

ANALYSE DES PROBLEMATIQUES DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTE DANS L'ESPACE CEDEAO : CONSTATS, DEFIS ET PERSPECTIVES

ANALYSIS OF HUMAN RESOURCES IN HEALTH ISSUES IN THE ECOWAS REGION: FINDINGS, CHALLENGES AND PROSPECTS

Kossi AFFO

Enseignant-chercheur

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)

Université de Lomé (TOGO)

affo_eric@yahoo.fr

Correspondence address:

*Faculté des Sciences Économiques et de Gestion
(FASEG) Université de Lomé (TOGO)*

Cite this article

K. AFFO. (2024). Analyse des problématiques de ressources humaines en sante dans l'espace CEDEAO : constats, défis et perspectives. International Journal of Economics and Management Sciences, volume 3 (2), pp. 90-110

Submitted :04/06/2024

Accepted :28/06/2024

Résumé

La santé des populations est une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics. Mais force est de constater que le système sanitaire des pays de l'Afrique de l'Ouest en général et ceux de l'espace CEDEAO en particulier sont confrontés à d'énormes problèmes de ressources humaines (RH). Pour ce faire, cet article vient enrichir la théorie du capital humain, la documentation et les débats sur les ressources humaines en santé (RHS). L'objectif poursuivi dans cet article est de recenser et analyser les problèmes liés aux RHS. Le protocole méthodologique est exclusivement qualitatif, axé sur la recherche documentaire et les observations directes. Ainsi, un échantillon de sept (07) pays de la CEDEAO a été retenu par convenance et faisant objet d'analyse. Les résultats révèlent que ces pays font quasiment tous face aux problèmes de disponibilité, de répartition, de qualité et de fuite de cerveau des RHS. Au final, cet article a permis de mettre en relief, les problèmes de RHS et de proposer des pistes d'amélioration aux pays concernés, afin de repenser leurs politiques publiques et rendre plus optimale leur gestion des RHS.

Mots clés : Capital humain, Gestion des ressources humaines, Ressources humaines en santé, CEDEAO

Abstract

The health of populations is a major concern for the public authorities. But it is clear that the health system of West African countries in general and those of the ECOWAS region in particular are facing enormous human resources (HR) problems. To this end, this article enriches the theory of human capital, the literature and the debates on health human resources (HHR). The objective of this article is to identify and analyze problems related to HHR. The methodological protocol is exclusively qualitative, focused on documentary research and direct observations. Thus, a sample of seven (07) ECOWAS countries was selected for convenience and subject to analysis. The results reveal that almost all of these countries face problems of availability, distribution, quality and brain drain of HRH. In the end, this article highlighted the problems of HRH and proposed ways of improvement to the countries concerned, in order to rethink their public policies and make their HRH management more optimal.

Keywords: Human capital, Human Resources Management, Health Human Resources, ECOWAS

Introduction

Le capital humain reste un levier important pour tous les types d'organisations, publiques ou privées, petites ou grandes. Les RH sont au cœur des préoccupations des pouvoirs publics, tous les secteurs sont concernés, surtout les secteurs sociaux, notamment celui de la santé. Dans de nombreux pays, en l'occurrence ceux en développement, la RH est en train d'évoluer d'une mission d'administration des personnels vers une mission de gestion des ressources humaines (Hddigui, 2006). Intégrer la dimension des RH dans la stratégie de l'entreprise est une nécessité reconnue (Peretti, 2008). Nous disons que les formations sanitaires ne font pas exception de cette évidence et que les organisations espèrent de la fonction RH une forte valeur ajoutée.

Par ailleurs, Tidjani et Kamdem (2008) pensent qu'il existe au moins deux façons de gérer les RH dans les entreprises en Afrique. En comparaison, nous disons que les milieux sanitaires imposent une façon appropriée ou un modèle de gestion des RH. Dans les pays à faibles et moyens revenus, on estime que le déficit potentiel de personnels de santé par rapport aux besoins évalués pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) atteint 18 millions (Kane et al., 2018). Les objectifs de développement durable (ODD) et la stratégie mondiale pour les personnels de la santé à l'horizon 2030 et la CSU dépendent fortement de la disponibilité, la répartition égale et la qualité des RHS. En dépit de l'attention accrue portée à la question des RHS depuis le Rapport mondial sur la santé, l'Assemblée mondiale de la santé en 2006 et la création de la Global Health Workforce Alliance, qui a été le fer de lance des efforts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en matière de RHS de 2006 à 2016, les problèmes liés à la gestion des RHS restent toujours d'actualité. L'enjeu est fondamental et identique pour tous les pays au monde : comment allouer des ressources limitées en fonction d'une demande et d'une offre potentiellement illimitées ? (Aucoin, 2012).

Dans l'espace CEDEAO, les problèmes auxquels sont confrontés la quasi-totalité des pays membres en ce qui concerne les ressources humaines évoluant dans le secteur de la santé, sont entre autres : (i) insuffisance de professionnels de santé qualifiés ; (ii) faible niveau de rémunération ; (iii) fuite des cerveaux ; (iv) déroulement de carrières et formation professionnelle ne répondant pas aux attentes ; (v) inefficacité et inefficiences notoires en matière de management des RH ; (vi) mauvaise fidélisation des professionnels de la santé ; (vii) niveau faible des budgets de santé, (viii) inégale répartition des RHS sur l'ensemble des territoires, etc. Yakhelef et al., (2018) à leur tour, déclarent que la crise dans le domaine des

