués.
- L'ambiance de travail est à 60% jugée satisfaisante.

B) L'ORGANISATION GLOBALE DU TRAVAIL

- Les responsables décrivent le fait qu'ils n'aient aucune influence sur le choix des employés qui leur sont référés. Ils constatent une limitation des compétences par rapport aux besoins et une nécessité accrue de formation. La sécurité d'emploi est réclamée à 90% par le personnel de soutien.
- Des plaintes unanimes concernent le salaire qui est considéré comme un facteur démotivant de poids. (100%)
- Les responsables ont des difficultés pour appliquer les règlements. Un abus de congé de maladie est noté surtout du côté des infirmières. Des horaires de travail aménagés avec l'accord des employés sont affichés. Une certaine inéquité est dénoncée.
- La supervision administrative est effective mais non suffisante. Des failles sont constatées dans la collecte des données quotidiennes. La supervision technique des services et leur évaluation qualitative sont déficientes.
- Des plaintes concernent le manque de participation aux prises de décision, à la définition des objectifs et aux manques de reconnaissance du travail bien fait et d'incitatifs.

C) LES DYSFONCTIONNEMENTS : COLLECTION DES CHIFFRES (annexe p. 30)

Tableau II : Grille méthodologique de diagnostic global inspiré de Archer, J.M.

DYSFONCTION	FREQUENCE (5/6)	EF./ ACCESSIB Tx utilisation : (2,16/6)	EF./ QUALITE Tps. attente prol. (2,66/6)	DEMOTI VATION (3,33/6)	SCORE 13,15/ 24
1-Cons. Tardives	3,8	3	3	3	12,8
2-indisponib. Pers.	3,5	2	4	3	12,5
3-rupt et manques	2,5	2	2	3	9,5
4-reticenc act. com	1,33	0	0	0	1,33
5-file attente	3,5	3	3	3	12,5
6- col. information	2	2	3	3	10

Quatre dysfonctionnements plus importants sont notés. De plus, un phénomène nouveau est observé : les médecins qui arrivent tôt, autour de 9h am. doivent attendre l'arrivée du personnel administratif (caisse par exemple) pour pouvoir démarrer les consultations!

G) CONCLUSION SUR LES DONNEES EMPIRIQUES LOCALES ET LA MOTIVATION

Les préoccupations majeures de sécurité au travail et de soutien à apporter au personnel par la Direction, sont les principales causes de démotivation.

Pour une grande part, cette démotivation est la cause d'un absentéisme grave, particulièrement infirmier, qui gêne le fonctionnement de l'Institution dont certains symptômes plus graves ont été relevés :

- a) débuts tardifs des consultations, horaires écourtés de travail,
- b) gestion inadéquate du flux des patients et longueur des files d'attente,
- c) pratiques de collection d'informations incorrectes.

La résultante finale est que le CSSM II, avec son personnel de cinquante et un membres dont onze médecins, une infirmière et onze auxiliaires, soigne beaucoup plus les maladies qu'il n'en prévient, manque de médicaments essentiels et ne peut survenir à aucune urgence chirurgicale même mineure.

VIII - ELABORATION DES OPTIONS D'INTERVENTIONS

L'analyse précédente nous donne des pistes d'exploration. Nous allons nous concentrer sur les déterminants intrinsèques et extrinsèques de la motivation, à la lumière des résultats propres de l'enquête sur la motivation du personnel (Archer, J.M.), pour dégager des options logiquement dérivées des causes retenues.

I- L'ENVIRONNEMENT

Propositions :

- Mise à la disposition du personnel d'un moyen de locomotion pour traverser le bidonville à des heures précises, bus ou navette.
- Aménagement et extension des locaux selon un plan d'adaptation des infrastructures aux exigences actuelles.
- Présence physique d'un agent de sécurité 24h / 24h.

Avantages :

- La satisfaction des besoins physiologiques et de sécurité (Maslow) doit être assurée avant que les préoccupations des employés se portent sur le travail qu'ils exécutent,
- Effet psychologique et satisfaisant, certain, de soutien apporté au personnel, car action visible, palpable et très réclamée par les employés à faible revenu qui traversent le bidonville à pied,
- Possibilité de régularisation de la présence du personnel sur place et effet direct sur l'irrégularité et le démarrage des activités aux heures prévues,
- Possibilité d'application des règlements réglant la fonction,
- Effet favorisant du sentiment d'appartenance à l'Institution et d'esprit de corps,
- Effet facilitant pour l'application des programmes de services planifiés,

- Sécurisation des personnes et des biens de l'Institution.

Inconvénients :

- L'acquisition du véhicule et l'aménagement des locaux réclament un processus lent de démarches ou d'activités génératrices de fonds indisponibles à moyen terme, d'où perte de l'effet psychologique de satisfaction,
- Prélèvements des revenus du centre ou financement d'un bailleur pour frais de fonctionnement et de maintenance.

Faisabilité :

- Technique : optimale. La conception de l'aménagement et sa réalisation incomberont à une firme spécialisée. Seule la supervision incombera aux dirigeants,
- Organisationnelle : minimale. Les horaires de disponibilité de la navette devront être affichés. Un chauffeur mécanicien devrait être réquisitionné.
- Economique et financière : Une ONG bailleuse, la CW est déjà sur le projet. Les retombées attendues de l'acquisition du bus devraient faire réagir l'administration centrale. Les frais de fonctionnement incomberaient au Centre.

II- GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Propositions : Elles veillent à réduire le dysfonctionnement administratif :

- Veiller au respect des horaires d'ouverture du local et de présence du personnel administratif indispensable au démarrage effectif des activités de prévention et de consultation et exiger de la part des médecins le respect des horaires planifiés avec eux et établir le principe de la continuité des soins.
- Améliorer la disponibilité des services par une planification des besoins et une satisfaction des réquisitions.
- Obtenir le personnel spécifique par rapport aux besoins et l'affecter au mieux
- Former sur place, dépendamment des besoins.
- Recenser les protocoles de soins qui existent et veiller à leur application.
- Régulariser la collecte d'information administrative au niveau des secteurs clés: caisse, enregistrement, laboratoire, pharmacie.
- Améliorer la prise en charge des patients en attente en instaurant une meilleure gestion de l'accueil et de la file par un processus de dispatching approprié à la disponibilité du soin ou du service et par des activités de formation audio visuelle.

Avantages :

- Augmentation de la productivité et du rendement.
- Meilleure qualité des soins et des services.
- Satisfaction des employés du fait de la meilleure prise en charge.
- Feed back positif des patients et amélioration de la fréquentation

Inconvénients :

- Selon Hertzberg, les facteurs dits d'hygiène de vie ou extrinsèques, sont associés aux sentiments négatifs qu'éprouve un individu envers son emploi.
- Si la régulation centrale ou départementale n'est pas forte, les responsables risquent de manquer de moyen de coercition.

Faisabilité :

- Technique : concerne les formations.
- Organisationnelle : possible dans les limites de la régulation et du leadership.
- Economique et financière : la satisfaction des réquisitions dépendra de la caisse et du budget de fonctionnement de l'institution. La formation des cadres réclamera aussi un budget, le support logistique aux animations (TV, vidéo, cassettes, matériel d'IEC).
- Socioculturelle et éthique : respect des droits des patients et de la liberté professionnelle des employés.

II- LES CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL

Propositions :

- Améliorer la sécurité au travail dans ses différentes composantes
- Renforcer le soutien de l'Institution au personnel par la communication, la gestion participative et la supervision dans son double aspect d'encadrement et de contrôle.
- Encourager l'apprentissage continu.
- Nommer des responsables au niveau des secteurs clés tels laboratoire, nursing et clinique externe.
- Réduire l'inéquité dans les salaires (Herzberg)

Avantage : Ces facteurs sont facilitateurs extrinsèques de la motivation

Faisabilité :

- Organisationnelle : possibilité d'affectation et de nomination aux postes de responsabilité.
- Economique et financière : augmentation de salaire dans les limites des disponibilités salariales étatiques.
- Socioculturelle et éthique : respect du type de travail par rapport aux capacités individuelles.

III- LES CARACTERISTIQUES DU TRAVAILLEUR

Propositions :

Elles vont dans le sens des attentes et besoins de la catégorie de personnel à estimation haute, tels les médecins et le cadre administratif.

- Renforcer les possibilités de développement personnel en fournissant la possibilité de formation continue et en définissant en équipe clairement les objectifs à atteindre.
- Développer la satisfaction au travail en établissant un système de reconnaissance pour le travail accompli et les réalisations, en créant un système de participation plus active aux prises de décision, en instaurant de nouveaux systèmes d'évaluation et d'encouragement du personnel au travail.
- Etablir clairement, en matière de relations de travail, la transparence dans les rapports, le respect d'autrui, la hiérarchie professionnelle et l'esprit d'entraide.

Avantages :

- Ce sont des facteurs déterminants de la motivation, voie intrinsèque.
- Ces facteurs sont réclamés par les cadres du Centre.
- Ils sont applicables sans délai.

Inconvénient : Leur réussite va dépendre de la capacité des dirigeants à apporter une réponse à ces attentes par leur leadership, leur esprit d'ouverture.

Faisabilité :

- Organisationnelle : Dépend du vouloir des dirigeants de planifier et d'exécuter les projets de collaboration et de formation et de la disponibilité effective des employés.
- Economique et financière : Toute formation continue ou ponctuelle devra trouver un financement.
- Socioculturelle et éthique : Ne devrait pas rencontrer des problèmes majeurs si elle va dans le sens de la motivation tout en respectant les libertés individuelles propres à chacun des membres.

IX- CHOIX D'UNE OPTION - MODALITE DE SON IMPLANTATION

A) DETERMINATION DES PRIORITES (annexe p. 38)

Suivant l'analyse menée quatre catégories ont été obtenues :

1- Priorité élevée pour l'établissement du programme :

- a) Veiller au respect des horaires d'ouverture du local et de présence du personnel administratif indispensable au démarrage effectif des activités de prévention et de consultation et exiger de la part des médecins le respect des horaires planifiés avec eux et établir le principe de la continuité des soins
- b) Renforcer le soutien de l'institution au personnel par la communication, la gestion participative et la supervision dans son double aspect d'encadrement et de contrôle.
- c) Renforcer les possibilités de développement personnel en fournissant la possibilité de formation continue et en définissant en équipe clairement les objectifs à atteindre.
- d) Obtenir le personnel spécifique par rapport aux besoins et l'affecter au mieux. « La bonne personne à la bonne place ».
- e) Améliorer la sécurité au travail dans ses différentes composantes : sécurité financière, sécurité d'emploi, conditions de travail.
- f) Développer la satisfaction au travail en établissant un système de reconnaissance pour le travail accompli et les réalisations, en créant un système de participation plus active aux prises de décision, en instaurant de nouveaux systèmes d'évaluation et d'encouragement du personnel au travail
- g) Etablir clairement, en matière de relations de travail, la transparence dans les rapports, le respect d'autrui, la hiérarchie professionnelle et l'esprit d'entraide.

2- Priorité élevée pour la recherche :

- a) Régulariser la collecte d'information administrative au niveau des secteurs clés: caisse, enregistrement, laboratoire, pharmacie.
- b) Réduire l'inéquité dans les salaires (Herzberg).

3- Priorité moins élevée pour l'établissement du programme :

- a) Mettre à la disposition du personnel un moyen de locomotion pour traverser le bidonville à des heures précises, ex: bus ou navette.
- b) Former sur place selon les besoins et encourager l'apprentissage continu.
- c) Nommer à leur poste la Directrice du Centre et l'infirmière chef.
- d) Nommer des responsables au niveau des secteurs clés tels laboratoire et clinique externe.
- e) Réaliser l'aménagement et l'extension des locaux selon un plan d'adaptation des infrastructures aux exigences actuelles.
- f) Améliorer la disponibilité des services par une planification des besoins et une satisfaction des réquisitions

4- Priorité moins élevée pour la recherche :

- a) Recenser les protocoles de soins qui existent et veiller à leur application.
- b) Présence physique d'un agent de sécurité 24h / 24h.

