

Le développement des ressources humaines de la santé au Mali pour une efficacité de l'aide publique au développement : Revue de la littérature et perspectives d'améliorations

Development of human resources for health in Mali for effective official development assistance : Review of the literature and perspectives for improvement

DIAKITE Oumar

Doctorant en sciences de gestion
Institut Universitaire Pédagogique (IPU)
Université de Bamako
Centre D'Études de Recherche et d'Appui pour le Développement (CERADE)
Mali
Papusco30@yahoo.fr

COULIBALY Issa

Enseignant chercheur
Faculté de Pharmacie de Bamako (FAPH)
Université des Sciences, des Techniques, et des Technologies (USTTB)
Mali
iss_coulibaly@yahoo.fr

DIABATE Adama

Professeur des Universités
Institut Universitaire du Développement Territorial de Bamako (IUDT)
Mali
adamadiabate2001@yahoo.fr

KONE Adama

Chef de Division « Économie de la Santé »
Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux (ANEH)
Mali
ziedama@yahoo.fr

Date de soumission : 12/09/2021

Date d'acceptation : 21/10/2021

Pour citer cet article :

DIAKITE. O et al. (2021) «Le développement des ressources humaines de la santé au Mali pour une efficacité de l'aide publique au développement : Revue de la littérature et perspectives d'améliorations», Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 4 : Numéro 4» pp : 552 - 573

Résumé

À la suite de la proclamation des objectifs mondiaux, un mouvement international a induit l'injection d'un volume important de flux financiers en faveur du développement du secteur de la santé, car les pays en voie de développement ne disposaient pas des ressources nécessaires afin de les atteindre. Les procédures d'interventions des bailleurs furent harmonisées, les buts étaient orientés vers une couverture sanitaire universelle et un accès équitable aux services de santé. En application aux directives (buts), le Gouvernement du Mali a mis en œuvre une Politique Sectorielle de Santé des Populations développée en plusieurs programmes quinquennaux. Ces initiatives ont été soutenues par le développement des ressources humaines de la santé.

Cependant, l'efficacité de l'aide publique au développement est partiellement entravée par les ressources humaines de la santé, car les personnels sont démotivés, insatisfaits et n'adhèrent pas aux politiques publiques. Ces problèmes sont relatifs au fait que les personnels n'ont pas participé aux processus d'élaborations et de mise en œuvre des politiques. Dans cette perspective, cet article a pour but d'effectuer une revue de la littérature sur le développement des ressources humaines au Mali, et de proposer des pistes d'améliorations de l'efficacité de l'aide publique au développement.

Mots clés : Ressources humaines de la santé ; Efficacité de l'aide ; Développement sanitaire ; Performance hospitalière ; Évaluation des politiques.

Abstract

Following the proclamation of the global goals, an international movement induced the injection of a significant volume of financial flows in favor of the development of the health sector, because the developing countries did not have the necessary resources to reach them. The donor intervention procedures were harmonized, the goals were oriented towards universal health coverage, and equitable access to health services. In application of the directives (goals), the Government of Mali has implemented a Sectorial Population Health Policy developed in several five-year programs. These initiatives were supported by the development of human resources for health.

However, the effectiveness of official development assistance is partially hampered by human resources for health, as staff are demotivated, dissatisfied, and do not adhere to public policies. These problems relate to the fact that staff did not participate in the process of developing and implementing public policies. In this perspective, this article aims to conduct

a review of the literature on human resource development in Mali, and to suggest avenues for improving the effectiveness of official development assistance.

Keywords: Health human resources ; Aid effectiveness ; Health development ; Hospital performance ; Policy evaluation.

Introduction

Affirmée dans la constitution de 1992, la santé des populations a toujours été une préoccupation majeure du Gouvernement du Mali. Si dans les pays de l'Afrique, il fut un temps où s'engager à développer le secteur de la santé constituait un moyen d'accéder au pouvoir politique, il n'en demeure pas moins qu'aujourd'hui, l'investissement dans le secteur de la santé correspond à un facteur de croissance économique, car une population n'est productive que lorsqu'elle est en bonne santé.

En économie, les adultes en mauvaise santé sont moins productifs, ils sont susceptibles d'être au chômage et présentent un taux élevé d'absentéisme. Dans les pays du monde, la dépression et l'anxiété génèrent 15 Milliards de journées de travail perdues pour un coût total de 1150 Milliards de Dollars. Une population en bonne santé présente des avantages qui vont au-delà de l'individu. Elle peut contribuer à un volume élevé d'épargne en ménage, à des investissements étrangers, à réduire la mortalité infantile et chaque année supplémentaire d'espérance de vie augmente la production intérieure brute par habitant d'environ 4% (OMS, 2016a).

Compte tenu de ces enjeux, la communauté internationale a proclamé les Objectifs du Millénaire et du Développement (OMD) en général et les OMD-Santé en particulier. Cependant, la plupart des pays en voie de développement, y compris le Mali ne disposaient pas des ressources nécessaires pour les atteindre (De Renzio, 2007; Muvudi, et al., 2011). En conséquence, les Ministres, les représentants de la société civile et les responsables d'organismes bilatéraux et multilatéraux ont organisé une série de rencontres afin de générer un environnement favorable au financement du développement dans le secteur de la santé. Ces financements ont juridiquement été encadrés par la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'Aide au Développement, la Déclaration de Rome sur l'Harmonisation et la Déclaration de Kampala (Paul, 2011).