RHS reste persistante, caractérisée par une pénurie de professionnels, un mélange de compétences insuffisantes, et une répartition inégale des professionnels. Pour sa part, Sagoe (2008), met en exergue les difficultés des RH en Afrique subsaharienne, selon cet auteur, il s'agit : a) nombre inapproprié de travailleurs en santé ; b) mauvaise distribution des travailleurs en santé (distribution déséquilibrée au profit des zones urbaines par rapport aux zones rurales) ; c) mauvaise fidélisation des professionnels de santé ; d) faible budget RH et de recrutement ; e) management inadéquat et inefficace des RH, faible capacité des managers RHS ; f) fuite des cerveaux, etc. L'OMS a fixé une cible de 80% pour les pays qui auront réduit de moitié ces disparités d'ici 2030. Force est de remarquer que les pays de l'Afrique subsaharienne en général et ceux de la CEDEAO en particulier sont loin de cette cible, à moins de 10 ans. L'idée de Jim et Taraneh (2018), selon laquelle, investir dans les RHS est plus que jamais un enjeu incontournable et qu'en Afrique, la thématique portant sur les RHS reste peu étudiée. Au terme de cette brève revue, cette recherche a pour but de contribuer aux débats et études portant sur les problématiques des RHS au sein de la CEDEAO, en proposant des pistes d'amélioration. L'intérêt que revêt ce travail, est d'ordres scientifique et managérial. Au plan scientifique, cette recherche vient rallonger la liste très courte des travaux s'intéressant aux RHS. Au plan managérial, ce travail donne des orientations aux pouvoirs publics, en ce qui concerne une gestion optimale et performante des RH en milieu sanitaire.

La démarche méthodologique employée dans ce travail, est essentiellement qualitative. Elle s'articule autour d'une recherche documentaire et d'une observation directe. Pour ce faire, la présente recherche est organisée en cinq (05) parties. La première partie expose brièvement la CEDEAO. La deuxième partie s'intéresse aux aspects théoriques. La troisième partie met en relief l'approche méthodologique. La quatrième aborde les résultats. La cinquième partie porte sur les discussions et les pistes d'amélioration.

1. Focus sur la CEDEAO

Ce travail de recherche a pour cible la CEDEAO. Il est donc nécessaire de faire un focus sur l'historique, la configuration et le profil du système sanitaire des pays composant cette communauté.

1.1 Bref historique de la CEDEAO

La CEDEAO est créée par le Traité de Lagos, le 28 mai 1975. Dans cette recherche, il s'agit de la CEDEAO des quinze (15) ; composée des pays membres ci-après : Bénin, Burkina Faso,

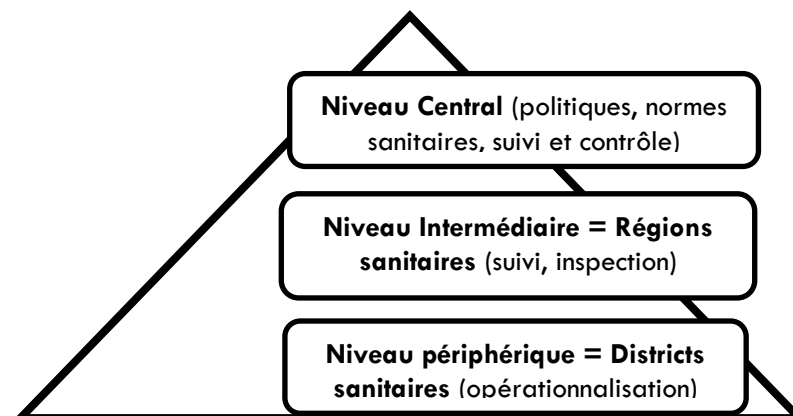
www.ijemsjournal.com

Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone, Togo. Avec une superficie totale de 5 113 000 km² et une population de 368,8 millions habitants, sa démographie est très explosive entraînant d'énormes problèmes au plan sanitaire. Au plan économique, la CEDEAO regorge d'énormes et diverses ressources agricoles, halieutiques, énergétique et minières. Au plan économique, le PIB/habitant est très disparate, il oscille entre 527 et 3 603 dollars. La croissance économique est différente selon les pays membres. L'espérance de vie varie dans l'espace communautaire entre 54,3 et 72,6 ans¹.

1.2 Bref aperçu sur le système de santé dans l'espace CEDEAO

L'OMS définit le système de santé comme un : « ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé ». En Afrique, le système de santé est presque organisé sur le même modèle et de manière pyramidale (Jacquemot, 2012). Les pays membres de la CEDEAO ont dans leur large majorité un système de santé quasi-identique, pyramidal à trois (03) niveaux (central, intermédiaire et périphérique).

Figure 1 : Schéma organisationnel du système de santé togolais



Source : Auteur, à partir du plan de développement des ressources humaines en santé (PDRHS, 2016-2020)

Par exemple, l'organisation du système sanitaire burkinabè est pratiquement similaire à celle du Togo. Au Burkina, l'organisation administrative du système de santé comprend trois (3) niveaux : (i) le niveau central organisé autour du Cabinet du ministre et du Secrétariat

¹ Données du document « Population et sociétés », numéro 569, septembre 2019.

général ; (ii) le niveau intermédiaire comprend les Directions Régionales de la Santé ; (iii) le niveau périphérique, représenté par les districts sanitaires, entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. Dans la quasi-totalité des pays de la CEDEAO, l'organisation du système sanitaire est de forme pyramidale, en harmonie avec l'organisation administrative territoriale des pays. Les pays membres ont une organisation territoriale composée très souvent de régions administratives et de régions sanitaires comme c'est le cas du Togo, du Niger, de la Côte d'Ivoire et d'autres encore.

