

Proposition d'un modèle explicatif de la performance organisationnelle par les facteurs individuels dans les Centres Hospitaliers Universitaires du Mali.

Proposal of an explanatory model of organizational performance by individual factors in the University Hospitals of Mali.

DIAKITE Oumar

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

DIABATE Adama

Professeur des Universités
Institut Universitaire du Développement Territorial de Bamako (IUDT)
Mali
Adamadiabate2001@yahoo.fr

COULIBALY Issa

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

KONE Adama

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

Date de soumission : 14/12/2021

Date d'acceptation : 22/01/2022

Pour citer cet article :

DIAKITE O. et al. (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 « Volume 5 : Numéro 1 » pp : 306 - 328

Résumé

Depuis plusieurs années, la santé des populations constitue une préoccupation majeure du Gouvernement du Mali. Plusieurs dispositions ont été mises en œuvre à cet effet tels que l'accroissement des ressources injectées en santé (matérielles, financières et humaines), l'autonomisation des hôpitaux, le développement des ressources humaines et la modernisation des structures. Malgré ces efforts, les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de dernière référence font état de performances médiocres car les usagers et les patients se plaignent des modalités d'accueil, de la qualité des plateaux techniques et de l'hôtellerie hospitalière ; et cette sous-performance semble attribuable aux personnels de santé (Sanogo, 2012).

Cette recherche a pour but d'effectuer une revue de la littérature sur la performance hospitalière, de décrire les facteurs à l'origine de la sous-performance des CHU ; et de proposer un design de recherche explicatif de la performance hospitalière par le biais des facteurs individuels. À l'issue de cette analyse, nous avons trouvé un modèle structurel à cinq variables (performance, motivation, engagement organisationnel, satisfaction, comportements de citoyenneté) différent du modèle simplifié de Kim (2004). Le modèle structurel proposé induit également l'existence de variables médiatrices interposées entre la satisfaction au travail et la performance.

Mots clés : Performance hospitalière ; Motivation ; Engagement organisationnel ; Satisfaction au travail ; Comportements de citoyenneté organisationnelle.

Abstract

For several years, the health of the populations has been a major concern of the Government of Mali. Several measures have been implemented for this purpose such as increasing the resources injected into health (material, financial and human), the empowerment of hospitals, the development of human resources and the modernization of structures. Despite these efforts, the latest benchmark University Hospital Centers (CHUs) report mediocre performance because users and patients complain about reception methods, the quality of technical facilities and hospital accommodation; And this underperformance seems to be attributable to health workers (Sanogo, 2012).

The purpose of this research is to conduct a review of the literature on hospital performance, to describe the factors behind the underperformance of CHUs; and to propose an explanatory research design of hospital performance through individual factors. At the end of this analysis, we found a structural model with five variables (performance, motivation,

organizational commitment, satisfaction, citizenship behaviors) different from the simplified model of Kim (2004). The proposed structural model also induces the existence of mediating variables interposed between job satisfaction and performance.

Keywords: Hospital performance; Motivation; Organizational commitment; Job satisfaction; Organizational citizenship behaviors.

Introduction

Depuis l'indépendance jusqu'à aujourd'hui, le Gouvernement du Mali (GdM) s'est efforcé de proposer un droit à la santé aux populations (Constitution, 1992). De nombreuses politiques ont été mises en œuvre afin de développer le secteur de la santé. Les premières initiatives se sont manifestées depuis les années 1960. Cependant, la littérature retient l'adoption de la Politique Sectorielle de Santé des Populations de 1990 comme le point de départ des initiatives de développement du secteur de la santé (PRODESS, 1999, 2009, 2014). Le but était d'améliorer la santé par la qualité des soins (Paul, 2011).

Les CHU¹ ont été des leviers pertinents dans la mise en œuvre de ces politiques car dans l'architecture du système sanitaire Malien, ils constituent les hôpitaux de dernière référence qui disposent de ressources considérables afin de prendre en charge la quasi-totalité des pathologies complexes (Goïta, et al., 2018). Par le développement sanitaire, les CHU ont été reformés et disposent d'une autonomie administrative et financière (Loi n ° 02-050 du 22 juillet 2002 Portant loi hospitalière). Ces nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement permettent aux CHU de gérer leurs ressources humaines, financières et matérielles. Les CHU ont désormais la possibilité de recruter, de définir les politiques d'intéressement du personnel, de disposer d'un budget de fonctionnement et d'investissement. Cependant, ces directives de gestion sont proposées et exécutées par une Direction Générale sur approbation conjointe d'un Conseil d'Administration et du Ministère chargé de la santé (CHU-Gabriel TOURE, 2021).

Ces organisations ont été le centre de l'attention dans la recherche en santé publique ces dernières années car malgré les ressources dont elles disposent, les usagers et les patients se plaignent (Bah, 2019). En réalité, les CHU font état de performances médiocres (Diallo, 2020) ; et ce phénomène est lié aux personnels de santé qui sont démotivés, insatisfaits, désengagés et ne s'entraident pas (comportements de citoyenneté)² (Diakite, et al., 2021).

Dans ce cadre, cette recherche a pour objet de faire une revue de la littérature sur la performance des CHU du Mali, de décrire les facteurs explicatifs de cet état de performance ; et de proposer un modèle structurel et explicatif de cette performance par le biais des facteurs

¹ Au Mali, il existe sept (7) CHU. Il s'agit du CHU du point G, de l'hôpital du Gabriel TOURE, de l'hôpital du Mali, de l'Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique, du Centre National d'Odonto-stomatologie, du CHU de Kati et de l'hôpital du Luxembourg.

² Les Comportements de citoyenneté organisationnelle correspondent au fait que certains personnels déploient des efforts afin d'améliorer l'efficacité d'une organisation sans que cela ne lui soit exigé par le contrat de travail qui le lie à l'organisation (Paillé, 2008).

individuels. Ainsi, notre recherche s'articule autour de la question suivante : **Quels sont les facteurs qui expliquent la performance organisationnelle dans les Centres Hospitaliers Universitaires du Mali ?**

Pour répondre à cette question de recherche, nous présenterons en première partie (1) une revue de la littérature sur la performance des CHU. En deuxième partie (2), nous décrirons les facteurs individuels et leurs influences sur la performance. Nous proposerons ensuite un modèle explicatif et prédictif de la performance (3) pour enfin conclure.

