

Impact des pratiques managériales des responsables sur la qualité des soins dans les hôpitaux de district de la ville de Bamako en 2022

Impact of management practices of managers on the quality of care in district hospitals of the city of Bamako in 2022

Ali DIAKITE

Institut National de Formation en Sciences de Santé, Bamako, Mali.

Bokary DIALLO

Institut National de Formation en Sciences de Santé, Bamako, Mali.

Walian KAMATE

Institut National de Formation en Sciences de Santé, Bamako, Mali.

Hawa Gouro DIALLO

Institut National de Formation en Sciences de Santé, Bamako, Mali.

Résumé. La gestion de la qualité est devenue une nécessité et une priorité pour les entreprises surtout les établissements hospitaliers. Les pratiques managériales étant différemment utilisées dans les hôpitaux du Mali plus particulièrement les hôpitaux de district. Le but était d'étudier l'impact des pratiques managériales des responsables sur la qualité des soins dans les hôpitaux de district de la ville de Bamako. Il ressort de l'étude que les pratiques fréquemment utilisés par les responsables dans les hôpitaux de district étaient la prise de décision, la communication, la délégation de pouvoir, le leadership, la gestion des risques, le recrutement, la formation, la rémunération, la motivation, la description des tâches, et la gestion de carrière. La majorité des hôpitaux de district dans les communes avaient un niveau de qualité des soins bon soit respectivement en Commune I (65,29%), 71,68% en commune IV, 78,10% en Commune V et 62,93 % en commune VI. Ce taux était passable dans l'hôpital de district de la commune II soit 56,84% et il était excellent en Commune III soit 81,16. Quant au lien entre les pratiques managériale et le niveau de qualité de soins, l'étude révèle que les pratiques prise de décision, description de poste tâche, rémunération, gestion des carrières, communication et l'autoévaluation avaient tous un lien statistiquement significatif donc une influence positive sur la qualité des soins. On note également les pratiques de recrutement et de formation n'avaient pas lien statistiquement significatif avec le niveau de qualité des soins. Les pratiques managériales bien qu'elles soient multiples a pour la plupart un impact sur la qualité des soins. Une bonne pratique managériale aura pour conséquences une meilleure qualité des soins et surtout la satisfaction des clients en prenant en compte l'ensemble des dimensions.

Mots-clés : *Pratiques managériales ; Responsables ; Qualité des soins ; Hôpitaux district ; Bamako.*

Abstract. Quality management has become a necessity and a priority for businesses, especially hospitals. Management practices are used differently in Malian hospitals, particularly district hospitals. The aim was to study the impact of managers' management practices on the quality of care in district hospitals in the city of Bamako. The study revealed that the practices frequently used by managers in district hospitals were decision-making, communication, delegation of authority, leadership, risk management, recruitment, training, remuneration, motivation, job descriptions, and career management. The majority of district hospitals in the communes had a good level of quality of care, respectively in Commune I (65.29%), 71.68% in Commune IV, 78.10% in Commune V, and 62.93% in Commune VI. This rate was passable

in the district hospital of Commune II (56.84%) and excellent in Commune III (81.16%). Regarding the link between managerial practices and the level of quality of care, the study reveals that decision-making practices, job descriptions, compensation, career management, communication, and self-assessment all had a statistically significant relationship, thus a positive influence on the quality of care. Recruitment and training practices also had no statistically significant relationship with the level of quality of care. Although managerial practices are multiple, most have an impact on the quality of care. Good managerial practices will result in better quality of care and, above all, client satisfaction, taking all dimensions into account.

Keywords : *Managerial practices; Managers; Quality of care; District hospitals; Bamako.*

1. Introduction

La qualité a toujours été une préoccupation des hommes, mais le concept qualité, et surtout d'évaluation de la qualité, appliqué au monde industriel est né après la seconde guerre mondiale au Japon. La gestion de la qualité est devenue une nécessité et une priorité pour les entreprises dues à la mondialisation de l'économie et à la concurrence. La notion de qualité a été aussi envisagée dans le système hospitalier. Les dispositions législatives et réglementaires ont rappelé la nécessité pour tous les établissements de santé de développer des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Morel, 2012, p. 2). L'OMS définit la qualité comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains... » (Or & Com-Ruelle, 2008). D'origine latine *qualitas*, la qualité, est depuis 1100 dans le langage courant, la manière d'être plus ou moins caractéristique d'une chose. Vers 1600 le terme est repris dans le vocabulaire marchand pour désigner un produit sans défaut. Par extension, vers 1900, le concept est utilisé dans tous les domaines de production y compris la production de service : qualité de l'enseignement, qualité du service public, qualité des soins (Morel, 2012). La gestion de la qualité est devenue une nécessité et une priorité pour les entreprises dues à la mondialisation de l'économie et à la concurrence. La notion de qualité a été aussi envisagée dans le système hospitalier. Les dispositions législatives et réglementaires ont rappelé la nécessité pour tous les établissements de santé de développer des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. (Or & Com-Ruelle, 2008). Dans plusieurs pays d'Europe, les pratiques managériales sont très différentes selon les institutions, selon le contexte dans lequel celles-ci évoluent, selon leurs choix stratégiques. Les pratiques de gouvernance managériales, quant à elles, concernent la mise en place des orientations stratégiques sur le terrain. Elles visent à favoriser l'optimisation des ressources ainsi que l'intégration des soins et des services.

En Afrique, depuis l'indépendance, le Maroc, l'Algérie et la Tunisie ont essayé à maintes reprises la reconstruction et la réforme de leurs systèmes de santé. Ces derniers font l'objet de critiques des citoyens de ces trois pays. Ces critiques portent, entre autres, sur leur inefficacité et leur non pertinence, l'absence ou le manque des ressources, la vétusté de leurs plateaux techniques, la mauvaise qualité des services sanitaires, etc (Dehbi, 2017). La qualité du management public dans l'ensemble des pays du Maghreb central est depuis peu au cœur de nombreux problèmes de la société. Elle conditionne le niveau du développement économique et, en même temps, reflète le degré de maturité politique et administrative de l'élite portée au gouvernail des affaires de la nation. Le discours autour du thème de la gouvernance a donc émaillé les débats politiques, académiques, voire populistes pendant ces dernières années (Hinti 2005:5) cité par (Dehbi, 2017). Certes, les pouvoirs publics des trois pays maghrébins ont investi en faveur de la santé, ce qui a permis de faire face à certaines contraintes et d'améliorer notablement l'état de santé de la population, comme en témoignent la baisse de la mortalité

infantile et l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance, ainsi que l'élimination ou la forte réduction de l'incidence d'un certain nombre de maladies transmissibles. De plus, en termes de couverture sanitaire, une offre de soins publiques et privés s'est développée de façon remarquable et l'encadrement du système par les différents profils de professionnels de santé s'est progressivement amélioré en quantité et en qualité. Mais cela reste largement insuffisant eu égard aux maux auxquels les trois systèmes de santé doivent faire face, notamment les difficultés d'accès aux services de soins avec une disparité régionale et des écarts entre milieux urbain et rural. La couverture sanitaire par le secteur public et privé reste lacunaire et trop concentrée sur les zones urbaines et les régions les plus développées, les taux de mortalité infantile et maternelle sont élevés, les ressources financières et humaines insuffisantes, sans compter le problème du statut des hôpitaux publics, de leur organisation et gestion, la mauvaise gestion de l'approvisionnement en médicament... (Dehbi, 2017)

Au Mali la loi N° 2018-051 AN /PRM du 11 juillet 2018 portant création de l'hôpital de district dans le chef-lieu de district sanitaire un établissement public hospitalier doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière dénommée Hôpital de district sanitaire (HDS) qui a pour mission de participer à la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur l'étendue du territoire du district sanitaire sous l'autorité du Médecin Chef de district. Selon les résultats définitifs du 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidente était de 14.528.662 habitants en 2009 avec une légère prédominance des femmes : 50,4% de la population soit un rapport de 98 hommes pour 100 femmes. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans. Cette population a atteint les 16.807.003 habitants en 2013 et 19.599.288 habitants en 2018 (DGSHP, 2018). Dans sa très grande majorité, la population malienne est sédentaire : les nomades représentent 0,92% de la population. Elle vit essentiellement en milieu rural : le milieu urbain compte 3.274.727 résidents (soit 22,5%) contre 11.253.935 (soit 77,5%) pour le milieu rural. Le retard dans l'accès à des soins efficaces a été corrélé avec une augmentation de la mortalité des enfants de moins de 5ans due au paludisme, aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës et à l'asphyxie néonatale. La conception fragile et médiocre des systèmes de santé crée des obstacles à l'accès rapide aux soins. Les coûts des établissements de soins sont associés à la diminution et au retard dans l'accès aux soins et la suppression des frais médicaux est en corrélation avec l'augmentation des recours aux soins de santé, en particulier parmi les pauvres. L'insuffisance des ressources humaines dans le domaine de la santé, l'inégalité des genres, l'insuffisance des infrastructures, la pauvreté et la mauvaise gouvernance entravent également l'accès aux soins (Berthé, 2021). Malgré l'augmentation du nombre d'agents de santé dans les établissements de santé publics allant de 8.300 environ en 2003 à 15.850 en 2013 (DRH Santé, 2014), le ratio de Professionnel de santé au niveau national est de 6 pour 10000 qui reste largement inférieur à la norme de 23 pour 10000 habitants recommandés par l'OMS, les plaintes des usagers ne cessent de s'aggraver le taux de satisfaction diminuant progressivement de 64% en moyenne en 2005 à 32,12% en 2013 (DIALLO, 2020). Les problèmes de gouvernance restent requérants dans les hôpitaux de district, 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 (Diakite et al., 2021).