2. Aspects théoriques de la recherche

2.1 Point sur la gestion des ressources humaines (GRH)

La fonction RH a connu une évolution importante ces dernières décennies. Elle est passée de la fonction personnel, à la gestion stratégique des RH, en passant par le management des RH. La GRH est définie comme la gestion des Hommes au travail dans des organisations (Martory et Crozet, 2002). Les RH étant considérées comme des personnes composant une organisation et assurant son bon fonctionnement. Les RH ont été décelées et confirmées comme étant un élément stratégique du développement de toute organisation, qu'elle soit du secteur public ou privé (Tidjani, Godonou et Vigan, 2014). La GRH est l'ensemble des activités permettant à une organisation de disposer des RH correspondant à ses besoins en quantité et qualité (Cadin et al. 2007). En effet, les organisations sanitaires ont également besoin des RH en quantité et en qualité pour apporter des soins de qualité aux populations. En alignement avec ses objectifs et finalités, la GRH est un ensemble de pratiques, de managements ayant pour objectifs de mobiliser et de développer les RH pour une plus grande efficacité et efficience de l'organisation. Selon Mohamed (2012), la GRH constitue un ensemble d'outils et de pratiques managériales utilisées afin d'avoir une meilleure adéquation entre les ressources humaines et la performance d'une organisation.

La GRH est une gestion particulière puisqu'elle concerne les RH, c'est-à-dire les personnes composant une organisation et sont chargées de la faire fonctionner (Galambaud, 2002). Thévenet (2004) pense que la GRH revêt plusieurs significations dont celle la considérant comme un processus, une démarche à trois phases (analyser, décider et contrôler), que l'on retrouve aussi bien dans les RH que dans d'autres domaines. Pour Brabet (1993), la GRH comprend enfin plus classiquement la gestion des flux de RH et celle des rémunérations.

Les enjeux pour la GRH sont nombreux, ils sont de plusieurs natures et ordres. Les évolutions affectent directement les modes de gestion du travail, sans se limiter aucunement aux grandes

entreprises internationales, ceci oblige à s'interroger sur la GRH dans son ensemble, sur sa pertinence et la mesure de sa performance (Cadin et al., 2007). En effet, la GRH ne peut pas rester intacte face aux mutations. Brabet (2008) estime que la mutation de la fonction RH se poursuit. A ce 21^{ème} siècle, la fonction RH se trouve dans un univers de flexibilité. Cette flexibilité est qualitative (compétence, formation, apprentissage, responsabilité, autonomie, stabilité, rétribution, etc.) mais aussi quantitative (sous-traitance, intérim, externalisation, aménagement et réduction du temps de travail). Concernant cette flexibilité, Seignour et Palpacuer (2005) affirment que la GRH est elle-même touchée par cet impératif de flexibilité et est également affectée par le modèle cœur-périphérie : comme c'est le cas pour toutes les fonctions. Le Louarn et Wils. (2001) stipulent que la bonne gestion des RH est désormais celle qui contribue à la performance de l'entreprise. Pour sa part, Thévenet (2009) pense que la GRH doit contribuer aux objectifs de l'entreprise et à la mise en œuvre de sa stratégie. La GRH se veut à la fois anticipatrice et concertée, quelle pourrait être la façon de faire, la méthode d'une gestion des transformations qui conduirait à la fois la préparation du corps social au changement et la négociation sociale (Armand, 2009).

Au total, nous disons que la fonction RH est en voie de désintégration, elle se complexifie davantage, avec de profonds changements, tant dans la nature même de ses rôles et missions que dans son identité. La multiplicité et la diversité des acteurs et des lieux d'intervention de la fonction RH contribuent par exemple à multiplier la simultanéité de situations complexes et paradoxales. Ainsi, on note des GRH contingentes, une pluralité de GRH, une GRH hyper partagée (Cadin, 2007).

2.2 Gestion des ressources humaines en santé (GRHS)

Il semble désormais presque mystificateur de parler de la GRH au singulier. Pour ce faire, il convient donc de dresser la liste des éléments contribuant à la pluralité des formes de GRH. A titre d'exemple, on cite la gestion des ressources humaines de l'éducation (GRHE) et la gestion des ressources humaines en santé (GRHS). On distingue des formes singulières de GRH fortement contextualisées (Cadin et al., 2007). Les contextes différents sont sources de pluralités de GRH, on a plus d'arguments, pour avancer une GRH singularisée ou unique.

La GRH n'a pas toujours existé, elle s'est progressivement implantée et développée sous l'influence d'acteurs, dans des conditions économiques et managériales et des contextes variés de l'entreprise (Thévenet, 2009). Justement, la GRH est influencée par le contexte, l'environnement et la diversité des acteurs animant les formations sanitaires.

La GRHS ne présente pas les mêmes réalités que celles observées dans les autres secteurs d'activités. La GRHS revêt des particularités comparativement aux autres secteurs d'activités ou organisations. Les milieux sanitaires n'ont pas les mêmes missions, caractéristiques et fonctionnement que les autres environnements de travail. La GRHS est longtemps considérée comme un problème crucial et un défi majeur pour les pouvoirs publics des pays en développement, notamment ceux de la CEDEAO. Les RHS sont considérées comme un levier de la transformation du système de santé (Schweyer, 2020). La question des RHS se pose partout dans le monde. Par ailleurs, le secteur de la santé pour remplir sa mission, doit employer des professionnels en nombre croissant et de mieux en mieux formés (Brocas, 2020).

L'OMS dans sa stratégie mondiale sur les RHS à l'horizon 2030, déclare que « *les agents de santé sont déterminants pour progresser plus vite vers l'objectif 3 de développement durable (« Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ») et pour mettre en place des systèmes de soins de santé primaires équitables. Investir dans la formation et dans l'emploi d'agents de santé au titre des stratégies nationales de valorisation du capital humain permet de créer des emplois, en particulier pour les femmes et les jeunes, et par conséquent de contribuer de manière appréciable à la réalisation des objectifs de développement durable 4 (éducation), 5 (égalité des sexes) et 8 (travail décent), et de stimuler une croissance économique partagée* ». Ceci pour relever la place des RHS dans une nation. Elles sont de véritables déterminants du capital humain, dans la mesure où, elles contribuent à l'éducation, à la santé, mais aussi à l'emploi.