1. La performance hospitalière

Dans la recherche en sciences de gestion, la littérature sur la performance hospitalière est fractionnée en deux modèles spécifiques (Teil, 2002; Zenjari, 2016). Il s'agit des modèles unidimensionnels (1.1) et multidimensionnels (1.2). La littérature a également introduit certaines variables explicatives de la performance dans les services de santé (1.3).

1.1. Les modèles unidimensionnels

Le modèle des objectifs rationnels : Ce modèle est induit des recherches dans le secteur privé. Il fait référence à la logique d'atteinte des résultats compte tenu des ressources injectées. Dans ce modèle « *la performance correspond au degré d'accomplissement des buts, des objectifs et des plans ou programmes que s'est donné une organisation* » (Hassani & Moussali, 2020: 245). Généralement, le rapport coût/efficacité prévaut. C'est-à-dire que la performance est appréciée par la baisse des dépenses et l'atteinte des objectifs (Magnussen, 1996). L'efficacité permet d'évaluer le rapport coût/efficacité (Teil, 2002). Cependant, plusieurs formes d'efficacité sont à constater en gestion hospitalière. C'est ainsi que Nia & Omari (2019) dénombrent *l'efficacité allocative* (allocation optimale des ressources disponibles en fonction des contraintes de l'environnement) et *l'efficacité technique* (production des soins aux coûts les plus bas).

Si l'efficacité a fait ses preuves dans le secteur privé, il n'en demeure pas moins que ses effets sont méconnus dans le secteur public (Blatrix & Bartoli, 2015) et les contextes sont souvent inadaptés pour se prévaloir d'une performance financière au détriment de la santé des populations. Ce modèle nécessite des réaménagements car dans le secteur sanitaire Malien, les personnels se plaignent de l'insuffisance des ressources alors que les objectifs sanitaires imposés sont contraignants (Bouchon, 2006).

Le modèle des ressources ou de l'adaptation : Dans ce modèle, il s'agit d'évaluer ce qu'est capable de faire une organisation compte tenu des ressources dont elle dispose. Ainsi une

organisation est considérée comme performante lorsqu'on « *compare les résultats obtenus à ceux qu'il aurait été possible d'obtenir* » (Hassani & Moussali, 2020: 245). Dans cette perspective, il est essentiel d'évaluer les capacités d'appropriation des ressources (financières, matérielles et technologiques) ; Car plus une organisation dispose de ressources et plus elle sera considérée comme performante (Teil, 2002).

Deux unités d'analyses sont distinguables dans ce modèle. La première porte sur le potentiel des organisations à répondre aux besoins des parties prenantes, et la seconde sur la corrélation entre l'acquisition des ressources et la performance (Teil, 2002). C'est ainsi que Donabedian (1966) pense que la présence du personnel hospitalier-universitaire est un gage de qualité. Le contexte sanitaire Malien met en avant les effets pervers associés à ce modèle. À titre d'illustration, Diallo (2020) avait mené une recherche sur la qualité des soins et il a trouvé que les CHU qui ont les ressources les plus élevés sont également ceux qui ont les performances les plus médiocres. En ce sens, *ne serait-il pas plus pertinent de se focaliser sur l'utilisation optimale des ressources ?*

Le modèle des relations humaines : Dans ce modèle, les personnels constituent le centre de l'attention. Ce modèle fait suite aux recherches de Taylor sur la productivité des personnels. Il va du fondement selon lequel la performance est appréciée dans l'absence de conflits dans les organisations. Ainsi, est considérée comme performante « *une organisation qui parvient à satisfaire les besoins des groupes de détenteurs d'enjeux en maintenant un climat collaboratif satisfaisant* » (Nia & Omari, 2019: 54).

Les indicateurs mobilisés dans la mesure de la performance dans ce modèle sont relatifs à la mesure de la satisfaction, du climat social et du bien-être des personnels (Iaffaldano, 1985; Teil, 2002). Ce modèle s'apparente aux théories de l'efficacité des organisations (Rainey & Steinbauer, 1999) et de la motivation de service public (Perry & Wise, 1990). Dans ces théories comme dans le modèle des relations humaines en contexte de réformes, les leviers de performance sont relatifs à la participation des personnels dans les processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques publiques (Lafram & Lamalem, 2021). Ce dispositif permet d'éviter les résistances aux changements et les conflits internes (managers-personnels).

Dans le secteur de la santé au Mali, les personnels ne participent pas aux processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques. À titre d'illustration, dans l'élaboration et la mise en œuvre de la *loi hospitalière de 2002*, les personnels ont été spectateurs du

changement ; cela a abouti à des démotivations, à des grèves et à des sabotages (Diakite, et al., 2021).

Le modèle des processus : Dans ce modèle, ce sont les modalités de production qui priment. Est considérée comme performante une organisation qui produit des soins conformément aux règles et procédures établies (Zenjari, 2016). Le recours à ce modèle suppose l'existence de règles préétablies. Ces processus se matérialisent par la mise en place de manuels de procédures qui décrivent les modalités d'exécution des tâches (Rouhana & Van Caillie, 2008). Il est bien connu que la standardisation dans les hôpitaux est *difficile* car chaque patient peut éventuellement être traité différemment (Mintzberg, 1982). Ainsi, les règles et les procédures ne sont que temporaires. Bien que certaines contraintes soient imposées par l'ordre des médecins, il est complexe d'assigner des processus rigides aux professionnels de santé.

Par-ailleurs, dans les CHU du Mali, bien que la politique nationale de développement des ressources humaines de la santé avait prévu la mise en place de manuels de procédures et des fiches de poste (PNDRHS, 2009), il n'en existe réellement pas au sein des organisations. Et même s'ils ont été élaborés dans certains CHU, ils ne sont pas appliqués. L'absence des manuels de procédures induit à des confusions dans l'exécution des tâches et chacun a tendance à se défaire de ses responsabilités (Diakite, et al., 2021). L'Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux (ANEH), par la mesure de la performance à l'aide des taux de conformité (issus du modèle des processus) a trouvé au titre de la mesure de la performance (2017-2018) que les activités des CHU ne sont pas conformes aux règles et aux procédures proposées par le Ministère chargé de la santé (ANEH, 2017, 2019).

