

Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI  
**Un Peuple – Un But – Une Foi**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



N°.....

## THESE

***DIALOGUE SOCIAL ET PERFORMANCE  
DES ETABLISSEMENTS PUBLICS  
HOSPITALIERS DU MALI : UNE ETUDE DE  
CAS REALISE AU PRES DU PERSONNEL DE  
L'HOPITAL DU POINT-G 2023-2024.***

Présentée et soutenue publiquement le 02 /02/2024 devant la

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

**Par M. DIALLO Nouhoum**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat).**

### Jury

Président : M. Sékou Fantamady TRAORE

*Professeur*

Membre : M. Cheick Abou COULIBALY

*Maître-assistant*

M. Kassoum N'DIAYE

*Médecin santé publique*

Co-directeur : M. Issa COULIBALY

*Maître-assistant*

Directeur : M. Seydou DOUMBIA

*Professeur*

Dédicace

Je dédie ce travail à Dieu, que je remercie de m'avoir accompagné tout au long de ce cycle.

Dans les moments de faiblesse tu m'as relevé, dans les moments de tristesse tu as été présent, dans mes moments de joie tu m'as accompagné, Merci, pour la sagesse, l'intelligence, le courage, la force que tu m'as donné gratuitement tout au long de mon cursus. Merci pour ton amour infini et ta présence à mon égard. Que toute la gloire te soit rendue. Que toutes langues confessent que tu es l'Unique et le Vrai, que tous genoux fléchissent et reconnaissent ta Seigneurie. Reçois ce travail en guise de reconnaissance pour l'assistance personnel.

A ma famille dont l'aide fut précieuse pour la réalisation de ce rêve

Mention spéciale à mon père **Fousseni DIALLO**

Mon Héros n'a jamais cessé de m'encourager pour me tenir loin des mauvaises fréquentations. Un homme intègre tu nous as appris le sens de la responsabilité, du devoir bien fait et la culture de l'excellence des qualités qui sont pour toi la meilleure manière pour une personne de s'affirmer. Connue par ton grand amour pour le travail, que tu as su inculquer en moi ma beaucoup aide dans la réalisation de ce document. Tes innombrables sacrifices ont été une véritable preuve d'amour pour tes enfants et il va de soi que tu en récoltes des fruits. Je suis à ce stade de ma vie, c'est particulièrement grâce à toi. Ce travail est le fruit de ton dévouement pour la réussite de tes enfants. Je te remercie de m'avoir mis à l'école, pour la vie que tu m'as donnée, tu m'as appris à compter sur le travail, tu m'as appris à aider les autres et à n'envier personne. Trouve ici cher père, par ce présent travail ma reconnaissance envers toi.

Puisse ALLAH t'accorder meilleure santé et longue vie à côté de tes enfants.  
Amen !

A notre infatigable mère **Fatoumata Sissoko**

Source de notre vie qui, nuit comme jour, a été à la forge pour que nous, ses enfants, soyons responsable. Et sans jamais se plaindre, même d'une once de

fatigue. Mère irréprochable, ton grand courage, ta sagesse, ton souci pour le bien être de tout le monde font de toi une femme admirée et respectée de tous. Ce travail en est un, qu'il réjouisse ton cœur. Puisse ALLAH t'accorder meilleure santé et longue vie à côté de tes enfants. Amen !

## **Remerciements**

Je remercie humblement le tout puissant et son envoyé **MOHAMED (PSL)** pour la réalisation de ce travail.

Mes remerciements vont également à :

A ma Maman Aissata Sarré

Merci de m'avoir accepté comme votre fils, merci pour vos soutiens inconditionnels. Merci pour cette chaleur maternelle authentique. Merci pour l'éducation reçue et c'est également grâce à vous que je suis arrivé où j'en suis aujourd'hui. Que le bon Dieu vous bénisse afin que la joie et le bonheur ne quitte jamais notre famille. Qu'Allah vous donne une longue vie pour récolter les fruits de vos bienfaits. Recevez ce travail en guise de reconnaissance.

A mes **frères et sœurs**

Merci de m'avoir accepté et aimé comme grande frère et petit frère, merci pour vos conseils, soutiens, les moments de joies et de tristesse passés ensemble. Sachez que je vous aime beaucoup et ce lien de sang qui nous unit tous demeure puissant quelques soit les imperfections à venir. Seul le bon Dieu connaît et sait ce qui est bon pour chacun de nous, nous les accordent et qu'il veille sur chacun de nous et nous guide vers le chemin de la réussite. Sachez une chose votre grand-frères pour certains et petit frère pour certaines sera toujours là pour vous. Qu'Allah vous bénisse. Recevez ceci en signe de reconnaissance.

A Maminai DIARRA

Mon amour de première dame, celle que je considère comme ma deuxième maman merci pour ton amour inconditionnel envers mes frères, sœurs et moi, merci pour ton soutien moral financier et spirituel que Dieu te bénisse et nous prêtez longue vie et santé afin que l'on puisse continuer à profiter de ta présence, la joie et l'amour ne manquent jamais dans ta maison. Sache que je t'aime beaucoup ma Maminai DIARRA à moi. Reçois ceci en guise de reconnaissance.

### **A mes oncles et tantes paternels et maternels**

Merci pour vos conseils, soutien, amour, envers mes frères, mes sœurs et moi. Qu'Allah vous comble au-delà de votre attente. Recevez ceci en guise de remerciement.