Les hôpitaux de district sont souvent confrontés à beaucoup de problème de management entraînant des tensions sociales, le départ volontaire des agents vers d'autres structures, la démotivation, les grèves incessantes et la mauvaise gestion des ressources. Cela résulte manifestement de l'insatisfaction des patients, du manque d'efforts des personnels, car ils sont démotivés et insatisfaits de leurs conditions de travail (Goita, 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) (Diakite et al., 2021). D'après nos recherches, moins d'études sur les pratiques managériales dans les établissements sanitaires ont été réalisées au Mali. La plupart des recherches menées étaient axées sur les pratiques GRH, ce qui justifie l'originalité de notre étude. La plupart des recherches menées étaient axées sur les pratiques GRH, ce qui justifie l'originalité de notre étude. Cela nous pousse à s'interroger de façon générale les pratiques managériales ont-elles un impact sur la qualité des soins dans les hôpitaux de district de la ville de Bamako ? Quelles sont les pratiques managériales utilisées par les responsables des hôpitaux de district ? Quel est le niveau de qualité des soins dans les hôpitaux de district ? et En quoi les pratiques managériales agissent-elles sur la qualité des soins dans les hôpitaux de district ? La réponse à ces questions de cette étude permettra donc de vérifier l'applicabilité des différentes théories émises au sujet et le lien qui existe entre les pratiques managériales et la qualité des soins dans les hôpitaux de district de la ville de Bamako. Cet article a pour but de comprendre les différentes pratiques managériales utilisés par les responsables et le lien avec la qualité des soins.

Objectifs

Objectif général : Étudier l'impact des pratiques managériales des responsables sur la qualité des soins dans les hôpitaux de districts de la ville de Bamako du 1er Mai au 30 Octobre 2022.

Objectifs spécifiques

- Décrire les pratiques managériales utilisées par les responsables dans les hôpitaux de districts ;
- Déterminer le niveau de qualité des soins dans les hôpitaux de district ;
- Déterminer l'influence des pratiques managériales sur la qualité des soins dans les hôpitaux de districts.

Objectifs

Hypothèse générale

Les pratiques managériales ont un impact sur la qualité des soins dans les hôpitaux de districts de la ville de Bamako.

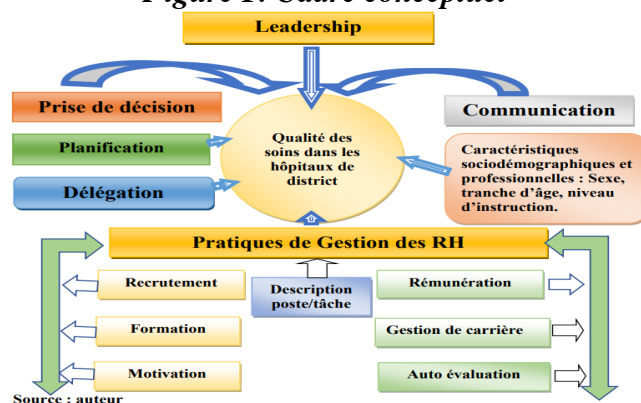
Hypothèses spécifiques

- Les pratiques managériales utilisées par les responsables des hôpitaux de district sont la prise de décision, la planification, le leadership, la communication, la délégation de pouvoir, le recrutement, la formation, la rémunération, la motivation, la gestion des carrières, l'auto-évaluation et la gestion des risques ;
- Le niveau de qualité des soins dans les hôpitaux de district est élevé ;
- Les pratiques managériales influencent positivement sur la qualité des soins.

2. Cadre théorique

a. Cadre conceptuel

Figure 1: Cadre conceptuel



Ce cadre conceptuel résume l'impact des pratiques managériales des responsables sur la qualité des soins. Il est structuré de la manière suivante :

- en haut la pratique de leadership ;
- à droite la pratique de prise de décision, la planification, la délégation ;
- à gauche la pratique de la communication et les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles ;
- en bas les pratiques de gestion des ressources humaines (le recrutement, la formation, la rémunération, la motivation, la description de postes/tâches la gestion des carrières et l'autoévaluation ;
- au centre se trouve la qualité des soins des hôpitaux ;
- les flèches indiquent l'influence des pratiques sur la qualité des soins.

b. Définition des concepts opérationnels

i. Management

Le terme management vient du mot to manage anglais (diriger) fut emprunté à l'italien maneggeaire qui signifie manier, diriger, manœuvrer. En langue française a abusivement traduit management par gestion (géré). En effet pour de nombreux auteurs on gère des choses mais on dirige (manage) les personnes.

Selon **Taylor** le management peut être défini comme « savoir exactement ce que l'on veut que le personnel fasse et veiller à ce qu'il le fasse de la meilleure et au moindre coût » (Balland & Bouvier, 2008).

Selon Peter Drucker le mot « Management » : est apparu en 1865, aux états unis pour désigner celui qui veille à l'organisation matérielle de spectacle, de concert ou de la vie professionnelle d'un artiste ou d'un champion ; et se généralise aujourd'hui à tous les univers de production, y compris l'économie sociale. Le management est un terme complexe défini par nombre d'auteurs et semble s'appliquer à des multiples domaines.(CHERKAOUI et al., 2017).

ii. Management public

Le « management public » est devenu, de nos jours, une expression d'utilisation très courante. Nous pourrions même penser que c'est un slogan à la mode, le succès d'une expression va souvent de pair avec le flou du concept qu'elle est censée exprimer.

L'observateur peut aisément noter que le management public est fréquemment utilisé aujourd'hui mal à propos par certains, « comme symbole de leur volonté de modernité » ; par d'autres, « comme équivalent à une meilleure gestion des ressources humaines dans les organisations publiques » ; par d'autres encore, « comme une expression de la diversification des domaines d'intérêt de la discipline qu'ils représentent ». Cerner les concepts de management public n'en devient que plus nécessaire. En particulier, il importe de vérifier que le management public a bien des attributs propres par rapport au management « classique » ou général. Dans son livre portant sur le management public, Annie Bartoli le définit comme étant « l'ensemble des processus de finalisation, d'organisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques, visant à développer leur performance générale et piloter leur évolution dans le respect de leur vocation ». Une vocation basée sur la production d'un service public destiné aux citoyens, et sur l'intérêt général de la société. Elle ajoute aussi que le management public s'appuie sur un principe général du management qui est celui de la contingence : en d'autres termes, il suppose une adaptation des méthodes de gestion à la diversité des situations et des enjeux. Plusieurs niveaux peuvent traduire ce champ, Le niveau « micro » qui s'intéresse aux interactions entre les acteurs et les systèmes, selon un regard de psychosociologie. Le niveau « méso » qui touche aux processus de fonctionnement des unités publiques, dans une optique gestionnaire. Le niveau « macro » qui concerne le contexte environnemental et les relations inter-entités publiques et/ou privées, s'appuyant davantage sur des logiques économiques ou de sciences administratives. Les organisations publiques associées au management public, connaissent des particularités qu'on ne saurait considérer comme accessoire au management de

ces dernières. Certes, nous pouvons évoquer les spécificités des entités publiques de multiples façons, ANTHONY et HERZLINGER, par exemple, énumèrent : l'absence de la mesure du profit, le fait d'être des prestataires de service pour l'essentiel, l'existence de contraintes pour leur financement, la domination des professionnels, le caractère imprécis, diffus ou éclaté des responsabilités, l'importance des influences politiques, une tradition de système de contrôle de gestion inadéquat. Dans ce sens, Laurence LYNN évoque «la propriété et la finalité organisationnelles, les relations avec l'environnement, le point de vue et le contenu des décisions, la structure de l'autorité ». Michel MASSENET, quant à lui, fait apparaître l'essence des organisations dans une sorte de définition : «il s'agit d'organisations pluridimensionnelles qui manient des systèmes de valeurs et des systèmes de mesures hétérogènes, dans lesquelles apparaissent des solutions de continuité entre le niveau du contrôle général qui est politique et celui de la gestion, comme entre la planification et la programmation ». Nous pouvons encore voir dans la « logique de l'intérêt général » et dans l'indépendance vis-à-vis du marché, la source de la particularité de la gestion des services publics. (CHERKAOUI et al., 2017).

