

## **Performance organisationnelle dans les services de santé au Mali : Approche théorique et perspectives d'améliorations**

### **Organizational performance in health services in Mali: Theoretical approach and prospects for improvement**

**Issa COULIBALY, (*Maître Assistant à la Faculté de Pharmacie*)**  
*Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.*  
*Université de Bamako, Mali.*

**Oumar DIAKITE, (*Doctorant en Sciences de Gestion*)**  
*Institut Pédagogique Universitaire de Bamako.*  
*Centre d'Études, de Recherches et d'Appui Conseil au Développement.*  
*Université de Bamako, Mali.*

**Bassirou TIDJANI, (*Professeur titulaire en Sciences de Gestion*)**  
*Ecole Supérieure Polytechnique de Dakar.*  
*Laboratoire GRH-Stratégie-Organisation.*  
*Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, Sénégal.*

<b>Adresse de correspondance :</b>	Faculté de Pharmacie (BP : 1805) – Bamako Université de Bamako Mali +223 76.15.77.26
<b>Déclaration de divulgation :</b>	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.
<b>Conflit d'intérêts :</b>	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
<b>Citer cet article</b>	COULIBALY, I., DIAKITE, O., & TIDJANI, B. (2022). Performance organisationnelle dans les services de santé au Mali : Approche théorique et perspectives d'améliorations. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 3(2-1), 295-307. <a href="https://doi.org/10.5281/zenodo.6383245">https://doi.org/10.5281/zenodo.6383245</a>
<b>Licence</b>	<b>Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND</b>

Received: March 06, 2022

Published online: March 31, 2022

## **Performance organisationnelle dans les services de santé au Mali : Approche théorique et perspectives d'améliorations**

### **Résumé**

Depuis plusieurs années, le concept de la performance organisationnelle dans les services de santé a été l'objet de nombreux débats dans sa définition ainsi que dans la détermination des indicateurs de mesure. Au Mali, le concept de la performance dans les services de santé est très pesant, car les usagers se plaignent de la qualité des plateaux techniques, des modalités d'accueils et des comportements des personnels de santé. Quelques études ont été menées dans la mesure de la performance hospitalière en recherche biomédicale dans le secteur sanitaire malien. Cependant, très peu de recherches ont manifesté un intérêt pour la performance hospitalière dans les recherches en sciences de gestion.

Ainsi, l'objet de cette recherche est d'effectuer une revue de la littérature sur la performance hospitalière au Mali et de proposer des perspectives d'améliorations à l'aide d'outils issus du management public hospitalier. Nous avons trouvé à l'issue de cette recherche que la problématique dans la gestion hospitalière est issue du développement sanitaire et que la performance est inadéquatement mesurée au Mali. Ainsi, nous avons exploré les modèles théoriques de la performance, et nous avons trouvé que le secteur sanitaire malien est déficient dans les approches unidimensionnelles et les multidimensionnelles. Nous avons alors proposé une revue des indicateurs de mesure et l'intégration des Centres de Santé Communautaire et des Centres de Santé de Référence dans les processus formels d'évaluation de la performance des services de santé. Nous avons également trouvé qu'il est pertinent d'intégrer les personnels dans les processus de prise de décisions, car ils sont marginalisés dans la gestion hospitalière.

**Mots clés :** Performance organisationnelle ; Services de Santé ; Développement sanitaire ; Modèles unidimensionnels ; Modèles multidimensionnels

**Classification JEL:** I18

**Type d'article :** Article Théorique.

### **Abstract**

For several years, the concept of organizational performance in health services has been the subject of much debate in its definition as well as in the determination of measurement indicators. In Mali, the concept of performance in health services is very cumbersome because users complain about the quality of technical platforms, reception methods and the behavior of health personnel. A few studies have been conducted to measure hospital performance in biomedical research in the Malian health sector. However, very little research has shown an interest in hospital performance in management science research.

Thus, the purpose of this research is to review the literature on hospital performance in Mali and to propose prospects for improvement using tools from public hospital management. We found at the end of this research that the problem in hospital management comes from health development and that performance is inadequately measured in Mali. Thus, we explored theoretical models of performance, and we found that the Malian health sector is deficient in unidimensional and multidimensional approaches. We then proposed a review of measurement indicators and the integration of Community Health Centers and Reference Health Centers into formal processes for evaluating the performance of health services. We have also found that it is relevant to integrate staff into decision-making processes because they are marginalized in hospital management.

**Keywords:** Organizational performance; Health services; Health development; Unidimensional models; Multidimensional models.

**JEL Classification :** I18

**Paper type:** Theoretical Research.

## Introduction

Au Mali comme dans plusieurs États, la santé des populations a toujours été un débat politique et économique au centre des préoccupations. Depuis les années 1960, les Gouvernements Africains se sont portés garants de la santé de leurs populations. Au Mali, depuis les indépendances, des politiques de développement ont été mises en œuvre (Goïta, et al., 2018). Cependant, la littérature retient la Politique Sectorielle de Santé des Populations (PSSP) de 1990 comme le point de référence effectif du développement sanitaire. L'opérationnalisation de cette politique a induit la mise en place de deux Plans Décennaux de Développement Sanitaire et Sociaux (PDDSS) dont le premier a été mis en œuvre entre 1999 et 2011 et le second de 2014 pour 2023. Chacun de ces plans ont été opérationnalisés dans des programmes quinquennaux. Alternativement furent mis en œuvre quelques programmes tels que la politique nationale de développement des ressources humaines de la santé et les politiques d'exemption du paiement des soins (Diakite, et al., 2021; PDDSS, 2014; PRODESS, 1999, 2009, 2014).