B) CHOIX DE L'OPTION et ORDONNANCEMENT DES AXES STRATEGIQUES

Le choix se porte naturellement sur la première catégorie : « Priorité élevée pour l'établissement du programme » contenant, en vrac, un maximum de sept recommandations qui sont ordonnées par ordre d'importance décroissante (annexe p.39). Ils constituent les axes stratégiques de l'option d'intervention choisie. Nous retrouvons :

- No 1 : Renforcer les possibilités de développement personnel et développer la satisfaction au travail (à égalité)
- No 2 : Renforcer le soutien de l'institution au personnel
- No 3 : Veiller au respect des horaires de travail
- No 4 : Améliorer la sécurité au travail dans ses différentes composantes
- No 5 : Etablir clairement des normes de relation de travail
- No 6 : Obtenir et affecter optimalement le personnel spécifique par rapport aux besoins.

C) MODALITES DE SON IMPLANTATION -

Il s'agit de mobiliser les ressources en vue d'accomplir les objectifs. Cela comprend une séquence d'activités et la prévision du comment ces activités et services seront mis en place. « Le plan altère les pratiques courantes de l'organisation et introduit un processus de changement !"» (PINEAULT, R. et DAVELUY, C. (1995) .

1- ELEMENTS STRATEGIQUES : Mobilisation des ressources.

* Au niveau de l'environnement inter organisationnel :

- a) Identifier les organisations qui sont susceptibles d'interagir avec le projet afin de réduire l'incertitude et augmenter le consensus.. Ce seraient la Concern, le MSPP et les groupements communautaires.
- b) Vérifier auprès de ces organisations leur intérêt à apporter un appui au projet de stimuler la motivation au CSSM II,
- c) Identifier les stakeholders qui supporteraient ou s'opposeraient au projet,
- d) Effectuer une analyse de rôles en spéculant sur les buts et intérêts des acteurs (annexe 40)
- e) Sélectionner les stratégies qui nécessiteront un partage du pouvoir en se reposant plus sur la négociation particulièrement en matière d'application d'horaires de travail,
- f) Faire un sondage de terrain pour savoir si le personnel serait prêt à s'engager dans le changement ou s'il préfère le statu quo.

* Au niveau de l'environnement interne de l'organisation : (annexe p. 40)

- a) Vérifier si le besoin de changement est reconnu de façon unanime,
- b) S'assurer que les cadres s'impliqueront pour supporter le programme,
- c) Faire participer les intéressés à la formulation et à l'application du nouveau programme,
- d) Bien choisir le chef de projet ayant pour qualités l'habileté à introduire le changement, la croyance au programme et la compétence dans son introduction,
- e) Simplifier au possible les procédures,
- f) Accompagner le programme d'un plan de formation du personnel (perfectionnement ou mise à jour),
- g) Stimuler les habiletés requises et la motivation nécessaire.

2) **ELEMENTS TECHNIQUES : ARBRE DES OBJECTIFS
OU PLAN DE PROGRAMME (annexe p. 41)**

I- Objectif général :

Amélioration de la motivation du personnel du CSSM II

II- Objectifs spécifiques :

- 1- d'ici 3 mois stimuler besoin d'accomplissement de soi du personnel
- 2- d'ici 6 mois améliorer les résultats de la GRH
- 3- d'ici 3 / 6 mois améliorer les conditions de travail

III- Objectifs opérationnels :

1 - Concernant les caractéristiques du travailleur :

- 1-1 Renforcer les possibilités de développement du personnel en fournissant l'opportunité de formation et d'apprentissage continu et en définir en équipes clairement les objectifs à atteindre.

- 1.1.1 D'ici 3 mois, achever la formation des teneurs de comptoir en pharmacie, laquelle formation aura duré 6 semaines et aura été faite par du personnel sur place.
 - 1.1.2 D'ici 3 mois, formation et/ou recyclage de deux (2) auxiliaires en PF, laquelle formation aura duré 2 semaines.
 - 1.1.3 D'ici 4 mois, organiser des séances de CCC en vue de la prévention et de la conduite à tenir pour certaines maladies, pour toutes les branches de la médecine, et ceci pour tout le personnel infirmier.
 - 1.1.4 Chaque mois, réaliser des conférences pour le personnel médical et paramédical.
 - 1.1.5 Dès le premier mois, inaugurer outre des séances de formation ponctuelle, d'autres apprentissages continus.
- 1-2 Développer la satisfaction au travail
- 1.2.1 Maintenir la commémoration des anniversaires ;
 - 1.2.2 D'ici les quinze premiers jours, établir l'équité dans les horaires ;
 - 1.2.3 D'ici les quinze premiers jours, redéfinir les tâches et les approches de travail ;
 - 1.2.4 D'ici les quinze premiers jours, identifier les différents polyvalents dans chaque catégorie de personnel ou mieux établir l'inventaire des compétences au travail ;
 - 1.2.5 D'ici un mois, établir dans chaque groupe des "comités de pairs" pour d'éventuelles évaluations ;
 - 1.2.6 D'ici un mois, reformer « l'équipe inter catégorielle » qui sera représentative du CSSMII ;
 - 1.2.7 D'ici 3 mois, établir les critères de choix de l'employé du mois avec l'avis des patients, des pairs et de l'équipe inter catégorielle ;
 - 1.2.8 Et dans 4 mois, élire le premier employé du mois ;
 - 1.2.9 D'ores et déjà, si nécessaire faire des éloges et des appréciations publiques.
- 1-3 Etablir des normes de relation de travail : la transparence dans les rapports, la hiérarchie professionnelle et l'esprit d'entraide.
- 1.3.1. D'ici 2 mois, rédiger un petit manuel de "Lois et Statuts" concernant l'employé du CSSMII comprenant toutes les instructions et lignes de conduite des différentes catégories de personnel.
- 2 - Concernant les caractéristiques du travail :
- 2-1 Renforcer le soutien au personnel et améliorer la sécurité au travail
- 2.1.1 Organiser des rencontres périodiques avec les équipes formées :
 - 2.1.1.1 chaque semaine, avec l'équipe inter catégorielle ;
 - 2.1.1.2 chaque mois, avec les différentes catégories ;
 - 2.1.1.3 chaque 3 mois, avec tout le personnel.
 - 2.1.2 D'ici une semaine, mettre en place une boîte à suggestion pour les employés
 - 2.1.3 Dès le début, accorder une attention particulière aux problèmes et aux détails des tâches de l'exécutant(e): visites hebdomadaires d'encadrement, de contrôle mensuel.
 - 2.1.4 Dès le premier mois, aménager un espace provisoire pour une cafétéria et d'ici 6 à 9 mois, réaliser un lieu pour une cafétéria définitive ;
 - 2.1.5 Dès le mois de février 2005, établir le système d'eau courante dans l'institution.

3 - Concernant la gestion des R. H. :

- 3-1 Exiger le respect des horaires et mettre "la bonne personne à la bonne place."
 3.1.1 Appliquer les normes concernant le respect des horaires dans le manuel sitôt sa parution ;
 3.1.2 Etablir un système de rendez-vous pour les consultations sélectives.

D) L'ORDONNANCEMENT DES ACTIVITES ET TACHES (GANTT annexe p. 42)

Parmi les méthodes d'ordonnement, nous avons priorisé un échancier permettant de prévoir les dates de début et de fin pour l'accomplissement des activités. C'est le diagramme de Gantt. Elles débutent le 3 janvier 2005 et se terminent le 31 décembre 2005. Cet échancier prévoit une période de 2 à 3 mois de pré réalisation du projet, dite phase de développement au cours de laquelle les responsables devraient prendre en considération toutes les recommandations stratégiques sus mentionnées, particulièrement l'appréciation des conditions critiques, l'inventaire des compétences au travail et l'assurance des ressources matérielles et financières. Des activités ponctuelles particulièrement au début sont prévues et d'autres à l'année durant toute la durée du projet

E) L'EVALUATION DES RESSOURCES

- 1) Les Ressources Matérielles comprennent une boîte à suggestions, un appareil vidéo, TV et support, un espace pour la vente de sandwiches et de gazeuses, en attendant d'avoir une vraie cafétéria, une pompe à eau et révision de l'installation d'eau et du réservoir d'eau, l'aménagement de la salle de petite chirurgie (plateaux, instruments, stérilisateur, produits)
- 2) Les Ressources Humaines peuvent comprendre, au Centre, un chef de projet, une secrétaire, un administrateur et une équipe de soutien au projet formée de deux membres de chaque catégorie. Au niveau central, un cadre administratif de support au projet peut être prévu.
- 3) Les Ressources Financières seront fournies par la Concern, ou la petite caisse, pour les menus besoins.

F) MATRICE DE RESPONSABILITE (tableau III Télémaque et al.)

INTERVENANTS	RESPONSABILITES
Chef de projet	Dirige le projet
MSP	Soutient le projet
Concern	Aide au projet
BCSD	Soutient le projet
Directrice Médicale	Aide au projet si pas le chef
Administrateur	Aide au projet
Médecins	Aident au projet
Personnel Infirmier	Aide au projet
Personnel de Soutien	Aide au projet

G) ENJEUX

- 1- L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins
- 2- Une plus grande intégration du centre dans la communauté
- 3- Une régulation valable au fonctionnement du centre.

H) CONDITIONS CRITIQUES

- 1- La résistance au changement du personnel (médecins et infirmières),
- 2- La capacité de l'équipe à amener le changement,
- 3- La non-disponibilité des ressources financières (Concern).

I) EVALUATION :

Le projet sera évalué à mi-parcours et à la fin. La mise en œuvre, l'échéancier, les résultats seront suivis. Les conditions critiques et les contraintes seront prises en compte. Les expériences négatives qui peuvent survenir seront relevées et retenues.

J) RECOMMANDATIONS :

Elles concernent tout ce qui est utile à la réussite du projet, à sa continuité et à sa reproduction. Il faudrait :

- Prendre en considération et appliquer les recommandations qui ont été proposées par les firmes consultantes .
- S'assurer du support constant des organisations pendant l'application du projet,
- Intégrer le centre dans la communauté et dans son UCS,
- Analyser et divulguer les résultats des bilans,
- Aviser la population des réalisations en cours,
- Considérer le feed-back du personnel,
- Proposer au personnel un système contractuel (MSPP) en tenant compte du niveau de rémunération comparatif,
- Obtenir une protection policière pour diminuer les effets de l'Insécurité,
- Pérenniser les retombées du projet,
- Dupliquer dans d'autres centres de la zone.

X- CONCLUSION

Notre mandat de vouloir renforcer la motivation du personnel au CSSM II, centre étatique, relève d'un défi sur la possibilité d'introduire un changement institutionnel majeur dans une organisation publique de santé.

Dans le contexte national actuel, même s'il se lève sur la Santé Publique une aube prometteuse de changements tant attendus, la résolution du problème de la motivation dans les institutions de santé de l'Etat haïtien restera inséparable de la nécessaire et vitale réforme de l'administration publique et de l'amélioration de son statut.

Au cours de notre étude sur le CSSMII, nous avons diagnostiqué un grave dysfonctionnement du centre imputable à un manque de motivation. Cette présomption a été mise à l'épreuve de l'éclairage des notions académiques, puis soumise à celle des

techniques d'analyse. Beaucoup d'indications, nôtres et autres, convergent vers le problème de la motivation comme l'un des facteurs fondamentaux du malaise institutionnel et du mal être de son personnel. Nous avons relevé aussi des pistes de résolutions du problème, parfois sur la recommandation même du personnel. C'est pourquoi nous avons priorisé un petit groupe d'interventions motivantes, condensés en une option prioritaire, qui ne rencontrent pas de difficulté particulière pour sa mise en œuvre.

A notre sens, leur application ne relèverait pas d'un défi insurmontable, étant donné qu'elles répondent aux attentes exprimées par le personnel. La résultante espérée ne peut être qu'une augmentation de la motivation devant dynamiser le fonctionnement de l'Institution et améliorer la qualité de ses services.

Cependant, notre élaboration ne s'applique qu'en temps de paix. Si de nouvelles intempéries politiques et sociales surviennent, le fonctionnement du Centre risque d'en être très perturbé. Si même «en temps de paix», se pose déjà le grave problème d'accès à l'Institution, du fait de son enclavement dans le bidonville, alors une des solutions ne serait-elle pas de le désenclaver en le délocalisant? Alors, est-il concevable d'éloigner une institution de santé des habitants, pour qui il a été conçu, pour faciliter son accès à son personnel ?

De plus, le succès mitigé des différentes actions antérieures ne suggère-t-il pas une réelle conjonction de tous les acteurs impliqués et intéressés au bon fonctionnement du CSSM II ?