**A mes cousins et cousines maternels et paternels :** Merci pour les moments de joies, merci pour vos prières. Que le Seigneur vous le rende au centuple. Je vous aime fort.

### **A ma famille du Point G la grande famille RA.SE.RE**

Vous nous avez accueilli depuis notre première année, vous nous avez encadré, soutenu dans les moments difficiles, apportez de la joie dans les moments de stress. Merci pour tout, ce fut une très belle expérience. Que cette famille demeure de génération en génération tout en y maintenant la paix, la joie, l'amour, l'harmonie. Que DIEU vous bénisse vous et vos familles.

### **A mes aînés**

Dr GOURO, Dr DOUCOURE, Dr SACKO, Dr PPR, Dr CHEE, Dr Medmo, Dr MARIKO, Dr KOUMA, Dr KONATE, Dr A-K, Dr Aicha, Dr FNC, Dr Fatouma, Dr Absy, Dr Wara, Dr Khat, Dr Dama, Dr Siby, Dr Bongo ,Dr DIAK, Dr Dieudonné , Dr Ousby , Dr Alpha, Dr Sadam, Dr Siriman, Dr Bassoum, Dr CISSE, DR BAH, Dr Mallé, Dr Cheick T , Dr Madiba, Dr SIDIBE, Dr GMT et tous les autres aînés. Merci pour vos conseils lumineux. Que DIEU vous le rende au centuple.

### **A mes collèges et ami(e)s**

Dr NIARE, Dr Sherif, Dr Idy boy, Dr ASCOFARE, Dr Pacificateur, Dr Gabbar, Dr Nassou, Dr Melissa, Dr Koureichi, Dr TOLO, Dr Moumini Ben, Dr FOMBA, Dr Samba, Dr DIALLO, Dr HBY, Dr KEN B, Dr Tienta, Dr Youss loup, Dr Issouf, Dr Elhadj Baba, Dr Bolez, Dr Agent Wade, Dr Ezai, Dr Mamadou DIAKITE. Je vous dis merci parce que j'ai beaucoup appris, merci pour votre temps, présences, amitiés, de beaux moments passés ensemble, moments de

tristesse, de bosses et tout. Merci pour tout que le bon Dieu vous bénisse abondamment vous et vos familles, bonne et belle carrière à vous.

A mes jeunes frères de la grande famille RA.SE.RE merci pour le respect et la considération et sachez que je vous aime par-dessus tout, Que Dieu nous garde et je compte sur vous tous sans exception pour continuer à rehausser l'image de notre belle famille qui le RA.SE.RE.

A mon ami et grand frère Feu Bakari CAMARA

A mon amie et sœur Feu BIBI KONTE

A mes Aînés Feu Oumar Khalifa, Bamory KONE, Oumy Queen

Comme l'a voulu le tout puissant vous êtes partie trop tôt, avec tout un chacun j'avais une relation particulière, j'aurai souhaité partager cet instant avec vous mais le tout puissant en a voulu autrement, alors puisse vos âmes reposer en paix !  
Votre ami et petit frère Nouhoum DIALLO DEVALDO est désormais Dr merci pour tout, et Que le tout puissant vous accueille dans son immense Paradis.

A l'Amicale Des Etudiants Ressortissants de la 3<sup>e</sup> région et Sympathisants ADERS.

La vie des associations régionales diffère légèrement de celui des états major, servir ma région fut un grand honneur pour moi, merci à l'ensemble des aînés de cette association qui nous ont soutenus durant le long de notre parcours.

Au-delà du poste d'organisateur nous avons défendu les couleurs de notre région sur le complexe sportif et aujourd'hui un des plus beaux cadeaux de mon parcours fut le trophée de la coupe du Doyen pour ma région en fin de cycle. Pour moi les récompenses individuelles ne représentent rien face à ce trophée une des raisons pour laquelle j'ai tenu à jouer quelques minutes dans cette compétition avant ma soutenance en espérant que mes jeunes remportent ce trophée cette année.

A mes promotionnaires, aux aînés sportifs de l'ADERS et au Coach Sylla

Merci de m'avoir accueilli les bras ouverts au sein de l'équipe, merci pour l'amour, merci pour le soutien, merci pour les conseils, merci pour Tout et que Dieu nous garde et bénisse Sikasso.

A L'AERGS

Une association dans laquelle je n'ai pas pu réellement militer, je suis ressortissant du Ganadougou et j'en suis fier. Mes félicitations et encouragements à l'endroit de Flamoussa et aux jeunes frères qui ont eu l'initiative de se réunir en association et qu'ils sachent que je ne serai jamais loin en cas de besoin.

A mes Aînés, collègues et jeunes frères de l'équipe de la Fmos-Faph et de L'USTTB

A mes aînés merci pour l'exemple de fraternité que vous nous avez montré, merci pour les conseils et que Dieu nous garde.

A mes camarades de la même génération ce fut de belle expérience partagée que Dieu guide tout un chacun d'entre nous vers le bonheur.

A mes jeunes frères ensemble nous avons remporté la coupe Benkan de Seydou Mamadou COULIBALY et j'espère que vous aurez la chance de participer à une compétition inter universitaire du CENOU d'ici là, courage et bonne continuation.