Pour améliorer les interventions, le secteur sanitaire a été structuré en trois niveaux. Au premier échelon se trouvent les Centres de Santé Communautaire (CSCOM), au second se trouve les Centres de Santé de Référence (CSREF) et au dernier se trouvent les Établissements Publics Hospitaliers (EPH). Le secteur sanitaire malien était composé en 2012 de 1134 CSCOM (Goïta, et al., 2018), de 62 CSREF et 7 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) (Diallo, 2020). Afin de délimiter les niveaux de références, les ressources nécessaires et les zones géographiques d'interventions, une carte nationale hospitalière et une carte sanitaire ont été mises en place (Ministère de la santé, 2002; UNICEF, 2012).

Le but de ces initiatives était d'améliorer la santé des populations par l'accroissement de la qualité des plateaux techniques, par l'autonomisation des services de santé et par l'amélioration de la collaboration entre les services (Sanogo, 2012). De nombreuses recherches empiriques ont porté sur la mesure de la performance dans les EPH (ANEH, 2017, 2019; Bah, 2019; Diallo, 2020), dans les CSCOM (Niangaly, et al., 2001) et dans les CSREF (Guindo, 2015). La plupart de ces études font état de la sous-performance des services de santé au Mali.

Dans la littérature, il existe des débats incessants sur la performance concernant sa définition et ces indicateurs de mesure (Teil, 2002). Cependant, il est bien connu que la performance est considérée comme un concept contingent, paradoxal et multidimensionnel. Contingent, car le choix des indicateurs dépend des contextes (Hassani & Moussali, 2020; Ndao, 2019); paradoxal, car les indicateurs retenus par les parties prenantes peuvent être contradictoires (Teil, 2002); et multidimensionnel, car elle est composée de plusieurs fonctions (Zenjari, 2016, 2017).

L'objet de cette recherche est d'effectuer une revue de la littérature sur la performance dans le secteur de la santé au Mali, d'appréhender l'origine de cette sous-performance et de proposer des perspectives d'amélioration. Dans ce cadre, notre recherche s'articule autour de la question suivante : ***Quel est l'état de la performance dans les services de santé au Mali ?*** Pour répondre à cette question, cette recherche sera architecturée en trois (3) parties. La première portera sur une revue de la littérature sur la performance organisationnelle dans les services de santé (1). Ensuite, nous exposerons quelques recherches sur la performance hospitalière au Mali (2). Puis nous proposerons quelques perspectives d'améliorations de cette performance (3) pour enfin conclure.

### 1. Approches théoriques de la performance hospitalière

La littérature sur la performance est fractionnée en deux clusters. Il s'agit des modèles unidimensionnels (1.1) et des modèles multidimensionnels (1.2).

## 1.1 Modèles unidimensionnels de la performance

**Modèle des objectifs rationnels :** Les premières recherches sur le modèle des objectifs rationnels ont été effectuées par Magnussen (1996). Ce modèle est induit du fonctionnement des organisations privées, car il s'inscrit dans une logique de coût/efficacité. C'est dans cette perspective que Hassani et Moussali (2020) pensent que « *la performance correspond au degré d'accomplissement des buts, des objectifs et des plans ou programmes que s'est donné une organisation* » (P.245). Généralement, les indicateurs mobilisés dans la mesure de la performance sont relatifs à l'efficience (Teil, 2002). Ainsi, est considérée comme performante une organisation qui produit des services de meilleure qualité à moindres coûts. Lombrail et al. (1999) ont montré que le contenu de ce modèle doit être réaménagé dans le secteur de la santé. À titre d'illustration, lorsque les taux de rotation des lits sont élevés, les performances sont considérées comme meilleures, car le rendement financier est optimal. Cependant, Nobre (1998) a montré qu'une forte rotation des lits est souvent liée à des effets *pervers* tels que les infections nosocomiales qui sont évitables si les patients se trouvaient dans les locaux de l'hôpital.

**Modèle des ressources ou de l'adaptation :** Pour Teil (2002), ce modèle est relatif aux capacités de production et à la capacité d'adaptation des organisations. Hassani et Moussali (2020) pensent que dans ce modèle, « *la performance suppose que l'on compare les résultats obtenus à ceux qu'il aurait été possible d'obtenir* » (p.245). En fait, plus une organisation a de ressources, et plus elle peut être considérée comme performante (Zenjari, 2016). Cependant, ce modèle a fortement été critiqué sur la corrélation entre la quantité de ressources et la performance d'une organisation. En effet, disposer de ressources ne peut justifier que d'une présomption de performance (Teil, 2002). Ces propos ont empiriquement été validés par Diallo (2020) qui a trouvé que les EPH qui disposent de ressources considérables font état de performances médiocres.