Au plan organisationnel, la GRHS est de type concentré et centralisé. La fonction RH se trouve très souvent logée dans les ministères, c'est-à-dire au niveau central et non intermédiaire et périphérique. Cette situation rend parfois complexe la gestion de ces RH, parce que les décisions sont concentrées au niveau central. Avec cette forme de gouvernance des RH, on assiste à la lourdeur, la lenteur, aux retards dans l'application des décisions prises au profit des régions et districts.

2.3 Particularités des ressources humaines en santé (RHS)

Il n'y a pas de pratiques universelles en matière de GRH (Peretti, 2012). Chaque secteur d'activité essaie d'opérationnaliser les pratiques de GRH en lien avec ses objectifs, ses réalités, ses spécificités et ses missions. Ainsi, les RHS ont des particularités différentes des autres secteurs ou domaines d'activité. Les RHS comportent une diversité de catégories

professionnelles, rendant leur gestion complexe. On observe un enchevêtrement de plusieurs métiers qui cohabitent. Les emplois sont complémentaires et diversifiés à la fois. On assiste également à une pluralité de personnels (personnel médical, personnel paramédical, personnel administratif, personnel technique, personnel d'appui, etc.).

3. Approche méthodologique

Cette recherche se veut une étude descriptive des différents problèmes touchant les RHS. La démarche méthodologique va consister dans un premier temps à répertorier et dans un second temps à analyser en profondeur les problèmes liés aux RHS. Par conséquent, l'approche méthodologique employée est essentiellement de nature qualitative. Il faut le souligner, ce travail est une description des situations, des problèmes RHS dont souffrent la majorité des pays membres de la CEDEAO, afin d'envisager des pistes d'amélioration. Cette description est axée sur une revue de documents multiformes (rapports d'activités, plans de développement des RHS, programmes, rapports d'études, textes officiels, etc.). Du coup, la démarche méthodologique est organisée comme suit : population et échantillonnage, méthodes de collecte et d'analyse des données et informations.

3.1 Population et échantillonnage

Le champ de cette recherche est circonscrit aux quinze (15) pays membres de la CEDEAO. La population concernée reste donc l'ensemble de ces pays. Pour des raisons matérielles, techniques et de non disponibilités des informations sur certains pays, un échantillon de sept (07) pays (Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Niger, Nigéria et Togo) a été retenu par convenance. L'échantillon est composé de cinq pays francophones et de deux pays anglophones. Ce mélange de pays, permettra d'apprécier la gestion des RHS par zone géographique et pour des fins de comparaison.

Tableau 1 : Présentation de l'échantillon

Pays membres	Capital Economique	Superficie (km ²)	Population (en millions)	Espérance de vie à la naissance
Bénin	Porto Novo	113 000	11,8	61,5
Côte d'Ivoire	Abidjan	322 000	25,7	57,4
Ghana	Accra	239 000	30,4	63,8
Mali	Bamako	1 240 000	19,7	58,7
Niger	Niamey	1 267 000	23,3	62,0
Nigéria	Lagos	924 000	201,0	54,3
Togo	Lomé	57 000	8,1	63,7

Source : Auteur, à partir des documents, 2023

3.2 Protocole de collecte des données

Les données mobilisées proviennent de plusieurs sources (rapports d'activités des RH du ministère de la santé, les plans stratégiques de développement des RHS des pays membres de la CEDEAU, rapport de l'OMS, etc.). Elles sont dans l'ensemble de seconde main et sont recueillies de plusieurs manières. Le protocole employé pour la mobilisation des données permettant d'identifier et d'analyser les différents problèmes de RHS de notre échantillon est diversifié. Pour disposer des données, on a procédé : (i) à la revue documentaire ; (ii) aux observations directes ; (iii) à l'examen des documents stratégiques relatifs aux RHS, notamment les plans de développement des ressources humaines (PDRHS), les plans nationaux de développement sanitaire (PNDS), les rapports d'activités des directions des RH et autres documents relatifs aux RH en général.

3.3 Méthodes d'analyse des données

La méthode d'analyse et de traitement des données collectées, est celle de l'analyse de contenu thématique définie par Unrung (1974), cité par Dancan (2008) comme « *un mode d'analyse centré sur les notions ou thèmes à propos d'un objet d'étude* ». Dans ce cas, l'objet d'étude se résume aux RHS. La méthode d'analyse appropriée pour ce genre de recherche, est l'analyse de contenu (Beaud, 2007). Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Chaque thème derrière une information est minutieusement analysé. Des analyses descriptives explicatives ont été menées. Par ailleurs, en plus de l'analyse par

thématique, nous avons également procédé à une analyse par pays. La grille d'analyse employée pour le traitement des données est structurée en thèmes et sous-thèmes. Elle concerne entre autres les thèmes relatifs aux pays retenus, à la disponibilité, la répartition spatiale ou géographique et le renforcement des RHS.

4. Résultats

4.1 Identification et analyse des problèmes de RHS : Constats

Par rapport à nos résultats, nous allons adopter de manière simultanée une analyse par pays et par thématique. Dans un premier temps, l'analyse par pays a été retenue dans la mesure où les pays étudiés ont presque des problèmes de RHS identiques. Dans un second temps, notre analyse sera ciblée sur les thématiques ci-après : insuffisance, inégale répartition, qualité douteuses et fuite des ressources humaines en santé.

Les difficultés et problèmes dont souffrent les pays composant notre échantillon, en matière de GRHS ont été décryptés. Selon les propos d'un responsable départemental sanitaire « *L'insuffisance et la mauvaise répartition des RH limitent sérieusement la mise en œuvre de la réforme du système de santé en zones sanitaires. En effet, le personnel nécessaire au développement des zones sanitaires manque de manière criarde* ».