A GAAKASINEY (les régions du nord) :

Je garde de très beau souvenir de cette association ainsi que ces membres, merci de m'avoir accepté comme un dès votre sûr comme en dehors des terrains. Ce fut un plaisir d'avoir défendu vos couleurs.

A mes amis et frères de la promotion Asgard du Cameroun

Grace au football on s'est connu et avons partagé de merveilleux instant sur et en dehors du terrain.

Merci de m'avoir accepté comme un dès votre avec vous je me suis senti Camerounais et Asgardien à jamais vous resterez mes frères et que Dieu nous garde.

## **A mes amis d'enfance de carrefour à Super foot**

De mon enfance à aujourd'hui, je me suis fait des amis grâce à deux choses le foot et l'école.

Même si les choses ne font que commencer, vraiment merci pour tout, cela n'a pas été facile mais grâce à DIEU nous pouvons dire que nous avons atteint ensemble notre objectif. Les mots ne suffiront jamais pour vous dire merci. Merci de m'avoir accepté avec mes défauts, de m'avoir aimé comme je suis.

A mes chéries / filles :

- Awa KASSAMBARA ; Djeneba MAIGA ; Awa SIDIBE

Sans doutes les meilleures choses et à jamais pour le meilleur et pour le pire.

- LAGARE Yanda ; Sidigna TOURE (ma detchienné) Coumba et sa team :  
Des magnifiques dames aux cœurs blancs, recevez mes remerciements à travers ce passage.
- Adama Michelle Melissa, Kadi Sanogo Baws, Amilatou : Des dames aux qualités extraordinaires, merci pour l'amour, merci pour la joie, merci pour la paix du cœur, merci pour tout.
- Ma femme fatoumata Fadiga et sa team, Kadidia Boly, Patou, LAGARE Yanda

Des personnes exceptionnelles que j'ai eue la chance de rencontrer durant mon parcours à la faculté, des personnes qui m'ont vraiment soutenu et épaulées. Merci pour l'amour, les instants de joie et autres. Que Dieu nous garde !



## **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

#### **M. Sékou Fanta Mady TRAORE**

- **PhD en Entomologie médicale**
- **Responsable de l'enseignement de la biologie cellulaire à la FMOS ;**
- **Responsable de l'enseignement de la zoologie à la FAPH ;**
- **Directeur du Département Entomologie à la MRTC**

#### **Cher Maitre ;**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette Thèse malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, Votre humanité, votre simplicité, la clarté de vos enseignements, votre amour pour le travail bien fait imposent respect et admiration. Merci pour votre soutien et les conseils que vous nous avez prodigués. Permettez-moi cher maître de vous adresser l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Dr Cheick Abou COULIBALY**

- **Maitre-Assistant en Epidémiologie au département de Santé Publique de la FMOS ;**
- **Médecin épidémiologiste MD MPH, Dr PH**

**Cher Maitre**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Votre contribution a permis d'améliorer la qualité de ce travail.

Votre disponibilité ; votre faculté d'écoute et votre rigueur pour le travail bien fait ; font de vous un encadreur particulier.

Veillez accepter cher maître ; le témoignage de notre profonde reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **M. Kassoum N'DIAYE**

- **Docteur en Médecine**
- **Master en Santé Sexuelle et Reproductive**
- **Superviseur Santé Sexuelle et reproductive d'Adolescents pour le Programme ATWA - Save the Children.**

Cher Maître

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce Jury nous a profondément touché. Votre rigueur dans le travail, votre conscience professionnelle, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un praticien exemplaire.

Soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

**À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR,**

**Docteur Issa COULIBALY**

- **Maître-assistant en gestion à la Faculté de Pharmacie ;**
- **PhD en gestion ;**
- **Titulaire d'un master en management des établissements de santé**
- **Enseignant chercheur ;**
- **Responsable du cours de gestion à la FMOS ;**
- **Chef de service des examens et concours de la faculté de Pharmacie ;**
- **Praticien hospitalier au CHU BOCAR SIDY SALL de Kati ;**
- **Membre du Groupe de Recherche sur le secteur public en Afrique ;**
- **Membre du Laboratoire télémédecine, télé-enseignement de l'UCAD de Dakar ;**
- **Membre du Laboratoire de Recherche en GRH/ Stratégie et Organisation de l'Université Cheick Anta DIOP de Dakar ;**
- **Ancien président de l'ordre des pharmaciens de Koulikoro.**

Cher Maître,

Ce travail est avant tout le vôtre et nous sommes heureux de témoigner que vous n'avez jamais ménagé votre peine pour qu'il soit mené à bien. Votre abord facile, votre esprit critique et votre objectivité, malgré vos multiples occupations, ont largement contribué à renforcer la qualité de ce travail.

Votre souci pour la formation continue des étudiants, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, votre grande ouverture d'esprit et vos conseils, nous ont très favorablement marqué.

Permettez-nous cher maître, de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre profonde gratitude.

**À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR,**

**Professeur Seydou DOUMBIA**

- **Professeur titulaire en épidémiologie ;**
- **Directeur adjoint au département d'entomologie du MRTC ;**
- **Doyen de la faculté de Médecine et d'Odonto stomatologie de Bamako ;**
- **Directeur du Programme ICEMR-WAF « International Center for Excellence in Malaria Research in West Africa »;**
- **Directeur du Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC) de l'USTTB au Mali**

Cher Maître ;

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en encadrant ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité et votre simplicité font de vous un grand maître admiré de tous.