**Modèle des relations humaines :** Ce courant part de l'hypothèse fondamentale selon laquelle les organisations fonctionnent avec de nombreux conflits internes. La performance serait atteinte « *lorsqu'une organisation parvient à répondre aux attentes des parties prenantes dans un climat satisfaisant* » (Nia et Omari, 2019a: 54). Les recherches qui se sont apparentées à ce modèle sont focalisées sur les rapports internes (climat organisationnel, satisfaction, motivation des personnels), et les rapports personnels/patients. Une organisation est alors considérée comme performante lorsqu'il y a très peu de conflits internes (plaintes, grèves, arrêts maladies) et externes (conflits entre les patients et les personnels, satisfaction des patients) (Teil, 2002).

**Modèle des processus :** Dans ce modèle, c'est la manière dont la production est effectuée qui prime (Zenjari, 2016). Est alors considérée comme performante une organisation qui respecte les règles et les procédures établies (Nia & Omari, 2019; Teil, 2002). Cela suppose l'existence de normes et de procédures qui régissent le fonctionnement des organisations. Au Mali, L'Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux (ANEH) mobilise des indicateurs issus du modèle des processus tels que le taux de conformité des dispositifs de prise en charge et le taux de conformité de la gestion des déchets hospitaliers (ANEH, 2017, 2019). Cependant, il est bien connu que dans les bureaucraties professionnelles, il est difficile de respecter les procédures, car les organisations s'adaptent progressivement à leur environnement (Bouchon, 2006).

## 1.2 Modèles multidimensionnels de la performance

**Tableau de bord prospectif de Norton et Kaplan :** En 1992, Norton et Kaplan ont mis en place un tableau qui permet de mesurer la performance des organisations selon quatre axes : axe Finances, axe clients, axe processus internes, et axe apprentissage et innovation

(Alimazighi & Selmoune, 2004; Rouhana & Van Caillie, 2008). Le tableau de bord prospectif se définit comme « *comme un ensemble d'indicateurs peu nombreux (cinq à dix) qui permettent aux gestionnaires de prendre connaissance de l'état et de l'évolution des systèmes qu'ils pilotent et d'identifier les tendances qui les influenceront sur un horizon cohérent avec la nature de leurs fonctions* » (Elhamma, 2011: 59) ; et la performance n'est atteinte que lorsqu'il existe un équilibre entre les dimensions.

Compte tenu de la contingence du concept de performance (Germain, 2004), les indicateurs de mesure ont été adaptés aux services de santé. Ainsi, le bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en place le modèle *Performance Assessment Tools in Hospital*. Ce modèle est inspiré du tableau de bord prospectif, et il permet d'effectuer des comparaisons dans les performances des services de santé des États. Il est composé de six dimensions (Efficacité clinique, Efficience, Ressources Humaines, Gouvernance réactive, Sécurité et l'Axe patient) (Champagne, et al., 2005).

**Approche contingente relative aux travaux de Sainsaulieu :** Ses travaux sont partis de la théorie de la contingence qui va de l'hypothèse selon laquelle la définition et les indicateurs de mesure de la performance sont dépendants de variables endogènes et exogènes. Pour Sainsaulieu, les indicateurs de mesure sont subordonnés à la conduite managériale, à la taille, à la typologie de l'industrie, à la technologie, à la complexité environnementale et à la stratégie organisationnelle (Rouhana & Van Caillie, 2008). Dans un échantillon d'entreprises françaises (secteur marchand et non marchand), Sainsaulieu a défini et mesuré la performance par quatre dimensions (performance économique, performance commerciale, performance productive et performance sociale). Ce qui est pertinent dans ses résultats, c'est qu'il a trouvé que les dimensions de la performance ne sont forcément pas corrélées les unes aux autres. C'est-à-dire qu'une entreprise peut avoir de bonnes performances économiques (respect des budgets, capacité d'autofinancement) et avoir une performance sociale médiocre (taux de grève, climat social, absentéisme) (Teil, 2002).

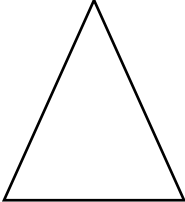
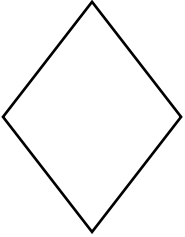
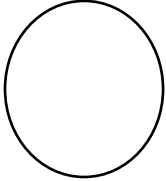

**Qualité globale chez Donabedian :** Le docteur Donabedian fut l'un des acteurs incontestables dans la mise en place des fondements et de la mesure de la qualité dans les services de santé. Pour lui, la définition de la qualité est dépendante des indicateurs utilisés dans sa mesure, et généralement elle correspond à un construit social inter-subjectivement partagé entre les acteurs (Donabedian, 1966, 1985b). Pour lui, la performance correspond à la capacité des organisations à fournir des soins aux patients (qualité technique) et à la qualité des relations entre les patients et les professionnels (qualité interprofessionnelle) (Nia & Omari, 2019). Dans ses recherches, la performance est agencée en trois dimensions (la structure, les processus et les résultats). En fait, « *la structure définit les ressources détenues et les modes d'organisation de l'activité, les processus sont définis par leurs contenus et leurs configurations, et les résultats sont définis par leurs objets et leurs impacts* » (Teil, 2011: 224). Il pense également que la performance correspond à un état expliqué par des facteurs tels que la motivation, l'engagement, la présence de personnels qualifiés, l'âge et les compétences (Donabedian, 1985a).