Tableau I: Évolution de la notion du management

Approches	Nature du management public	Période principale
Politique/administration	Apolitique	1900-1925
Science de l'administration	Scientifiquement fondé	1920-1940
Wébérienne	Orienté par les règles	1930-1970
Humaniste	Orienté sur l'homme	1960-1980
Politique publique	Orienté sur les politiques	1970-1980
Systémique	Orienté sur l'environnement	1980-2000
Nouveau management public	Orienté « business »	1980-2000

Source : M. CHERKAOUI, Y. BEY, et M. M. AIMANE, « Pratiques managériales au secteur public : cadre conceptuel », 2017

iii. Les rôles du manager

Les managers sont appelés à jouer un rôle clé dans la gestion et le développement des compétences de leurs collaborateurs, la hiérarchie est précisément demandeuse d'outils et de savoir-faire pour remplir ce rôle. Les individus eux-mêmes deviennent responsables du développement et de l'entretien de leurs compétences, les individus et la hiérarchie ont de ce fait une responsabilité partagée. Delaunay et Moret soulignent que le manager endosse parfois même le rôle de psychologue pour désamorcer les conflits, et que flexible, il fait preuve d'une grande adaptabilité et doit s'assurer de la confiance de ses collaborateurs en pratiquant le renforcement positif (CHERKAOUI et al., 2017).

iv. Définition des pratiques managériales

Les pratiques managériales sont très différentes selon les institutions, selon le contexte dans lequel celles-ci évoluent, selon leurs choix stratégiques etc. Il est évident qu'on ne gère pas de la même façon une chaîne de supermarchés, une PME du textile, une entreprise de réseau, un groupe chimique multinational, une ONG, un Conseil régional, une communauté d'agglomération, une université, un hôpital. Un point commun toutefois : désormais, tous doivent intégrer la communication stratégique, entre autres, dans leurs pratiques.

v. Bonne pratique

Le terme bonne pratique désigne, dans un milieu professionnel donné, un ensemble de façons de faire et de comportements qui font consensus et qui sont considérés comme indispensables par la plupart des professionnels d'un domaine d'activité. Les bonnes pratiques ne se décrètent pas. Ce ne sont pas des procédures ou des règles de gestion auxquelles on doit se conformer ou

que l'on doit respecter. Les bonnes pratiques sont des expériences réussies, qui sont jugées transposables et que chacun peut adopter. Selon Elizabeth GAUTHIER (CHERKAoui et al., 2017).

vi. Activités managériales

Drucker (1973) considère le management comme une activité spécifique. La fonction managériale doit rendre productif le travail humain et faire en sorte que les ressources (personnelles ou collectives) consommées créent de la valeur. La fonction managériale a principalement en charge trois tâches majeures : la définition de la mission, la définition d'une Structure et la définition des objectifs(Charreire Petit Sandra, 2009)

➤ La définition de la mission

Elle permettra de donner à chaque acteur des objectifs clairs afin que les actions de ceux-ci s'inscrivent dans la réalisation d'un objet collectif. Drucker insiste sur le rôle de visibilité du management qui doit décider d'une stratégie et la faire partager à tous les membres.

➤ La définition d'une structure

En relation avec les travaux de Chandler (1989), Drucker pense que la structure, en tant qu'ensemble d'activités, dépend de la stratégie et qu'elle n'évolue pas d'elle-même. Par conséquent, les changements de stratégie amènent la fonction managériale à transformer la structure existante. En fonction des activités, des décisions et des relations, Drucker définit cinq types de structure : fonctionnelle, par équipe, décentralisée fédérative, décentralisée simulée et par système.

- ✓ **La structure fonctionnelle** : L'activité est divisée en fonctions (production, vente, distribution, logistique, etc.) qui ont des objectifs de production sans tenir compte de ce qui est fait dans les autres parties de l'entreprise. Ce type de structure, à faible transversalité, est adapté pour les entreprises industrielles peu complexes dans un environnement stable où il n'est pas nécessaire d'opérer des changements rapides sur les produits et les méthodes de production.
- ✓ **La structure par équipe** : L'entreprise est divisée en pôles de compétences et les acteurs sont mobilisés pour des projets sous la forme d'équipes ou de groupes de travail. Drucker cite l'exemple des entreprises du bâtiment qui fonctionnent en associant, le temps d'un chantier, des compétences différentes.
- ✓ **La structure décentralisée fédérative** : L'entreprise est divisée en secteurs (marché, produit, etc.) autonomes. Chaque secteur est une entreprise en lui-même avec ses propres fonctions de production, de distribution, logistique et de support.
- ✓ **La structure décentralisée simulée** : Lorsqu'une entreprise ne dispose pas de produits ou de marchés suffisamment distincts pour opérer une décentralisation, elle peut rendre autonome certaines de ses fonctions en les considérant comme des centres de profits (business units).
- ✓ **La structure par système** : C'est une extension de la structure par équipe vue précédemment. Les équipes élaborées pour un projet sont pérennisées dans des structures plus ou moins permanentes.

Nous sommes très proches du concept d'adhocratie développé par Mintzberg (1981).

➤ La définition des objectifs :

Pour chaque partie de l'entreprise. Le management doit non seulement penser mais opérationnaliser la finalité collective de l'entreprise. Il doit donner à chaque acteur des objectifs, des ressources et les règles de contrôle sous-jacentes. Les objectifs sont la déclinaison opérationnelle de la mission de l'entreprise. Pour être acceptés et mis en œuvre, les objectifs doivent :

- mesurer les ressources consommées et les résultats obtenus ;
- répartir sur les individus les actions d'une structure ;
- être traités dans une logique future – réel – écart ;

- orienter les ressources et les efforts sur les secteurs-clés de l'entreprise ;
- être opérationnels (une personne doit pouvoir faire le lien entre un objectif et des actions opérationnelles) ;
- être motivants (il faut qu'ils soient acceptés par les acteurs sinon ceux-ci peuvent les vérifier sans pour cela réaliser les finalités qui les sous-tendent) ;
- mesurer les risques de non réalisation de certaines activités-clés.

Ces trois actions (définition de la mission, de la structure et des objectifs) visent à organiser les responsabilités de chaque acteur dans l'entreprise.

La fonction managériale fait du salarié un partenaire sans toutefois nier les rapports contractuels qui lient les deux parties. Pour cela, tout manager devra veiller à réaliser les cinq tâches suivantes :

1. fixer des objectifs ;
2. analyser et organiser le travail dans une structure ;
3. motiver et communiquer ;
4. mesurer par des règles ;
5. former les acteurs.

Dans son rôle de « concepteur/motivateur », le manager doit comprendre que ses collaborateurs, dans le cadre de leur contrat de travail, sont à la recherche d'éléments physiologiques, psychologiques, sociaux, financiers et de pouvoir. Et par conséquent il doit traiter simultanément ces cinq dimensions dans les interactions quotidiennes de travail (Charreire Petit Sandra, 2009).

vii. Qualité des soins

Selon L'OCDE la qualité des soins désigne le degré auquel des services de santé s'adressant à des individus et à des populations accroissent les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles (OCDE et al., 2019). Cette définition sous-entend qu'il est possible de mesurer la qualité des soins et que celle-ci, ultimement, a pour but d'améliorer les résultats sanitaires, et non d'accroître simplement l'offre de services ou de perfectionner les processus du système de santé, et doit en outre refléter les souhaits des principales parties prenantes, en particulier les usagers des services de santé et les communautés locales.

Puisqu'elle englobe l'ensemble des services de santé, cette définition de la qualité des soins couvre aussi bien les soins curatifs que les soins préventifs, les soins en établissement que les soins dans la communauté, qu'ils s'adressent à des individus ou à des populations.

Ce champ d'application est particulièrement important s'agissant des pays qui sont confrontés à une charge croissante de morbidité due aux maladies non transmissibles et dont les systèmes de santé doivent fournir des services s'étalant sur la totalité du cycle de vie, notamment dans un but de réduction des risques, de détection et de gestion des pathologies, de réadaptation, et aussi sous forme de soins palliatifs. Avec l'augmentation croissante des données sur l'efficacité de diverses modalités de prévention et de contrôle des maladies, cette définition de la qualité des soins reconnaît également la nécessité de mécanismes pour assurer que soient systématiquement prises en compte les nouvelles bases factuelles dans la prestation des services de soins. (OCDE et al., 2019)

Selon L'OMS définit la qualité comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains... ». (Or & Com-Ruelle, 2008)

Selon Durieux, « la qualité est un ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites. Le terme n'est pas utilisé pour

exprimer un degré d'excellence dans un sens comparatif ». Selon Mordacq (6), la qualité des soins c'est l'ensemble des éléments caractérisant des soins qui satisfassent les besoins des utilisateurs. Cette définition indique trois opérations à accomplir :

- délimiter de quoi il s'agit quand on parle de soins infirmiers ;
- rechercher quels sont les besoins des utilisateurs ;
- caractériser les éléments des soins.

3. Revue de la littérature

La revue de la littérature présente d'une part le modèle de représentation du travail des dirigeants et d'autre part la théorie de Donabedian sur la qualité des soins.

a. Modèle de représentation du travail des dirigeants (Charreire Petit Sandra, 2009)

Pour mieux comprendre notre recherche nous avons fait référence au modèle de Mintzberg (1994, 1996). Dans ce modèle il a cherché à améliorer sa typologie en construisant un modèle capable de mieux rendre compte de la complexité du travail des cadres.

Ce modèle qui identifie sept rôles managériaux (nouvel agencement des dix rôles précédents et introduction du rôle de contrôleur issu de ses travaux sur les établissements organisationnelles) est constitué d'un centre et de trois cercles concentriques qui l'entourent.