Une fois encore, la préoccupation centrale de cette recherche, est que : « les problèmes de GRHS sont identiques à l'ensemble des pays membres de la CEDEAO ». Dans le même ordre d'idée, Kane et al. (2018) affirment que les problèmes qui se posent peu ou prou pratiquement dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest sont entre autres : insuffisance du nombre de professionnels de santé qualifiés ; fuite des médecins à l'étranger ; inégale répartition des professionnels sur le territoire et délégation du travail en direction d'un personnel non qualifié. De manière spécifique, les préoccupations ci-après sont annoncées : (i) la disponibilité des RHS est au cœur des problèmes RH dans les pays membres de la CEDEAO ; (ii) l'inégale répartition des RHS est observée dans l'espace communautaire ; (iii) la fuite de cerveau est monnaie courante dans les systèmes de santé et (iv) les RHS dans ces pays souffrent de qualité.

Tableau 2 : Effectif RHS et population en 2015

Pays	Effectif RHS en 2016	Population (en millions)	Ratio
Bénin	14 532	10,9	13,3

Burkina Faso	26 712	18,1	14,8
Côte d'Ivoire	31 827	22,7	14,0
Mali	16 325	17,6	9,3
Niger	9 640	19,9	4,8
Sénégal	14 253	15,1	9,4
Togo	10 188	7,3	14,0

Source : Auteur, à partir des documents, 2023

L'effectif des RHS d'un pays devrait être proportionnel à la taille de sa population, afin de pouvoir dans une certaine mesure tendre vers le ratio personnel en santé sur la population (densité). Selon les recommandations de l'OMS, ce ratio est de 23 agents de santé pour 10 000 habitants. Malheureusement, force est de constater que la quasi-totalité des pays membres de la CEDEAO sont loin de cette norme. Ainsi, fort de ce constat, les politiques publiques mises en œuvre dans ces pays doivent impérativement mettre en accent particulier sur les RHS.

Dans certains pays de l'espace CEDEAO, les constats montrent un manque de personnels en valeur absolue et une répartition géographique inéquitable au sein d'un pays. On assiste parfois à un contraste, selon lequel, une grande partie de l'effectif travaille généralement dans les villes, tandis que la plupart de la population vit dans des zones rurales. Au Sénégal, par exemple, plus de la moitié des médecins vit à Dakar, tandis que 80% de la population vivent dans les zones rurales (Höfle et Kerouedan, 2011).

4.2 Situation des RHS de l'échantillon

Au Bénin

Avec une population essentiellement jeune et à dominance féminine et inégalement répartie sur le territoire national. Les départements du Sud abritent 71% de la population totale contre 29% pour les quatre départements restants. C'est dans ce contexte que le Bénin a élaboré un plan national de développement sanitaire pour la période 2009-2018. L'analyse de ce plan a révélé des difficultés. Ces problèmes concernent la gestion de la carrière du personnel médical, les mécanismes d'incitation au maintien au poste et à la performance du personnel, la prévention des risques professionnels, la déconcentration/décentralisation de la GRH, etc.

Le Bénin, à l'instar des autres pays de la communauté, fait face à une crise des RHS caractérisée par l'insuffisance de personnels soignants et l'inadéquation de la production des

professionnels de santé avec les besoins en compétences du secteur, surtout au niveau du personnel paramédical. Par ailleurs, la gestion stratégique et opérationnelle des RH montre des insuffisances, concernant la planification du développement des RH, la gestion et le suivi de la carrière des agents, la motivation du personnel soignant, l'incitation à la performance et la fidélisation des agents au poste dans les zones défavorisées, la protection du personnel contre les risques professionnels, etc.

En Côte d'Ivoire²

L'analyse de documents stratégiques relatifs aux RHS montre que le système sanitaire ivoirien est confrontée à des difficultés liées à : (i) une inégale répartition des RHS et l'absence d'évaluation de la charge de travail dans les établissements sanitaires avec un déficit de planification des besoins en RH au niveau déconcentré ; (ii) une insuffisance de RHS spécialisées, imputable à l'absence de plan de formation continue et la non reconnaissance de la spécialité médicale par la Fonction Publique avec le faible recrutement de personnels spécialisés ; (iii) la fidélisation des RHS accentuée par l'absence de motivation du personnel en général et spécifiquement ceux des zones reculées et difficiles d'accès et à l'absence de textes réglementant la mobilité du personnel et l'absence de profil de carrière ; (iv) l'insuffisance de production des RHS de qualité, pour ne citer que ceux-là.

Au Ghana

Ghana, pays anglophone de l'Afrique de l'Ouest et membre de la CEDEAO, est également confronté aux mêmes problèmes des RHS. Les formations sanitaires au Ghana connaissent les problèmes ci-après : manque des professionnels de santé de toutes catégories confondues, mauvaise gestion des carrières des agents de santé, fuite des cerveaux vers les pays occidentaux, faible et inéquitable répartition des RHS, lourde charge de travail, faible taux de rétention des RHS, etc.

² Plan national de développement sanitaire (PNDS, 2016-2020)

Au Mali

Le système de santé malien est organisé en quatre (04) niveaux administratifs correspondant aux structures de santé et des fonctions. Le système de santé est tout comme les autres pays membres de la CEDEAO exposé aux mêmes problèmes en ce qui concerne les RH. Ces problèmes sont entre autres : pénurie de personnel soignant ; manque de RH qualifiées et motivées ; inégale répartition des RH entre les différents régions et cercles ; manque d'infrastructures et d'équipements sanitaires, etc. Les ratios par rapport aux personnels traceurs sont largement en deçà des normes recommandées par l'OMS.