### **Modèle d'Évaluation Global et Intégré de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS)**

L'émergence du modèle EGIPSS est attribuable aux recherches de Sicotte et al. (1998) qui se sont fondées sur la théorie du système social de Parsons. À la suite de cette recherche, Guisset et al. (2002) ont adapté le modèle au contexte des hôpitaux. Ce modèle est composé de quatre dimensions (atteinte des buts, adaptation, production et maintien des valeurs et des normes). La performance n'a de sens que lorsque ces dimensions sont combinées (Champagne, et al., 2005; Sicotte, et al., 1999). C'est alors que la paradoxalité de la performance prend du sens, car deux indicateurs peuvent être contradictoires, mais prennent

du sens lorsqu'elles se trouvent dans un ensemble homogène (Teil, 2002). Le tableau suivant expose la représentation originelle du modèle EGIPSS.

**Tableau 1 : Présentation du modèle d'Évaluation Globale et Intégré de la Performance des Systèmes de santé (EGIPSS).**

Fonctions	Dimensions	Sous-dimensions
	<b>Atteinte des buts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efficacité</li> <li>- Efficience</li> <li>- Satisfaction des parties prenantes</li> </ul>
	<b>Adaptation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation vers les besoins de la population</li> <li>- Capacité d'acquisition des ressources</li> <li>- Capacité d'attraction de la clientèle</li> <li>- Habilité à mobiliser l'appui communautaire</li> <li>- Habilité d'innovation et de transformation</li> </ul>
	<b>Production</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination</li> <li>- Productivité</li> <li>- Volume de services produits</li> <li>- Qualité (Accessibilité, complétude, continuité, humanisation, qualité technique, satisfaction)</li> </ul>
	<b>Maintien des valeurs et climat organisationnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consensus autour des valeurs fondamentales (Professionnalisme, dévouement, éthique, etc....)</li> <li>- Climat organisationnel (Motivation, allégeance organisationnelle).</li> </ul>

*Légende : le choix des formes géométriques est théoriquement justifié. Le triangle correspond à une flèche qui représente les orientations de l'organisation (buts). Le losange correspond à l'interface entre l'organisation et son environnement. Le cercle représente le fonctionnement harmonieux de la production et le carré correspond au bloc et marque le caractère stabilisateur des valeurs de l'organisation.*

Source : Zenjari (2016) ; Guisset et al. (2002)

### Alignements entre les dimensions du modèle EGIPSS

Le modèle EGIPSS prend encore plus de sens, car il existe des relations entre les différentes dimensions. Ces relations sont appelées des alignements.

**Alignement stratégique (adaptation – atteinte des buts) :** Cet alignement est relatif à la capacité d'une organisation à s'adapter aux prédispositions environnementales et à atteindre des buts (Zenjari, 2016). Dans ce contexte, les services de santé adaptent généralement leurs offres compte tenu des besoins que les usagers manifestent.

**Alignement allocatif (adaptation – production) :** L'alignement allocatif correspond à une allocation optimale des ressources (moyens) avec les impératifs de production (Champagne, & al., 2005). Dans cet alignement, les ressources sont allouées avec justesse en fonction de la production nécessaire. Cela suppose l'existence d'un *input* (ressource) et d'un *output* (production) dont les valeurs sont positivement corrélées (Zenjari, 2017).

**Alignement tactique (atteinte des buts – production) :** L'alignement tactique est relatif à la capacité d'une organisation à atteindre des buts compte tenu des moyens de production dont

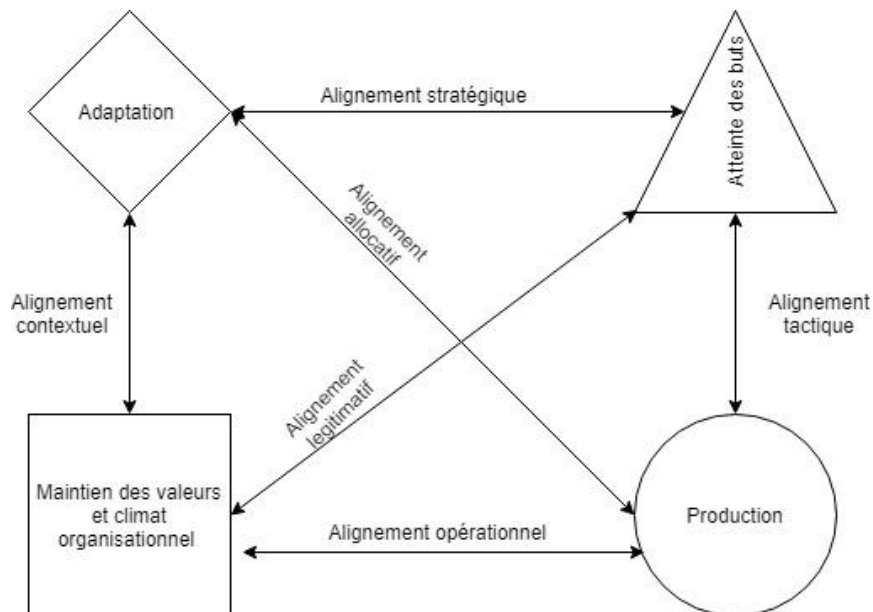
elle dispose (Teil, 2002). Il suppose l'existence d'objectifs raisonnables en lien avec la production effectuée (Guisset, et al., 2002).