Le centre représente le cadre d'ensemble du manager (objectifs du poste ; caractéristiques personnelles et moyens d'actions) auquel correspond deux rôles : la conception de l'agenda stratégique (questions spécifiques à traiter) et sa programmation.

Les trois cercles concentriques symbolisent les niveaux où le travail du manager peut se situer :

- **le premier cercle** représente le niveau de l'information, dont le manager se sert pour inciter les personnes à agir, auquel correspond deux rôles : communiquer (observateur actif, diffuseur et porte-parole) et contrôler (directives, conception de la structure, développement de systèmes formels).
- **le second cercle** représente le niveau des personnes, avec lesquelles le manager peut travailler pour les encourager à agir, auquel correspond deux rôles : être leader (symbole, création d'une culture d'entreprise, encouragement) et relier (agent de liaison).
- **enfin, le troisième cercle** représente le niveau de l'action, où le manager agit de façon plus ou moins directe, auquel correspond un rôle : agir (entrepreneur, régulateur et répartiteur). dans son ouvrage manager, mintzberg insiste sur le fait que manager n'est pas une profession mais une pratique qui dépend la capacité de l'individu à articuler trois champs : l'art (vision, perception créative), l'artisanat (expérience, apprentissage pratique) et la science (analyse, données systémiques).

De ce fait, Mintzberg trouve exagéré la distinction Leader/ Manager (survalorisation du premier sur le second) et pense qu'aujourd'hui on a tendance à surdiriger les collaborateurs et à les sous-manager au risque d'échouer. (Charreire Petit Sandra, 2009)

b. Théorie de la qualité des soins selon Donabedian

Selon Donabedian on distingue trois dimensions selon lesquelles la qualité peut se mesurer :

- **les ressources** : les locaux, l'installation, l'équipement, le nombre, la qualification et l'expérience du personnel, l'organisation du service ;
- **les processus** : le diagnostic, la planification des soins, la continuité des soins, les techniques de soins ;
- **les résultats** : la mortalité, la morbidité, l'incapacité, la réalisation des fonctions sociales, la satisfaction des patients (CHERKAOUI et al., 2017).

Cette théorie trouve sa place dans la conception de notre recherche sur les pratiques managériales des responsables et de la qualité des soins. Les hôpitaux de district de deuxième référence de la pyramide sanitaire au Mali dont au paravent était appelé Centre de Santé de Référence est en cours de mutation avec l'amélioration du plateau technique.

Cette étude a pris en compte l'ensemble des trois dimensions formulées par Donabedian pour

mesurer le niveau de qualité des soins dans ces hôpitaux de District.

c. Gouvernance clinique

L'implication des professionnels dans la démarche qualité de l'organisation favorise l'exercice de la gouvernance clinique (GC), les pratiques de gouvernance comme étant un regroupement de moyens et d'outils mobilisés par les acteurs de l'établissement de santé (ES) dont l'objectif est d'améliorer son fonctionnement.

Les pratiques de gouvernance stratégiques concernent l'ensemble des pratiques qui vont permettre aux gestionnaires et aux cliniciens de s'adapter à l'environnement tout en restant cohérent face aux valeurs de l'ES (Pomey et al., 2008).

Les pratiques de gouvernance managériales, quant à elles, concernent la mise en place des orientations stratégiques sur le terrain. Elles visent à favoriser l'optimisation des ressources ainsi que l'intégration des soins et des services. Les pratiques stratégiques et managériales permettent de donner une finalité clinique aux dispositifs de gestion, et donnent également un sens aux actions cliniques au sein de l'organisation. Ces pratiques rassemblent les interventions réalisées par les gestionnaires et les cliniciens pour assurer la qualité des soins et des services de santé. En somme, le modèle de gouvernance clinique se situe à une zone de jonction du système de gestion et du système clinique, où plusieurs pratiques peuvent être mises en place pour améliorer la qualité des soins (Wady, 2021).

L'exercice de la gouvernance clinique est possible si une synergie entre le système de gestion et le système clinique existe. Dans cette zone, nous retrouvons le cadre de santé dans l'exercice de ses pratiques de gouvernance stratégiques et managériales. Le responsable de santé se définit comme un professionnel médical et ou paramédical ayant pour fonction la gestion, la coordination et la formation d'une équipe de professionnels de santé. Lorsque les cadres de santé ne semblent pas impliquer les cliniciens à la prise de décision, ces derniers éprouvent des difficultés à s'engager dans une gouvernance clinique.

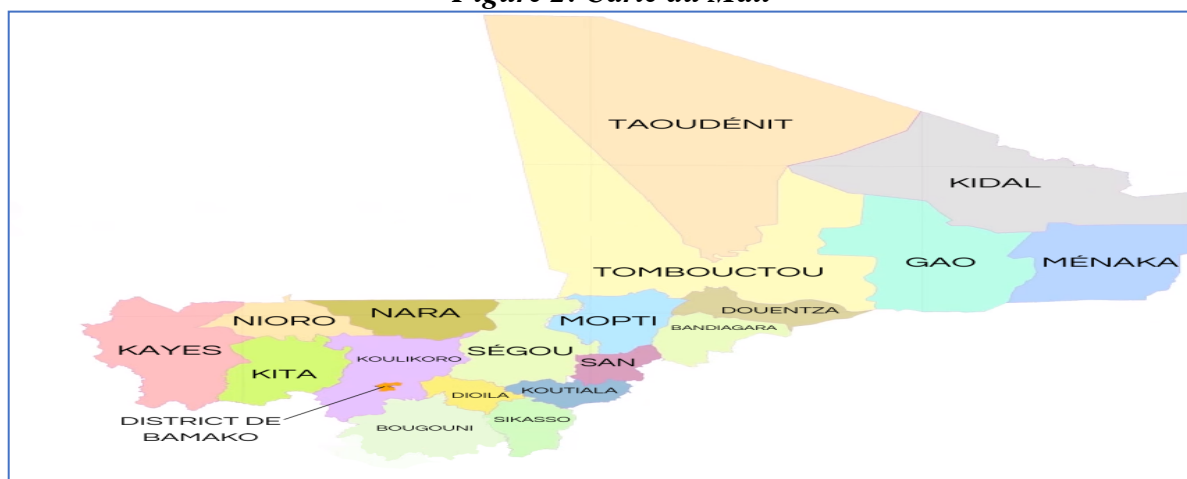
De plus, le dialogue entre gestionnaires et cliniciens est parfois difficile en raison du manque de communication entre les deux professionnels. Les gestionnaires sont souvent perçus comme extérieurs au système clinique et à ses problématiques. Les écrits soulignent le fait que le cadre de santé contribue à la démarche qualité de l'établissement de santé. Il véhicule la culture qualité, et agit à titre de leader pour son équipe. Le cadre de santé détient une responsabilité envers la gestion de la qualité et la sécurité des soins. Ainsi, l'exploration des pratiques du cadre de santé permettrait d'établir un lien avec la gouvernance clinique et la qualité des soins (Wady, 2021).

4. Méthodologie

a. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans les six communes de Bamako, le centre administratives et le centre commerciale du Mali. La ville de Bamako est située sur les rives du fleuve Niger.

Figure 2: Carte du Mali



Source : <https://www.google.com/url?>

b. Positionnement épistémologique

Le positionnement épistémologique était positiviste.

c. Approche de la recherche

L'approche mixte a été utilisée en combinant les deux approches qualitative et quantitative.

d. Démarche de recherche

La démarche adoptée était hypothético-déductive.

e. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale analytique.

f. Période et lieu d'étude

L'étude s'est déroulée durant la période du 18 juillet au 30 octobre 2022 dans l'enceinte de l'ensemble des six hôpitaux de district de la ville de Bamako.

g. Population d'étude

L'ensemble du personnel et les usagers ont constitué notre population d'étude.

h. Population cible

Les responsables (MCD et Surveillant général), le personnel (médical et paramédical) et usagers (clients) étaient notre population cible :

- Étaient inclus dans notre étude tous les responsables, les personnels et usagers présents et ayant acceptés de participer à l'enquête.
- N'étaient pas inclus dans cette étude tous les responsables, les personnels et usagers Absents et n'ayant pas acceptés de participer à l'enquête.

i. Population source :

L'ensemble du personnel et usagers des hôpitaux de district de la ville de Bamako ont constitué notre population source.

j. Échantillonnage

La méthode probabiliste et non probabiliste ont permis de sélectionner les participants de notre étude. Deux techniques a été utilisé, il s'agissait d'une part de la technique du sondage aléatoire simple sans remise pour le choix du personnel technique et d'autre par la technique du choix raisonné pour la sélection des usagers et responsables d'hôpitaux de district.

i. Calcul de la Taille de l'échantillon

La Formule de Schwartz a été utilisée pour le calcul de la taille de l'échantillon ainsi nous avons obtenu une taille d'échantillon de **196 personnels**. Quant aux responsables et les usagers leurs tailles étaient respectivement 7 et 180 (dont 30 par établissement) n'ont pas nécessité un calcul car la technique d'échantillonnage utilisée était par choix raisonné.