Nous vous prions, cher Maître, d'accepter dans ce travail le témoignage de notre haute considération, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect.

## Abréviation

|        |   |
|--------|---|
| ADERS  | Association des étudiants ressortissant de la région de Sikasso             |
| ANEH   | Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux                                  |
| ANSM   | Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé         |
| AOF    | Afrique occidentale Française   |
| ARS    | Agence Régionale de la Santé  |
| CENOU  | Centre national des œuvres universitaires                                   |
| CHSCT  | Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions des Travailleurs         |
| CHU    | Centre Hospitalier Universitaire  |
| CME    | Commission Médicale d'Etablissement   |
| CNOS   | Centre National d'odontostomatologie  |
| CSIO   | Comité des Soins Infirmiers et obstétrical                                  |
| CTE    | Comité Technique d'Etablissement  |
| DMS    | Durée Moyenne de Séjour   |
| DREES  | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques |
| EFS    | Etablissement Français du Sang  |
| EGIPSS | Evaluation Globale et Intégré de la Performance des Systèmes de santé       |
| EHU    | Etablissement hospitalier et univerversitaire                               |
| EPA    | Etablissement Public à caractère Administratif                              |
| EPH    | Etablissement Public Hospitalier  |
| EPS    | Etablissement Public de Santé   |
| FAPH   | Faculté de Pharmacie  |

|       |  |
|-------|--|
| FIDES | Fonds d'Investissements pour le Développement Economique et Social des territoires d'outre-mer |
| FMOS  | Faculté de médecine et d'odonto-Stomatologie   |
| GRH   | Gestion des ressources humaines  |
| HCSP  | Haut Conseil de la santé publique  |
| INCA  | Institut national du cancer  |
| IOTA  | Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique  |
| IROT  | Intervalle de Rotation des Lits  |
| IRSN  | Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire   |
| NGP   | Nouvelle Gouvernance Publique  |
| OIT   | Organisation Internationale des travailleurs   |
| OMS   | Organisation Mondiale de la Santé  |
| PDDSS | Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social   |
| PMSI  | Programme Médicale de Système d'information  |
| SGHMP | Direction Générale d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie  |
| SIH   | Système d'Information Hospitalier  |
| SPSS  | Statistical Package For Social Science   |

## SOMMAIRE

|  |    |
|--|----|
| I-INTRODUCTION .....   | 1  |
| II-Objectifs .....   | 5  |
| III GENERALITES .....  | 7  |
| IV Méthodologie .....  | 24 |
| 1. Cadre et lieu d'étude : .....   | 25 |
| Organes du chu Point-G : .....   | 25 |
| 2. Type d'étude : .....  | 27 |
| 3. Période d'étude : .....   | 27 |
| 3. Population d'étude.....   | 27 |
| 4.1. Critères d'inclusion : .....  | 27 |
| 4.2. Critères de non inclusion dans notre étude : .....  | 27 |
| 4. Echantillonnage : .....   | 28 |
| 5. Collecte, traitement et analyse des données : .....   | 28 |
| 6. Considération éthiques : .....  | 28 |
| V-RESULTATS .....  | 30 |
| A.Donnés socio-démographique des personnes interrogées .....   | 31 |
| B.Donnés pouvant faire ressortir les types et les conditions du dialogue social pratiqués au CHU du Point G selon l'avis du personnel.....                                 | 33 |
| C.Donnés pouvant nous permettre d'identifier le ou les liens entre le dialogue social exercé à l'hôpital et l'amélioration des performances selon l'avis du personnel..... | 39 |
| VI Commentaires et Discussion .....  | 52 |
| 1. Profil socio-démographique des enquêtés : .....   | 53 |
| 2.Types et conditions du dialogue social au CHU du Point-G : .....   | 53 |
| 3.Liens entre dialogue social et performance hospitalière : .....  | 57 |
| VII Conclusion .....   | 61 |
| Recommandations .....  | 64 |



## Liste des tableaux

|  |    |
|--|----|
| Tableau I: Présentation du modèle d'Évaluation Globale et Intégré de la Performance des Systèmes de santé (EGIPSS).....  | 18 |
| Tableau II: Répartition des enquêtés selon le sexe .....   | 31 |
| Tableau III: Répartition des enquêtés selon leur appartenance aux groupements syndicaux.....   | 31 |
| Tableau IV: Répartition des enquêtés selon leur qualification. ....  | 32 |
| Tableau V: Répartition des participants selon leur avis sur l'existence du dialogue social à l'hôpital du Point-G.....   | 33 |
| Tableau VI: Répartition des enquêtés selon leur opinion sur l'existence d'organisations syndicales fortes et indépendantes au CHU du Point-G.....                                | 33 |
| Tableau VII: Répartition des participants selon leur opinion sur la prise en compte des interventions du personnel au CHU du Point-G.....  | 35 |
| Tableau VIII: Répartition des participants selon leur avis sur le taux de participation du personnel du CHU Point-G aux réunions du dialogue social ...                          | 36 |
| Tableau IX: Répartition des enquêtés par rapport à l'existence de la liberté d'expression au CHU Point-G .....   | 37 |
| Tableau X: Répartition des participants concernant leur avis sur le partage de l'information social au CHU du Point-G .....  | 37 |
| Tableau XI: Répartition des enquêtés par rapport à leur avis sur l'accès des partenaires sociaux aux information pertinentes au CHU du Point-G.....                              | 38 |
| Tableau XII: Répartition des enquêtés concernant leur avis sur l'existence d'une volonté affirmée d'engager le dialogue social entre direction et syndicats du CHU Point-G ..... | 38 |
| Tableau XIII: Répartition des enquêtés concernant leur avis sur l'existence de revendications non encore satisfaite au CHU du Point-G.....                                       | 39 |
| Tableau XIV: Appréciation du bilan social de la direction du CHU Point-G de 2017 à 2022 selon l'avis du personnel enquêtés .....   | 40 |