Les décaissements de ces aides étaient subordonnés à la mise en œuvre d'une batterie de réformes et d'atteinte d'un niveau de résultat dont la définition faisait l'objet d'un débat politique entre les bailleurs et les pays partenaires (ceux qui réceptionnent l'aide) (Bernasconi, 2007) ; Bien que, dans les bureaucraties professionnelles (services de santé), les résultats sont conditionnés aux personnels qui font la mise en œuvre des politiques publiques (Gruénais, et al., 2008). Alignés avec les objectifs mondiaux, les programmes de développement sanitaires ont été accompagnés de politiques de développement des ressources humaines de la santé à

charge des fonctions de Gestion des Ressources Humaines (PRODESS, 1999, 2009, 2014). Cependant, il est bien connu que les personnels de santé au Mali ont tendance à se plaindre des prérogatives qui sont dévolues à la Direction des Ressources Humaines du secteur de la Santé (PNDRHS, 2009; Sanogo, 2012), ce qui a manifestement affecté l'efficacité de l'aide publique au développement, car les personnels n'adhéraient pas aux politiques et n'étaient plus productifs (PNDRHS, 2009).

Plusieurs rapports ont été élaborés sur la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé au Mali. Mais ce qui est dommage, c'est qu'il y a très peu de recherches qui développent le lien entre le comportement des personnels et l'efficacité des systèmes de santé. L'objet de cet article est d'exposer les efforts du Gouvernement du Mali dans le développement des ressources humaines du secteur de la santé et de proposer des pistes d'améliorations pour une efficacité de l'aide en mobilisant des concepts théoriques issues du management public hospitalier. En ce sens, certaines questions sont pertinentes à savoir : Quels sont les efforts du Gouvernement du Mali dans le développement des ressources humaines de la santé ? Comment les ressources humaines ont porté atteinte à l'efficacité de l'aide publique au développement ? Et quels seront les pistes de développement de ces ressources pour améliorer l'efficacité de cette aide ?

Dans ce qui va suivre, nous présenterons dans la première partie (1) les principes qui régissent le fonctionnement de l'aide publique au développement et son cadre récipiendaire dans le secteur de la santé au Mali. La seconde (2) portera sur l'intéressement des organismes bilatéraux, multilatéraux et sur les efforts du Gouvernement du Mali dans le développement des ressources humaines de la santé. Nous proposerons en troisième partie (3) des recommandations concernant l'aide publique et sur le développement des ressources humaines pour enfin conclure.

1. L'aide publique dans le développement du secteur de la santé

1.1. Une harmonisation des efforts

Malgré que l'aide publique au développement ait permis de financer des projets coûteux, elle a longtemps été utilisée pour servir les intérêts stratégiques des États-Nations. À la suite de l'ajustement structurel, de l'émergence du libéralisme économique dans les pays de l'Afrique et des grandes luttes de l'idéologie sur les manières de faire des donateurs, l'aide a été reformée, et a perdu son moteur principal, à savoir la géopolitique. Aujourd'hui, l'aide

connait de nouveaux fondements et œuvre pour améliorer les conditions de vie des plus démunis (Severino & Ray, 2011).

En raison de la multiplicité des donateurs, la déclaration de Paris a proposé une harmonisation des mécanismes d'interventions et d'exécutions, entraînant un morcellement de l'aide et une synergie des coûts (Muvudi, et al., 2011; Paul, 2011). Les aides fragmentés induisaient des coûts de transaction élevés et un pilotage rigoureux pour chaque projet. L'objectif de la déclaration de Paris et celle de Rome était de générer un cadre partenarial et récipiendaire de l'aide. L'aide correspond aujourd'hui à un partenariat fondé sur cinq principes dont l'appropriation par les pays partenaires de politiques et de programmes de développement, l'alignement des donateurs sur les procédures nationales en vigueur, la gestion axée sur les résultats, l'harmonisation menée par les donateurs et la responsabilité mutuelle des pays partenaires et donateurs (Muvudi, et al., 2011).

La mise en œuvre des propositions formulées à Paris et à Rome laisse à désirer car les coûts de coordinations liés à la gestion des actions ont considérablement augmenté ces dernières années. À juste titre, le Bangladesh reçoit en moyenne 250 missions de bailleurs par ans, le Cambodge 400, le Nicaragua 289 et au Mali, une cinquantaine de donateurs sont actifs dans le secteur de la santé (Severino & Ray, 2011). Ce qui est étonnant, c'est qu'au Mali, seulement quatorze des bailleurs ont adhéré au programme commun de développement du secteur de la santé. Si l'aide concourt à l'amélioration de la santé des populations, il n'en demeure pas moins que ce qui est pertinent, c'est de savoir si le volume des fonds générés par la multiplicité des bailleurs est plus légitime que l'augmentation des coûts de transactions liés à la gestion de cette aide ? Et quelles seront les perspectives de développement s'il y a une harmonisation des objectifs mais une fragmentation dans l'injection des fonds en projets ?

Comme dans tout partenariat, il existe des engagements respectifs et conjoints. Les partenaires s'engagent à mettre en œuvre leurs stratégies nationales de développement, de traduire ces stratégies en programmes opérationnels ayant des priorités et axés sur les *résultats*, de garantir une transparence dans la gestion des fonds reçus et de publier des rapports sur l'action publique découlant des politiques. Les donateurs s'engagent à fournir une liste d'engagements pluriannuelle au titre de l'aide selon un calendrier prévisible de décaissement des ressources (Déclaration de Paris, 2005).

Certains bailleurs injectent directement des fonds spécialisés pour lutter contre des maladies spécifiques tels que Le Fonds Mondial de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le

VIH/SIDA, l'ONG Save the Children etc... Ces financements échappent au Gouvernement du Mali car ils ne transitent pas par les procédures nationales tels que le budget global ou le budget sectoriel. Ainsi, les rapports des programmes peuvent être mitigés car les évaluations ne sont effectuées que sur ce dont l'État a pris connaissance (Samake, et al., 2009).