1.2. Les modèles multi-dimensionnels

Le tableau de bord prospectif de Norton et Kaplan : Ce tableau de bord a été utilisé et extrapolé dans plusieurs contextes. Les tableaux de bord sont généralement liés à la stratégie car ils sont utilisés afin d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs (Champagne, et al., 2005; Le Pogam, et al., 2009). « *Le tableau de bord correspond à 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).

Structurellement, le Balanced ScoreCard ou tableau de bord est composé de quatre axes dont l'axe financier (qui mesure la performance financière), l'axe client (indicateurs de satisfaction des clients), l'axe des processus internes (capacité des processus à améliorer l'efficacité des

organisations) et l'axe innovation et apprentissage (gérer les ressources afin d'atteindre les objectifs stratégiques) (Elhamma, 2011). La performance résulte du maintien de l'équilibre entre ces différentes dimensions.

En extrapolation du tableau de bord dans le secteur sanitaire, le bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis en place en 2004 le modèle « *Performance Assessment Tools in Hospital (PATH)* ». Ce modèle permet d'effectuer des comparaisons entre les performances des services de santé des États Européens. Il est composé de six dimensions tels que l'efficacité, la sécurité, l'efficacité clinique, la responsabilité envers la population locale, la responsabilité envers les ressources humaines et l'approche centrée sur le patient (Le Pogam, et al., 2009; Nia & Omari, 2019).

L'approche contingente relative aux travaux de Sainsaulieu : La théorie de la contingence correspond à une voie indispensable dans la découverte de la réalité sous-jacente au choix des indicateurs de mesure de la performance. Cette théorie va de l'hypothèse selon laquelle il n'existe pas de modèle plus performant que l'autre. Tout est relatif et les indicateurs de mesure ne sont pertinents qu'en fonction de variables tels que la typologie de l'industrie, la taille, le climat, la conduite managériale, la complexité environnementale et la stratégie organisationnelle (Rouhana & Van Caillie, 2008)

Dans ces travaux, Sainsaulieu a utilisé un échantillon d'organisations (Entreprises de production, du secteur marchand et des services publics). Il a identifié quatre dimensions de la performance (économique, commerciale, productive et sociale) ; et il a trouvé qu'il n'existe pas nécessairement de relations entre la performance sociale et les autres dimensions. C'est-à-dire qu'une organisation peut faire état de bonnes performances économiques au détriment des personnels (Teil, 2002).

La qualité globale chez Donabedian : Dans son article sur les vingt ans de recherche en épidémiologie, Donabedian (1985b) a montré que la définition de la qualité correspond à un construit social qui nécessite des négociations entre toutes les parties prenantes (personnels de santé, managers, patients etc...). Pour lui, c'est dans cette construction inter-subjectivement partagée que l'on retrouve l'essence réelle du concept de qualité. Il pense également que certains facteurs tels que l'âge, l'expérience, l'exercice des fonctions hospitalo-universitaires et la technologie permettent d'améliorer la qualité des services de santé.

Donabedian (1966) a montré qu'il existe deux formes de qualité. La *qualité interpersonnelle* qui est induite de la diffusion des connaissances, des valeurs et des normes entre les

personnels ; et la *qualité technique* qui correspond à la science médicale et technologique. Elle permet de maintenir le même risque pour un bénéfice supérieur (Teil, 2002). Pour Donabedian, la qualité des soins ne se limite pas qu'à la mesure de la satisfaction des patients, mais s'étend également à l'évaluation de la qualité des soins médicaux et la compréhension des processus de soins. Ainsi, Donabedian (1985a) pense que plusieurs effets pervers sont associés à la notion de qualité. À titre d'illustration, le nombre élevé de décès peut être induit de très bons processus de soins. Et bien que les taux élevés de rotation des lits soient des indicateurs de performance financière, il n'en demeure pas moins qu'il est pertinent de savoir si toutes les pathologies sont intégralement traitées pendant la durée du séjour.

Le Modèle d'Évaluation Global et Intégré de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS) : Dans leurs recherches, Sicotte et ses collègues ont développé un modèle issu de la théorie du système social de Parsons. Cette théorie va du fondement selon lequel la performance est globale, contingente, paradoxale et multidimensionnelle (Teil, 2002). Globale car elle doit répondre aux besoins de toutes les parties prenantes ; contingente car elle est dépendante du contexte ; paradoxale car les indicateurs sont contradictoires ; et multidimensionnelle car elle inclut plusieurs perspectives (Guisset, et al., 2002). Bien que des modèles balbutiants ont existé (modèles unidimensionnels), Sicotte et ses collègues ont mis en place un modèle intégré qui comprend tous les indicateurs (issus des modèles unidimensionnels et multidimensionnels) de mesure de la performance dans les services de santé (Champagne, et al., 2005; Dobashi, et al., 2015; Guisset, et al., 2002; Sicotte, et al., 1998, 1999; Zenjari, 2016, 2017).

Le modèle EGIPSS est composé de quatre dimensions (l'adaptation, l'atteinte des buts, le maintien des valeurs organisationnelles et la production). La dimension *adaptation* est relative à la capacité des organisations à acquérir des ressources (humaines, financières et matérielles) en réponse aux évolutions des besoins des patients. En fait, la structure adapte son organisation, son fonctionnement et ses ressources afin de faire face à l'environnement (Zenjari, 2016). La dimension de *l'atteinte des buts* se réfère aux propensions des CHU à satisfaire aux niveaux d'exigences en efficacité, en efficience et en satisfaction globale. La dimension *production* est relative à la qualité des soins, à la coordination entre les services, au volume des soins produits et à l'efficience technique (Teil, 2002). La dimension du *maintien des valeurs et des normes* permet de consolider et de donner du sens aux trois autres dimensions par l'instauration d'un climat de travail satisfaisant ; et par la mise en place d'un

consensus autour des valeurs organisationnelles (Guisset, et al., 2002; Sicotte, et al., 1998; Zenjari, 2016).