Application de la formule :

$$n = \frac{z^2 p \cdot q}{d^2} \text{ ou } n = \frac{z^2 p \cdot (1-p)}{d^2} \text{ Où } n = \text{Taille désirée de l'échantillon}$$

$q = 1-p$ $d = \text{degré de précision} = 7 \%$

$Z = \text{écart} = 95\% = 1,96$ $P = \text{Proportion de la population cible} = 50 \%$

$$n := \frac{(1.96)^2 \times 0.5(1-0.5)}{(0.07)^2} = 196 \quad \text{La taille de l'échantillon : 196}$$

k. Techniques et outils de collecte des données

Quatre techniques ont été utilisées pour la collecte des données parmi lesquelles : l'enquête individuelle, l'entretien semi directif, l'analyse documentaire et l'observation. Ainsi les techniques ont nécessité l'utilisation des outils suivants :

- ✓ deux questionnaires (personnel et usagers) ;
- ✓ un guide d'entretien pour les responsables ;
- ✓ une fiche d'exploitation documentaire permettant l'analyse des registres et autres supports ;
- ✓ une grille d'observation qui a permis d'évaluer les moyens de production (infrastructures, équipements, matériels et installations).

l. Traitement et analyse des données

Les données qualitatives ont été traitées et analysées à travers l'analyse du contenu selon les trois étapes de Laurence Bardin (2013). Quant aux données quantitatives, elles ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel SPSS 20.0. Ensuite pour parfaire les tableaux et figures nous avons utilisé Excel 2016.

m. Considérations éthiques

Toutes les procédures d'éthique ont été respectées tel que la validation du protocole, la demande d'autorisation de collectes de données, le respect de l'anonymat, la confidentialité et le consentement éclairé des enquêtés.

5. Résultats

a. Résultats qualitatifs

i. Codification des répondants

Tableau II: Codification des répondants

N°	Enquêtés	Codes attribués aux enquêtés
1	Médecin-Chef	MCD1
2	Médecin-Chef	MCD2
3	Médecin-Chef adjoint	MCDA3
4	Médecin-Chef adjoint	MCDA4
5	Médecin-Chef adjoint	MCDA5
6	Médecin-Chef	MCD6
7	Surveillant général	MCDM7

Source : auteur

Au total Sept responsables des hôpitaux de district ont été interviewés et Sept codes attribués (MCD et MCDA). Il est à noter que sept responsables étaient trois Médecins Chef, trois Médecins chef adjoint et un Surveillant de service.

b. Analyse de la fréquence des interviewés

Tableau III : Fréquence d'apparition des mots par interviewé

CATEGORIES		PMUR													NQS	INF PMUR
THEMES		Prise de décision	Recrutement	Formation	Rémunération	Motivation	Gestion des carrières	Auto évaluation	Leadership	Communication	Délégation de pouvoir	Gestion des risques	Gestion des ressources matérielles	Gestion des ressources financières	Qualité des soins	Influence sur la QS
INTERVIEWES	MCD1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	1	1	1	1	1	0
	MCD2	4	3	5	0	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	1
	MCDA3	3	2	6	0	2	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0
	MCDA4	0	4	7	0	1	1	0	1	2	2	1	1	1	0	1
	MCDA5	0	3	6	2	2	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0
	MCD6	1	2	0	0	0	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1
	MCDA7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fréquences cumulées		0x4	1x1	0x4	1x1	0x4	1x6	0x6	1x6	2x2	1x3	4x1		1x6	1x4 0x3 =4	1x3 0x4 =3
		4x1	3x2	5x1	2x1	2x2	0x1	1x1	0x1	3x2	2x1	0x3	1x6	0x1		
		3x1 1x1 =	2x2 4x1	6x2		1x1	=6	=1	=6	0x3	3x1 0x2	=4	0x1	=6		
		8	0x1	7x1	0x5					=10	=6		=6			
			=15	=24	=8	=5										
Ordre		N=4	N=2	N:1	N:4	N:6	N:5	N:9	N:5	N:3	N:5	N:7	N:5	N:5	N:7	N=8

Source : auteur

A l'issue de l'analyse des résultats de ce tableau, il ressort globalement que le mot formation est apparu 24 fois soit un taux de 24% sur l'ensemble des interviewés, cela démontre que la formation est le socle de la pratique managériale des responsables et qui peut améliorer la qualité des soins.

Le recrutement a été cité 15 fois soit 15% cela prouve son importance sur l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé.

La communication est apparue 10 fois, soit un taux de 10%, cela dénote l'importance de la communication dans l'exercice des pratiques des responsables des hôpitaux de district.

La prise de décision et la rémunération ont été formulé 8 fois soit 8% cela dénote sa place stratégique dans la mise en œuvre des pratiques managériales afin d'atteindre la qualité des soins. La Gestion des Carrières, le Leadership, la délégation de pouvoir la gestion de ressources matérielles, la Gestion des ressources financières tous étant le socle du fonctionnement des établissements ont été apparues 6 fois soit 6 %. La motivation a été apparue 5 fois soit 5 %, ce pratique occupe une place significative dans l'atteinte de la qualité des soins. La gestion des risques et la qualité des soins ont été cité 4 fois ; L'autoévaluation et l'influence ont été cité

respectivement 3 fois et 1 fois ont été le moins cités cela dénote qu'ils ne sont pas du tout utilisés dans les hôpitaux de district de la ville de Bamako son importance dans la satisfaction des usagers.

c. Traitement des résultats, inférence et interprétation

i. Les pratiques managériales utilisées par les responsables dans les hôpitaux de district.

- ❖ **Prise de décision** : Les décisions sont prises par consensus avec l'ensemble du personnel ou les services concernés. Selon MCD2 « *La dernière décision revient toujours au médecin chef, s'il y a des décisions à prendre, on fait appel aux chefs de services ainsi les problèmes sont mis sur la table, à la fin de la rencontre une décision finale est prise, ici généralement les décisions sont majoritairement prises* ».
- ❖ **Délégation de pouvoir** : Un système de délégation de pouvoir est mis en place, lorsque le supérieur hiérarchique est absent automatiquement son adjoint lui remplace cela est valable même dans les services et unités à travers une note de service. L'enquêté MCD1 disait « *La délégation de pouvoir est une réalité dans le centre de santé de référence et permet d'assurer la continuité des activités. Le médecin quand il est absent, automatiquement il est remplacé par son adjoint* ».
- ❖ **Le leadership** : Les interviewés trouvent important le leadership et les responsables jouent le rôle leader et permettant le bon déroulement des activités. Selon l'enquêté MCD1 « *Le leadership est un aspect important, indispensable dans la bonne mise en œuvre des activités dans le centre de santé* ».
- ❖ **La communication** : La communication fonctionne bien dans les HD et le canal le plus utilisé est le réseau socio WhatsApp. Le service de développement social met en œuvre la politique de communication dans beaucoup d'établissements sanitaires. Selon l'enquêté MCD2 « *La communication à l'intérieur de l'hôpital et les CSCOM, comme vous le savez, nous avons des groupes WhatsApp on communique beaucoup par ces groupes, des courriers sont fournis, par rapport à la population nous coordonnons avec le service du développement social, les chefs de quartiers sont impliqués dans tout ce qu'on fait aussi des communications de masse sont réalisées à l'endroit de la population* ».
- ❖ **Le recrutement** : Le recrutement est réalisé par l'état pour le personnel étatique. Pour le personnel non étatique par la mairie, selon MCD2 « *Le recrutement, oui à chaque fois qu'il y a un recrutement on fait un avis et on met en place une commission les gens viennent déposer leurs candidatures et la commission statue sur les dossiers, ceux qui font le bénévolat dans le centre sont pris en compte cela ne veut pas dire qu'ils sont automatiquement recrutés ils seront soumis au critère de recrutement* ».
- ❖ **Motivation** : Le personnel est motivé pour la majorité des enquêtés par l'octroi des ristournes, des primes de garde et de responsabilité. Selon MCD6 « *La motivation est assurée par l'octroi des primes de responsabilités et des ristournes* ».
- ❖ **Gestion des carrières** : Il n'existe pas de plan de gestion des carrières pour le personnel sous fond propre, l'état assure la gestion des carrières pour les fonctionnaires d'état et des collectivités. Selon MCDA4 « *Il y a certains personnels qui sont sous fond propre, nous essayons de voir comment évoluent les fonctionnaires de l'état et des collectivités, ainsi faire rapprocher le plus possible le personnel sous fond propre en leur mettant dans leurs droits* ».
- ❖ **Formations** : La majorité des fonctionnaires font le concours pour aller se former avec l'autorisation de la fonction publique, ceux qui sont sous fond propre sont rarement mis en formation bénéficient seulement des formations ponctuelles organisées par les PTF ou la DRS. **Pour MCD6** « *Une équipe est mise en place pour la gestion de toutes les formations, généralement les formations se font avec l'appui des partenaires qui*

élaborent les TDR, généralement les formations sont externes ».