Le partenaire qui réceptionne les fonds s'engage à atteindre les objectifs fixés de façon efficace et efficiente au niveau organisationnel. Cela correspond à la transposition des objectifs de performance à l'échelle opérationnelle (Lafram & Lamalem, 2021 ; Darbon, 2003). Dans la recherche scientifique, les logiques d'efficacité et d'efficience correspondent à des dimensions de la performance (Champagne, et al., 2005). La légitimité de l'efficacité des services de santé a largement été discutée (Teil, 2002). Mais ce qui est un sujet à débattre, c'est de savoir s'il est légitime d'évoquer la notion d'efficience dans un environnement où les femmes enceintes n'ont pas accès à des services de santé, où les enfants sont en insuffisance pondérale et où le paludisme continue à faire des ravages. Ce qui est sûr, c'est que beaucoup sont réticents à ces nouvelles idées dans la redevabilité en gestion publique (Blatrix & Bartoli, 2015).

L'aide est toujours assujettie à des risques tels que les risques de prévisibilité, les risques d'attribution, les risques de gouvernance économiques et politiques, et les risques fiduciaires. Nous n'allons pas nous attarder sur ce sujet car ce n'est pas l'objet de notre recherche. Cependant, il n'est pas à omettre que le Mali est un pays particulièrement corrompu, que les ressources sont exposés à des détournements, et que de nombreuses expériences ont été vécues en ce sens (Bernasconi, 2007).

1.2. Là où est injectée cette aide

À la suite des rencontres qui visaient à créer un cadre partenarial de l'aide, le Mali s'est engagé à atteindre les objectifs mondiaux en santé. Cet État a adhéré au partenariat mondial de la santé (Paul, 2011), à la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (Goïta, et al., 2018), à l'initiative d'harmonisation pour la santé en Afrique et à la lutte contre quelques maladies spécifiques. Financièrement, le Mali s'est engagé à Abuja (Nigeria) à injecter 15% de son budget au service du développement sanitaire. Autant d'engagements dont l'objectif général était d'améliorer la santé des populations, d'ériger une couverture sanitaire universelle, de garantir un accès équitable aux services de santé, de réduire la contribution des usagers au financement de la santé, d'augmenter la part de l'État dans le

financement des structures de santé et d'initier des perspectives de modernisation dans certains services de santé (De Renzio, 2007; Olivier de Sardan & Ridde, 2012; Paul, 2011).

Au Mali, les politiques de développement ont été initiés dans le secteur de la santé depuis 1966 (Bagayoko & Traore, 2010). Cependant, le développement sanitaire a été formalisé par l'adoption de la Politique Sectorielle de Santé des Populations en 1990, à la suite de laquelle l'État a affirmé dans la constitution de 1992 un droit à la santé qui n'était pas soutenable. *L'initiative de Bamako* a matérialisé un désengagement financier de l'État en faveur de la tarification des soins par le recouvrement partiel des coûts de production (Goïta, et al., 2018).

La Politique Sectorielle de Santé des Populations a été opérationnalisée dans une architecture spécifique. Ce sont les Plans Décennaux qui proposent les directives du développement sanitaire. Dans l'état de l'art, le premier plan a été mis en œuvre de 1999 à 2011 et le second de 2014 à 2023. Les plans ont été opérationnalisés dans trois Programmes quinquennaux de Développement Sanitaires et Sociaux (PDDSS, 2014). Diamétralement ont été adoptés quelques textes tel que la Loi N° 02-050 du 22 juillet 2002 Portant loi hospitalière et la Loi N° 02-049 du 22 juillet 2002 Portant Loi d'orientation sur la santé. Ces textes ont permis de régir l'organisation et le fonctionnement des Établissements Publics Hospitaliers de dernière référence (Sanogo, 2012).

Compte tenu de la diversité des interventions des bailleurs, le partenariat international de la santé a eu pour objectif d'accélérer l'atteinte des objectifs mondiaux par l'accroissement et l'harmonisation des efforts en faveur du secteur de la santé. Ce partenariat s'est matérialisé à l'échelle nationale par l'accord *COMPACT*. Dans cet accord, tous les bailleurs qui interviennent doivent être alignés sur le budget sectoriel ou le budget global, et ces fonds sont directement injectés dans les *programmes quinquennaux de développement sanitaires et sociaux*. Ces programmes sont devenus les récipiendaires des fonds en faveur du développement du secteur de la santé (Bagayoko & Traore, 2010; Bernasconi, 2007; De Renzio, 2007; Olivier de Sardan & Ridde, 2012; Paul, 2011).

Certains discutent de l'aide publique et de ses prérogatives dans les pays en voie de développement (Paul, 2011), alors que d'autres évoquent la fin de l'aide publique au développement et de la renaissance d'une politique publique globale (Severino & Ray, 2011). Dans les pays de l'Afrique, le secteur de la santé est constamment sous l'objet de réformes qui émanent des politiques publiques issues de négociations entre donneurs et partenaires (Darbon, 2003). Si les États disposent d'une souveraineté dans la gestion des affaires

publiques, il n'en demeure pas moins que les politiques sont dictés et négociés à une échelle globale, et ce n'est qu'à cette condition que les programmes sont éligibles au financement du développement (Severino & Ray, 2011) ; ce qui va bien entendu à l'encontre des principes proposés par la déclaration de Paris, car ce sont les donateurs qui doivent s'aligner sur les procédures nationales en vigueur (Déclaration de Paris, 2005).

Plusieurs problèmes persistent dans la mise en œuvre des principes proposés dans le financement du développement. Les donateurs ont tendance à ne pas respecter les engagements souscrits dans les plans de décaissement des ressources financières (Paul, 2011). À juste titre, certains donateurs se sont retirés en 2012 en raison de la crise politique et économique au Mali. Et bien avant, dans les programmes quinquennaux, les bailleurs n'ont pas reversé les fonds dans les délais prévus (Paul, 2011).