XI - ANNEXE

2) HYPOTHESES DE TRAVAIL SUR LES CAUSES PROBABLES : Tableau comparatif Régulation

Structurelle	Retard absences	Contrôle-supervision Cesam/département	Matériel	Salaires ressources Finances	Accessibilité insécurité environnement centre	Sous fréquentation centre	Conditions locales + accueil
Administration Incompétence	Pas contrôle. Irrégularité horaire .règlements	Loi fonction publique .pas d'audit	Manque supervision utilisation entretien disparition	Pas d'augmentation. Pas incitatifs	D E		Entretien ? P
Employés à qualification insuffisante	Retard absences	R E C R U	G E S	Irrégularité Indiscipline Demotivation	M O T		D R E O M J
Personnel soutien	Retards ++ Absences +	T E M N T R A N S	T I O N	Irrégularité Demotivation	I V		O E T T
Médecins Spécialistes	Retards ++ Absences + (cercle vicieux)	T S A L F E R T S	R E S O	Suffisant/ 2/4h par jour	A T I		I D' V A A M
Infirmières auxiliaires	Retards ++ Absences + Révolte contre règlements	A R I E S	U R C E S	Irrégularité Demotivation	O N		T E I N O A
Directrice	Réunions Lettre blâme Sondage Sensibilisation	Pas influence sur choix R.H. Pas supervision centre	M A T E R I E			Séances promotion communauté + frais projet d'animation	N G E M
Patients	Autres centres	Pas d'enquête terrain	L L E S	Pauvreté ressources financières faibles	Manque éducation sanitaire	journées portes ouvertes	E N T

Tableau V: Telemaque et autres.

3) CADRE D'ANALYSE

La recherche sera menée à travers un cadre d'analyse (cf. tableau ci-dessous) comprenant :

- La définition du concept de la motivation et sa mise en perspective, dans son cadre conceptuel propre,
- Une consultation d'une étude spécifique de la motivation des employés du centre
- Une appréciation de la productivité du centre
- La recherche du taux d'absentéisme
- Une étude sur les dysfonctionnements et leurs rapports avec la démotivation
- Une recherche sur la détermination des priorités et leur sélection.

Tableau
2:

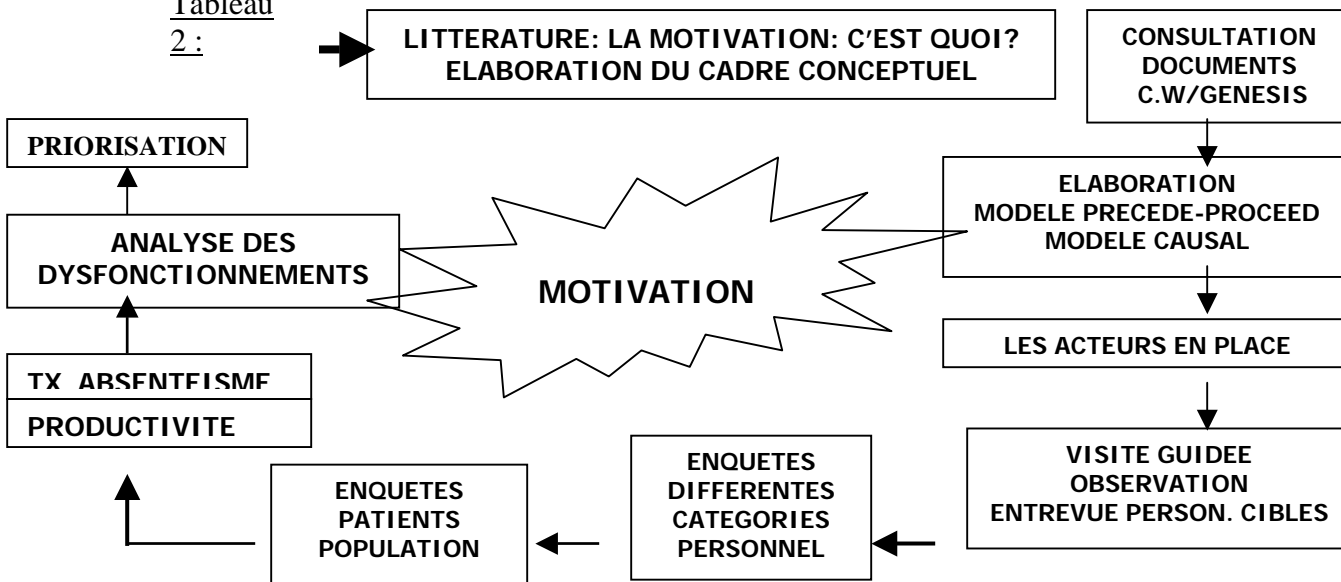


Tableau VI : Telemaque et autres.

4) METHODE PRECEDE DE DETERMINATION DES CAUSES

Le PRECEDE/PROCEED comporte cinq étapes que nous allons appliquer à la recherche des déterminants du manque de motivation au travail du personnel du centre.

- 1) Le diagnostic social :
 - Le salaire insuffisant
 - La faiblesse des avantages sociaux de la fonction et leur valorisation
 - La prédominance de la vie personnelle sur la vie professionnelle
 - Les limitations économique et culturelle de la population.
- 2) Le diagnostic épidémiologique :
 - Les dysfonctionnements importants tant dans les procédures de support que dans les services.
- 3) Le diagnostic comportemental et environnemental :
 - L'absentéisme dans ses différents aspects ;
 - Le contexte extérieur (zone dangereuse a difficulté d'accès)
 - Les conditions de travail inadéquates
 - Le manque d'esprit de groupe et d'émulation.
- 4) Le diagnostic éducationnel et organisationnel analyse les facteurs :
 - Prédiposants : le « droit » au salaire, peu ou pas de devoir envers l'Etat, possibilité de jongler avec les règlements, l'insubordination et l'irresponsabilité ;
 - Facilitants : la difficulté du transport, l'enclavement du centre et l'insécurité ambiante, le manque de communication, les troubles fréquents socio politiques ;
 - Renforçants : l'inéquité des horaires, l'insuffisance salariale, l'autonomie totale pour les médecins, la mauvaise gestion administrative locale.
- 5) Le diagnostic administratif et politique :
 - Le dysfonctionnement administratif au niveau de la supervision du centre
 - Le manque de contrôle (laxisme)
 - La description peu claire des tâches et responsabilités
 - La non-clarification d'objectifs appropriés et des tâches et leur manque de suivi quant à l'atteinte des objectifs
 - Les ressources financières générées faibles

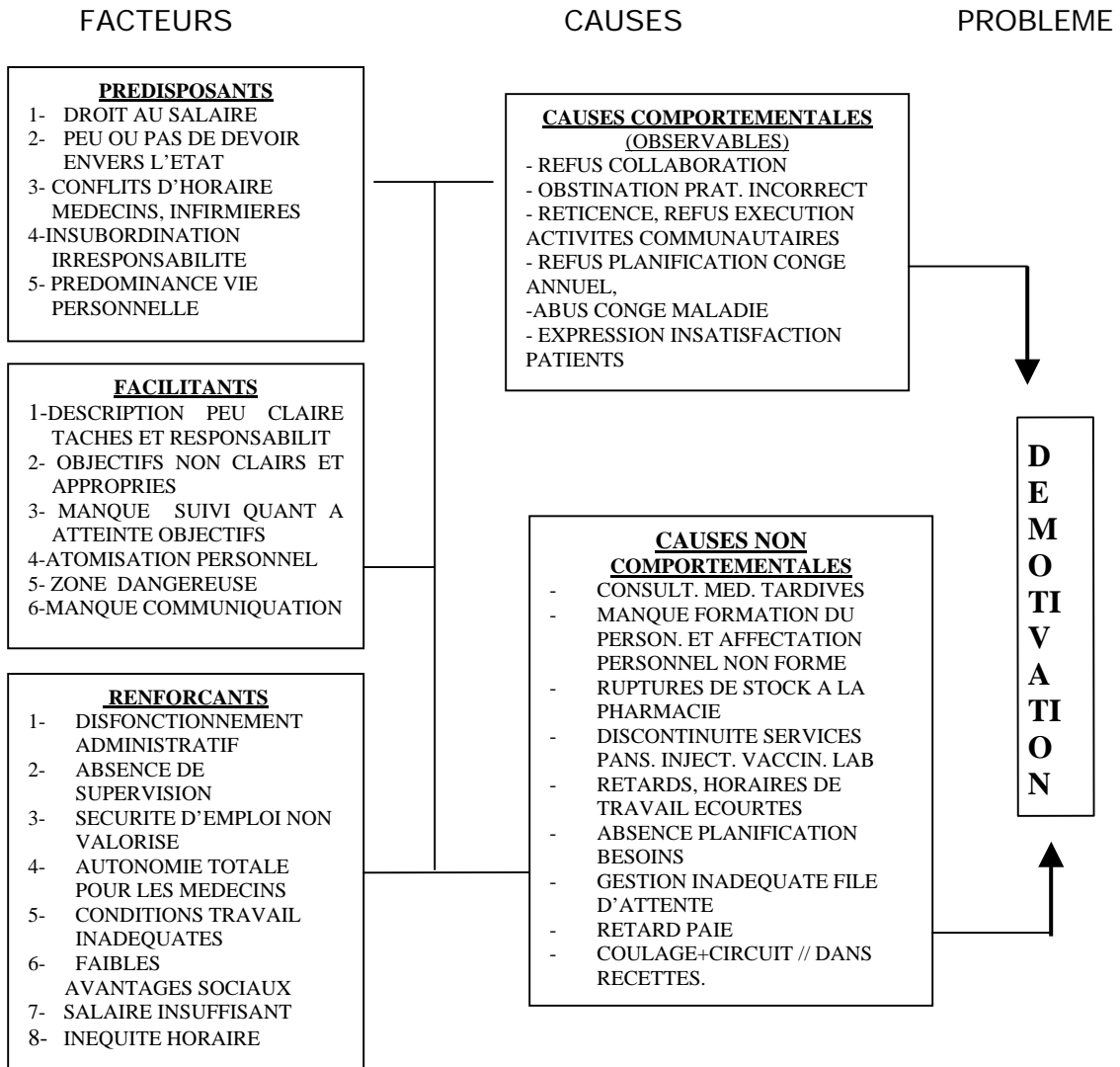


Tableau VII : METHODE PRECEDE /PROCEED DE DETERMINATION DES CAUSES
(Telemaque et autres)