|  |    |
|--|----|
| Tableau XV: Répartition des enquêtés selon leur avis concernant l'impact qu'a le dialogue sociale sur l'implication du personnel au travail .....  | 42 |
| Tableau XVI: Répartition des enquêtés selon leur avis concernant l'impact qu'a le dialogue social sur la qualité du travail au CHU du Point-G..... | 43 |
| Tableau XVII: Répartition des enquêtés par rapport aux temps de travail comme des motifs de grève.....   | 43 |
| Tableau XVIII: Répartition des participants par rapport à l'emploi et licenciement comme motifs de grève au CHU Point-G .....                      | 44 |
| Tableau XIX: Répartition des enquêtés sur l'efficacité pertinence des réunions du dialogue social au CHU du Point-G.....                           | 45 |
| Tableau XX: Répartition des enquêtés concernant leur appréciation sur le style de management de la direction du CHU Point-G .....                  | 46 |
| Tableau XXI: Données SIH : consultation -hospitalisation-décès suite à une hospitalisation.....  | 46 |
| Tableau XXII: Données SIH : nombre s'actes chirurgicaux _ nombre de décès suite à une intervention chirurgicale .....                              | 47 |
| Tableau XXIII: Récapitulatif des activités dans les services de médecines et spécialités médicales du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 Décembre.....  | 48 |
| Tableau XXIV: Volume d'activités des services de chirurgies et spécialités chirurgicales du 1er janvier au 31 Décembre 2022.....                   | 49 |
| Tableau XXV: des indicateurs hospitaliers par service du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 Décembre 2022.....  | 50 |

## **LISTE DES FIGURES**

|  |    |
|--|----|
| Figure 1: Répartition des enquêtés selon leur statut professionnel au chu Point-G .....  | 32 |
| Figure 2: Répartition des participants concernant à leur avis l'intervention des délégués syndicaux dans les méthodes de non résolutions des conflits collectifs. ....                         | 34 |
| Figure 3: Répartition des enquêtés selon leur opinion sur l'intervention de l'encadrement intermédiaire dans les méthodes de non résolutions des conflits collectifs au chu Point-G. ....      | 34 |
| Figure 4: Répartition des enquêtés par rapport au fait que la direction du CHU Point-G fait recours à la procédure d'arbitrage lors des conflits collectifs.....                               | 35 |
| Figure 5: Répartitions des enquêtés selon leur avis sur la fréquence des réunions dans le cadre du dialogue social au chu Point-G.....   | 36 |
| Figure 6: Répartition des enquêtés par rapport à leur avis sur la qualité de la relation entre direction et les représentants du personnel .....   | 39 |
| Figure 7: Répartition des participants à l'étude selon leur avis sur l'état du climat social à hôpital du Point-G .....  | 40 |
| Figure 8: Répartition des participants à l'étude concernant leur avis sur la qualité de la relation entre direction et syndicat du CHU Point-G. ....   | 41 |
| Figure 9: Répartition des enquêtés par rapport à leur avis sur la qualité de la relation entre syndicats et personnel du Chu Point-G.....  | 41 |
| Figure 10: Répartition des enquêtés concernant leur participation aux mouvements de grève au chu Point-G.....  | 42 |
| Figure 11: Répartition des participants concernant leur avis sur les conditions de travaux comme motif de grève au chu Point-G.....  | 44 |
| Figure 12 : Répartition des participants selon leur avis sur les motifs de grèves au CHU Point-G en dehors : du temps de travail, des conditions de travaux, de l'emploi et licenciement. .... | 45 |

# **I-INTRODUCTION**

Les transformations profondes du rôle de l'État auxquelles on assiste ces dernières décennies sont issues de la diffusion d'une nouvelle forme de gouvernance, la Nouvelle Gestion Publique (NGP). Cette dernière se présente comme la réponse à une double pression que subissent les états occidentaux et non occidentaux : la crise des finances publiques d'une part et la crise de légitimité qui les obligent à rechercher une meilleure qualité du service public d'autre part. Ce régime sous lequel fonctionnent nos grandes institutions publiques depuis environ deux décennies est devenu familier mais il n'est pas certain que les citoyens-clients de ces institutions aient perçu l'ampleur des changements intervenus au niveau de l'organisation du travail et de la structure même de l'administration [1]

Issues de méthodes largement éprouvées dans le secteur privé, les réformes mises en place se caractérisent par une plus grande décentralisation des services, une mise en compétition à l'intérieur même de l'administration et des pratiques de sous-traitance de certaines prestations en direction du secteur privé. Si les grandes institutions sont devenues plus autonomes au plan des relations avec le politique, cette autonomie se paie d'une obligation de résultats formalisée par des conventions d'objectifs et une plus grande transparence de l'utilisation des ressources dans une perspective de réduction des coûts [2] .