Il existe également des audits annuels des programmes quinquennaux effectués conjointement par le bureau du vérificateur général, la section des comptes de la cour suprême et une organisation privée. En 2009, certaines ressources du Fonds Mondial ont fait l'objet de détournements détectés par le système de contrôle du Gouvernement du Mali et plusieurs bailleurs ont réagi dès la confirmation des premiers soupçons de malversations en gelant leurs financements. Les auteurs des détournements ont été identifiés par le bureau du vérificateur général, et traduits en justice. Cependant, le Fonds mondial a agi d'une façon unilatérale en bloquant les financements et en envoyant des auditeurs dont les rapports étaient rédigés en anglais sans aucun commentaire des parties prenantes (Paul, 2011).

2. Les Ressources Humaines pour l'atteinte des objectifs mondiaux

2.1. Des actions à l'échelle globale

Les ressources humaines de la santé ont constitué durant de nombreuses années une conditionnalité implicite, car pour une efficacité de l'aide dans le secteur de la santé, les partenaires doivent disposer de ressources humaines qualifiés et en quantité suffisante (Paul, 2011). Le regard sur les ressources humaines de la santé par la communauté internationale s'est manifesté par la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires en 1978. Ensuite, l'Organisation Mondiale de la Santé a réaffirmé son intérêt pour les personnels de santé aux conférences de Ouagadougou et de Kampala, au cours desquelles elle a réitéré que les personnels constituent des ressources indispensables pour la préservation du bien public mondial que constitue la santé. En conséquence, un programme pour une action

mondiale a été initié afin de faire financer le développement des ressources humaines de la santé par l'aide publique au développement (OMS, 2016a).

À l'aune des objectifs du développement durable, la conditionnalité était explicite car l'ONU a réfuté au cours de son Assemblée Générale en 2015 l'hypothèse selon laquelle les ressources humaines de la santé constituaient plutôt des dépenses qu'un investissement. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé des politiques pour le recrutement de 18 Millions de professionnels de santé avant 2030 et la création de 40 Millions d'emplois décents afin de donner de l'élan à la stratégie mondiale de développement des ressources humaines de la santé (OMS, 2016b).

Pour mettre en œuvre cette politique globale, une commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique a été créée en 2016 par le secrétariat général des Nations-Unis composé de l'Organisation Mondiale de la Santé, de l'Organisation Internationale du Travail et de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique co-présidé par François Hollande et Jacob Zuma respectivement Président de la France et de l'Afrique du Sud (OMS, 2016b). Cette commission a démontré par le biais de la théorie de William Baumol sur la maladie des coûts que le secteur de la santé pouvait être un levier de croissance économique et que l'inaction en faveur des ressources humaines de la santé avait des coûts. Dans son rapport, la commission a proposé des actions immédiates qui ont été mises en œuvre entre octobre 2016 et mars 2018, et des recommandations à opérationnaliser en actions dans un plan quinquennal. Malgré ces initiatives conjointes, chacune des organisations a élaboré une approche stratégique dans le développement des ressources humaines de la santé.

De sa contribution, L'organisation Internationale du Travail a élaboré des normes internationales pour les travailleurs. L'OMS a adopté en 2010 le code pratique pour le recrutement international des personnels de santé. Elle a contribué à la création de l'Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé en 2006. Elle est son hôte et tient son secrétariat général. L'Alliance a initié *l'approche coordination et facilitation* qui est un mécanisme de formulation, de mise en œuvre et de surveillance des plans relatifs aux développements des ressources humaines de la santé dans les pays nécessiteux (OMS, 2011).

En ce qui concerne ses actions, l'Alliance a contribué à mettre en place la déclaration politique sur les maladies non transmissibles et les effectifs de santé, et à la déclaration commune sur l'augmentation des effectifs des agents de santé communautaires pour les situations d'urgence. Elle joue un rôle moteur dans le volet « *effectifs de santé* » d'un

programme multi-pays relatif à l'amélioration de la santé maternelle. Elle soutient un programme de santé maternel et néonatal dans huit pays¹ où elle a pour but de déterminer les lacunes existantes dans la disponibilité des ressources humaines de la santé dans la pratique de sage-femme. Elle finance une campagne pour l'amélioration des conditions de travail des personnels de santé au Maroc, en Ouganda et en Zambie. L'alliance a rejoint l'initiative *Harmonisation pour la santé en Afrique*, qui avait pour but d'harmoniser les aides des partenaires afin de renforcer les systèmes de santé et d'atteindre les Objectifs du Millénaire et du Développement par une meilleure implication des ressources humaines de la santé (OMS, 2011).

Le Fonds mondial a effectué de nombreux investissements axés sur les personnels de santé. En Mauritanie, il co-finance avec le gouvernement et le Fonds des Nations-Unies pour l'enfance un programme de formation de 500 agents communautaires et il a aidé le Mali à améliorer le salaire des professionnels de santé. En République Centrafricaine, il finance 20% du coût complémentaire des salaires dans la condition où le gouvernement s'acquitte des 80% restants. Au Vietnam, il a soutenu la formation de 3000 auxiliaires médicaux au diplôme de médecin. Au Bangladesh, il finance les salaires de plus de 200 assistants médicaux. Au Liberia, il était bailleur dans une stratégie de santé communautaire en participant au financement du coût des salaires et il est intervenu dans plusieurs autres pays tel qu'au Maroc, en République démocratique du Congo et en Sierra Leone (Fonds Mondial, 2016). Si beaucoup d'efforts sont effectués afin de financer le développement des ressources humaines de la santé, il revient aux États d'utiliser ces fonds à bon escient.