5) MODELE CAUSAL DE LA DEMOTIVATION SUR LA BASE DES
DYSFONCTIONNEMENTS

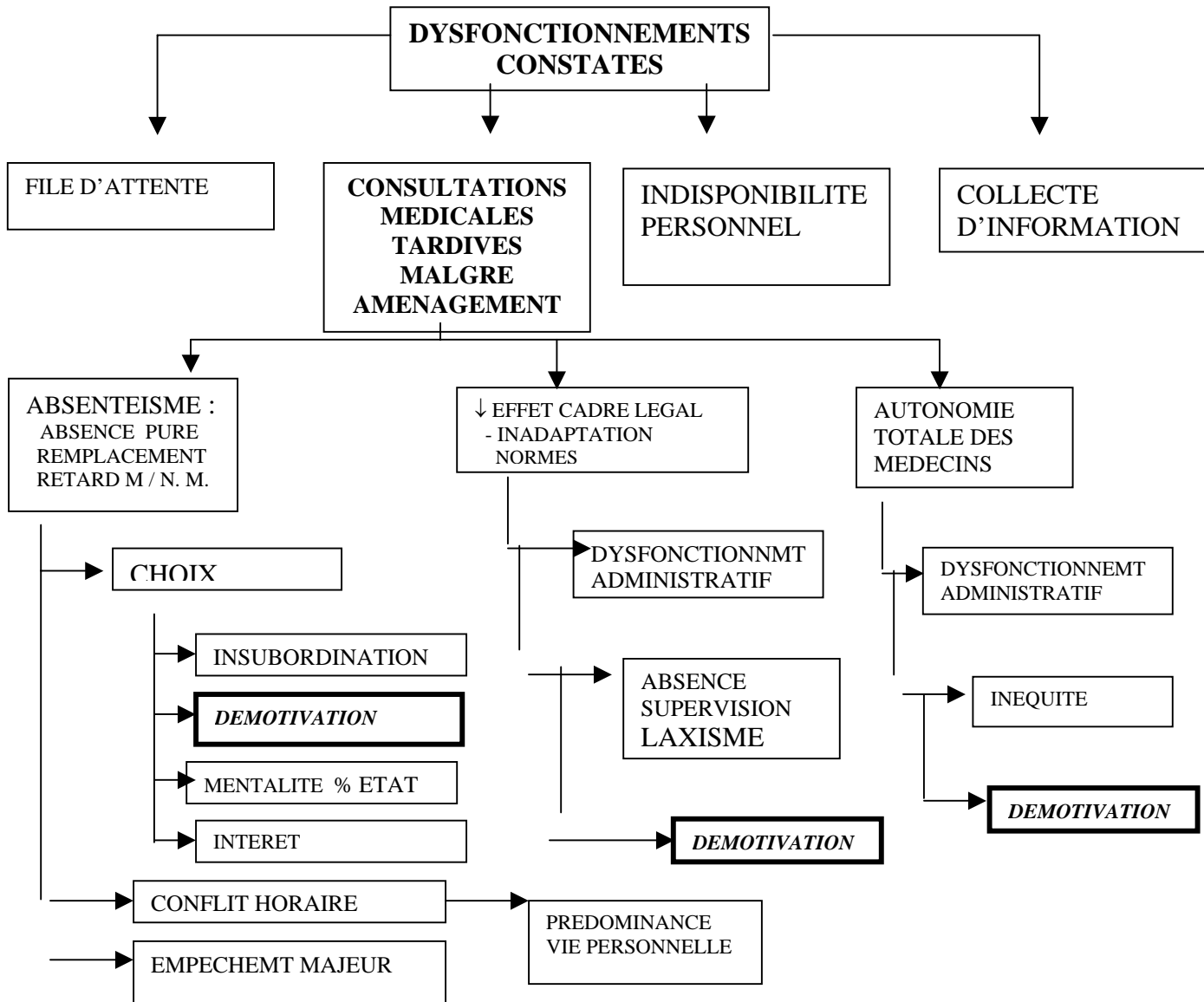


Tableau VIII : Telemaque et autres.

MODELE CAUSAL (SUITE)

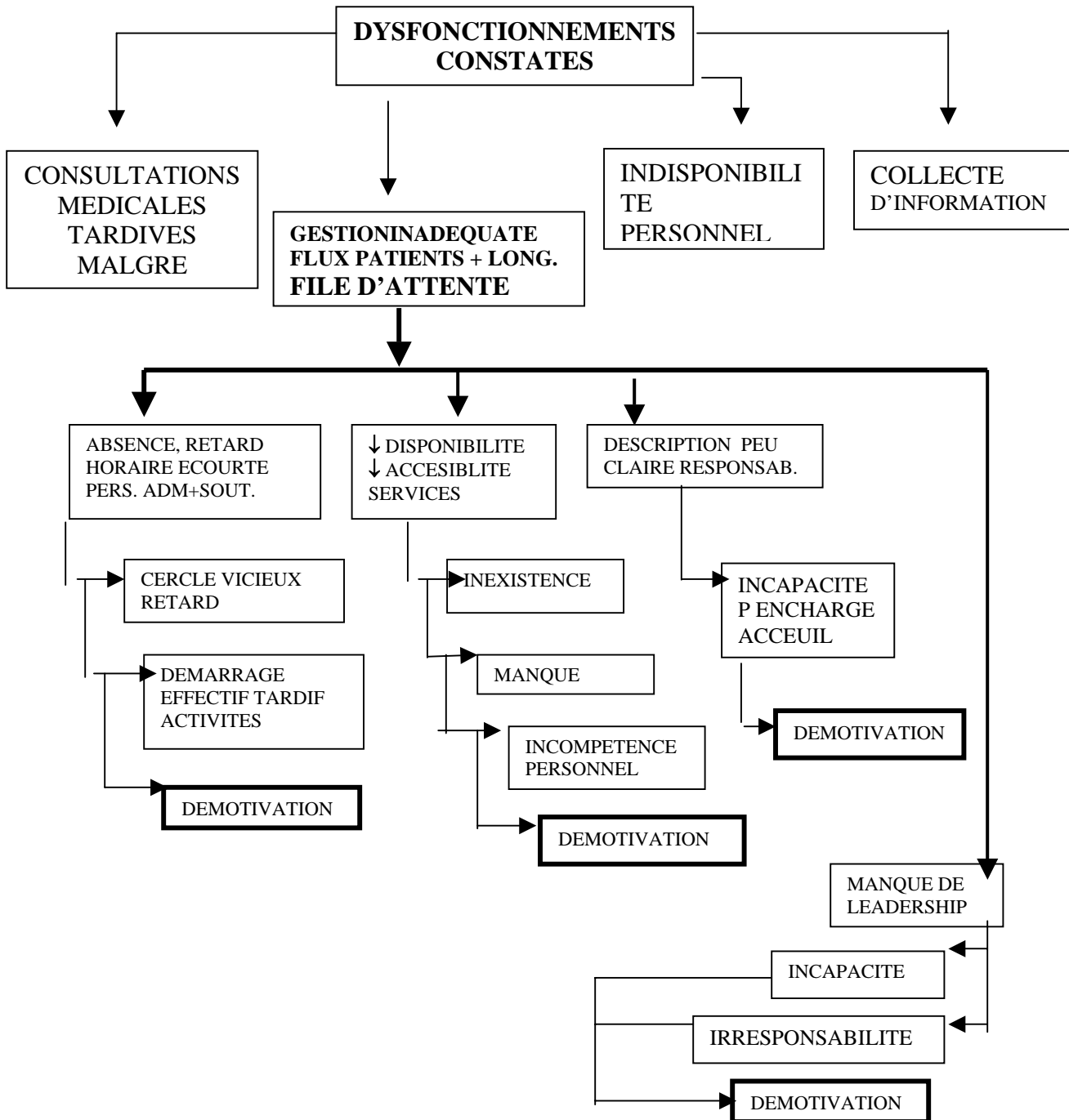


Tableau IX : Telemaque et autres

MODELE CAUSAL (SUITE)

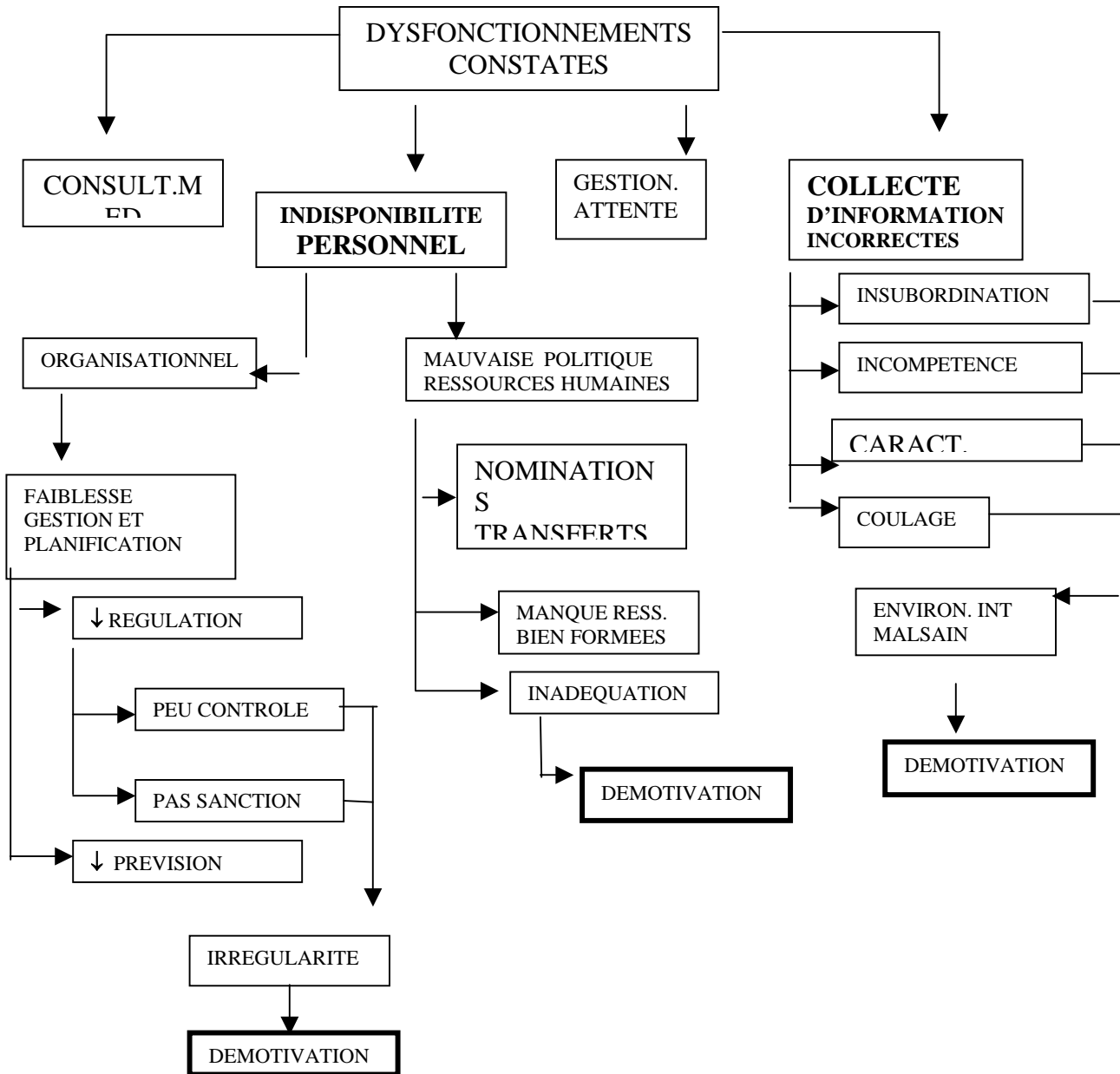


Tableau X : Telemaque et autres

6) LES ENTREVUES

A- GUIDE D'INTERVIEW avec la Directrice Médicale

- Q-1 d'une manière générale, êtes-vous satisfaite du fonctionnement du centre ?
- Q-2 si non, pouvez-vous en établir les causes du dysfonctionnement ?
- Q-3 quelles seraient les causes principales du problème de la sous-fréquentation du centre par le personnel ?
- Q-4 les employés en sont-ils conscients ?
- Q-5 font-ils le rapport entre leur absence ou retard avec le dysfonctionnement de leur institution ?
- Q-6 que proposent-ils pour améliorer la situation ?
- Q-7 y a t-il un esprit d'appartenance a une institution ?
- Q-8 sont-ils contents de venir travailler au centre ?
- Q-9 a quoi doit s'attendre un employé irrégulier ?
- Q-10 les règlements gérant le fonctionnement administratif du centre sont-ils connus de tous ?
- Q-11 quelle est la cause principale de l'irrégularité ?
- Q-12 quelle catégorie de personnel présente le plus ce problème ?
- Q-13 y a t-il une raison particulière a cela ?
- Q-14 comment gérez-vous ce problème ?
- Q-15 le personnel craint-il l'application des règlements de votre part ?
- Q-16 qu'avez-vous déjà fait pour tenter d'améliorer la motivation du personnel ?
- Q-17 quelles ont été les résultats obtenus ?
- Q-18 quelle catégorie de personnel qui avait le mieux répondu ?
Et pourquoi ?
- Q-19 quelle catégorie de personnel avait le moins répondu ?
et pourquoi ?
- Q-20 est-ce que le centre est sous fréquenté par les patients ?
Si oui, pourquoi ?
- Q-21 est-ce cela a un rapport avec l'irrégularité du personnel ?
- Q-22 quels sont les principaux problèmes présentés par la communauté des patients ?
- Q-23 les programmes au centre répondent-ils bien aux besoins primordiaux des patients ?
- Q-24 quels autres programmes communautaires encourageraient la fréquentation du centre par les patients et motiveraient plus le personnel ?
- Q-25 y a t-il des agents de santé employés au centre ? Quel est la définition de leur rôle ?
- Q-26 comment peuvent-ils contribuer à une meilleure fréquentation du centre ?
- Q-27 quelles sont les caractéristiques particulières de votre personnel ?
- Q-28 est-ce vous pensez que la présence satisfaisante de tout le personnel aux heures de fonctionnement normal est une utopie ?
- Q-29 si tout le personnel est présent, est-ce que cela va améliorer la performance ?
- Q-30 quels incitatifs peut-on prévoir pour encourager le personnel ?
- Q-31 comment apprécier l'amélioration de la performance du personnel ?