En Afrique, la vaste réforme des hôpitaux s'inscrit dans cette logique de gestion nouvelle, ainsi les organisations hospitalières ont connu depuis une décennie de nombreux changements affectant leur configuration organisationnelle, leur système de gestion ou leur mode de gouvernance. Ces changements ont souvent été justifiés par le souhait d'une plus grande efficacité économique mais également par la volonté de mieux servir les patients.

Au Mali, pays de l'Afrique de l'Ouest, l'évolution du système de santé et le développement du système hospitalier en particulier ont été marqués, ces dernières années, par de nombreuses réformes en vue d'un meilleur fonctionnement [3].

Avant les années 2000, les hôpitaux du Mali étaient de simples services administratifs sans distinction particulière. Ce système était marqué par l'application des directives de l'Etat sans une prise en compte de la rentabilité. Ils dépendaient de l'administration centrale pour la quasi-totalité de leurs approvisionnements et de leurs gestions. Les retards dans l'approvisionnement ont posé d'énormes difficultés aux hôpitaux : ruptures de stocks, insuffisances de crédits qui entravaient leur bon fonctionnement. Cette situation créait des remous au sein des populations qui sollicitaient ces services.

Or, les hôpitaux jouent un rôle majeur au sein des systèmes de soins, non seulement parce qu'ils assurent la prise en charge des malades référés, la formation des professionnels de santé, mais aussi la recherche en santé. Ils se devaient d'être performants pour rétablir dans les meilleures conditions tout individu diminué par la maladie [4].

Ainsi, dans le cadre de la réforme hospitalière de 2002, le Mali a opté pour l'autonomie de gestion (autonomie administrative et financière) des hôpitaux nationaux et régionaux. Cette autonomie s'est accompagnée d'une refonte de l'organisation de l'hôpital. Les différentes prérogatives ont été définies dans la loi portant réforme hospitalière et dans les décrets de création des Etablissements Publics de Hospitaliers [5].

Après de plus d'une décennie après cette réforme, les hôpitaux publics du Mali ont fait la preuve de leur maîtrise technique. De même, ces hôpitaux présentent aux malades des médecins d'une compétence éprouvée, des installations matérielles de soins adaptés aux cas les plus graves, des appareillages techniques les plus récents. Sur le plan technique, l'hôpital public au Mali peut ainsi représenter le sommet de la recherche médicale. Cependant, les succès au plan technique ont laissé place à d'autres problèmes.

En effet, depuis quelques années, le public est confronté à un des problèmes qui intéresse au premier chef et au quotidien les malades et leur famille : C'est le problème de l'humanisation des hôpitaux publics face aux grèves cycliques qui

sèment le doute et le manque de confiance des malades et leurs accompagnants [6]. Comment, dans cette perspective, réduire le risque social qui pèse sur l'hôpital ? Celui-ci consiste, soit en l'apparition de tensions sociales susceptibles de déboucher sur des mouvements de grève, soit, de façon moins visible mais autrement coûteuse, sous la forme d'une tendance au désengagement des salariés. Afin de faire face à ce risque, les hôpitaux doivent s'efforcer de répondre aux attentes des membres de leur personnel. Celles-ci, toutefois, sont devenues complexes. Il ne s'agit plus seulement de rémunération ou de durée du travail, mais également de conditions de travail, de sécurité de l'emploi ou encore, de possibilités d'évolution professionnelle [7]. De ce qui précède, découle la problématique suivante : En quoi le dialogue social contribue à l'amélioration des performances des hôpitaux publics ?

# **II-Objectifs**



## **Objectif général**

Etudier la contribution du dialogue social dans l'amélioration de la performance du CHU Point G.

## **Objectifs spécifiques**

- Déterminer le profil sociodémographique des personnes interrogées ;
- Décrire les types et les conditions du dialogue social pratiqués au CHU du Point G selon l'avis du personnel ;
- Identifier le ou les liens entre le dialogue social exercé à l'hôpital et l'amélioration des performances selon l'avis du personnel.

# **III- GENERALITES**

Dans cette partie de notre étude nous allons définir dans un premier temps les mots clés de notre thème, en deuxième partie nous décrirons une revue de la littérature de la performance hospitalière et du dialogue social à l'hôpital, et en dernière partie nous décrirons les facteurs qui peuvent faire ressortir l'impact du dialogue social sur la performance hospitalière.

### **1. Définition des mots clés :**

Comme mots clés nous avons : Dialogue social, performance hospitalière.

**Dialogue :** Selon le Larousse c'est une discussion entre personnes, entre partenaires ou adversaires politiques, idéologiques, sociaux, économiques, en vue d'aboutir à un accord ; conversations, pourparlers.

Il a comme synonyme : négociation, entretien, concertation, consultation, pour parler [8].

**Social :** situation qui intéresse les rapports entre un individu et les autres membres de la collectivité [9].

**Dialogue social :** Selon l'Organisation internationale du travail (OIT), le dialogue social « inclut tous types de négociation, de consultation ou simplement d'échange d'informations entre les représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs selon des modalités diverses, sur des questions d'intérêt commun relatives à la politique économique et sociale »

### **Performance hospitalière :**

Selon le Robert :

La performance se définit comme un exploit ou réussite remarquable en un domaine quelconque [10].