- ❖ **Rémunérations** : La majorité du personnel reçoit des primes et ristournes comme rémunération en plus de leurs salaires fixe. Pour MCDA4 *« Les rémunérations sont faites sur la base des critères nationaux, les nouveaux recrutés sont inscrits dans l'AMO et ont les mêmes rémunérations que les catégories de la fonction publique, les primes de garde, les ristournes aussi sont donnés aux personnels ».*
- ❖ **Auto-évaluation** : L'autoévaluation n'est réalisée dans HD. Selon MCD6 *« souvent il y a des contrats de performance au niveau de la direction, nous sommes en train de mettre en place des compétitions par rapport à certains critères, la gestion des données, les soins et nous allons institutionnaliser ce cadre les services seront en compétition toute l'année ».*

ii. Le niveau de qualité des soins dans les hôpitaux de districts.

Le niveau de la qualité des soins reste faible dans la majorité des établissements sanitaires dû à l'état des infrastructures, l'insuffisance des matériels et les ressources humaines disponibles cela entraîne l'insatisfaction des usagers. Selon l'enquête MCDA4 indique *« Il y a un comité qui assure la gestion de la qualité même si l'équipe n'est pas bien formée ; l'équipe fait des rondes et même demande la satisfaction des usagers ».* Pour un autre enquête MCDM5 *« Le niveau de qualité équivaut au moyen, par ce que je dirais que c'est le plus grand CSREF du Mali, c'est ici où il y a beaucoup d'activités, et le centre a grandi mais les mesures d'accompagnement n'ont pas suivi comme souhaiter c'est ce qui influence un peu sur la qualité si non vraiment sur le niveau même du centreet nous réalisons plus de 2000 césariennes par an sa c'est uniquement les césariennes, plus de 5000 accouchements normaux par an ,et un CS Réf ou il y a peu près 20 spécialistes travaillent ici . Nous avons plus de 300 personnels donc vous voyez que ce n'est plus l'allure d'un CS Réf c'est un hôpital presque compte tenu du volume de travail mais si on considère toujours dans les appuis, dans les soutiens comme si c'est un CS Réf ordinaire les moyens va faire défaut c'est ce qui influence un peu. Si non ici on travaille bien, les gens sont dévoués mais le manque de moyens est en train d'influencer sur le niveau de qualité ».*

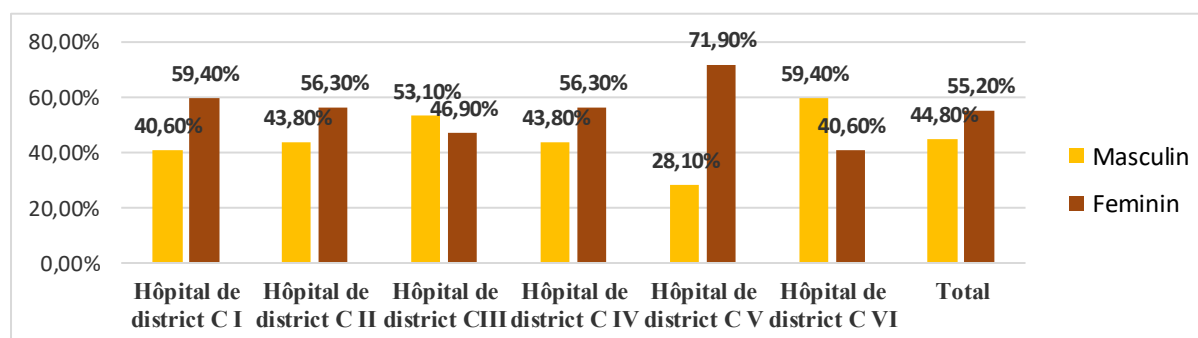
iii. L'influence des pratiques managériales sur la qualité des soins dans les hôpitaux de district.

Pour la majorité des enquêtes les pratiques managériales ont des influences sur la qualité, si les pratiques sont bien mises en œuvre il y aura amélioration de la qualité des soins. l'enquête MCDA4 affirme que en ces termes *« les pratiques managériales à une influence sur la qualité des soins si tout le monde joue son rôle et le rôle de chacun est détaillé et les responsabilités situées, ainsi chacun aura l'œil sur l'autre ».* Ainsi pour l'enquête MCD6 *« oui évidemment le suivi nous permet de constater l'influence des pratiques managériale sur la qualité de nos soins ,il y a des protocoles qui sont là on les suivent sur le terrain si c'est appliquer ou s'il y a des failles .C'est pourquoi nous faisons des staffs et les visites surprises dans les unités par rapport aux respects des protocoles qui sont mis en place pour atteindre la qualité des soins, les infrastructures fait défaut, les ressources humaines sont nombreuses ».* MCDM5 dit autrement *« Effectivement parce que moi je trouve que, c'est ce que je disais depuis le départ qu'avant on ignorait sa dans le domaine de la santé c'est maintenant qu' on commence à attendre cette expression donc ça veut dire que ça a sa place dans le domaine de la santé vu les agents qui son-là ,qui son chargé de cette activité, je vois comment ils font de leurs mieux quotidiennement ,ils sont au niveau de toutes les unités ;ils interviennent partout ,ils vont même dans les CSCOM leurs rôle est capital je dirais parce qu'il n'agissent pas à un seul niveau de la santé ».*

d. Résultats quantitatifs

i. Pratiques managériales utilisées par les responsables dans les hôpitaux de district.

Figure 3: Répartition de la participation à la prise de décision du personnel



La majorité du personnel ont participé à la prise de décision dans leurs établissements de santé soit 69,80 %.

Tableau IV: Répartition du personnel médical et paramédical selon la disponibilité de la fiche de description des postes /tâches

Établissements sanitaires	Oui	Non	Ne sait pas
Hôpital de district C I	14 43,8%	16 50,0%	2 6,2%
Hôpital de district C II	13 40,6%	19 59,4%	0 0,0%
Hôpital de district C III	16 50,0%	13 40,6%	3 9,4%
Hôpital de district C IV	6 18,8%	21 65,6%	5 15,6%
Hôpital de district C V	16 50,0%	15 46,9%	1 3,1%
Hôpital de district C VI	13 40,6%	15 46,9%	4 12,5%
Total	78 43,8%	99 51,6%	15 7,8%

La majorité du personnel médical et paramédical n'avait pas de fiches de description des postes/tâches soit 51,6%. Dans les établissements nous avons constaté l'absence de fiches de postes /tâches. Ces fiches sont d'une grande importance dans l'organisation du service. Ces responsables d'hôpitaux de district pour la plupart n'avaient pas ce réflexe.

Tableau V : Répartition du personnel médical et paramédical en fonction du passage par un processus de recrutement

Établissements de santé	Oui	Non
Hôpital de district C I	23 71,9%	9 28,1%
Hôpital de district C II	30 93,8%	2 6,2%
Hôpital de district C III	23 71,9%	9 28,1%
Hôpital de district C IV	24 75,0%	8 25,0%
Hôpital de district C V	25 78,1%	7 21,9%
Hôpital de district C VI	20 62,5%	12 37,5%
Total	145 75,5%	47 24,5%

Parmi le personnel médical et paramédical 75,5 % sont passés par un processus de recrutement. Les responsables disposent en majorité du personnel qui sont recrutés par la fonction publique tandis que peu de ces agents sont sous ressources propre ou sous le compte des collectivités et nécessite obligatoirement un concours ou test.

Tableau VI: Répartition du personnel médical et paramédical en fonction de leur motivation dans le travail

Etablissements de santé	Oui		Non		Ne sait pas	
Hôpital de district C I	22	68,8%	8	25,0%	2	6,2%
Hôpital de district C II	16	50,0%	14	43,8%	2	6,2%
Hôpital de district CIII	19	59,4%	12	37,5%	1	3,1%
Hôpital de district C IV	23	71,9%	7	21,9%	2	6,2%
Hôpital de district C V	28	87,5%	3	9,4%	1	3,1%
Hôpital de district C VI	19	59,4%	11	34,4%	2	6,2%
Total	127	66,1%	55	28,6%	10	5,2%

Le personnel médical et paramédical étaient motivés dans le travail soit 66,1. Selon les enquêtes les types de motivation octroyé aux personnels étaient pour la plupart d'ordre social (alimentaire) et parfois des reconnaissances verbales de la part des responsables. Il est à noter qu'une grande proportion n'était pas motivé soit **28,6%**.

Tableau VII: Répartition des enquêtes qui ont bénéficiés de formation en fonction des établissements

Etablissements de santé	Oui		Non	
Hôpital de district C I	25	78,10%	7	21,90%
Hôpital de district C II	27	84,40%	5	15,60%
Hôpital de district CIII	20	62,50%	12	37,50%
Hôpital de district C IV	15	46,90%	17	53,10%
Hôpital de district C V	24	75,00%	8	25,00%
Hôpital de district C VI	25	78,10%	7	21,90%
Total	136	70,80%	56	29,20%

Parmi le personnel médical et paramédical 70,80% ont reçu une formation. Les responsables pour la plupart dans le cadre du développement professionnel organisaient des formations continues à l'endroit du personnel en fonction de la spécialité et du programme.