Dans le modèle EGIPSS, les relations entre les dimensions ont du sens et correspondent à des alignements (Sicotte, et al., 1999).

Alignement stratégique (Adaptation-Atteinte des buts) : Il met en avant la capacité des organisations à acquérir des ressources (financières, matérielles et humaines) afin d'atteindre les objectifs fixés.

Alignement allocatif (Adaptation-Production) : Cet alignement induit la justesse et la pertinence dans l'acquisition des ressources en fonction des impératifs de production. Cependant, l'effet peut être inverse. Il s'agirait alors d'identifier les capacités de production en fonction des ressources disponibles.

Alignement contextuel (Adaptation-Maintien des valeurs) : Cette dimension met en perspective la capacité des processus d'adaptation à mimer avec les valeurs et les normes. Ainsi, les modalités d'acquisition des ressources doivent être en conformité avec les valeurs organisationnelles.

Alignement légitimatif (Atteinte des buts-Maintien des valeurs) : Dans cette approche, les valeurs sont générées et partagées afin d'atteindre des buts. Cela est impératif dans les contextes de réformes afin que les personnels adhèrent aux objectifs.

Alignement opérationnel (Production-Maintien des valeurs) : Cette dimension est relative à l'implication organisationnelle, à la génération et à la diffusion des pratiques professionnelles codifiées en valeurs et en normes au service du système de production des soins.

Alignement tactique (Production-Atteinte des buts) : Il découle des processus de contrôle de l'activité. Il induit la modélisation des buts en fonction des capacités de production ; ou de mettre en place des impératifs de production en fonction des objectifs à atteindre.

1.3. La performance dans les CHU et l'émergence des facteurs individuels

Au Mali, la nouvelle loi a délégué la mesure de la performance des CHU à l'ANEH (Loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 Portant loi hospitalière). Chaque année, L'ANEH effectue une évaluation de la performance des Établissements Publics Hospitaliers du Mali à l'aide d'indicateurs généraux (taux de satisfaction des usagers, taux de conformité) et d'indicateurs spécifiques (ANEH, 2017, 2019). Les rapports d'évaluation font état d'une sous-performance des CHU. Ces allégations sont validées par Diallo (2020) et Sanogo (2012) suite à des recherches empiriques.

Il a été constaté que la réforme hospitalière correspond à un des faits générateurs de cette sous-performance. L'objet du changement était d'améliorer l'efficacité des services de santé. Cependant, les personnels n'ont pas pris part aux processus d'élaboration (faute du consultant et du Ministère chargé de la santé). Ainsi, ils ne se sont pas impliqués dans sa mise en œuvre (Sanogo, 2012). Le même problème a été constaté au cours de la mise en œuvre des politiques d'exemption du paiement des soins (Olivier de Sardan & Ridde, 2012).

Dans la littérature, les perspectives d'explication de la performance dans les services publics ont été initiés par Rainey & Steinbauer (1999) avec la théorie de l'efficacité des organisations publiques. Dans cette théorie, la performance est dépendante des facteurs organisationnels et individuels (Brewer & Selden, 2000). Kim (2004) a ensuite montré que la performance est dépendante de la motivation, de l'engagement, des Comportements de Citoyenneté Organisationnelle (CCO) et de la satisfaction au travail. Diakite et al. (2021) ont par la suite justifié que ces facteurs individuels étaient pertinents dans les CHU du Mali.

2. Les facteurs individuels et la performance organisationnelle

2.1. La motivation

Dans la littérature, il existe de nombreuses constructions de la motivation. Les plus connues correspondent à la théorie X et Y de McGregor (Kopelman, et al., 2008), à la pyramide des besoins d'Abraham Maslow (Kaur, 2013), à la théorie des deux facteurs d'Herzberg (Louart, 2002) et à la motivation de service public (Perry & Wise, 1990). Si dans les approches traditionnelles, la motivation correspond à un « *ensemble de raisons collectives, conscientes ou individuelles qui pousse à agir et à avoir un comportement spécifique afin d'atteindre un objectif* » (Kapuyanyika, 2014: 23), la motivation de service public « *correspond à la prédisposition individuelle à répondre à des motifs portés en premier lieu, sinon uniquement par des institutions et organisations publiques* » (Ritz, 2009: 61).

Les théories traditionnelles (X et Y de McGregor, de Herzberg et d'Abraham Maslow) vont du fondement selon lequel les managers doivent mettre en place une adéquation entre les mécanismes de motivation des personnels et les besoins d'une organisation (Kapuyanyika, 2014). Dans la construction de Perry (1996), la motivation de service public est intrinsèquement liée à la personne. Pour l'amour de la patrie, pour l'attrait à l'élaboration des politiques publiques et pour l'amélioration des conditions des plus démunis, les personnels fournissent des efforts afin d'exécuter leurs tâches et d'améliorer la performance des services de santé sans qu'aucun mécanisme de rémunération n'y soit associé (Perry & Wise, 1990).

Cette construction est adaptée aux services de santé car ils fonctionnent compte tenu des dispositions politiques (PDDSS, 2014).

Dans le secteur de la santé au Mali, il a été constaté que les personnels sont démotivés et fournissent très peu d'efforts, ce qui explique la sous-performance des services car les tâches ne sont pas effectuées exhaustivement. Cela peut s'expliquer par le manque de ressources dans l'exécution de certaines tâches. Cependant, il subsiste également que les personnels de santé participent au service public hospitalier pour la sécurité de l'emploi et des avantages associés et non par la volonté d'améliorer l'efficacité des organisations (Sanogo, 2012).

Plusieurs études ont porté sur le lien entre la motivation et la performance. Dans les études empiriques, les chercheurs sont presque unanimes sur le fait qu'il existe une relation positive entre ces deux variables. C'est-à-dire que plus les personnels sont motivés, meilleures seront les performances ; et moins les personnels seront motivés, médiocres seront les performances (Kim, 2004).