L'hôpital est anciennement considéré comme un établissement charitable où l'on recevait les gens sans ressources, hospice.

De nos jours il est considéré comme un établissement public qui reçoit ou traite les malades, les blessés et les femmes en couches.

De ce fait, nous nous définirons la Performance hospitalière comme étant une réussite remarquable des établissements public qui reçoivent ou traitent des

malades, les blessés et les femmes en couche dans l'accomplissement de leur mission.

## **2. Performance hospitalière :**

La performance un terme omniprésent mais qui ne fait pas l'unanimité. Il s'agit d'une notion floue, polysémique, valise[11], attrape tout[12]. L'absence d'une définition universelle rend difficile pour les praticiens de s'entendre sur ce que signifie exactement la performance organisationnelle d'où sa notion de complexité.

Cependant, nous allons dans un premier temps aborder la notion de complexité de la performance hospitalière, sa définition, puis nous ferons une revue de la littérature dans un second temps sur les modèles de sa mesure en partant des modèles unidimensionnels et leurs limites vers les modèles multidimensionnels.

### **2.1. Performance hospitalière : une notion complexe[13]**

Dans l'esprit de beaucoup de personnes, la performance hospitalière renvoie à des aspects comme l'équilibre financier, le maintien minimal du taux de rotation du personnel, optimisation de l'occupation des lits, la réduction des durées de séjour trop longues, le respect des normes de personnel soignant, l'obtention d'un pourcentage élevé de patients satisfaits de leur séjour, l'assurance de la qualité... Tous ces aspects sont certainement importants pour qu'on puisse qualifier un système hospitalier de performant. Néanmoins, ils traduisent une façon réduite et simpliste pour définir la notion de la performance hospitalière.

En effet, il s'agit d'une notion qui fait appel à de nombreux éléments, acteurs ou parties prenantes (internes et externes), indicateurs, méthodes, conceptions et enjeux. Par conséquent, la performance hospitalière est une notion complexe et multidimensionnelle.

Généralement, comme déjà signalé ci-dessus, la performance s'articule autour de trois éléments : l'identification, la mesure et l'appropriation. Pour une organisation complexe comme l'hôpital, la performance devient une notion encore plus complexe du fait de la particularité de ce type d'organisations.

Selon l'organisation Mondiale de la Santé, « Le système de soins doit garantir que chaque patient reçoit la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui assure un meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel des connaissances médicales, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins... » [14].

La performance hospitalière est particulière et singulière des autres types de performances organisationnelles.

Ainsi, elle est multi-facette [15]. La performance hospitalière apparaît alors comme un concept paradoxal, multidimensionnel et contingent.

## **2.2 Les enjeux de la performance hospitalière :[13]**

Il existe un consensus sur l'importance pour un hôpital d'être performant et de mesurer sa performance afin de pouvoir l'améliorer. Toutefois, la diversité des enjeux de la performance au sein d'un hôpital est le facteur central qui explique la divergence des conceptions et la multiplicité des représentations données à la notion de la performance hospitalière [16]. Par ailleurs, la présentation des enjeux liés à la performance des organisations hospitalières est déterminante dans la compréhension et la mise en évidence du caractère multidimensionnel et paradoxal de du concept de la performance hospitalière. Dans un établissement hospitalier, la multiplicité d'acteurs et d'intervenants conduit à des perceptions différentes de la notion de performance hospitalière. Ainsi, la divergence des perceptions pourrait s'expliquer essentiellement par le fait que les acteurs ou les parties prenantes ne partagent pas forcément les mêmes enjeux de performance et ce bien que les ces derniers s'entendent pour dire que l'offre de soins de santé de qualité est un bon indicateur d'un système de santé performant. En dépit de la diversité et divergence des intérêts, la littérature considère que les parties prenantes contribuent à déterminer la performance globale des organisations à condition de l'existence des processus de pilotage de la performance, autrement dit, des mécanismes d'arbitrage et de coordination entre les différents acteurs [17].

Les enjeux de la performance hospitalière diffèrent selon les acteurs du système hospitalier. Ainsi, les principaux acteurs du domaine ne partagent pas forcément les mêmes objectifs et les mêmes défis. Ils sont multiples et parfois en opposition. Pour les autorités sanitaires, c'est-à-dire l'ensemble des organisations officielles responsables d'établir les règles nécessaires relatives à la prévention sanitaire et au maintien de la santé d'une communauté, les enjeux de la performance hospitalière sont nés de la nécessité de la maîtrise des dépenses hospitalière ; la responsabilité politique et financière à l'égard des citoyens ; la nécessité d'une meilleure organisation des offres de soins ; la satisfaction des attentes des patients ; la meilleure transparence ; la qualité, la sécurité et l'équité d'accès ; la gestion optimale des ressources humaines, etc. Tandis que, pour les patients et les usagers, les enjeux de la performance sont axés sur : un accès rapide et sûr aux soins de santé ; présentation des meilleurs choix d'hospitalisation, confidentialité et dignité ; transparence, information et orientation, etc. Pour les professionnels, les enjeux se résument dans l'autonomie professionnelle ; approche de décisions participatives ; réalisation professionnelle et développement de compétences ; des incitations et amélioration des pratiques. Quant aux gestionnaires des établissements hospitaliers, les enjeux de la performance sont liés essentiellement au pilotage stratégique et financier de l'établissement ; gestion des ressources humaines ; gestion des risques et pilotage de la qualité des soins et pilotage organisationnel [13].