2.2. Qu'a fait le Mali dans tout cela ?

Les engagements internationaux du Mali en santé ont été mis en œuvre dans les programmes de développement sanitaires et sociaux dont les volets qui portent sur les ressources humaines ont été opérationnalisés dans la Politique nationale de développement des ressources humaines de la santé. Cette politique affirme que les personnels de santé sont indispensables pour l'atteinte des objectifs mondiaux et pour la préservation du bien public mondial que constitue la santé (PNDRHS, 2009).

Dans la politique nationale, ce qui est connu dans le développement des ressources humaines de la santé, c'est la répartition équitable des professionnels sur l'étendue du territoire, le

¹ Afghanistan, Bangladesh, Éthiopie, Inde, Mozambique, Nigéria, République Démocratique du Congo et la Tanzanie.

recrutement massif des personnels de santé, la formation (initiale et continue), la motivation des personnels, l'amélioration des conditions de travail, la participation des personnels à l'élaboration des politiques publiques et l'opérationnalisation d'un cadre institutionnel de gestion des ressources humaines par la création d'une Direction des ressources humaines et d'un observatoire des ressources humaines.

Si une répartition équitable des ressources humaines sur l'étendue du territoire est une voie royale vers la couverture sanitaire universelle, la mauvaise répartition peut s'expliquer par un système non attractif dans les mutations en zones difficiles (PRODESS, 2014). Malgré que cette politique ait été mise en œuvre dans les programmes quinquennaux de développement sanitaires, le problème de la répartition persiste toujours car la majorité des spécialistes sont présents dans le district de Bamako et les zones périphériques. À titre d'illustration, ce qui était proposé par l'OMS, c'est un ratio de 23 médecins, infirmières et sages-femmes pour 10.000 habitants. En 2018, le ratio pays du Mali était de 6,5 professionnels par habitants dont 2,9 à Taoudéni et 13,7 à Bamako (Direction des ressources humaines, 2019).

Dans les programmes décennaux de développement sanitaires et sociaux, l'objectif était que toute la population soit à moins de 5 Km d'un service de santé. Dans la réalité, en 2014, 56% de la population était à moins de 5 Km et 29% se trouvaient dans un rayon de 5 à 15 Km. Ces chiffres regorgent de disparités, car à Bamako, 93% de la population est à moins de 5 Km et à Kidal seulement 26% le sont. Cela pourrait s'expliquer également par un manque d'infrastructures car en 2018, la région de Kidal était couverte par 22 centres de santé communautaires et le district de Bamako par 59 (Direction des ressources humaines, 2019).

En ce qui concerne la rémunération des professionnels de santé, la plupart sont des fonctionnaires et des contractuels de l'État, dont les recrutements dépendent de la soutenabilité budgétaire des initiatives. Les salaires des fonctionnaires sont déterminés par la grille indiciaire de la fonction publique et la rémunération des agents du secteur communautaire par la convention collective des centres de santé communautaires de 2006. La plupart des professionnels de santé ne sont pas motivés par leur rémunération (Goïta, et al., 2018; PNDRHS, 2009). Et certains pensent que compte tenu de la charge de travail (cumul des fonctions de production de soins et des activités administratives), les rémunérations ne sont pas suffisantes (Sanogo, 2012).

La Loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 portant Loi hospitalière confère aux hôpitaux le statut d'Établissement Public Hospitalier doté d'une autonomie administrative et financière. Cette

loi prescrit des directives sur les modalités d'intéressement du personnel dans les établissements publics hospitaliers. Elle dispose dans son article 78 que chaque établissement définit les primes et autres avantages destinés à son personnel, leur attribution dépend de la qualité des prestations de chacun et précise dans son article 79 que chaque établissement public hospitalier doit mettre en œuvre une politique d'intéressement de son personnel sur les résultats écoulés. En fonction du niveau de responsabilité, certaines primes sont octroyés et des véhicules de liaison ou de fonction sont attribués.

En application à cette loi, une prime de ristourne ou prime d'intéressement collective est reversée chaque trimestre aux personnels de santé en activité dans les Établissements Publics Hospitaliers. Cette prime est calculée en fonction des excédents et des disponibilités financières. Chaque employé de l'hôpital y a droit. Dans la réalité, même si l'administration n'en a pas les moyens, elle s'arrange à le reverser (Sanogo, 2012).

Il n'y a pratiquement pas de formation continue, cela pourrait expliquer pourquoi beaucoup de professionnels ne sont pas formés à utiliser les outils informatiques. Ensuite, l'absence de manuels de procédures et de fiches de postes entraîne des duplications dans l'exécution de certaines tâches générant des conflits, une mauvaise organisation du travail, et induit à une démotivation des personnels de santé (Sanogo, 2012).

Les facteurs de démotivation des personnels de santé sont aussi relatifs à une gestion inappropriée des plans de carrière et au manque de perspectives d'avancement au mérite. Alors que dans la politique de développement des ressources humaines de la santé, l'intégration des plans de carrière et la reconnaissance du mérite constituent des fondements dans la motivation des professionnels de santé (Goïta, et al., 2018).