Tableau VIII: Répartition du personnel médical et paramédical en fonction de la disponibilité d'un plan de carrière

Etablissements de santé	Oui		Non		Ne sait pas	
Hôpital de district C I	14	43,8%	14	43,8%	4	12,5%
Hôpital de district C II	13	40,6%	15	46,9%	4	12,5%
Hôpital de district CIII	9	28,1%	9	28,1%	14	43,8%
Hôpital de district C IV	9	28,1%	13	40,6%	10	31,2%
Hôpital de district C V	11	34,4%	17	53,1%	4	12,5%
Hôpital de district C VI	5	15,6%	14	43,8%	13	40,6%
Total	61	31,8%	82	42,7%	49	25,5%

La plupart du personnel médical et paramédical n'avaient connaissance de la disponibilité d'un plan de carrière dans leur hôpital de district soit 42,7%. Vu que la majorité du personnel sont étatiques les

responsables n'élabore pas de plan de carrière pour l'établissement.

Tableau IX: Répartition du personnel médical et paramédical en fonction de l'existence d'un plan de communication

Etablissements de santé	Oui		Non		Ne sait pas	
Hôpital de district C I	20	62,5%	8	25,0%	4	12,5%
Hôpital de district C II	17	53,1%	10	31,2%	5	15,6%
Hôpital de district CIII	19	59,4%	4	12,5%	9	28,1%
Hôpital de district C IV	19	59,4%	5	15,6%	8	25,0%
Hôpital de district C V	18	56,2%	12	37,5%	2	6,2%
Hôpital de district C VI	18	56,2%	9	28,1%	5	15,6%
Total	111	57,8%	48	25,0%	33	17,2%

Le personnel médical et paramédical a affirmé qu'il existe un plan de communication dans leurs hôpitaux de district soit 57,8%.

Tableau X: Répartition du personnel médical et paramédical selon leur opinion sur la présence des outils d'auto-évaluation

Etablissements de santé	Oui		Non		Ne sait pas	
Hôpital de district C I	11	34,4%	15	46,9%	6	18,8%
Hôpital de district C II	8	25,0%	16	50,0%	8	25,0%
Hôpital de district CIII	9	28,1%	11	34,4%	12	37,5%
Hôpital de district C IV	8	25,0%	15	46,9%	9	28,1%
Hôpital de district C V	5	15,6%	21	65,6%	6	18,8%
Hôpital de district C VI	14	43,8%	10	31,2%	8	25,0%
Total	55	28,6%	88	45,8%	49	25,5%

La majorité du personnel médical et paramédical ont affirmé l'inexistence d'outils d'auto-évaluation soit 45,8%. Les responsables pour la plupart ne font pas l'auto-évaluation dans les hôpitaux de district.

ii. Niveau global de la qualité des soins

Tableau XI: Représentation de la satisfaction globale des usagers en fonction des prestations

Etablissements de santé	PRESTATIONS							Moyenne
	Consultation	Hospitalisation	Examens Radio et échographie	Examens du Laboratoire	Accueil	Attitude des agents	Soins infirmiers	
Hôpital de district C I	80%	43,3%	66,7%	70%	70%	76,6%	70%	68,08%
Hôpital de district C II	66,7%	70%	66,7%	60%	40%	36,7%	63,3%	57,62%
Hôpital de district CIII	96,7%	90 %	96,7%	96,70%	96,7%	96,7%	96,7%	95,74%
Hôpital de district C IV	66,7%	53,3%	56,7%	70 %	96,7%	73,3%	70%	69,52%
Hôpital de district C V	83,3%	63,3 %	66,7%	70 %	80%	86,7%	93,3%	77,61%
Hôpital de district C VI	70%	46,7 %	40%	43,3%	66,7%	76,70%	62,8%	58,02%
Total Moyenne								60,94%

Source : auteur

Les usagers de la commune III ont été les plus satisfaits des prestations soit 95,73 % suivi respectivement de la Commune V 77,61%, Commune IV 69,52%, Commune I 68,08%, Commune VI 58,02% et la Commune II 57,62%. La satisfaction globale des usagers pour notre enquête est de 60,94% dans l'ensemble de hôpitaux de district de Bamako.

Tableau XII: Situation du niveau global de la qualité des soins

ES	Normes professionnelles	Satisfaction des usagers	Niveau global de la Qualité des soins	Correspondance du niveau de QS
Hôpital de district C I	62,5	68,08	65,29	Bon
Hôpital de district C II	56,07	57,62	56,84	Passable
Hôpital de district CIII	66,59	95,74	81,16	Excellente
Hôpital de district C IV	73,85	69,52	71,68	Bon
Hôpital de district C V	78,6	77,61	78,10	Bon
Hôpital de district C VI	67,85	58,02	62,93	Bon
Total	405,46	266,85	336,15	
MOYENNE	67,57	44,47	59,42	

Le niveau global de la qualité dans les hôpitaux de district est de 59,42%. L'évaluation des moyens de production, du processus et la les résultats nous ont permis de déterminé ces niveaux de qualité par hôpital de district.

iii. Influence des pratiques managériales des responsables sur la qualité des soins.

Tableau XIII: Récapitulatif des statistiques de l'influence des pratiques managériales sur la qualité des soins

Pratiques managériales	Chi2 de Pearson	ddl	P value	Normes	Statistiquement significatif
Prise de décision	16,477a	8	0,036	P < 0,05	Oui
Description des postes/tâches	22,316a	8	0,004	P < 0,05	Oui
Recrutement	9,41a	8	0,308	P < 0,05	Non
Rémunération	19,136a	8	0,014	P < 0,05	Oui
Formation	13,899a	8	0,084	P < 0,05	Non
Motivation	26,832a	8	0,01	P < 0,05	Oui
Gestion des carrières	18,434a	8	0,018	P < 0,05	Oui
Auto-évaluation	21,223a	8	0,007	P < 0,05	Oui
Communication	20,873a	8	0,007	P < 0,05	Oui

Sur les neuf pratiques managériales seulement sept (7) sont statistiquement significatives sur la qualité des soins dont les pratiques prise de décision, description des postes/tâches, rémunération, motivation, gestion des carrières, auto-évaluation et la communication. Tandis que les pratiques managériales recrutement et formation n'avaient pas de lien statistiquement avec la qualité des soins. Ce qui veut dire le recrutement et la formation seule ne peuvent permettre d'atteindre le niveau de qualité des soins souhaité par les managers.

6. Discussion

Pour Huguier et al, (1998) cité par DIALLO B (2020), la discussion doit répondre à trois objectifs qui sont liés entre eux : (1) atteinte des objectifs, (2) Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs et (3) jugement de la qualité et de la validité de nos résultats.

a. Atteinte des objectifs et vérification des hypothèses : i. Atteinte des objectifs

Au terme de notre étude les objectifs fixés ont été atteints, en effet il nous a permis de :

- **Décrire les pratiques managériales utilisées par les responsables dans les hôpitaux de districts :**

La prise de décision, la communication, la délégation de pouvoir, le leadership, la gestion des risques, le recrutement, la formation, la rémunération, la motivation, la description des tâches, la gestion des carrières sont les pratiques managériales utilisées dans les hôpitaux de district.

- **Déterminer le niveau de qualité des soins dans les hôpitaux de district de la ville de Bamako :**

Le niveau de qualité des soins est passable dans l'hôpital de district de la commune II soit 56,84% contre un niveau de qualité bon dans les hôpitaux de district respectivement soit 65,29% en Commune I, 71,68% en commune IV, 78,10% en Commune V et 62,93 % en commune VI et excellente à 81,16% en Commune III. La satisfaction globale des usagers pour notre étude est de 60,94% pour l'ensemble des hôpitaux de district de Bamako.

- **Déterminer l'influence des pratiques managériales des responsables sur la qualité des soins :**

La relation d'influence des pratiques de prise de décision, de description des postes/tâches, de la rémunération, de motivation, de l'avancement de carrière, de la communication et

l'autoévaluation sont positives et statistiquement significatif donc ces pratiques ont une influence sur la qualité des soins.

Tandis que la relation d'influence des pratiques de recrutement et de formation sont négatives et ne sont pas statistiquement significatif donc n'ont pas de lien avec la qualité de soins dans les hôpitaux de district.

ii. Vérification des hypothèses

Dans cette étude nous avons émis une hypothèse générale et trois hypothèses spécifiques :

L'hypothèse générale portait sur l'impact positif et négatif des pratiques managériales des responsables sur la qualité des soins. Cette hypothèse a été confirmée, les pratiques managériales ont un impact positif et négatif sur la qualité des soins dans les hôpitaux de district. La première hypothèse spécifique portait sur l'utilisation de certaines pratiques managériales telles que la prise de décision, la délégation de pouvoir, la planification, le leadership, la description des postes/tâches, la communication, la rémunération, la formation, la motivation, le recrutement, l'avancement de carrière, l'autoévaluation. Cette hypothèse a été partiellement confirmée. Parmi toutes ces pratiques seule l'auto-évaluation n'était pas utilisée dans les hôpitaux de district.

La deuxième hypothèse spécifique portait sur le niveau de qualité de soins élevé dans les hôpitaux de district, cette hypothèse a été confirmée, le niveau de qualité était élevé dans les hôpitaux de district cela se confirme par le taux global de satisfaction 60,94% et le niveau global de la qualité des soins soit 59,42%.