Au Niger

L'examen du plan décennal de développement des RHS (2011-2020) du Niger révèle que la situation des RHS est marquée par un certain nombre de déséquilibres. On note : (i) concentration des professionnels de santé en zones urbaines au détriment des zones rurales, 30% des effectifs des agents de santé sont concentrés dans la capitale, Niamey, représentant 8% de la population ; (ii) insuffisance de spécialistes médicaux ; (iii) accroissement des contractuels, des agents de santé communautaires ; (iv) mauvais déroulement des carrières professionnelles ; (v) politique de formation professionnelle continue mal organisée et belliqueuse ; (vi) fonction GRH n'est pas valorisée dans le système de santé, etc. Ainsi, il se pose un problème de disponibilité, de répartition géographique et de qualité des RHS.

Au Nigéria

Le système de santé nigérian est organisé en trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. Les collectivités locales sont responsables des soins de santé primaires, tandis que les gouvernements des États sont responsables de la fourniture des soins secondaires. Le gouvernement fédéral est responsable de l'élaboration des politiques, de la réglementation, de la gestion globale et de la fourniture de soins tertiaires. Par ailleurs, face à la forte croissance démographique (+2,6% en 2017 et +6,5% par an dans les grandes villes), le secteur sanitaire du Nigéria est confronté à d'énormes problèmes. Selon la Banque mondiale, le pays affiche des indicateurs de santé parmi les plus mauvais d'Afrique. Le Nigéria n'est pas épargné des problèmes de GRHS. Il s'agit par exemple : d'un accès extrêmement difficile aux soins de santé ; du nombre de médecins par habitant ; de migrations des RHS vers les pays développés ; d'une insuffisance des RHS dans les formations sanitaires, etc.

Au Togo

L'examen du plan de développement des RHS (2016-2020), montre qu'à l'instar des pays en développement, le système de santé du Togo est confronté à un certain nombre de problèmes, parmi lesquels on a : insuffisance des professionnels de la santé, particulièrement le personnel traceur (médecins, infirmiers, sages-, médicaux, accoucheuses auxiliaires d'Etat) ; déséquilibre dans la répartition des RHS (répartition spatiale, répartition entre catégories professionnelles, répartition entre les différents types de structures) ; grande disparité entre les régions en termes de distribution des RHS ; mauvaises conditions de travail et de vie des RHS ; absence de mesures incitatives et de fidélisation des RHS ; mauvais déroulement des carrières ; absence d'un système formel d'évaluation des professionnels de santé ; non prise en compte de la performance du personnel dans la rémunération ; qualité des RHS insuffisante ; management des RHS non pertinent, etc. S'agissant de l'inégale répartition des RH entre les régions sanitaires, la région de Grand Lomé absorbe plus de 30% des effectifs des RHS, au détriment des régions septentrionales du pays. L'analyse de la répartition des RHS tenant compte des spécialités médicales, les catégories professionnelles montrent une grande disparité.

Cette section indique que les problèmes des RHS sont quasi homologues. In fine, les analyses ont révélé que les pays membres de la CEDEAO sont confrontés aux mêmes difficultés concernant les RHS. Même si les pays analysés souffrent pratiquement des mêmes maux, cependant, ces problèmes se présentent de diverses manières et à de degré divers d'un pays à un autre. Ce travail de recherche a permis de répertorier les principaux problèmes de RHS dont font face tous les pays membres de notre échantillon.

A présent, établissons une liste des problèmes récurrents et majeurs des RHS dans cet espace. Dans un ordre établi, on a :

Insuffisance des RHS, et cela à tous les niveaux des systèmes de santé. L'analyse documentaire, les observations et recoupements ont apporté dans une large mesure des éclairages par rapport à cette insuffisance. En effet, nonobstant les recrutements organisés, de manière rapprochée et régulière, les effectifs restent toujours insuffisants. Le manque des RHS est courant dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne (USAID, 2003). Il ressort que ces dernières années, beaucoup de pays ont souffert d'une insuffisance dans presque toutes les catégories professionnelles de la santé (Butera et al. 2005). L'analyse approfondie

des documents stratégiques et la revue littéraire ont révélé à suffisance les divers et récurrents problèmes de GRHS. On pourrait imputer cela aux départs à la retraite, aux démissions, aux fuites de cerveaux (migrations médicales), au manque de planification rigoureuse des RHS et à l'absence d'une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

Inégale répartition des RHS, en effet, on observe une répartition spatiale inégale des RHS. D'après les propos de Kane et al., (2018), « *la gestion des ressources humaines, et en particulier leur répartition sur le territoire, constitue un autre défi majeur. L'affectation des professionnels de santé sur le territoire ne va pas sans poser un ensemble de problématiques politiques, sociales et éthiques, qu'il s'agisse de déployer les nouveaux diplômés dans les territoires, notamment les plus isolés et de les y fidéliser. Les politiques nationales demeurent ambivalentes face à la nécessité d'obliger les élites, notamment féminines, à s'installer en zone rurale* ». Généralement, les professionnels de santé ont une préférence pour les capitales et les grandes villes comme milieux de travail. Les zones urbaines attirent plus les RHS, ceci pour plusieurs raisons, telles que les commodités des villes, les infrastructures sanitaires et socio-économiques, les opportunités de formation professionnelle continue, les opportunités d'activités médicales parallèles, etc. En Côte d'Ivoire, on assiste à un exode massif de personnel de santé. La distribution des RHS s'est davantage concentrée sur la capitale Abidjan. Par exemple, 80% des médecins généralistes et spécialistes travaillent en zones urbaines. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les affectations des RHS sont faites sans tenir compte des besoins réels et des populations de chaque région.