2.2. La satisfaction au travail

La satisfaction au travail correspond « à un état émotionnel agréable ou positif résultant de l'évaluation du travail et de l'expérience professionnelle » (Zeinabadi, 2010: 999). Il existe d'innombrables recherches sur la satisfaction au travail. Dans l'état de l'art, nous ne pourrions dénombrer l'ensemble de ses constructions. Randon (2011) a montré qu'il est quand même possible d'appréhender la satisfaction au travail par un ensemble de canevas. Pour lui, dans le secteur de la santé, la satisfaction au travail est relative à la satisfaction générale sur l'exercice de l'activité professionnelle, à la possibilité de développement et de réalisation professionnelle, à la rémunération salariale, à la qualité des relations de travail avec l'encadrement, à l'implication de la direction et à la reconnaissance au travail.

Généralement, les chercheurs vont de l'hypothèse selon laquelle il existe une relation positive entre la satisfaction et la performance (Porter, et al., 1974; Zeinabadi, 2010). Iaffaldano (1985) avait mené une méta-analyse en mobilisant soixante-quatorze (74) recherches qui portaient dans le lien entre la satisfaction au travail et la performance. Il a trouvé que certaines recherches soutenaient une relation positive, d'autres une relation négative et quelques-unes n'ont pas trouvé de relations entre la satisfaction et la performance. Selon lui, ces résultats contradictoires sont dus à des traitements inadaptés.

Dans les CHU au Mali, les personnels sont insatisfaits de leurs conditions de travail, des mécanismes de gouvernance (manque de participation), de l'absence de perspectives

d'avancement (plans de carrière) et de leur rémunération. Ils ont atteint une phase où ils ne revendiquent plus leurs voies dans les processus de prise de décisions. Ils n'y adhèrent tout simplement pas (Diakite, et al., 2021).

2.3. L'engagement organisationnel

Les recherches sur l'engagement organisationnel ont pris forme à la suite des recherches sur *la théorie des paris de côté* de Becker (1960). Cette théorie va de l'hypothèse selon laquelle les individus sont engagés à exécuter des actions car il existe des facteurs exogènes qui déterminent leurs comportements. Ce concept a été transposé dans le contexte des organisations et s'apparentent aujourd'hui aux capacités des personnels à rester dans les services et à y effectuer des efforts. Ainsi, l'engagement organisationnel se définit comme « *le degré auquel un employé s'identifie à une organisation, s'engage à en rester membre et à atteindre ses buts et objectifs* » (Akanbi et Itiola, 2013: 18).

L'engagement organisationnel correspond à un construit tridimensionnel (engagement affectif, normatif et de continuité) (Allen & Meyer, 1990; Camilleri & Van Der Heijden, 2007; Meyer, et al., 1993). L'engagement affectif est relatif au fait qu'un employé reste dans une organisation parce qu'il le souhaite, il retire de la satisfaction au travail et fourni des efforts afin d'améliorer l'efficacité de l'organisation. L'engagement normatif est associé à la conformité organisationnelle. Les personnels se mettent en adéquation avec les règles et les procédures. La tâche ne constitue pas une corvée, mais tout simplement une obligation. Et l'engagement de continuité est relatif au fait que les personnels restent dans les services car ils n'ont pas d'autres perspectives. Ils ont trop à perdre s'ils quittent l'organisation (ancienneté, sécurité du travail, situations familiales). Ainsi, ils effectuent le minimum d'efforts afin de rester membre de l'organisation (Allen & Meyer, 1990).

Le lien entre l'engagement et la performance organisationnelle tient à la nature du premier. Les recherches théoriques et empiriques font état d'une relation positive entre l'engagement affectif et normatif avec la performance. Cette relation est négative avec l'engagement de continuité (Meyer, et al., 1989).

Le concept de l'engagement organisationnel est très illustratif dans les CHU car certains deviennent des professionnels de santé, non pas pour le prestige et pour la rémunération, mais par la volonté de venir en aide aux plus démunis. Ces comportements émanent généralement d'un vécu. Ce qui n'est pas le cas au Mali, car les professionnels fournissent peu d'efforts (prévalence de l'engagement de continuité) (Sanogo, 2012).

2.4. Les Comportements de Citoyenneté Organisationnelle (CCO)

Les recherches sur les CCO prennent leurs sources dans les travaux de Organ et de Podsakoff. Pour eux, « *Les Comportements de Citoyenneté se définissent comme des gestes coopératifs et constructifs qui ne sont ni dans le contrat de travail, ni directement récompensés par un système formel* » (Chênevert, et al., 2013: 214). Contrairement aux autres facteurs individuels qui disposent de dimensions, il existe plusieurs formes de CCO. Les recherches empiriques retiennent le comportement d'aide, l'esprit d'équipe, la loyauté organisationnelle, la conformité organisationnelle, l'initiative individuelle, les vertus civiques et le développement personnel (Podsakoff, et al., 2000; Podsakoff et MacKenzie, 1994, 1997).

Théoriquement et empiriquement, les CCO ont une incidence positive sur la performance des organisations (Kim, 2004). Cependant, il existe des subtilités dans ces relations. Compte tenu des taux de rotation élevés dans les organisations, les CCO ont une incidence négative sur la performance car les managers et certains personnels sont toujours occupés à former de nouveaux agents. Cependant, lorsque les taux de rotation sont faibles, les CCO ont initialement une incidence négative, puis positive sur la performance car à la suite de la formation et du perfectionnement des nouveaux employés, les managers et les personnels seront occupés à leurs tâches. Ces propos ont empiriquement été validés par Podsakoff & MacKenzie (1994) qui ont trouvé que le comportement d'aide avait une relation négative puis positive avec la performance.

Dans les CHU du Mali, les CCO semblent inexistantes car il y a un manque de collaboration. Les chefs de services qui ont des différends ne collaborent pas et entraînent les membres de leurs unités dans ces conflits. Le manque de fiches de postes induit à l'inexécution de certaines tâches et la prévalence des conflits accroît l'absence d'aide entre les collaborateurs (Diakite, et al., 2021; Sanogo, 2012).