**Alignement opérationnel (maintien des valeurs – production) :** Cet alignement est relatif à la capacité des valeurs et du climat organisationnel à influencer sur les systèmes de production (Teil, 2002). Une approche psychosociale de l'organisation est nécessaire en ce sens. Il s'agit en réalité de savoir si la motivation des personnels peut accroître ou améliorer la production ; ou si les impératifs de production sont en adéquation avec les valeurs (Sicotte, et al., 1999).

**Alignement légitimatif (maintien des valeurs – atteinte des buts) :** Cet alignement est relatif au fait que les objectifs assignés aux organisations doivent être en adéquation avec les valeurs et les normes (Olivares, 2011). En contexte de réforme, cet alignement est primordial, car il permet de faire adhérer les personnels aux changements induits par les politiques publiques (Pichault, 2008).

**Alignement contextuel (maintien des valeurs – adaptation) :** Cet alignement est relatif à la capacité des organisations à s'adapter aux prédispositions environnementales compte tenu des valeurs intrinsèquement encrées (Teil, 2002). Il met en avant la volonté des personnels à accepter les processus d'adaptation et à fournir des efforts.

*Figure 1 : Alignements entre les dimensions du modèle d'Évaluation Global et Intégré de la Performance des Systèmes de Santé.*



Source : Champagne, et al. (2005: 32)

## 2. Performance organisationnelle dans les services de santé au Mali

Au Mali, l'adoption de la Loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 Portant loi hospitalière a induit la création de l'Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux (2.1) chargé de la mesure de la performance dans les EPH. Quelques recherches ont également été mises en œuvre dans la mesure de la performance des services de santé (2.2).

### 2.1. L'Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux (ANEH)

Placée sous la tutelle du Ministère chargé de la santé, l'ANEH correspond à un Établissement Public à Caractère Administratif et dispose d'une autonomie administrative et financière. L'article 50 de la loi Hospitalière dispose sa création et fixe ses missions qui sont :

- D'apporter des conseils dans la gestion hospitalière ;
- D'évaluer la qualité des soins dans les établissements publics et privés participants au service hospitalier ;

- D'évaluer l'action publique exercée par les EPH dans l'amélioration de la santé des populations ;
- De transmettre au Ministère chargé de la santé toutes les informations jugées pertinentes dans l'amélioration de la gestion hospitalière.

Dans l'exercice des fonctions qui lui sont dévolues, l'ANEH publie chaque année des rapports sur l'évaluation de la performance des EPH. Les indicateurs utilisés sont généralement issus du modèle des processus (taux de conformité), des taux d'intervention sur certaines pathologies spécifiques et de la mesure de la satisfaction des usagers (ANEH, 2017).

Au titre de ces évaluations, l'ANEH a trouvé que les EPH sont sous-performant, que les hôpitaux semblent mal organisés, car certains indicateurs n'ont pas pu être mesurés tels que les taux de conformité des dossiers médicaux, les taux de conformité des plans opérationnels par rapport aux projets d'établissement.

En recherche d'explication de cet état de performance, l'ANEH a mené plusieurs études dont l'une portait sur l'évaluation de la gestion des ressources humaines et la seconde sur l'évaluation de la mise en œuvre de la réforme hospitalière. Elle a trouvé que les personnels sont démotivés, insatisfaits de leur conditions de travail et ne disposent pas des ressources nécessaires dans l'exercice de leurs fonctions (ANEH, 2014). Et l'évaluation de la mise en œuvre de la réforme hospitalière a révélé que certains textes n'ont pas été adoptés ; et ceux qui ont été adoptés n'ont pas été mis en œuvre (ANEH, 2010). Comme dans le contexte tunisien, il semble que la réforme hospitalière du Mali a été l'objet d'un débat théorique sans portée pratique (Abid, 2012).

## **2.2. Qu'ont fait les chercheurs dans tout cela ?**

Au Mali, très peu de recherches ont explicitement été mises en œuvre dans la mesure de la performance dans les services de santé. Dans le cadre d'une thèse d'exercice rédigée à la faculté de médecine, Guindo (2015) avait déterminé les dimensions retenues dans le concept de performance dans les CSREF. Sa recherche fait apparaître une prédominance des indicateurs relatifs à la capacité des organisations à répondre aux besoins des usagers et au modèle des processus. Elle a également proposé des recommandations inter-subjectivement partagées entre les personnels telles que l'amélioration de l'accessibilité aux soins (approche financière), l'amélioration de la qualité des ressources humaines, matérielles et financières.

Diallo (2020) avait mené une recherche sur l'influence des pratiques de gestion des ressources humaines sur la qualité des soins dans les Centres Hospitaliers Universitaires du Mali. Comme indicateur de mesure de la qualité, il a utilisé les moyens de production, les processus de soins et les résultats des soins. Il a trouvé que les organisations qui disposent de ressources considérables sont celles qui ont des performances médiocres. Ces propos sont également soutenus par l'ANEH.

Bah (2019) avait mené une recherche sur la qualité des prestations à l'hôpital du Mali. La performance a été représentée par la satisfaction des usagers. Il a trouvé que la plupart des usagers sont insatisfaits des temps d'attente, de la mauvaise qualité, de l'accueil et des coûts des services. Ces usagers ont proposé une réduction des tarifs hospitaliers et une augmentation du nombre de spécialistes. Niangaly et al. (2001) ont également mené une recherche sur la qualité des soins dans les CSCOM de la région de Koulikoro. Ils ont trouvé que les patients n'ont pas les moyens de subvenir à leurs dépenses en santé et que les personnels de santé ne sont pas toujours accessibles à des heures tardives.