Qualité douteuse des RHS, à ce niveau d'analyse, disons que la qualité est davantage liée aux mauvaises affectations des professionnels de santé aux postes de travail. Autrement dit, par insuffisance d'effectifs et de compétences, il arrive très souvent de mettre un infirmier à la place d'un Assistant médical et à la place d'un Médecin, de voir un Assistant médical. Ainsi, comme l'Assistant médical n'a pas toutes les compétences et aptitudes d'un Médecin, on estime qu'il n'est pas du tout qualifié pour ce poste. Cependant, même si les institutions de formation sanitaire tentent d'offrir une meilleure formation, il convient de signaler, que pour la plupart, elles ne disposent pas de capacités nécessaires.

Fuite des cerveaux : migrations interne et externe des RHS

Ces dernières décennies, on a observé un grand flux migratoire des RHS. Des professionnels de santé quittent leur poste de travail pour un nouveau poste sur le même territoire (mobilité professionnelle intra-géographique) ou migration externe (mobilité professionnelle extra-géographique). Sont plus touchés par ce phénomène de fuite de cerveau, les médecins généralistes et les spécialistes. Ce phénomène de migrations médicales concerne les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, les sages-femmes, les techniciens de laboratoires, les techniciens de radiologie et autres. Au Ghana, sur la période 2004-2008, 205 médecins, 118 pharmaciens, 198 infirmiers et 95 sages-femmes ont quitté le Ghana.

5. Discussion et pistes d'amélioration

5.1 Discussion

Dans le cas de l'élaboration du plan de développement et GRHS, Jansen et al., (2018) ont mis en relief les mêmes problèmes de RHS, la formation, le recrutement et le déploiement. Jim et Taraneh (2018) se sont également penchés sur la problématique des RHS. A travers de diagnostics de la situation des RHS en Afrique sub-saharienne francophone, ces deux auteurs ont formulé des recommandations afin de développer des stratégies permettant de réduire durablement la pénurie des RHS dans les prochaines années.

Au Nigéria, Agbo (2019) déclare que les ressources affectées au secteur de la santé sont souvent insuffisantes, mal gérées, mal réparties et aussi mal coordonnées. Spécifiquement, il pense que : *« les autorités politiques doivent également agir en matière de ressources humaines. En effet, pour fonctionner efficacement, les systèmes de santé doivent pouvoir compter sur une masse conséquente de ressources humaines, qui constituent le socle sur lequel repose l'organisation de la politique sanitaire »*. Yakhelef et al. (2019) ont abouti à certaines conclusions portant sur les problèmes des RHS et proposé en partie les mêmes pistes d'amélioration, permettant d'endiguer les problèmes en matière de RHS, que dans notre cas.

Dans cette même dynamique, nos résultats sont quasi-identiques à ceux de Höfle (2011). Ce dernier trouve qu'un certain nombre de pays vivent de forte pénurie de personnels de santé, médecins, infirmières, personnels administratifs et d'appui. Il a poursuivi en martelant que l'étendue du problème varie selon les pays. Il touche certains pays du Nord, mais heurte de plein fouet les pays du Sud, surtout en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Ce phénomène résulte de la limitation du recrutement de personnels dans la fonction publique

d'administrations nationales sous ajustement structurel, et des mesures de réduction des budgets d'investissement qui s'en sont suivies. Le tableau qui vient d'être peint est le même au Bénin, à Madagascar, en Côte-d'Ivoire, au Mali, au Niger, etc. Bref, pour signifier que les problématiques de GRHS sont réelles et partagées par l'ensemble des pays de l'Afrique subsaharien en général et en particulier par ceux de l'espace CEDEAO.

5.2 Pistes d'amélioration

Au regard de tout ce qui précède et des problèmes auxquels sont confrontés ces pays et afin d'améliorer la disponibilité, la qualité et la répartition des RHS, nous formulons les propositions d'amélioration ci-après, pouvant être versées dans les réformes managériales ou politiques publiques sanitaires des pays en question. Il s'agit entre autres de :

- Mettre en application dans tous les pays membres de la CEDEAO, la recommandation d'Abuja, consacrant 15% du budget total au secteur de la santé ;
- Envisager et faciliter le partenariat public-privé (PPP) pour le compte du secteur de la santé ;
- Répartir géographiquement les RHS de manière équitable et proportionnelle, en tenant compte de la population et des besoins de chaque région sanitaire ;
- Repenser la politique de recrutement des RHS selon les spécificités de chaque pays membre, en augmentant le nombre de recrutement en adéquation avec les besoins, quantitativement et qualitativement, en poursuivant et renforçant les recrutements régionalisés, comme c'est le cas au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Niger et au Togo ;
- Repenser la politique de formation professionnelle continue en orientant la formation vers les besoins de chaque formation sanitaire et le déroulement des carrières professionnelles ;
- Assoir un management des RH de proximité, ceci permettra de déconcentrer la GRHS ;
- Mettre en place des stratégies de fidélisation des agents, avec un accent sur les mesures incitatives financières et non financières), surtout au profit de ceux travaillant dans les zones rurales, difficiles d'accès ;
- Initier de politique de remplacement des RHS ;
- Mettre en place une gestion des carrières spécifique et adaptée à la fonction médicale, une véritable gestion des carrières médicales et hospitalière ;
- Repenser et moderniser les politiques de RHS, en les rendant plus innovatrices en matière de GRH, etc.

Conclusion

Cette recherche a pour objectif de recenser et d'analyser les problèmes liés aux RHS dans les pays membres de la CEDEAO. Les résultats révèlent que dans l'ensemble, ces pays font quasiment tous face aux problèmes de disponibilité, de répartition, de qualité et de fuite des ressources humaines en santé. Nonobstant les efforts déployés par les différents gouvernements à travers l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques, plans, programmes, les problèmes de RHS restent entiers et se posent avec sévérité et sont presque identiques à tous les pays membres de la CEDEAO.