3. Proposition d'un design de recherche et formulation d'hypothèses

Dans la recherche en sciences de gestion, la motivation, l'engagement organisationnel, les CCO et la performance organisationnelle constituent des facteurs individuels. Ce sont des caractéristiques liées à la personne et qui déterminent les comportements et la participation organisationnelle (Kim, 2004). Ces facteurs peuvent améliorer la performance car les individus ont de meilleures propensions à agir dans l'intérêt de l'organisation (Sanogo, 2012). Cependant, la sous-performance des CHU du Mali suppose une démotivation au service public, un désengagement (affectif et normatif), l'absence des comportements de citoyenneté

et l'insatisfaction au travail. Ceci suppose également la prévalence de l'engagement de continuité. Cette revue de la littérature nous permet de formuler les hypothèses suivantes :

H₁ : La démotivation des personnels induirait à la sous-performance des Centres Hospitaliers Universitaires du Mali.

H_{2A} : Le désengagement affectif des personnels induirait à la sous-performance des Centres Hospitaliers Universitaires du Mali.

H_{2B} : Le désengagement normatif des personnels induirait à la sous-performance des Centres Hospitaliers Universitaires du Mali.

H_{2C} : L'engagement de continuité des personnels induirait à la sous-performance des Centres Hospitaliers Universitaires du Mali.

H₃ : L'insatisfaction des personnels induirait à la sous-performance des Centres Hospitaliers Universitaires du Mali.

H₄ : L'absence des comportements de citoyenneté des personnels induirait à la sous-performance des Centres Hospitaliers Universitaires du Mali.

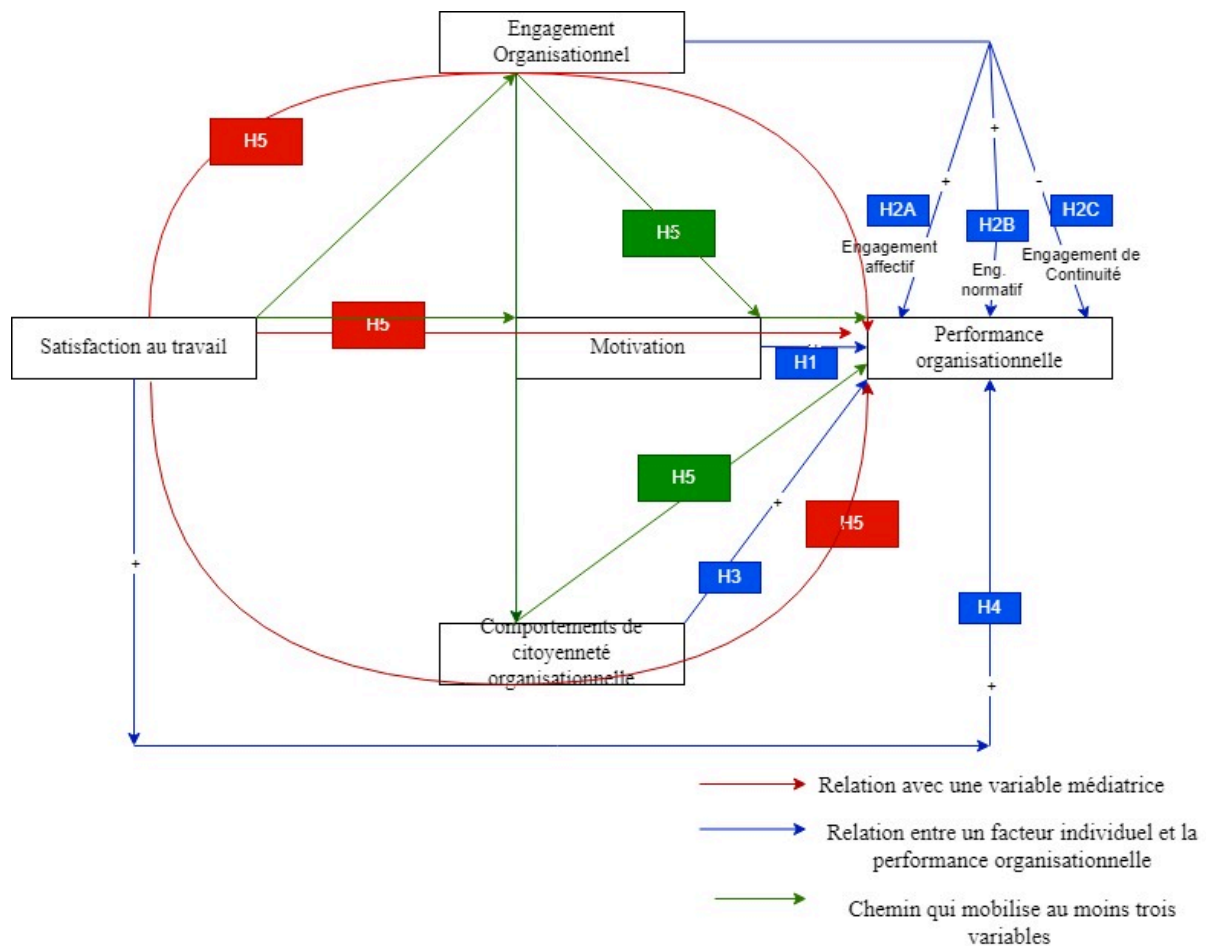
Bien que la motivation, l'engagement organisationnel, les CCO et la satisfaction ont une quasi-relation positive avec la performance dans les services publics (Fisher, 2009; Naff & Crum, 1999; Ritz, 2009), ces relations sont souvent structurées suivant un ordre spécifique. Le modèle prend du sens avec la satisfaction au travail qui constitue un antécédant de la motivation, de l'engagement et des CCO (Fisher, 2009; Louart, 2002; Lundberg, et al., 2009; Zedini, et al., 2016). Dans cette perspective, la motivation, l'engagement et les CCO correspondent à des médiateurs interposés entre la satisfaction et la performance. C'est-à-dire que les personnels qui sont satisfaits au travail ont de meilleures propensions à être motivés, à vouloir rester dans les organisations, et à effectuer des extra-efforts afin de contribuer à son efficacité (Kim, 2004).

Les relations peuvent également mobiliser des variables médiatrices. C'est-à-dire que par le biais de deux facteurs, un autre peut influencer la performance. Il s'agit de la relation entre la satisfaction, l'engagement, les CCO et la motivation. C'est-à-dire que les personnels qui sont satisfaits ont généralement un niveau élevé d'engagement et de motivation (Camilleri & Van Der Heijden, 2007), ce qui induit à améliorer la performance (Lundberg, et al., 2009). Cela nous permet de formuler l'hypothèse suivante.