- Q-32 comment améliorer les conditions locales de travail ?
- Q-33 si les conditions locales de travail sont améliorées est-ce que le personnel sera plus motivé ?
- Q-34 comment recrute-t-on le personnel ? Avez-vous une influence sur le choix du personnel ?
- Q-35 est-ce que le départemental et/ou le central vous aide à gérer le centre ?
- Q-36 quelles aides vous apportent-ils à la résolution des problèmes ?
- Q-37 pensez-vous que le centre est bien situé ? Si non, un déplacement serait-il profitable ?
- Q-38 y a t-il une intégration ou compétition entre les programmes du centre et ceux d'autres institutions du voisinage ?
- Q-39 quelles sont les chances de succès d'un plan de motivation pour améliorer la performance au centre ?
- Q-40 en quoi d'après –v vous devrait consister ce plan ?
- Q-41 quelle catégorie de personnel supporterait ce plan ?
- Q-42 qui se sentirait menacé ?

B- INTERROGATOIRE DE L'ADMINISTRATEUR

- 1- En tant qu'administrateur, vous jouez le rôle de DDRH, est-ce que vous pensez que vous réalisez quelque chose de bien ?
- 2- Vous sentez-vous mettre votre potentiel dans le travail que vous réalisez ?
- 3- Pouvez-vous fonctionner avec une certaine autonomie et/ou une certaine créativité ? Cela veut dire est-ce que, si vous devez entreprendre quelque chose, vous devez avoir l'approbation soit du MSPP, soit de la Direction Médicale ?
- 4- Vous sentez-vous obéi par les employés ?
- 5- Y a-t-il une solidarité avec la Direction Médicale ?
- 6- Est-ce que vous pensez que les employés ont confiance en vous ?
- 7- Tenez-vous vos promesses envers le personnel ?
- 8- Pensez-vous, particulièrement pour le personnel non médical, que chacun se trouve à la bonne place ?
- 9- Pensez-vous que :
le personnel non médical soit traité avec équité ?
le personnel médical soit traité équitablement ?
- 10- Pensez-vous qu'il existe un respect mutuel entre employés ?
Entre chefs hiérarchiques et subalternes ?
- 11- Encadrez-vous les employés quand ils ont un problème, lié ou non à leur travail ?
- 12- Lorsque le MSPP envoie quelqu'un à nouveau au centre, bénéficie-t-il d'une période de probation ?
- 13- Pensez-vous que votre personnel pourrait avoir des raisons de démotivation ?
Si oui, lesquelles ?
- 14- Pendant votre séjour dans votre emploi, qui comme nous l'avons dit est lié en grande part à la DDRH, avez-vous appris :
- 15- Y a-t-il des conflits dans le travail ? Si oui, comment vous prenez-vous pour les résoudre ?
- 16- Face à un "employé à problèmes" ou un "employé irrégulier et démotivé", comment vous prenez-vous pour les résoudre ?
- 17- Comment pouvez-vous décrire l'ambiance générale du travail ?

- 18-** Avez-vous des projets constants pour :
- 19-** En tant que gestionnaire des RH, constatez-vous l'irrégularité du personnel?
Si oui, quelle tranche/catégorie?
- 20- Comment gérez-vous le problème de la présence du personnel?
- Cahier de présence ?
 - Présence ou absence enregistrées ?
 - Qui est à la charge du contrôle des présences?
- 21- Au su d'irrégularités, que faites-vous?
- 22- Est-ce que l'irrégularité s'explique par la démotivation du personnel ?
- 23- Que peut-on faire pour encourager le personnel? Incitatifs?
- 24- Est-ce que les règlements d'horaires de présence sont écrits et disponibles?
- A- Sont-ils affichés?
- B- Faites-vous appel à des règlements pour traiter les différends ou les écarts?
- C- Quelles sont les causes ou obstacles au bon fonctionnement du Centre?
- 27- Avez-vous un "feed-back" de la part des patients?
- 28- Comment le personnel réagit-il aux sanctions?

B- ENQUETE PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL

Questionnaire medical

Elle se portera sur le diagnostic du dysfonctionnement en tant que fréquence, accessibilité des soins pour les patients, effet sur la qualité des soins, caractère de la démotivation.

- 1- Quel est votre horaire de travail ? Quelle est votre heure d'arrivée ?
Quelle est votre heure de sortie ?
- 2- Quelle est votre opinion sur l'accessibilité des soins pour les malades ?
- 3- Quel est l'effet de l'absence et du retard sur la qualité des soins ?
- 4- Etes-vous démotivé ? Si oui, pourquoi ? Propositions d'amélioration.
- 5- Que pensez-vous des visites communautaires ?

Questionnaire du personnel non-médical

- 1- Le poste que vous avez, est-ce celui que vous vouliez occuper ?
- 2- Sur quelles bases se fait votre recrutement ?
- 3- Pourquoi vous acceptez de travailler au Centre ?
- 4- Connaissez-vous les règlements de votre travail : horaire ? heure d'arrivée ? Heure de départ ?
- 5- Savez-vous que vous avez des responsabilités envers votre employeur ?
- 6- Comment jugez-vous votre ambiance de travail ? (rassurant ? agréable ? désagréable ?)
- 7- Est-ce que vous êtes satisfait du salaire ?
- 8- Est-ce qu'il vous arrive parfois d'être absent ? Si oui, pourquoi ?
- 9- Est-ce qu'il vous arrive d'être en retard ? Si oui, pensez-vous que vos retards perturbent le bon fonctionnement du centre ?
- 10- Est-ce que l'environnement du centre est une des causes de l'irrégularité au travail ?
si oui, que proposez-vous ?
- 11- Pensez-vous que vous êtes valorisés, respectés dans ce travail ?

- 12- Votre travail vous permet-il de structurer le temps, de rythmer les activités de la vie quotidienne ?
- 13- Est-ce que par le travail vous pouvez surmonter les autres problèmes existentiels ?
- 14- Etes-vous informé des objectifs du travail ? par ex. temps, prise de décision, ressources nécessaires ?
- 15- Vous arrive-t'il parfois d'avoir des conflits ? Si oui, combien par an ?
Est-ce que l'administration tient ses engagements ? (jamais, parfois, toujours) ?

D- INTERROGATOIRE DE LA POPULATION

- 1- En cas de maladie, que faites-vous? Allez-vous au Centre ?
- 2- A l'arrivée, comment vous reçoit-on ? Êtes-vous satisfait de l'accueil?
- 3- Êtes-vous satisfait?
- 4- Pensez-vous que les dépenses sont trop élevées au niveau du CSSMII?
Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer la fréquentation du centre ?

7) LES DYSFONCTIONNEMENTS : COLLECTION DES CHIFFRES :

a) La Direction – (Le Directeur de l'Institution et l'administrateur)

L'accent est mis sur les consultations tardives (4), l'indisponibilité du personnel (4), les ruptures et manques divers (3), les refus et réticences pour les activités communautaires (3), les files d'attente (4), la collecte en général (4) l'accessibilité des soins (2), l'effet sur la qualité (3) et la démotivation (3)

b) Les Médecins (4 sur 10)

L'accent est mis sur les consultations tardives (4), l'indisponibilité du personnel (4), les ruptures et manques divers (3), les refus et réticences pour les activités communautaires (0), les files d'attente (4), la collecte en général (3) l'accessibilité des soins (2), l'effet sur la qualité (2) et la démotivation (2)

c) Personnel paramédical (infirmière, auxiliaires, labo et pharmacie - 5 sur 18)

L'accent est mis sur les consultations tardives (4), l'indisponibilité du personnel (4), les ruptures et manques divers (3), les refus et réticences pour les activités communautaires (2), les files d'attente (4), la collecte en général (3) l'accessibilité des soins (2), l'effet sur la qualité (3) et la démotivation (3)

d) Personnel Administratif (5 sur 10)

L'accent est mis sur les consultations tardives (3), l'indisponibilité du personnel (3), les ruptures et manques divers (2), les refus et réticences pour les activités communautaires (0), les files d'attente (3), la collecte en général (2) l'accessibilité des services (2), l'effet sur la qualité (3) et la démotivation (4).

e) Personnel de soutien (7 sur 10)

L'accent est mis sur les consultations tardives (2), l'indisponibilité du personnel (2), les ruptures et manques divers (1), les refus et réticences pour les activités communautaires (0), les files d'attente (2), la collecte en général (0) l'accessibilité des services (2), l'effet sur la qualité (2) et la démotivation (4)

f) Patients et population avoisinante fréquentant le centre (110)

L'accent est mis sur les consultations tardives (4), l'indisponibilité du personnel (4), les ruptures et manques divers (3), les refus et réticences pour les activités communautaires (0), les files d'attente (4), la collecte en général (0) l'accessibilité des soins (3), l'effet sur la qualité (3) et la démotivation (3).

8) **SONDAGE SUR LA MOTIVATION DU PERSONNEL** (J.M. Archer, CONCERN)

Selon la référence citée, un questionnaire a été utilisé visant à recueillir l'opinion du personnel sur son degré de motivation globale et son appréciation de la satisfaction des besoins de base et des facteurs motivants de niveau élevé. Les 26 personnes consultées (3 médecins) sur 51 ont été invitées à situer leurs réponses sur une échelle à 10 niveaux. Les résultats sont les suivants :

A) Vue d'ensemble par question :

Le degré moyen de motivation globale estimé par l'ensemble des sondes est de 6,96. Les notes peuvent être classées en trois groupes :

1) Niveau élevé :	
- relations de travail :	8,07
- évaluation des possibilités de développement :	7,34
- la satisfaction au travail :	7,30
2) Niveau moyen :	
- l'autonomie au travail :	6,69
- la perception d'objectifs clairs et motivants	6,80
- la possibilité d'attribution de responsabilités	6,42
3) Niveau bas :	
- sécurité au travail	3,23
- soutien apporté à l'employé par l'institution	5,03
B) Réponses par catégories de personnel	
1) Groupe à estimation basse	
- personnel de soutien :	5,00
- infirmières et auxiliaires	5,42
2) Groupe à estimation élevée	
- médecins :	8,66
- personnel administratif et de direction	8,70

9) THEORIES DE LA MOTIVATION (SUITE)

A) CARACTERISTIQUES DU TRAVAILLEUR MOTIVE

La recherche (rf. 3-4) a permis de dégager un certain nombre de dispositions qui semblent être associées à un niveau plus élevé de motivation.

1- Des besoins de croissance et des valeurs de travail :

Il semble que ce soit les désirs de réussite et les besoins d'épanouissement qui soient les plus souvent reliés à l'investissement d'une personne dans son travail (Loher et al, 1985 ; Spector, 1985). March et Simon montrent que les dispositions personnelles (besoins, valeurs et intérêts) peuvent influencer l'engagement d'un individu envers son travail et les objectifs qu'on lui assigne. On suggère un ensemble de besoins organisés hiérarchiquement dont l'ordre peut varier selon les normes sociales et culturelles (rf. 3-4 la Théorie de la hiérarchie des besoins de Maslow, Alderfer).

2- Des habiletés et des facteurs appropriés :

Bandura (1977) montre que le sentiment d'efficacité personnelle constitue un élément important de la motivation. La motivation suppose l'activation et la persistance d'un comportement. On décrit les trois dimensions de l'efficacité personnelle, notamment la magnitude, la généralité, la force et quatre sources d'efficacité personnelle telles l'apprentissage par l'action, l'apprentissage par l'observation, la persuasion verbale, les émotions. L'exercice des compétences et des habiletés améliore le sentiment d'être capable de réussir une tâche et cela influence directement la motivation.

3- Une tendance personnelle à agir de façon consciencieuse, responsable et positive. La personnalité influence la façon d'aborder le travail et détermine en partie la performance (Tett and al1,1991). On estime aussi que l'engagement devrait être considéré comme un trait de la personnalité.