Les problèmes dans la gestion des ressources humaines sont également relatifs au manque de participation des personnels dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, ce qui a également été un facteur de démotivation des personnels de santé (Sanogo, 2012). À titre d'illustration, le programme d'exemption du paiement des soins afin de réduire la mortalité infantile, néonatale et des femmes enceintes a été mis en œuvre à la hâte, sans étude préalable. Les personnels de santé n'avaient pas participé à l'élaboration de la politique et n'ont pas été consultés (Olivier de Sardan & Ridde, 2012). Le programme a induit une augmentation de la fréquentation des services de santé, tel était l'objectif. Cependant, les ressources humaines de la santé n'adhéraient pas à cette politique car leur charge de travail avait augmenté sans qu'aucune rémunération n'y soit associée. En conséquence, des médicaments gratuits destinés

aux patients étaient détournés pour des ventes illicites, ce qui a généré des tensions considérables entre les usagers et les personnels de santé (Olivier de Sardan & Ridde, 2012). Il en a été de même dans l'élaboration et la mise en œuvre de la Loi hospitalière de 2002. Les personnels de santé n'ont pas été consultés au cours de l'élaboration des politiques, ou du moins, ils n'ont été que des spectateurs. Ainsi, un modèle de gouvernance auquel ils n'adhéraient pas leur a été imposé. Cela a abouti à des sabotages, à des insubordinations et à des grèves (Sanogo, 2012).

Structurellement, plusieurs prérogatives sont attribuables à la fonction de gestion des ressources humaines tels que le recrutement, la formation, la rémunération et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (Goïta, et al., 2018; Kaka, s. d.). Cependant, cela dépend de la capacité de contrôle de la fonction sur la gestion des ressources humaines. Par exemple, les CHU sont composés de fonctionnaires, de contractuels de l'État et de quelques contractuels recrutés sur fonds propres. Certains fonctionnaires (personnels hospitalo-universitaires) sont à cheval entre le Ministère chargé de la santé et le Ministère chargé de l'enseignement supérieur. Leur gestion effective n'est donc pas à charge des CHU ou de la direction des ressources humaines de la santé (Sanogo, 2012). Dans cette perspective, il est difficile d'exiger à la direction des ressources humaines des résultats sur ce qui n'est pas sous ses prérogatives.

Généralement, l'efficacité de l'aide est constatée relativement aux résultats sanitaires. Ces résultats sont déclinés à l'échelle opérationnelle par une mesure de la performance du système et des services de santé. En illustration, au Mali, la mesure de la performance des CHU est à charge de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (Loi n ° 02-050 du 22 juillet 2002 Portant loi hospitalière, 2002). Au cours des évaluations annuelles, les CHU affichaient des performances médiocres (ANEH, 2019) ; Cela résulte manifestement de l'insatisfaction des patients, du manque d'efforts des personnels, car ils sont démotivés et insatisfaits de leur conditions de travail (Goïta, et al., 2018). Dans la réalité, ces personnels sont en souffrance, car ils pourraient faire mieux s'ils disposaient des moyens (financiers et matériels) nécessaires pour mener leurs missions (Bouchon, 2006).

3. Proposition pour améliorer l'efficacité de l'aide

3.1. En ce qui concerne l'aide publique au développement

Si à Monterrey, les donateurs ont accepté de fournir 0,7% de leur budget national, que l'Union Européenne consacre 0,56% de son budget à l'aide publique au développement, que le Mali

s'est engagé à Abuja à financer le secteur de la santé à raison de 15% du budget national, qu'en est-il du financement du développement des ressources humaines de la santé ? Malgré que l'harmonisation des financements ait été initiée, certains jouent toujours en *solo* et continuent d'utiliser des unités de gestion de projets au lieu de passer par ce qui a été convenu, c'est-à-dire un financement par une aide budgétaire. Cela ne constitue pas un problème. Cependant, l'harmonisation des efforts ne produirait-elle pas une synergie de coûts dans le développement des ressources humaines de la santé ? Et une éligibilité des politiques de développement des ressources humaines de la santé au financement du développement au même titre que les programmes de développement sanitaires ne constituerait-elle pas de bonnes perspectives ? L'aide au développement doit évoluer au même titre que les besoins des États. Aujourd'hui, l'aide doit concerner également les personnels de santé, leurs formations, leurs motivations, leurs engagements et leurs conditions de travail.

Un autre problème est que l'impact de l'aide publique au développement est trop mesuré, très peu mesuré et souvent mesuré à mauvais escient. Cela prend du sens en théorie des organisations lorsque la performance constitue un concept qui a des effets pervers. Si l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux mesure la performance des CHU à l'aide des indicateurs fondés sur le modèle des processus et la satisfaction des patients, il n'en demeure pas moins que les processus peuvent ne pas être respectés, car elles induisent à des dysfonctionnements du système (Teil, 2002).

Si l'insatisfaction des usagers explique également la sous-performance des services de santé, dans la réalité, les personnels ne sont pas en cause de cette insatisfaction, car ils ne disposent pas des ressources nécessaires afin de répondre aux besoins des usagers (Bouchon, 2006). C'est dans cette perspective que nous proposons une révision des indicateurs de mesure de l'action publique exercée par l'aide. Car les modalités d'évaluations induisent à de mauvaises appréhensions. Les mesures pourraient être orientés sur un modèle composé des dimensions relatives à l'atteinte des buts, à l'adaptation, à la production, au maintien des valeurs et du climat organisationnel comme proposé dans les recherches de Sicotte et de ses collègues (Zenjari, 2016, 2017).

Bien que le Gouvernement du Mali ait mis en œuvre des politiques de développement des ressources humaines, il serait pertinent que l'Alliance mondiale pour les personnels de santé participe à l'élaboration d'une nouvelle politique au Mali.