En termes de contributions ou d'apports, cet article propose un cadrage des problèmes de RHS au sein de la CEDEAO. Il vient enrichir les débats et la revue de littérature relatifs aux RHS. Il formule des pistes réelles et de nouveaux paradigmes aux pays membres, leur permettant de redynamiser, de renforcer, de repenser la GRHS, mais aussi d'assurer aux populations une couverture sanitaire universelle (CSU), tant souhaiter.

S'agissant des implications, au plan scientifique, cette recherche vient s'ajouter à la liste des travaux existants et abordant les RHS. Au plan économique, les conclusions de ce travail vont permettre à ces pays de disposer un bon capital humain, par ricochet indispensable à leur développement économique. Concernant les limites, elles sont de plusieurs ordres. D'abord, l'approche méthodologique utilisée n'a pas envisagé d'interroger les RHS, premiers acteurs des systèmes de santé. Elle s'est focalisée sur les données et informations de seconde main. Ensuite, l'article n'a abordé que les problèmes des RHS et non leurs conséquences. Enfin, même si les résultats obtenus sont généralisables, cette recherche devrait aborder tous les quinze pays membres de la communauté.

Toutefois, d'autres questions et défis importants en matière de GRHS restent entiers et pertinent. Ils sont palpables et risquent de remettre en cause les performances des professionnels de santé et d'impacter négativement la qualité des soins de santé et impacté le développement social, humain et économiques des pays concernés. Il ressort de cette recherche que ces dernières décennies loin d'être une mode, la quasi-totalité de ces pays ambitionnent à une couverture universelle des soins de santé. Mais la question qui reste posée, est de dire quelles RHS, pour une couverture universelle sanitaire ?

Références bibliographiques

Ouvrages et articles

- Agbo, A., (2019), « La problématique des systèmes de santé en Afrique : points de blocage et défis à relever », Centre d'Etudes de Prospective Stratégique, Paris.
- Aucoin, L., (2012), « *Système de santé dans le monde : Enjeux, défis, tendances* », Séminaire Pôle Santé, HEC Montréal.
- Bolan, N., et al., (2021), « Défis liés aux ressources humaines pour la santé dans l'offre de soins de qualité aux nouveau-nés par les infirmières et les sages-femmes dans les pays à revenu faible et moyen : une revue de cadre », *Global Health : Science and Practice*, mars 2011, 201-206.
- Brabet, J., et al., (1993), *Repenser la Gestion des Ressources Humaines ?* Paris, Economica
- Cadin, L., et al. (2007), « Gestion des ressources humaines : Pratiques et éléments de théories », Paris, Dunod, 3^{ème} édition.
- Galambeaud, B., (2002), « Si la GRH était de la gestion », Edition Liaisons, Paris.
- Jacquemot, P., (2012), « Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins », *Revue Afrique contemporaine*, n° 243, 95-97.
- Hddigui, E., (2006), « La gestion des ressources humaines dans le secteur de l'éducation », UNESCO 7, Fontenoy, Paris.
- Jansen, C. et al., (2018), « Amélioration formation, recrutement et déploiement des ressources humaines en santé au Togo : un diagnostic de la situation », *Revue Santé Publique*, vol. 30, hors-série, 77-87.
- Kane, H., et al., (2018), « Les ressources humaines en santé : planification et parcours individuels », *Revue Santé Publique*, vol. 30, hors-série, 7-8.
- Le Louarn, J-Y., WILS T. (2001), « L'évaluation de la gestion des ressources humaines : du contrôle des coûts au retour sur l'investissement humain », Paris, Liaisons, Collection « Entreprises et Carrières ».
- Martory, B. et Grozet, D. (2002), « Gestion des ressources humaines : pilotage social et performances », Dunod, 5^{ème} Editions, Paris.
- Peretti, J.M. (2008), « Gestion des ressources humaines », 19^{ème} édition, Vuibert, Paris.

Seignour, A. et Palpacuer, F. (2005), « Les nouvelles stratégies organisationnelles des multinationales agro-alimentaires en Europe », *Annales des Mines, Gérer et Comprendre*, n 82, déc. 2005, pp. 23-36.

Tidjani, B., et Kamdem, E. (2008), « *Gérer les ressources humaines en Afrique* », actes du Congrès de l'Association Francophone de Gestion des Ressources Humaines (AGRH) en 2008 à Dakar.

Thévenet, M., (2004), « La gestion des personnes : la parole aux RDH », Editions Liaisons, Paris.

Thévenet, M., et al., (2009) « Fonctions RH : Politiques, métiers et outils des ressources humaines », Pearson Education, 2^{ème} édition, Paris.

Sagoe, K., (2018), « Ressources humaines en santé, challenges et stratégies en Afrique subsaharienne », CEO, Tamale, Ghana.

Höfle, K., et Kerouedan, D. (2011), « La crise des ressources humaines dans les pays du sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH », *Presses de Sciences Po*, décembre 2011 ? 201-206.

Yakhelef, N., et al., (2018), « Cartographie des politiques en matière de ressources humaines de la santé en Afrique francophone », *Revue Santé Publique*, vol. 30, hors-série, 19-31.

Documents stratégiques

Développement des ressources humaines pour la santé : Plan stratégique national, Mali (2009-2015).

Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030, Organisation mondiale de la santé, projet pour consultation, 2015.

Rapport annuel, 2018, Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS).

Rapport technique Numéro 52, « Zones sanitaires, cogestion et décentralisation au Bénin, Partnerships for Health Reform, septembre 2000.

Plan de développement des ressources humaines en santé (PDRHS) du Togo, 2016-2020.

Plan de développement des ressources humaines en santé du Niger, 2011-2020.