H₅ : Il existerait des relations entre les facteurs individuels ; ces relations permettraient d'expliquer l'état de la performance des Centres Hospitaliers Universitaires du Mali.

Compte tenu de l'état de la littérature sur les facteurs individuels (motivation, engagement, satisfaction et comportements de citoyenneté), et de la spécificité du contexte sanitaire Malien, nous proposons le modèle structurel suivant :

Figure : Modèle structurel



Source : Auteurs

Conclusion

L'objet de cette recherche était de proposer un modèle explicatif de la performance organisationnelle dans les Centres Hospitaliers Universitaires du Mali. Compte tenu de l'état de la littérature, nous avons trouvé que les hôpitaux Maliens sont sous-performants (ANEH, 2017, 2019; Bah, 2019; Diallo, 2020). Cet état est attribuable à la démotivation, à l'insatisfaction, au désengagement et à l'absence des comportements de citoyenneté des personnels de santé (Diakite, et al., 2021; Sanogo, 2012).

Le modèle proposé fait suite aux recherches de Allen & Meyer (1990), de Kim (2004), de Paillé (2009), de Podsakoff & MacKenzie (1997) et de Rainey & Steinbauer (1999). Nous avons agrégé ces recherches afin de fournir un modèle structurel. Par ailleurs, ce modèle a été élaboré selon un construit théorique spécifique. Dans cette perspective, les facteurs mobilisés ne constituent pas des absolus dans l'explication de l'état de la performance.

Dans le contexte malien, la phase exploratoire a largement été étudiée par Diakite et al. (2021) ainsi que Sanogo (2012). Ce modèle structurel est pertinemment mobilisable dans les recherches empiriques afin de tester la validité externe du construit théorique sur un échantillon représentatif de la population étudiée (personnels de santé dans les CHU). La méthode des équations structurelles est bien adaptée afin de mesurer l'impact des facteurs individuels sur la performance pour valider ou infirmer les hypothèses. Il est également à notifier que le concept de performance au sens de Sicotte (Modèle EGIPSS) est sujet à des débats, car il semble structuré sur une architecture spécifique.

Implications théoriques et managériales

Implications théoriques

Les implications théoriques de cette recherche sont relatives à :

- Une revue de la littérature sur la motivation, l'engagement organisationnel, les comportements de citoyenneté, la satisfaction au travail et la performance organisationnelle dans les services de santé ;
- Un enrichissement du corpus théorique par les connaissances issues du contexte Malien ;
- La proposition d'un canevas de recherche afin d'expliquer la performance hospitalière par les facteurs individuels.

Implications managériales

Les implications managériales de cette recherche sont liées au fait que :

- Les managers pourront identifier les facteurs explicatifs de la performance dans les CHU ;
- Les managers pourront cheminer dans l'action et y agir intentionnellement afin d'améliorer la performance hospitalière par les facteurs individuels.

BIBLIOGRAPHIE

- Akanbi, P. A., & Itiola, K. A. (2013). Exploring the Relationship between Job Satisfaction and Organizational Commitment among Health Workers in Ekiti State, Nigeria. *Journal of Business and Management Sciences*, 1(2), 6.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), 1-18.
- ANEH. (2017). *Rapport de synthèse : Evaluation de la performance des hôpitaux au titre de l'année 2017*. Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux.
- ANEH. (2019). *Evaluation de la performance des Hôpitaux au titre de l'année 2018*. Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux. www.aneh-mali.org
- Bah, O. (2019). Enquête D'opinion Sur La Qualité Des Prestations De l'Hôpital Du Mali. *European Scientific Journal ESJ*, 15(34).
- Becker, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American journal of Sociology*, 66(1), 32-40.
- Blatrix, C., & Bartoli, A. (2015). *Management dans les organisations publiques : Défis et logiques d'action* (4 ème Edition). Dunod.
- Bouchon, M. (2006). Les soignants en souffrance : Les difficultés émotionnelles des soignants en interaction avec la douleur, la maladie et la mort dans un service de pathologies lourdes et chroniques à l'hôpital national du point G de Bamako (Mali). *Face à face. Regards sur la santé*, 9, 613-622.
- Brewer, G. A., & Selden, S. C. (2000). Why Elephants Gallop : Assessing and Predicting Organizational Performance in Federal Agencies. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(4), 685-712.
- Camilleri, E., & Van Der Heijden, B. I. J. M. (2007). Organizational Commitment, Public Service Motivation, and Performance Within the Public Sector. *Public Performance & Management Review*, 31(2), 241-274.
- 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.

- Chênevert, D., Jourdain, G., & Tremblay, M.-C. (2013). Les comportements de citoyenneté du personnel soignant : Lorsque le sens et la confiance deviennent incontournables. *Relations industrielles*, 68(2), 210-238.
- CHU-Gabriel TOURE. (2021). *Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE*. 90.
- Constitution. (1992). République du Mali.
- Diakite, O., Coulibaly, I., Diabaté, 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.
- Diallo, B. (2020). *Influence des pratiques de gestion des ressources humaines sur la qualité des soins dans les centres hospitaliers universitaires du Mali*.
- Dobashi, B. F., Santos, A. de O., Gonçalves, C. C. M., Barros, E. O. M. de, Barros, F. C. de, Dobashi, B. F., Santos, A. de O., Gonçalves, C. C. M., Barros, E. O. M. de, & Barros, F. C. de. (2015). Application of the Egipss model in the regional hospitals of Mato Grosso do Sul. *Saúde em Debate*, 39(107), 1162-1172. h
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166.
- Donabedian, A. (1985a). The epidemiology of quality. *Inquiry*, 22(3), 282-292.
- Donabedian, A. (1985b). Twenty years of research on the quality of medical care : 1964-1984. *Evaluation & the health professions*, 8(3), 243-265.
- Elhamma, A. (2011). L'impact de la stratégie sur le contenu des tableaux de bord : Cas des entreprises au Maroc. *Revue Congolaise de Gestion, Numéro 14(2)*, 57.
- Fisher, E. A. (2009). Motivation and Leadership in Social Work Management : A Review of Theories and Related Studies. *Administration in Social Work*, 33(4), 347-367.
- Goïta, B., Sanogo, M., Cisse, M., Maïga, S., Coulibaly, I., & Mariko, E. (2018). *Étude des déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : Cas du CHU Gabriel TOURE, DE l'hôpital du Mali, du CHU Mère-enfant et du CHU du point G*. Faculté de Pharmacie.
- 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.
- Hassani, K., & Moussali, M. N. E. (2020). *Les modèles d'évaluation des performances d'un système de santé : Application au cas Marocain*.