D'autres recherches alternatives identifient des facteurs de sous-performance dans les services de santé au Mali. Sanogo (2012) a montré que cet état de performance est attribuable au développement sanitaire. Ainsi, les réformes induites par la Politique Sectorielle de Santé des Populations de 1990 a engendré des dynamiques organisationnelles contraignantes. Ces dynamiques ont été étudiées par Diakite et al. (2021). Selon eux, la sous-performance du



secteur de la santé est attribuable aux personnels de santé, aux modalités d'élaboration et de mise en œuvre des politiques publiques. En fait, les personnels n'ont pas participé à l'élaboration des politiques, ainsi, ils n'y ont pas adhéré. En ce sens, ils étaient démotivés, insatisfaits de leurs conditions de travail et désengagés. Cette même réforme a réduit le pouvoir des personnels de santé dans les processus de prise de décisions.

Diakité et al. (2022) avaient également mené une recherche sur la proposition d'un modèle structurel et explicatif de la performance dans les services de santé. Ils ont trouvé que la sous-performance des services de santé est liée à la motivation, à la satisfaction au travail, à l'engagement organisationnel et aux comportements de citoyenneté. Ils ont proposé un modèle structurel à cinq (5) variables ; Et ils pensent que l'amélioration des facteurs individuels permettrait d'accroître la performance des organisations.

Dans un autre sens, la structure du secteur sanitaire en lui-même induit à une sous-performance des services de santé. Les personnels de santé ne disposent pas des ressources nécessaires dans l'exécution de leurs tâches. Et il est difficile de revendiquer ce besoin en raison de la *lourdeur* et de la *lenteur* de la bureaucratie (Mintzberg, 1982; Sanogo, 2012). Ainsi, les soignants sont en souffrance, car ils pourraient faire mieux s'ils étaient dans de meilleures conditions de travail (Bouchon, 2006).

### **3. Propositions d'actions d'amélioration**

#### **3.1. En ce qui concerne l'Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux**

L'ANEH utilise dans ces évaluations des indicateurs issus du modèle des processus et de la mesure de la satisfaction des usagers. Il n'est pas défendu de mobiliser ces indicateurs en gestion hospitalière (Champagne, et al., 2005). Cependant, la valeur des indicateurs est appréciée par rapport à leur pertinence compte tenu de l'environnement dans lequel ils sont utilisés ; d'où la contingence de la notion de performance (Teil, 2002). Si avant, les processus primaient, car les personnels avaient du mal à s'approprier les outils de gestion dans un cadre formel. Aujourd'hui, l'environnement sanitaire a induit l'émergence des modèles complexes (Guindo, 2015). En ce sens, il serait pertinent pour l'ANEH de réviser ses indicateurs. Le recours à un modèle quadridimensionnel (atteinte des buts, adaptation, production, maintien des valeurs et climat organisationnel) est fortement recommandé. De cette perspective, l'ANEH pourra prétendre à la performance dans la mesure où un équilibre est maintenu entre les quatre (4) dimensions.

L'utilisation d'un modèle multidimensionnel permettra de répondre à la diversité des parties prenantes et de mettre en perspective la paradoxalité du concept de performance. Car dans le modèle actuel, ce sont les usagers qui priment ; alors que dans les recherches en développement sanitaire, la sous-performance est induite du comportement des personnels de santé (Diakite, et al., 2021; Sanogo, 2012). Ainsi, il nous paraît indispensable d'intégrer les personnels de santé, les usagers, les organismes participant au service public hospitalier et la tutelle dans les processus d'évaluation de la performance.

L'instauration et l'application effective des fiches de postes, des manuels de procédures et des plans de carrière sont indispensables afin de maintenir l'équité et la justice organisationnelle entre les personnels (Diakite, et al., 2021). Car dans le contexte de sa recherche, Sanogo (2012) avait trouvé que les personnels se plaignaient des modalités de répartition des tâches, des promotions et des perspectives d'avancement dans la carrière.

#### **3.2. Que devrait faire le Gouvernement malien ?**

L'environnement sanitaire malien est structuré en trois échelons (les Centres de Santé Communautaires, les Centres de Santé de Référence et les Établissements Publics Hospitaliers). Si l'ANEH est orientée sur la gestion des EPH (Diakite, et al., 2021), il n'en ai

rien des autres organisations de la superstructure sanitaire. Dans quelques études, la cellule de planification statistique évoque le développement des ressources humaines de la santé sur l'ensemble des services de santé (CPS, 2009). Cependant, les recherches instituées dans le contexte des CSREF et des CSCOM sont rares. En ce sens, il serait pertinent de mettre en place des mécanismes d'évaluation de la performance et de la qualité des soins dans ces services de santé. Ce dispositif permettra de prendre connaissance des défaillances et des besoins dans l'intégralité des services de santé. En ce sens, le législateur devrait accroître le pouvoir d'intervention de l'ANEH en intégrant les CSCOM et les CSREF dans ses attributions.