B) CONDITIONS DE TRAVAIL (rf. Fig. page 34)

Comment motiver les employés ? La réponse à cette question est évidente mais difficile à admettre : Cela est impossible ! On ne motive pas. Par contre, il est possible d'aménager des conditions qui stimulent l'intérêt des employés et qui ressortent directement associés à la motivation au travail :

1- Un travail qui a du sens. Donner du sens à ses actes est une nécessité vitale pour l'être humain. (Franckl, 1993) . Le sens que donne un individu à son travail dépend de plusieurs facteurs : la représentation qu'il s'en fait, la centralité du travail dans son existence par rapport aux autres activités qu'il valorise, les fonctions que remplit le travail dans sa vie et surtout, le sentiment de cohérence qu'il retire de l'accomplissement de son travail (Morin 1995

2- Des objectifs clairs. La performance d'un individu dans l'exécution d'une tâche est directement liée aux objectifs qu'il s'est fixés. Locke et Lathan (1990) ont démontré que les objectifs servent aux individus de guide d'action surtout s'ils sont spécifiques et difficiles. Le degré de difficulté agit directement sur le niveau d'activation.

3- Une bonne connaissance de résultats. Pritchard et al (1988) affirme que la connaissance des résultats, la clarté des objectifs et la contingence des récompenses constituent des conditions importantes pour rendre le travail stimulant.

- 4- Des récompenses appropriées. Les behavioristes ont montré que la motivation au travail est tout d'abord influencée par l'instrumentalité des comportements.
- 5- Une marge discrétionnaire. Celle-ci a trait à la responsabilité, à l'autonomie et la liberté d'action que possède un individu dans l'exercice de ses fonctions. Bougie (1994) explique que la notion de responsabilité comporte trois facettes pour un individu : l'imputabilité, l'obligation et la maîtrise de son destin.
- 6- Une stimulation sociale appropriée. L'être humain est foncièrement grégaire : il recherche la compagnie et trouve du plaisir à faire des choses avec les autres (Aronson, 1976). La motivation au travail est vraisemblablement affectée par l'environnement social et semble dépendre des ajustements que fera l'individu, par imitation sociale, aux normes de son groupe de référence.
- 7- Des conditions adéquates. Il s'agit de reconnaître, l'instar d'Herzberg (1968), que la présence de conditions adéquates est nécessaire pour protéger la santé, pour assurer la sécurité et réduire ce qui pourrait entraver les efforts de la personne. Cela n'entraînera pas nécessairement un accroissement de l'intérêt individuel au travail mais, aura l'avantage de disposer positivement les individus à l'égard de leur travail et de réduire les sources de mécontentement.

Fig. : Appréciation de la qualité au travail :



Fig XI : ref 2

C) LA GESTION ADMINISTRATIVE DES RESSOURCES HUMAINES. (rf.5-10)

La fonction R. H. comprend plusieurs activités qui assurent une utilisation efficace et équitable du personnel. On la divise en cinq activités principales : la planification, l'acquisition, évaluation du rendement et rémunération, la formation et perfectionnement, l'instauration et maintien d'un climat de travail satisfaisant. Concernant la dernière activité, toute organisation a le devoir d'offrir à ses employés des conditions de travail qui les incite à demeurer avec elle et pour maintenir un climat de travail satisfaisant

Les activités de gestion des RH sont vitales pour l'organisation parce qu'elles servent à attirer, retenir, motiver le personnel, ainsi qu'à améliorer son potentiel. Elles ont un impact significatif sur trois objectifs stratégiques : la productivité, la qualité de vie au travail et le respect des lois.

FIGURE : LA MOTIVATION AU TRAVAIL (rf. 2)

FIGURE 52

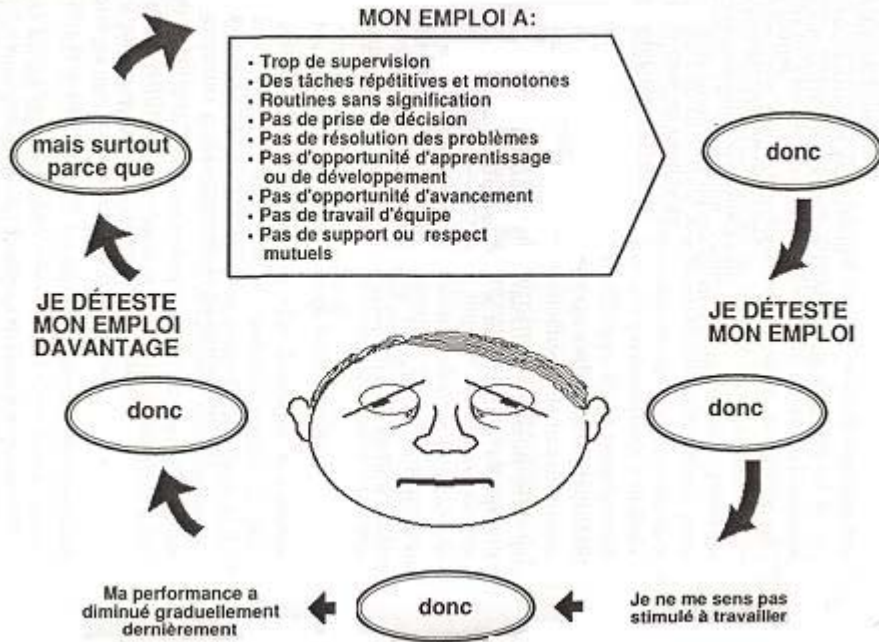
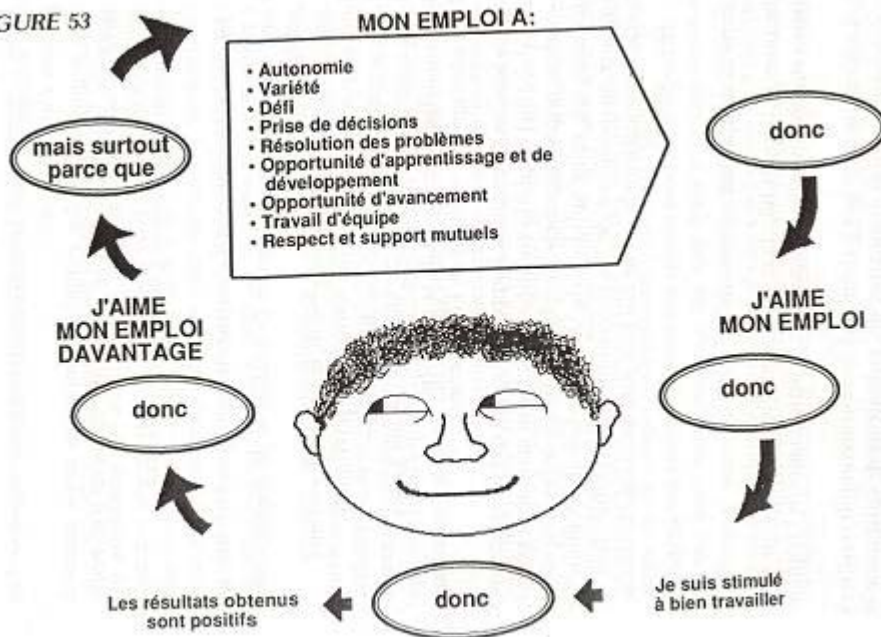


FIGURE 53



127

D) FACTEURS POLITIQUES, ECONOMIQUES ET SOCIAUX (rf. 5-10)

On peut distinguer ceux de l'environnement externe et interne. Dans l'environnement externe, on trouve l'environnement légal qui conçoit des lois pour protéger les travailleurs, les consommateurs et la collectivité dans son ensemble. L'environnement économique influence la plupart des activités de l'organisme, c'est à dire les quantités à produire et à distribuer les types de produits, le rythme de remplacement des équipements, les désirs des consommateurs, les prix, les besoins des employés.

L'environnement socioculturel est formé par des attitudes, convictions et valeurs sociales ainsi que de mœurs et des habitudes de vie. Ces facteurs ne sont pas à négliger quand l'organisation recherche un environnement qui suscite le rendement et la satisfaction. Chez les nouveaux salariés les valeurs associées à la possession de biens matériels cèdent du terrain pour faire place à :

- Un désir d'accomplissement ou de réalisation de soi, dans un travail significatif, qui offre une possibilité de progrès personnel
- Un désir d'être reconnu, respecté comme une personne humaine entière, et non d'être perçu comme une tête ou un bras au service d'une organisation
- Un plus grand désir de participation aux décisions qui les concernent
- Des perspectives de carrière mieux structurées, axées aussi bien sur les opérations des travailleurs que sur les besoins des organisations
- Une meilleure qualité de vie au travail en général

L'environnement technologique : Les organisations doivent de plus en plus faire face aux changements technologiques nombreux et rapides.

L'environnement éthique : Connaître et respecter ces normes, c'est une difficulté à laquelle se heurtent tous les dirigeants des organisations.

E) LA MOTIVATION (rf. 12-13)

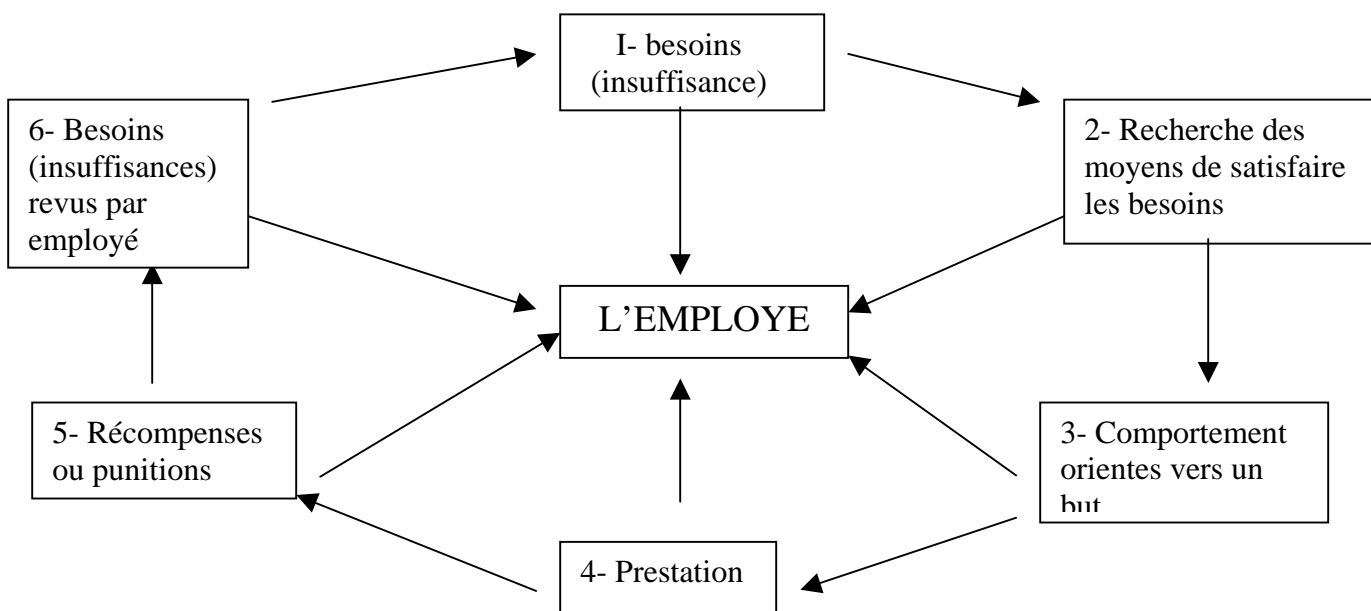
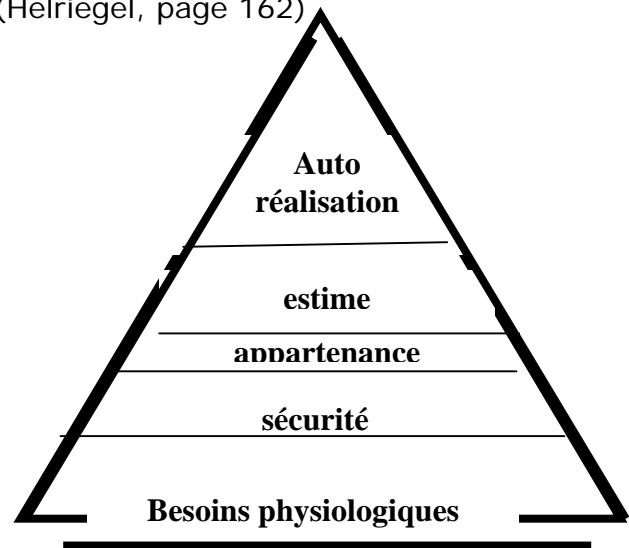
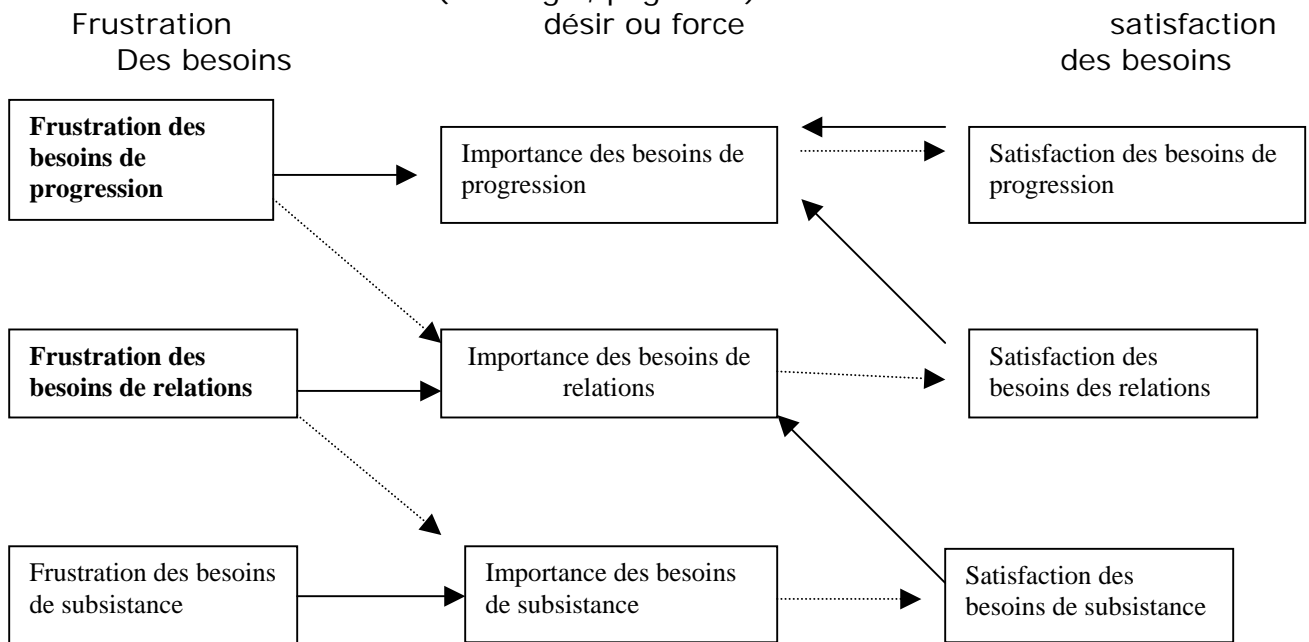