3.2. Que pourrait-on améliorer au Mali ?

Il y a un déficit des ressources humaines spécialisés et qualifiés. Cependant, les ressources peuvent être complémentaires. C'est-à-dire que l'on peut pallier le manque de ressources humaines par d'autres ressources. Certains chercheurs avaient proposé l'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) pour pallier au manque de ressources humaines (Bagayoko & Traore, 2010). En France comme aux Etats-Unis, la pratique est courante et consiste à fournir aux patients qui vivent à une cinquantaine de kilomètres un accès aux services des professionnels de santé par les TIC. Au Mali, cela peut constituer une alternative afin d'éviter des déplacements long et couteux sur des routes impraticables vers le district pour les usagers afin d'avoir accès à des services de santé, et pour les personnels afin de participer aux réunions ou aux formations. L'initiative a déjà été mise en œuvre à Bamako par la création d'une salle d'enseignement à distance au Département d'Études et de Recherche en Santé Publique et à l'Institut National des Sciences de la Santé. La pratique est innovante, cependant, le territoire Malien n'est pas couvert en intégralité par un réseau à haut débit et certains professionnels de santé ne sont pas formés pour utiliser des outils informatiques. Ainsi, des plans de formation continue sur les TIC doivent être mis en œuvre.

Il faudrait également mettre en œuvre un plan de recrutement afin de couvrir certaines zones. Malgré que cela induit des dépenses, ce qu'il y a à peser, c'est de savoir s'il est légitime de justifier l'efficacité dans l'utilisation du budget, ou de couvrir les zones en manque de professionnels de santé ? Dans tous les cas, l'inefficacité peut être un compromis politique et aucun bailleur ne serait réticent à financer au Mali un programme de recrutement des professionnels de santé pour préserver la vie de nombreuses femmes enceintes qui risquent de ne pas être assistés au cours de leurs accouchements, ou pour des enfants qui risquent de perdre la vie car ils n'ont pas reçu de traitements pour le paludisme.

Les programmes du Mali développent très peu l'amélioration des conditions de travail des personnels de santé. La théorie qui lie l'homme et son travail par *l'argent* est très peu valable dans le secteur de la santé, car les professionnels de santé sont engagés par d'autres facteurs (Champagne, et al., 2005). Aujourd'hui, une appréhension des services de santé par ce que sont réellement les individus est indispensable afin d'obtenir des résultats (Gruénais, et al., 2008). L'observatoire des ressources humaines, dont nous n'avons aucune nouvelle depuis la politique de développement des RH de 2009 pourrait initier des dialogues afin d'appréhender

les besoins des personnels, et de les faire participer dans l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des politiques publiques, car les organes de gestion des établissements publics hospitaliers ont failli à cette mission (Sanogo, 2012).

Au Mali, les personnels de santé ne sont pas satisfaits de leur rémunération. Cependant, il est bien connu que les professionnels de santé ne sont pas assujettis à la théorie conventionnelle selon laquelle l'homme est motivé uniquement par la rémunération (Da Silva, 2013). L'amélioration de la rémunération des personnels pourrait constituer de bonnes perspectives. Il faudra tenir compte d'une conservation des valeurs du service public, qui ne peuvent en aucun cas être améliorés par le salaire. Ainsi, la rémunération liée à la productivité serait à éviter.

L'insuffisance des moyens de travail, l'absence de considérations, la mauvaise répartition du travail et les mauvaises conditions de travail sont des facteurs de démotivation des personnels de santé (Sanogo, 2012). Le Gouvernement du Mali devrait également envisager la mise à jour des cadres organiques, des manuels de procédures, des fiches de postes, et la mise en œuvre des plans de carrière. Cela permettrait de motiver les personnels, et d'améliorer leurs performances (PNDRHS, 2009).

Conclusion

L'objet de cet article était d'exposer les efforts effectués par le Gouvernement du Mali et de proposer des perspectives dans le développement des ressources humaines du secteur de la santé pour une efficacité de l'aide publique au développement. En ce sens, nous avons trouvé que les programmes de développement recouvrent un large éventail d'actions. Cependant, l'absence d'une approche psycho-sociale et le manque de professionnels de santé en qualité et en quantité suffisante ont entravé l'efficacité de l'aide. Si l'approche traditionnelle du management se fonde sur une productivité accrue des personnels. Aujourd'hui, ce sont des Hommes et des Femmes qui œuvrent pour le bien être des patients. Il y a alors une nécessité de prendre en compte les motivations, l'engagement et les facteurs de satisfaction de ces personnels afin d'améliorer l'efficacité de l'aide (Sanogo, 2012).

Ce que nous proposons pour des pistes de recherches futures, ce serait d'étudier plus profondément la relation entre la motivation, la satisfaction et la performance dans les services de santé. Ces perspectives ont été introduites dans les services de santé dans d'autres États Africains tel qu'au Maroc et en Tunisie (Gruénais, et al., 2008; Zedini, et al., 2016) ;

une extrapolation de ces recherches permettrait d'expliquer la performance des services de santé au Mali.

Implications Managériales

Cette recherche étant dans la perspective d'amélioration des pratiques de gestion des ressources humaines, la mention de ses implications managériales est primordiale. Cette recherche permettra :

- A la fonction de gestion des ressources humaines de cheminer dans l'action et d'y agir intentionnellement afin d'améliorer la satisfaction et la motivation des personnels ;
- Aux managers de faire participer les personnels de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques de façon éthique et participative ;
- D'interpeller le législateur sur la nécessité de reformer les modalités d'organisations et de fonctionnement des Établissements Publics Hospitaliers afin de centraliser et de contrôler en interne la gestion des ressources humaines.

BIBLIOGRAPHIE

ANEH. (2019). *Evaluation de la performance des Hôpitaux au titre de l'année 2018*. Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux. www.aneh-mali.org

Bagayoko, C. O., & Traore, A. K. (2010). *Analyse du contexte des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) et les Ressources Humaines en santé au Mali*. CERTES/CRDI.

Bernasconi, J. (2007). Le financement du développement par l'aide budgétaire générale : Premier bilan et perspectives à moyen terme. *Annuaire suisse de politique de développement* (26-2), 197-213.