En réponse à la sous-performance des services de santé, le Gouvernement du Mali doit mettre en œuvre une politique de développement des ressources humaines. Car jusqu'à preuve du contraire, les personnels ont fortement contribué à l'état des services (Sanogo, 2012). Ces politiques doivent améliorer l'engagement, la motivation et la satisfaction des personnels de santé ; cela peut améliorer la performance des organisations (Iaffaldano, 1985; Kim, 2004; Meyer, et al., 1993; Perry, 1996; Perry & Wise, 1990; Randon, 2011; Steijn & Leisink, 2006). Cette proposition est induite de la recherche de Diakité et al. (2022). Ces chercheurs ont montré que dans les théories du management public et du nouveau management public hospitalier, les personnels de santé constituent des ressources indispensables afin d'atteindre les objectifs fixés.

Il serait également pertinent que le Gouvernement du Mali révise ces modalités d'interventions et/ou d'*immixtion* dans la gestion hospitalière. Il est légitime d'interférer dans la gestion hospitalière, car la mission est d'intérêt général ; et la mauvaise exécution de ce service peut induire à des troubles sociaux. Cependant, le manque de participation des personnels dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques a induit au manque d'adhésion. Par-ailleurs, les établissements sont *censés* autonomes mais ne peuvent prendre de décisions (manque de réactivité) sans l'autorisation du Ministère chargé de la santé. Ainsi, accroître la participation des personnels dans l'élaboration des politiques et déléguer réellement certaines prérogatives aux organisations permettrait d'améliorer la performance des services de santé (Sanogo, 2012).

## Conclusion

L'objet de cet article était d'effectuer une revue de la littérature sur la performance organisationnelle dans les services de santé et de proposer des perspectives d'amélioration. Nous avons trouvé que la littérature offre une diversité de modèles unidimensionnels et multidimensionnels (Champagne, et al., 2005; Sicotte, et al., 1998) ; et que le secteur sanitaire malien est déficient dans tous les modèles identifiés. Cet état est attribuable au Gouvernement du Mali, aux comportements des personnels, ainsi qu'au modèle de gouvernance des services de santé (Diakite, et al., 2021; Sanogo, 2012).

Cette revue de la littérature a induit la proposition de plusieurs perspectives tels que la participation des personnels dans les processus de prise de décision, la mise en place d'un modèle intégré d'évaluation de la performance des services de santé sur l'ensemble des composantes de la superstructure sanitaire du Mali. Pour les pistes de recherches futures, il serait pertinent de mener une étude quantitative dans le lien entre les comportements des personnels et la performance des organisations, car la littérature offre des possibilités de mesures.

### Implications théoriques et managériales

Les implications théoriques de notre recherche sont relatives à une contribution dans la littérature sur la performance organisationnelle dans les services de santé et dans la littérature sur les théories du management public hospitalier.

Les implications managériales sont relatives à la mise en place des outils qui permettent aux managers d'examiner et d'identifier les facteurs de sous-performance dans les services de santé au Mali ; à la mise en place de repères qui permettent aux managers de cheminer dans l'action et d'y agir intentionnellement afin d'améliorer la performance des organisations.

## Références

- (1) Abid, L. (2012). La greffe des outils de gestion dans les hôpitaux publics tunisiens. *Management & Avenir*, 54(4), 107.
- (2) Alimazighi, Z., & Selmoune, N. (2004). Modélisation Multidimensionnelle des Tableaux de Bord Prospectifs. *veille stratégique scientifique & technologique: systèmes d'information élaborée, bibliométrie, linguistique, intelligence économique*, 11.
- (3) ANEH. (2010). *Rapport d'étude : Évaluation de la mise oeuvre de la réforme hospitalière au Mali*. Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux.
- (4) ANEH. (2014). *Évaluation de la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux*. Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux.
- (5) ANEH. (2017). *Rapport de synthèse : Évaluation de la performance des hôpitaux au titre de l'année 2017*. Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux.
- (6) ANEH. (2019). *Évaluation de la performance des Hôpitaux au titre de l'année 2018*. Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux. [www.aneh-mali.org](http://www.aneh-mali.org)
- (7) Bah, O. (2019). Enquête D'opinion Sur La Qualité Des Prestations De l'Hôpital Du Mali. *European Scientific Journal ESJ*, 15(34).
- (8) 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.
- (9) 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.
- (10) CPS. (2009). *Developpement des ressources humaines pour la santé: Plan stratégique national (2009-2015)*. Cellule de Planification et de Statistique.
- (11) 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), 22.
- (12) Diakite, O., Diabate, A., Coulibaly, I., & Kone, A. (2022). Proposition d'un modèle explicatif de la performance organisationnelle par les facteurs individuels dans les Centres Hospitaliers Universitaires du Mali. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 5(1), 306-328.
- (13) Diallo, B. (2020). *Influence des pratiques de gestion des ressources humaines sur la qualité des soins dans les centres hospitaliers universitaires du Mali*.
- (14) Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166.
- (15) Donabedian, A. (1985a). The epidemiology of quality. *Inquiry*, 22(3), 282-292.
- (16) Donabedian, A. (1985b). Twenty years of research on the quality of medical care : 1964-1984. *Evaluation & the health professions*, 8(3), 243-265.
- (17) Elhamma, A. (2011). L'impact de la strategie sur le contenu des tableaux de bord : Cas des entreprises au Maroc. *Revue Congolaise de Gestion*, Numéro 14(2), 57.