Tableau XI Le processus de base des motivations (Hellriegel, page 161)

2) La hiérarchie des besoins de Maslow (Hellriegel, page 162)

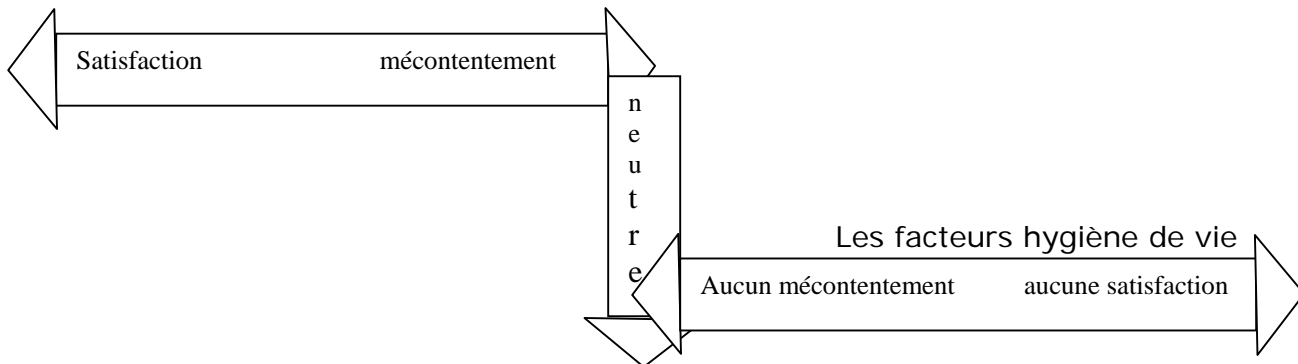


3) Représentation graphique de la théorie SRP d'Alderfer (Hellriegel, page 166)

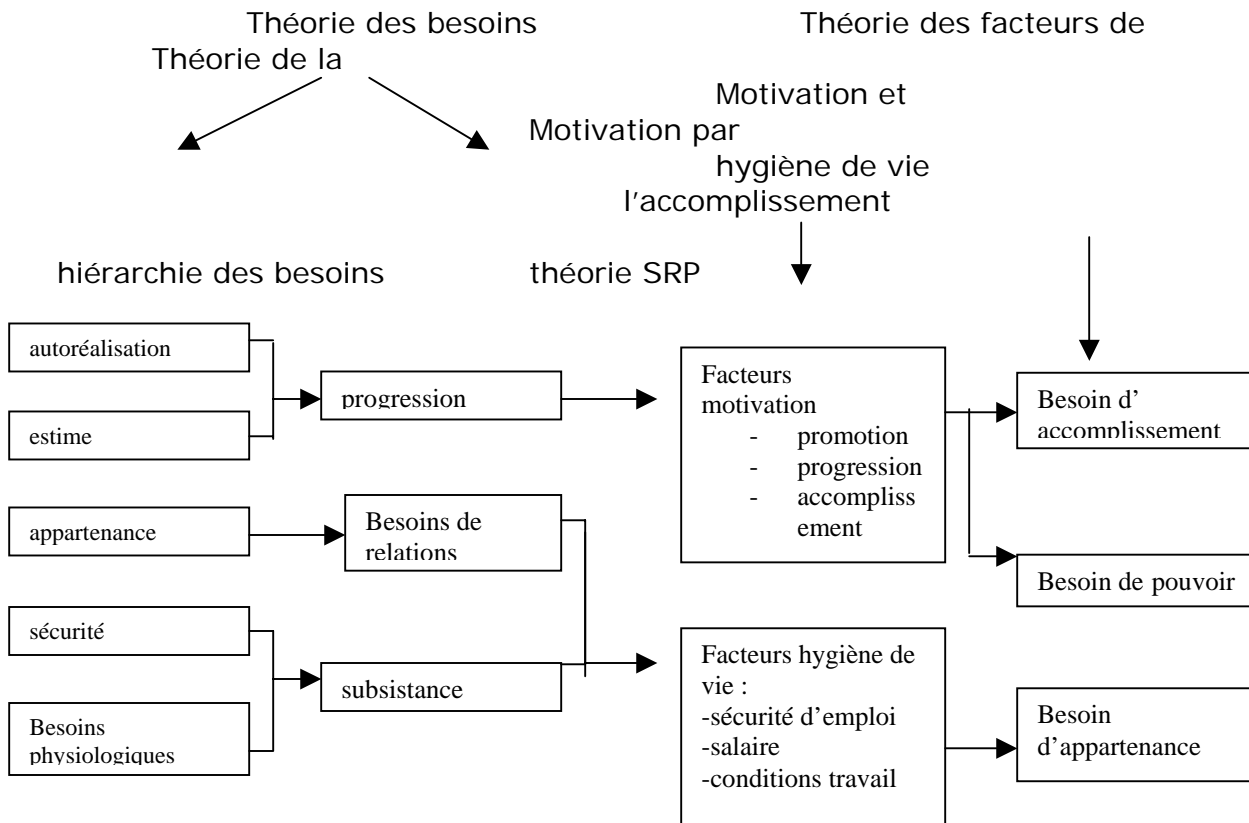


4) LA THEORIE DE LA MOTIVATION ET DE L'HYGIENE DE VIE (Herzberg) (dans Hellriegel, p. 174)

Les facteurs de motivation



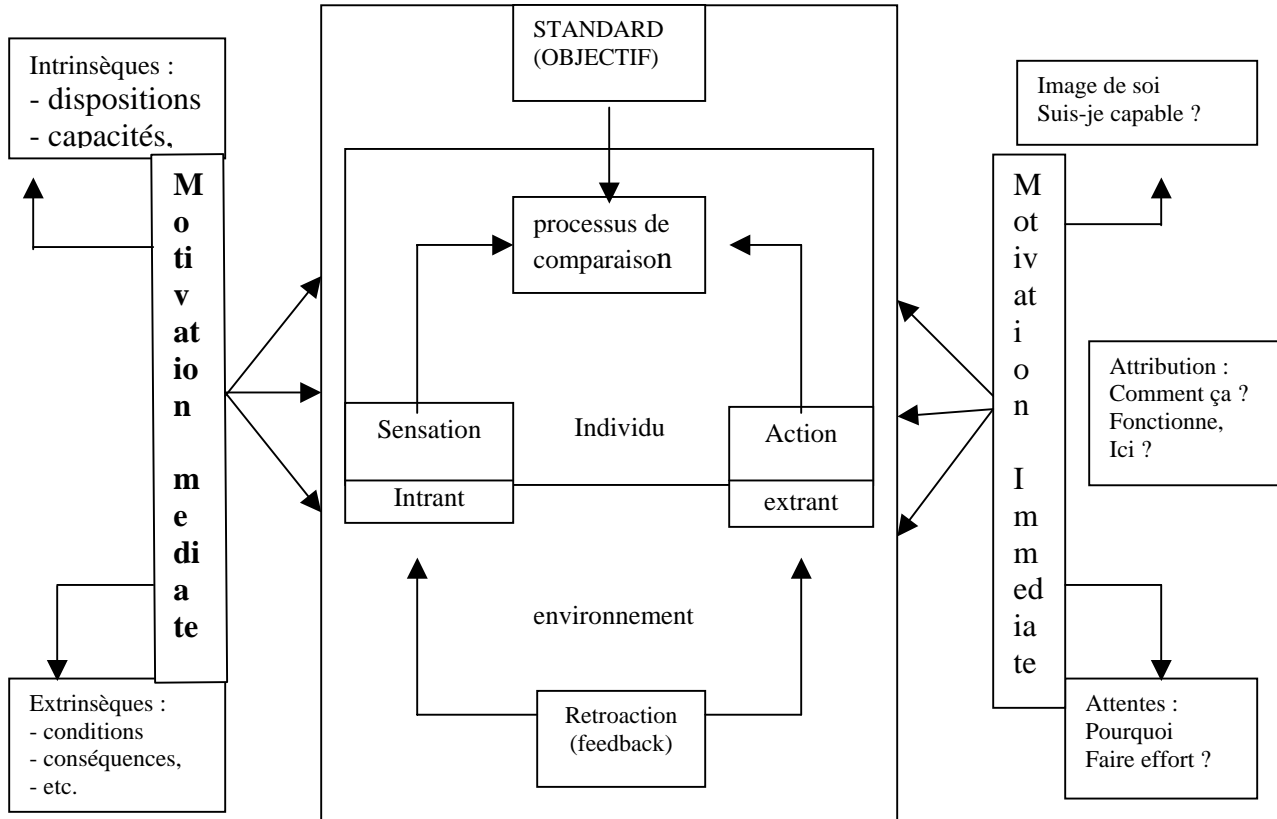
5) RAPPORT ENTRE LES DIFFERENTES THEORIES DE LA SATISFACTION DES BESOINS (Hellriegel, page 175)



10) LA MOTIVATION AU TRAVAIL
(SELON UNE PERSPECTIVE D'AUTOREGULATION)

Déterminants

Processus



11- FORMULE D'ABSENTEISME :