La troisième hypothèse spécifique consistait à confirmer l'influence positive des pratiques managériales sur la qualité des soins. Cette hypothèse a été partiellement confirmée par les χ^2 de Pearson car pour certaines pratiques managériales le lien étaient statistiquement significatifs et pour d'autres non, en effet les pratiques managériales ont des influences négatives et positives sur la qualité des soins.

b. Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

Dans notre étude nous avons recensé 192 personnels médicaux, paramédicaux. Pour le personnel médical et paramédical le sexe féminin était le plus représenté soit 55,20%, ce résultat est semblable à celui de (Zedini et al., 2016)

Cette étude nous a permis de trouver comme pratique managériale : La prise de décision, la communication, la délégation de pouvoir, le leadership, la gestion des risques, le recrutement, la formation, la rémunération, la motivation, la description des tâches, l'auto-évaluation, la gestion des carrières, ce résultat est comparable à celui de DIALLO B. (2020) qui avait trouvé dans son étude sur l'influence des pratiques de gestion des ressources humaines sur la qualité des soins dans les centres hospitaliers universitaires du Mali, les pratiques managériales suivantes : la description de poste/tâche, le recrutement, la formation, la rémunération, la gestion des carrières, la motivation, la communication, l'évaluation, le contrôle du personnel (DIALLO, 2020). Comparable également à celle de Wady Sarah (2021) sur Les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français : une étude qualitative sur la gouvernance clinique avait trouvé comme pratiques managériales : la responsabilisation, le leadership, la gestion des ressources, la communication, et l'équipe multidisciplinaire (Wady, 2021). Une autre étude similaire à notre étude, réalisé par (BALHADJ & AMMARY, 2020) ont retenu uniquement que quatre pratiques de management du capital humain, soit, les pratiques de partage de l'information, le développement des compétences ; les pratiques d'autonomie et la reconnaissance. L'étude (Alaoui & El Makrini, 2014) sur « Analyse des effets des pratiques managériales sur la performance à l'export. Etude empirique des PME marocaines » identifie la stratégie, les pratiques de veille, la communication interne, les compétences internationales et l'engagement à l'export comme pratiques managériales.

Le niveau de qualité des soins est passable dans l'hôpital de district de la CII soit 56,84% contre un niveau de qualité bon dans les hôpitaux respectives soit 65,29% en CI, 71,68% en CIV,

78,10% en CV et 62,93 % en CVI et excellente 81,16% CIII. Ce résultat est similaire à celui de DIALLO. B(DIALLO, 2020) qui avait trouvé comme niveau de qualité globale dans les CHU du Mali les résultats suivants : CHU du Point G 38%, CHU Gabriel Touré 36%, Hôpital du Mali 67,22%, CHU IOTA 45,99%, CHU Kati 57%, CHU CNOS 58,05% et CHU Mère Enfant Luxembourg 69,05%. En évaluant le taux de satisfaction des patients, les résultats traduisent que le score global de satisfaction est de 60,94%. Les résultats de notre étude prouvent à suffisance que certains pratiques managériales disposent d'un effet statistique significatif sur la qualité des soins, ces résultats corroborent avec ceux de (Perdomo-Ortiz et al., 2009; Prajogo & Sohal, 2001) (KHALFALLAH, 2006). L'étude (Lakhal et al., 2006) ont également trouvé que toutes les pratiques de management n'ont pas un effet statistiquement significatif sur l'innovation cela va dans le même sens de notre étude dont nous avons trouvé que les pratiques de recrutement et la formation n'ont pas d'influences sur la qualité des soins. PERDOMO ORTIZ ET AL.(2006) ont démontré autrement que toutes les pratiques de management de la qualité ont un impact positif et statistiquement significatif sur l'innovation.

c. Difficultés et limites de l'étude

La méthodologie adoptée nous a permis d'avoir des résultats escomptés, cependant la taille de l'échantillon sera revue en hausse pour les prochaines études. Aussi nous pouvons citer quelques difficultés et des limites rencontrées à savoir :

- Insuffisance dans la littérature des questionnaires typiques pour la mesure des pratiques managériales ;
- Difficulté d'accès aux données des hôpitaux de district ;
- Indisponibilité de certains enquêtés ;
- Réticence et refus de certains enquêtés de répondre aux questions ;
- Difficultés d'accès à l'information.

7. Conclusion

En conclusion, nous pouvons affirmer que les pratiques managériales diffèrent d'un établissement de santé à un autre. L'étude de l'impact des pratiques managériales des responsables sur la qualité des soins a permis de mettre en exergue les pratiques managériales qui sont utilisées par les responsables, de déterminer le niveau de qualité des soins et l'influence des pratiques managériales sur la qualité des soins. Le niveau de qualité des soins est relativement élevé dans les hôpitaux de district. Seule la pratique d'autoévaluation n'est pas utilisée dans les hôpitaux de district. Les pratiques managériales telles que, la prise de décision, la description des postes /tâches, la rémunération, la motivation, la communication, la gestion des carrières et l'autoévaluation ont une influence statistiquement significative sur la qualité des soins. Le recrutement et la formation n'ont pas une influence statistiquement significative sur la qualité des soins. La satisfaction globale des usagers dans les hôpitaux de district est de 60,94%. Cette étude, offre des ouvertures ultérieures pour des recherches plus approfondies, pour résoudre les problèmes de management dans les établissements de santé. L'étude pourrait être extrapolée à l'ensemble des autres établissements de santé, en prenant en compte les établissements privés, parapubliques, les centres de santé communautaires.

8. Références

- Alaoui, A., & El Makrini, H. (2014). Analyse des effets des pratiques managériales sur la performance à l'export. Etude empirique des PME marocaines: *Management & Avenir*, N° 72(6), 15-33. <https://doi.org/10.3917/mav.072.0015>
- Balhadj, S., & Ammary, H. E. (2020). *L'influence des Pratiques de Management du Capital Humain sur l'Engagement Organisationnel : Proposition d'un modèle de recherche*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.3829881>
- Balland, S., & Bouvier, A.-M. (2008). *Management des entreprises*. Dunod.
- Berthé, D. (2021). *Soins Essentiels Communautaires (SEC) : Problématique de la prise*

en charge des enfants malades par les Agents de Santé Communautaire (ASC) dans la commune rurale de Sagabala/Cercle Kolokani/Région Koulikoro Mali.
<https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5128>

- Charreire Petit Sandra (avec Huault Isabelle). (2009). *Les grands auteurs en management / dirigé par Sandra Charreire Petit et Isabelle Huault* (2e édition). EMS.
- Cherkaoui, M., Bey, Y., & Aïmane, M. M. (2017). *Pratiques managériales au secteur public : Cadre conceptuel*.
- Dehbi, B. (2017). *La problématique de gouvernance sanitaire au nord de l'Afrique : Cas du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie*. 1, 26.
- DGSHP. (2018). *Annuaire du système local d'information sanitaire du Mali*. <http://www.sante.gov.ml/docs/AnnuaireSLIS2018VFdu27avril.pdf>
- Diakite, O., Coulibaly, I., Diabate, A., & Kone, A. (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*, 4(4), Article 4. <https://revue-isg.com/index.php/home/article/view/776>
- Diallo, B. (2020). Influence des pratiques de gestion des ressources humaines sur la qualité des soins dans les centres hospitaliers universitaires du Mali. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 3(2).
- Khalfallah. (2006). *Impact des pratiques de management de la qualité sur l'innovation*.
- Lakhal, L., Pasin, F., & Limam, M. (2006). Quality management practices and their impact on performance. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 23(6), 625-646. <https://doi.org/10.1108/02656710610672461>
- Morel, M.-A. (2012). Qualité des soins. *Les concepts en sciences infirmières*. ARSI, Toulouse, 256-260.
- OCDE, Organisation mondiale de la Santé, & World Bank Group. (2019). *La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle*. OECD. <https://doi.org/10.1787/62f287af-fr>
- Or, Z., & Com-Ruelle, L. (2008). La qualité de soins en France : Comment la mesurer pour l'améliorer? *Journal d'économie médicale*, 26(6), 371-385.
- Perdomo-Ortiz, J., Gonzalez-Benito, J., & Galende, J. (2009). The intervening effect of business innovation capability on the relationship between Total Quality Management and technological innovation. *International Journal of Production Research*, 47(18), 5087-5107.
- Pomey, M. P., Denis, J. L., & Contandriopoulos, A. P. (2008). A conceptual framework for analysing clinical governance in healthcare establishments. *Prat Organ Soins*, 39(3), 183-193.
- Prajogo, D. I., & Sohal, A. S. (2001). TQM and innovation : A literature review and research framework. *Technovation*, 21(9), 539-558. [https://doi.org/10.1016/S0166-4972\(00\)00070-5](https://doi.org/10.1016/S0166-4972(00)00070-5)
- Wady, S. (2021). *Les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français : Une étude qualitative sur la gouvernance clinique*. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/25999>
- Zedini, C., Ben Cheikh, A., Limam, M., Henrichi, Y., Mellouli, M., El Ghardallou, M., Mтираoui, A., & Ajmi, T. (2016). Les facteurs de motivation au travail chez les cadres paramédicaux dans un hôpital tunisien: *Santé Publique*, Vol. 28(5), 613-622. <https://doi.org/10.3917/spub.165.0613>