- (18) Germain, C. (2004). *La contingence des systèmes de mesure de la performance : Les résultats d'une recherche empirique sur le secteur des PME*. 21.
- (19) Goïta, B., Sanogo, M., Cisse, M., Maïga, S., Coulibaly, I., & Mariko, E. (2018). *Etude 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.
- (20) Guindo, A. (2015). *La performance des centres de sante de références : Quelles conceptions ? Cas des csref de Bamako*. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.
- (21) Guisset, A.-L., Sicotte, C., Leclercq, P., & D'Hoore, W. (2002). Définition de la performance hospitalière : Une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sciences sociales et santé*, 20(2), 65-104.
- (22) Hassani, K., & Moussali, M. N. E. (2020). *Les modèles d'évaluation des performances d'un système de santé : Application au cas Marocain*.
- (23) Iaffaldano, M. T. (1985). *Job satisfaction and job performance : A meta-analysis*. 104.
- (24) Kim, S. (2004). Individual-Level Factors and Organizational Performance in Government Organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(2), 245-261.
- (25) Loi n ° 02-050 du 22 juillet 2002 Portant loi hospitalière, 1 (2002).
- (26) Lombrail, P., Naiditch, M., Baubeau, D., Cuneo, P., & Carlet, J. (1999). *Les éléments de la « performance » hospitalière*. 8.
- (27) Magnussen, J. (1996). Efficiency measurement and the operationnalization of hospital production.pdf. *Health services research*, 31(1), 21.
- (28) Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations : Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4), 538-551.
- (29) Ministère de la santé. (2002). *La carte nationale hôpitalière du Mali 2003-2007*. Ministère de santé.
- (30) Mintzberg, H. (1982). *Strucutre et dynamique des organisations*. Editions d'Organisation.
- (31) Ndao, D. A. (2019). Analyse des dimensions et critères de performance d'une structure de santé : le cas de l'hôpital Pikine. *Revue Africaine de gestion*, 2(1), 1-22.
- (32) Nia, H., & Omari, M. (2019). *Le processus d'évaluation de la performance dans un centre hospitalo-universitaire : Etat des lieux et perspectives*. 45(1), 12.
- (33) Niangaly, A., Kante, N., & Soumare, N. D. A. (2001). Qualité des soins dans les centres de santé communautaire de la région de Koulikoro (République du Mali). *Médecine d'Afrique Noire*, 48(7), 6.
- (34) Nobre, T. (1998). Management de la valeur et pouvoirs dans l'hôpital. *Revue Finance Contrôle Stratégie*, 1, 113-135.
- (35) Olivares, F. M. R. (2011). *Un modèle global et intégré de la performance : Application à l'urgence d'un hôpital au Mexique*. 163.
- (36) PDDSS, 2014. (2014). *Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023*. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.
- (37) Perry, J. L. (1996). Measuring public service motivation : An assessment of construct reliability and validity. *Journal of public administration research and theory*, 6(1), 5-22.
- (38) Perry, J. L., & Wise, L. R. (1990). The motivational bases of public service. *Public administration review*, 367-373.
- (39) Pichault, F. (2008). *La question de la cohérence dans les projets de réforme des services publics basés sur la gestion des ressources humaines*. 9.

- (40) PRODESS. (1999). *Programme de Développement Sanitaire et Social Phase I*. Ministère de la santé, Mali.
- (41) PRODESS. (2009). *Programme de Développement Sanitaire et social II Prolongé (2009-2011) : Composante santé*. Ministère de la santé, Mali.
- (42) 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.
- (43) Randon, S. (2011). *Actualisation 2011 de la revue de littérature sur la satisfaction au travail conduite par le ccecqa en 2000*. 87.
- (44) Rouhana, R., & Van Caillie, D. (2008). *L'évolution du design des systèmes de pilotage de la performance dans les hopitaux: une quête permanente de l'efficience organisationnelle*. 31.
- (45) Sanogo, M. (2012). *Anayse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali*. Faculté de Médecine, Université de Montréal.
- (46) Sicotte, C., Champagne, F., & Contandriopoulos. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6(1), 34-46.
- (47) Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Barnsley, J., Beland, F., Leggat, S. G., Denis, J. L., Bilodeau, H., Langley, A., Bremond, M., & Baker, G. R. (1998). A Conceptual Framework for the Analysis of Health Care Organizations' Performance. *Health Services Management Research*, 11(1), 24-41.
- (48) Steijn, B., & Leisink, P. (2006). L'engagement organisationnel du personnel du secteur public néerlandais. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 72(2), 195.
- (49) Teil, A. (2002). *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : Application à la gestion hospitalière*. Université Jean Moulin – Lyon 3.
- (50) UNICEF. (2012). *Rapport de synthèse : Carte sanitaire du Mali*. Cellule de planification et de statistique secteur santé, développement social et promotion de la famille.
- (51) Zenjari, A. (2016). *La performance hospitalière : Quelle représentation par les acteurs internes ? « Cas des hôpitaux publics de la région de Marrakech »*. 22.
- (52) Zenjari, A. (2017). *La performance hospitalière : La mise à l'épreuve des relations entre ses dimensions, « cas des hôpitaux publics de la région de Marrakech, Maroc »*. 19.