Jours d'absence _____ x 100 = Y %

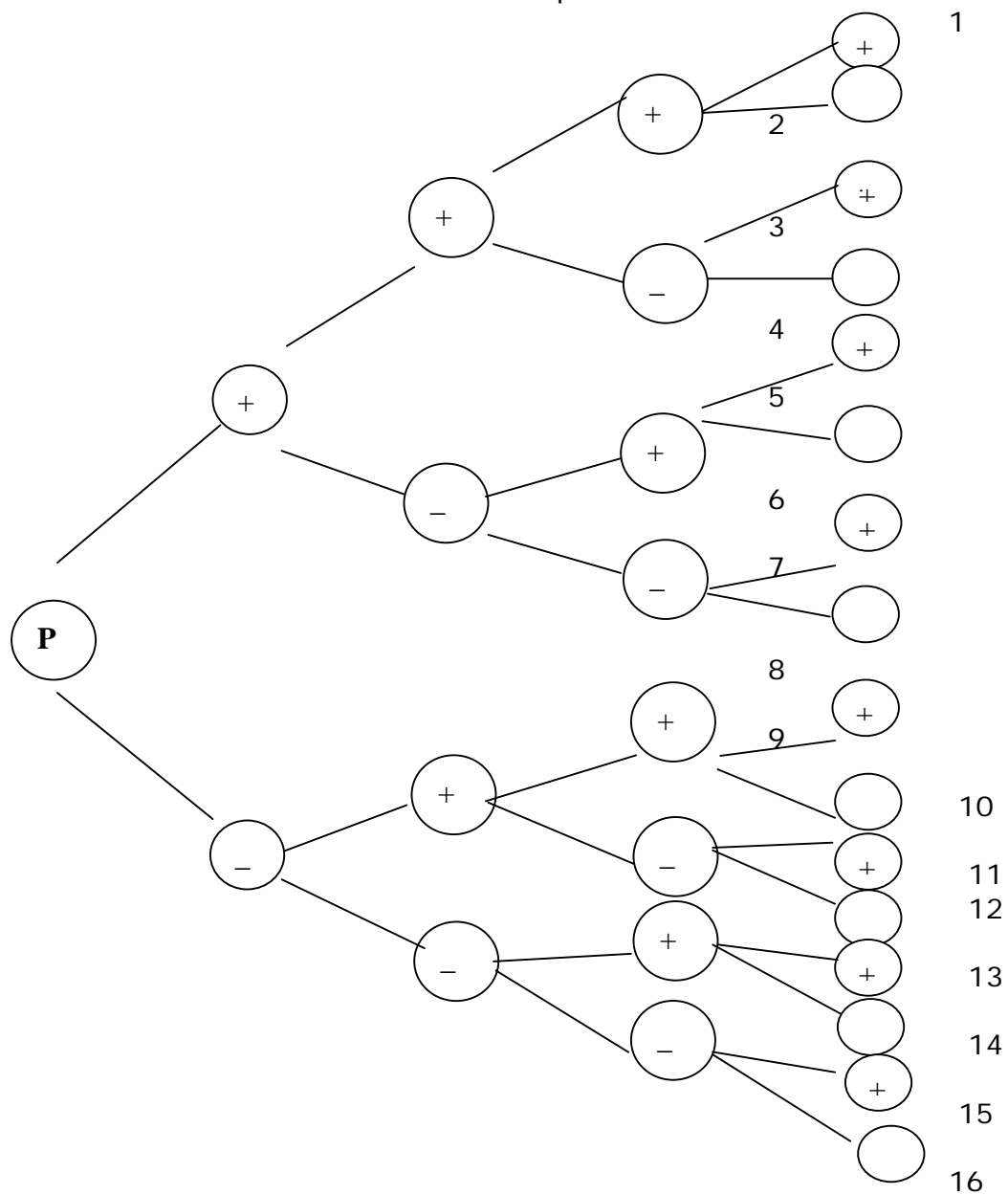
N employés x jours de travail/mois

12- Détermination de priorités dans les programmes de santé selon l'importance du problème et la capacité des programmes à solutionner le problème (Adapte de Donabedian, rf. 9)

IMPORTANCE DU PROBLEME	CAPACITE DU PROFRAMME	DECISION	No
Considerable	Grande	Priorité élevée pour L'établissement du programme	I
Considérable	Faible	Priorité élevée pour La recherche	II
Moins considérable	Grande	Priorité moins élevée Pour l'établissement Du programme	III
Moins considérable	Faible	Priorité moins élevée Pour la recherche	IV

13- Grille d'analyse pour formuler des recommandations sur les priorités. (rf 9)

Problème	Importance probl.	Relation démontrée	Capacité techniq.
Faisabilité	Recommand. Revele	entre facteur risque d'intervenir Et problème	



14) Tableau adapté de Scheirer (rf. 9)

Eléments organisationnels à considérer lors de la planification de la mise en oeuvre

Au niveau de la prise de décision	*	le motif
	*	les sources de support
	*	La participation
Au niveau de la gestion	*	le responsable
	*	les tâches
	*	la formation
Au niveau de l'exécution	*	les habiletés
	*	la motivation

15) IDENTIFICATION ET ANALYSE DU ROLE DES ACTEURS DANS FONCTIONNEMENT DU CSSM II

ACTEURS	CARACTERISTIQUES	BUTS	ATTITUDES	COMPORTEMENT
MSPP	MINISTERE TUTELLE	SANTE	SALAIRES	MOUVEMENTS PERSONNELS
CSAM	DECENTRALISATION	COORDINATION	EXPECTATIVE	NEANT
BCSD	DECENTRALISATION	SUPERVISION	EXPECTATIVE	NEANT
CONCERN	ONG	BAILLEUR	AIDE	SOUTIEN PROGRAMMES
D M	CADRE SUPERIEUR EMPLOYE	RESPONSABLE SOINS	ENGAGEMENT	ACTIVE
ADMINIST.	CADRE SUPERIEUR EMPLOYE	RESPONSABLE GESTION	ENGAGEMENT	ACTIVE
P..MEDICAL	EMPLOYES	TRAITEMENT	COLLABORATION	IRREGULARITE
P.PMEDICAL	EMPLOYES	AIDE TX	COLLABORATION	IRREGULARITE
P.SOUTIEN	EMPLOYES/GAGE	FACILITATEUR	COLLABORATION	IRREGULARITE
PATIENTS	UTILISATEURS	BENEFICIAIRES	DEMANDE	SATISFACTION+/-
LEADERS	EXTERNES	SOUTIEN	OBSERVATEURS	COLLABORATION

16) ARBRE DES OBJECTIFS

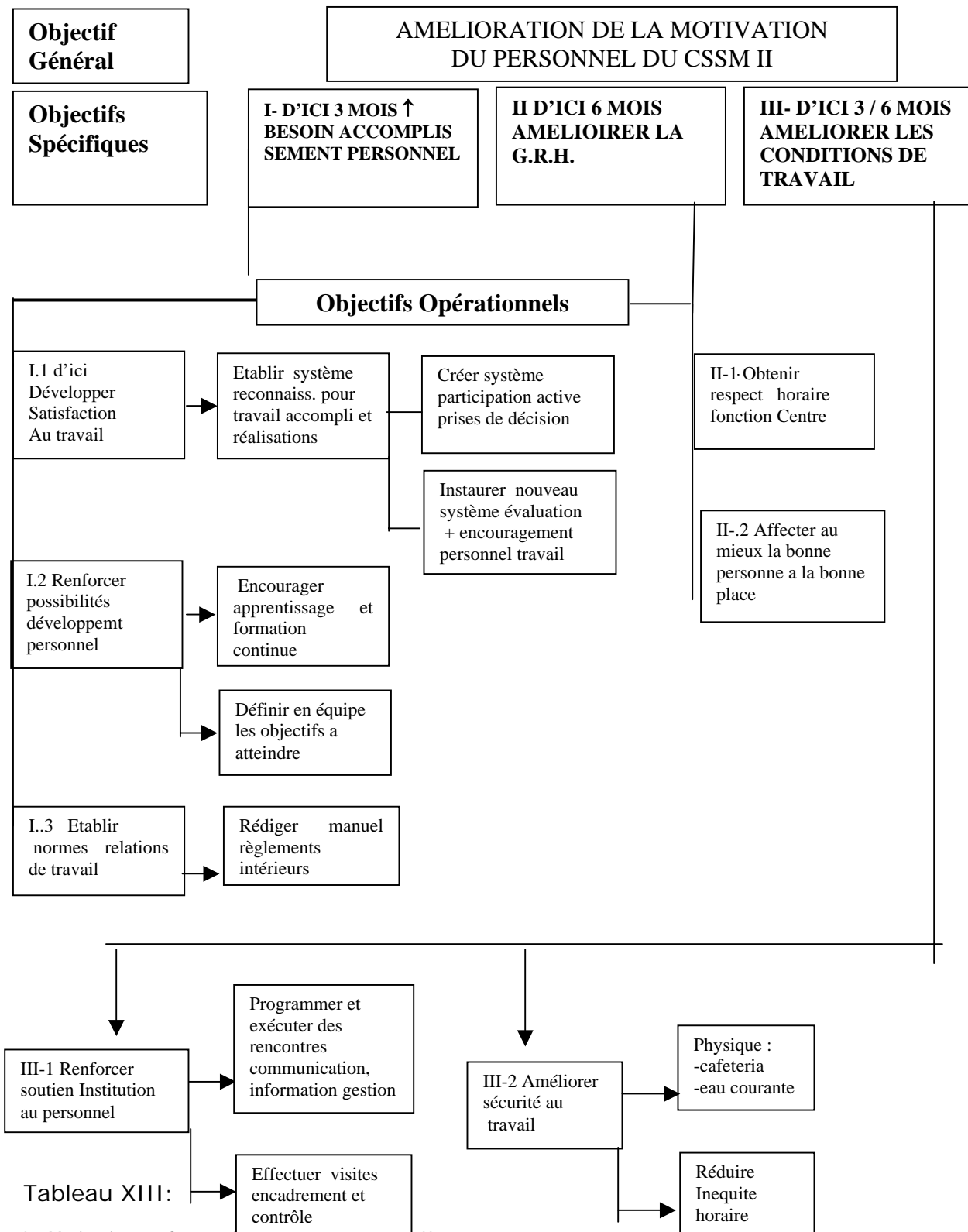


Tableau XIII:

La Motivation au Centre d

17) ECHEANCIER :

1ere Phase : Mois de janvier 2005

- 1ere quinzaine mois de janvier : rencontres de communication
- 2eme quinzaine mois de janvier : formation des équipes et détermination en équipe des objectifs à atteindre
- Mois de janvier établir l'équité des horaires

2ème phase: mois de février 2005

- rédaction du manuel
- établir l'eau courante
- encourager participation active aux prises de décision
- visites d'encadrement et de contrôle

3ème phase : Mois de mars 2005

- Activités de formation et d'apprentissage continu
- Appliquer les normes de respect des horaires

4ème phase : Mois de juin 2005 (6ème mois)

- mettre la bonne personne a la bonne place
- cafétéria et coin repos
- évaluation du projet a mi-parcours

5ème phase : Du mois de juillet au mois de décembre

- continuation des activités en cours
- Fin des activités
- Evaluation de fin de projet

18) GANTT (cf. annexe)

Tableau XIV : Telemaque et al

REVUE DE LA LITTERATURE

- 1- ARCHER, J. M. mai 2004 Analyse des dysfonctionnements institutionnels et propositions d'orientation stratégique. Rapport de consultation .
- 2- ENZELE, Y.– RAYMOND - THIETARD A. (1984) . Contrôle et motivation, Dynamique de la motivation dans Précis de direction et de gestion : pages 237 – 247.
- 3- FOUCHER, R. in Petit et al (1993). La gestion des mouvements de personnel dans Gestion stratégique et opérationnelle des ressources humaines (chap. 7 pages 315 à 374).
- 4- FOUCHER. R. in PETIT et al. (1993) L'organisation du travail dans Gestion stratégique et opérationnelle des ressources humaines (chap. 5, pages 141 a 228).
- 5- GENESIS - draft MARS 2004. Plan stratégique du CSSM II 2004-2009.
- 6- GRAND – PIERRE, A. (2003). Analyse de la Gestion des Ressources Humaines du CSSSM II
- 7- HELLRIEGEL, La Motivation dans le travail, Mécanismes individuels dans « Management des organisations » pages 156 à. 192.
- 8- MORIN E. et RONDEAU A. (1996). La Motivation in Psychologie au travail. ch. 6-
- 9- PINEAULT, R. et DAVELUY, C. (1995) La planification de la mise en œuvre dans La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies. (pages 373 a 405).
- 10- REHAYEN G.P., La mobilisation des ressources humaines (Mobilisation et motivation) (pages 177 a. 190, chapitre 5) dans « Supervision et Direction Des Ressources Humaines ».
- 11- TASH FORCE LARD, (1997). Les ressources Humaines in Analyse du secteur santé en Haïti _____(pages 32 a 35).
- 12- VOLTAIRE. H-C. (JUN 1999) Les unités communales de santé. Principes et orientations stratégiques.
- 13- Conseils pratiques pour améliorer les services de santé et de planification familiale : Superviser et soutenir votre personnel, Améliorer la motivation du personnel .(FPMH) chap. 5 .