Blatrix, C., & Bartoli, A. (2015). *Management dans les organisations publiques : Défis et logiques d'action* (4^{ème} Edition). Dunod.

Bouchon, M. (2006). Les soignants en souffrance : Les difficultés émotionnelles des soignants en interaction avec la douleur, la maladie et la mort dans un service de pathologies lourdes et chroniques à l'hôpital national du point G de Bamako (Mali). *Face à face. Regards sur la santé*, 9, 613-622.

Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Touché, J. P., Beland, F., & Nguyen, H. (2005). *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé Université de Montréal.

Darbon, D. (2003). Réformer ou reformer les administrations projetées des Afriques ? : Entre routine antipolitique et ingénierie politique contextuelle. *Revue française d'administration publique*, 105-106(1), 135-152. <https://doi.org/10.3917/rfap.105.0135>

Da Silva, N. (2013). Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. *Revue du MAUSS*, 41(1), 93-108. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0093>

De Renzio, P. (2007). Aide publique, budgets et « redevabilité » : Un article de synthèse. *Afrique contemporaine*, 223-224(3), 133-159. <https://doi.org/10.3917/afco.223.0133>

Déclaration de Paris. (2005). *Déclaration de paris sur l'efficacité de l'aide au développement*. Paris.

Direction des ressources humaines. (2019). *Annuaire statistique des ressources humaines secteur santé, développement social et promotion de la famille*. Direction des Ressources Humaines Secteur santé, Développement Social et Promotion de la Famille.

Fonds Mondial. (2016). *Note d'information technique : Soutient stratégique aux ressources humaines pour la santé*. Le Fonds Mondial. Genève (Suisse).

Goïta, B., Sanogo, M., Cisse, M., Maïga, S., Coulibaly, I., & Mariko, E. (2018). *Étude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : Cas du CHU Gabriel TOURE, DE l'hôpital du Mali, du CHU Mère-enfant et du CHU du point G*. Faculté de Pharmacie.

Gruénais, M.-E., Rachih, N., Bousbaa, A., Houssam, T., Khalil, J., & Brouwere, V. D. (2008). Une approche qualitative de la question de la 'démotivation' des personnels de santé. *Institut National d'administration sanitaire de Rabt (Maroc)*, 31.

Kaka, Z. Y. (s. d.). Effet des pratiques de Gestion des ressources humaines sur la performance sociale au Mali : Cas des agents de la Direction des Ressources Humaines du Secteur de l'Education (DRHE). *Revue Africaine de gestion, Numéro Spécial Entrepreneuriat féminin, Très petites et moyenne entreprises (TPME) et développement local en contexte africain*.

Lafram. N & Lamalem. A (2021) «La gestion axée sur les résultats dans l'administration publique marocaine : Quels apports ?» *Revue Internationale du Chercheur* «Volume 2 : Numéro 3» pp : 1680 – 1693.

Loi n ° 02-050 du 22 juillet 2002 Portant loi hospitalière, 1 (2002). http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=223&Itemid=87.

Muvudi, M., Coppieters, Y., Mayaka, S., Okenge, L., Umuhire, G., Quenum, F., & Nday, M. (2011). *Analyse de l'application de la Déclaration de Paris dans le secteur de la santé en République démocratique du Congo*. 3(71), 229-231.

Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : Les contradictions des politiques publiques. *Afrique contemporaine*, 243(3), 11-32. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0011>

OMS. (2011). *Faciliter les solutions, assurer les soins de santé*. Alliance mondiale pour les personnels de santé, Rapport annuel.

OMS. (2016a). *Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique « S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans les personnels de santé »*. Organisation Mondiale de la santé.

OMS. (2016b). *Ressources humaines pour la santé : Stratégie mondiale à l'horizon 2030*. Rapport du Secrétariat de la soixante-dixième assemblée mondiale de la santé.

Paul, E. (2011). *Documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé , Étude de cas au Mali*. Consultante OMS.

PDDSS, 2014. (2014). *Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023*. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

PNDRHS. (2009). *Politique nationale de développement des ressources humaines pour la santé*. Ministère de la santé.

PRODESS. (1999). *Programme de Développement Sanitaire et Social Phase I*. Ministère de la santé, Mali.

PRODESS. (2009). *Programme de Développement Sanitaire et social II Prolongé (2009-2011) : Composante santé*. Ministère de la santé, Mali.
<http://ftp.sante.gov.ml/docs/pdf/PRODII.pdf>

PRODESS. (2014). *Programme de Développement Socio-Sanitaire (2014-2018) (PRODESS 3)*. Ministère de la santé et de l'hygiène publique ; Ministère de la solidarité de l'action humaine et de la reconstruction du nord ; Ministère de la femme, de l'enfant et de la famille.

Samake, S., Sogodogo, A., & Diop, M. (2009). *Accroître les efforts et les ressources pour la Santé en vue de l'atteinte des OMD*. Gouvernement du Mali, Ministère de la santé.

Sanogo, M. (2012). *Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali*. Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Severino, J.-M., & Ray, O. (2011). La fin de l'aide publique au développement : Mort et renaissance d'une politique publique globale. *Revue d'économie du développement*, 19(1), 5.
<https://doi.org/10.3917/edd.251.0005>

Zenjari, A. (2017a). La performance hospitalière : La mise à l'épreuve des relations entre ses dimensions, « cas des hôpitaux publics de la région de Marrakech, Maroc ». *Revue d'études en management et finance d'organisation*.

Zenjari, A. (2016). La performance hospitalière : Quelle représentation par les acteurs internes ? « Cas des hôpitaux publics de la région de Marrakech ». *Revue d'études en management et finance d'organisation*.