- Iaffaldano, M. T. (1985). *Job satisfaction and job performance : A meta-analysis*. 104.
- Kapuyanyika, W. H. (2014). Equilibre vie professionnelle – vie privée du personnel médical d'un organisme hospitalier public. *Institut International des Sciences Commerciales et Management*, 97.
- Kaur, A. (2013). Maslow's Need Hierarchy Theory : Applications and Criticisms. *Global Journal of Management and Business Studies.*, 3(10), 4.
- Kim, S. (2004). Individual-Level Factors and Organizational Performance in Government Organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(2), 245-261.
- Kopelman, R. E., Prottas, D. J., & Davis, A. L. (2008). Douglas McGregor's Theory X and Y: Toward a Construct-valid Measure. *Journal of Managerial Issues*, 20(2), 18.
- Lafram. N & Lamalem. A (2021). La gestion axée sur les résultats dans l'administration publique marocaine : Quels apports ? . *Revue Internationale du chercheur*, 2(3), 1680-1693
- Le Pogam, M. A., Luangsay-Catelin, C., & Notebaert, J.-F. (2009). La performance hospitalière : À la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Management & Avenir*, 25(5), 116.
- Loi n ° 02-050 du 22 juillet 2002 Portant loi hospitalière, 1 (2002).
- Louart, P. (2002). Maslow, Herzberg et les théories du contenu motivationnel. *Les cahiers de la recherche*, 18.
- Lundberg, C., Gudmundson, A., & Andersson, T. D. (2009). Herzberg's Two-Factor Theory of work motivation tested empirically on seasonal workers in hospitality and tourism. *Tourism Management*, 30(6), 890-899.
- Magnussen, J. (1996). Efficiency measurement and the operationalization of hospital production.pdf. *Health services research*, 31(1), 21.
- 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.
- Meyer, J. P., Paunonen, S. V., Gellatly, I. R., Goffin, D., & Jackson, D. N. (1989). *Organizational Commitment and Job Performance It's the Nature of the Commitment That Counts*. 6.
- Mintzberg, H. (1982). *Strucutre et dynamique des organisations*. Editions d'Organisation.
- Naff, K. C., & Crum, J. (1999). Working for America : Does Public Service Motivation Make a Difference? *Review of Public Personnel Administration*, 19(4), 5-16.

- 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.
- Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger: Les contradictions des politiques publiques. *Afrique contemporaine*, 243(3), 11-32.
- Paillé, P. (2008). Les comportements de citoyenneté organisationnelle : Une étude empirique sur les relations avec l'engagement affectif, la satisfaction au travail et l'implication au travail. *Le travail humain*, 71(1), 22.
- Paillé, P. (2009). Une réplique sur l'adaptation française des échelles de mesure de citoyenneté organisationnelle de Podsakoff et MacKenzie (1994). *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, Numéro 82(2), 169.
- Paul, E. (2011). *Documentation des résultats de la mise en oeuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé , Etude de cas au Mali*. Consultante OMS.
- PDDSS, 2014. (2014). *Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023*. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.
- 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.
- Perry, J. L., & Wise, L. R. (1990). The motivational bases of public service. *Public administration review*, 367-373.
- PNDRHS. (2009). *Politique nationale de développement des ressources humaines pour la santé*. Ministère de la santé.
- Podsakoff, P. M., & MacKenzie, S. B. (1994). Organizational citizenship behaviors and sales unit effectiveness. *Journal of marketing research*, 31(3), 351-353.
- Podsakoff, P. M., & MacKenzie, S. B. (1997). impact of organizational citizen behavior on organizational performance: Reviewe and suggestion of futur research. *Human performance*, 1997(2).
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Paine, J. B., & Bachrach, D. G. (2000). Organizational Citizenship Behaviors: A Critical Review of the Theoretical and Empirical Literature and Suggestions for Future Research. *journal of management*, 26(3), 51.
- Porter, L. W., Steers, R. M., Mowday, R. T., & Boulian, P. V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians j. *Journal of Applied Psychology*, 7.

- PRODESS. (1999). *Programme de Développement Sanitaire et Social Phase I*. Ministère de la santé, Mali.
- PRODESS. (2009). *Programme de Développement Sanitaire et social II Prolongé (2009-2011) : Composante santé*. Ministère de la santé, Mali.
- 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.
- Rainey, H. G., & Steinbauer, P. (1999). Galloping elephants: Developing elements of a theory of effective government organisations. *Journal of administration research and theory*, 9(1), 1-32.
- Randon, S. (2011). *Actualisation 2011 de la revue de littérature sur la satisfaction au travail conduite par le ccecqa en 2000*. 87.
- Ritz, A. (2009). La motivation de service public et la performance organisationnelle au sein de l'administration fédérale suisse. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 75(1), 59.
- Rouhana, R., & Van Caillie, D. (2008). *L'évolution du design des systèmes de pilotage de la performance dans les hôpitaux: une quête permanente de l'efficacité organisationnelle*. 31.
- Sanogo, M. (2012). *Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali*. Faculté de Médecine, Université de Montréal.
- Sicotte, C., Champagne, F., & Contandriopoulos. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6(1), 34-46.
- 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.
- Teil, A. (2002). *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : Application à la gestion hospitalière*. Université Jean Moulin – Lyon 3.
- 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*, 28(5), 613.

Zeinabadi, H. (2010). Job satisfaction and organizational commitment as antecedents of Organizational Citizenship Behavior (OCB) of teachers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 998-1003.

Zenjari, A. (2016). *La performance hospitalière : Quelle représentation par les acteurs internes ? « Cas des hôpitaux publics de la région de Marrakech »*. 22.

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.