En France par exemple, les autorités sanitaires regroupent :

- Agence de la biomédecine (ABM) ;
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ;
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) ;
- Établissement français du sang (EFS) ;
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ;
- Haute Autorité de santé (HAS) ;

- Institut national du cancer (INCA) ;
- Agence nationale de santé publique ;
- Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN).

Au sein d'un hôpital, une multitude d'enjeux peut conduire à des conflits d'intérêts. Aussi, chaque acteur ou groupe d'acteur peut prétendre détenir le pouvoir. De même, une difficulté accrue de caractériser et d'appréhender la notion de performance hospitalière qui apparaît comme une notion complexe et perçue comme un construit multidimensionnel [16].

Il en résulte le caractère vital du pilotage et du management de la performance hospitalière. Un management qui doit concilier entre les différents acteurs permettant ainsi un équilibre global qui se rapproche de l'efficacité organisationnelle de l'hôpital.

Autrement, le pilotage de la performance doit viser un modèle de performance intégrateur qui va permettre à l'ensemble des acteurs et plus particulièrement les internes de l'hôpital, un consensus sur la définition des objectifs principaux.

En définitive, Pour[18], chacun des grands quatre acteurs de l'hôpital, à savoir les professionnels (médecins, infirmières, pharmaciens,...), les gestionnaires (payeurs, fonctionnaires, contractuels, ...), la tutelle gouvernementale (le ministère de santé, les politiciens, les élus, les syndicats, etc.) et le monde marchand (assurances, sociétés pharmaceutiques, groupes financiers impliqués dans l'offre de soins), a sa propre conception à la notion de performance hospitalière. Toutefois, les enjeux de la performance hospitalière exigent une définition claire et concevable.

### **2.3. Modèles de définitions de la performance hospitalière :**

Chaque conception de la notion de performance reflète une perception particulière émanant des motivations, connaissances, responsabilités, enjeux et intérêts de chaque groupe au sein de l'hôpital. Un hôpital peut donc être performant selon un modèle et non selon un autre. Théoriquement, la théorie des organisations fournit des réponses différentes à la notion de performance. Ainsi, selon une approche

rationnelle, la performance est manifestée lorsqu'une organisation atteint ses buts. Une autre approche peut qualifier une organisation de performante lorsqu'elle s'adapte parfaitement à son environnement. Pour d'autres, la performance d'une organisation consiste à produire avec productivité et avec qualité. C'est également synonyme de compétitivité face aux concurrents, etc.

La meilleure façon peut être pour définir la performance hospitalière est de la définir à l'intérieure de chaque frontière, c'est le cas des modèles unidimensionnels de la performance hospitalière. En d'autres termes, il suffit de chercher la performance de chaque acteur de l'hôpital (performance des professionnels, performance des gestionnaires, etc.). Selon cette version, la performance de l'hôpital ne peut se concevoir qu'en lien direct avec la performance de ses composantes. Une deuxième façon consiste à définir la performance hospitalière à l'aide de modèles multidimensionnels qui visent une certaine performance globale de l'hôpital. La théorie des organisations présente de nombreux modèles de définition.

La revue de littérature propose des définitions selon des modèles de performance hospitalière. Elle distingue généralement entre deux types de modèles : modèles unidimensionnels et modèles multidimensionnels.

### **2.3.1 Modèles unidimensionnels de la performance :[19]**

**-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* ». Généralement, les indicateurs mobilisés dans la mesure de la performance sont relatifs à l'efficience. 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[19]. 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. 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* » [19] 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) [20].

**-Modèle des processus** : Dans ce modèle, c'est la manière dont la production est effectuée qui prime [21]. Est alors considérée comme performante une

organisation qui respecte les règles et les procédures établies[19]. 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 [22]. 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 [23].

### **2.3.2 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 [19]. 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* » [24] ; 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 Assesment 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) [25]

**-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[26]. 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) [19].

**-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 [27]. 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) [28]. 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* »[20]. 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 [29].

## **-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[29]. 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 [20].

**Tableau I:** 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.

## **-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 [21]. 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 (16). 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 [21].

**-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 [20]. Il suppose l'existence d'objectifs raisonnables en lien avec la production effectuée.

**-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. 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[30].

**-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[31]. En contexte de réforme, cet alignement est primordial, car il permet de faire adhérer les personnels aux changements induits par les politiques publiques [32].

**-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 [20]. Il met en avant la volonté des personnels à accepter les processus d'adaptation et à fournir des efforts.

## **2.4. Performance organisationnelle dans les services de santé au Mali**

### **- L'Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux (ANEH) [19]**

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). 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[33] .

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 leurs 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).

A travers cette revue de la littérature, nous observons que de nombreux facteurs peuvent influencer sur la performance organisationnelle des établissements publics hospitalier tel que leur organisation interne. Comme précité un peu plus haut les études de L'ANEH révèlent des EPH sous performant, mal organisé avec des personnels démotivés, insatisfaits de leurs conditions de travail et ne disposent pas des ressources nécessaires dans l'exercice de leurs fonctions.

Cependant, l'objectif principal de notre thématique étant d'étudier la perception du personnel de l'impact du dialogue social sur la performance de l'hôpital du point-g ; nous allons mettre l'accent sur la pratique du dialogue social à l'hôpital, et la place qu'elle occupe pour une meilleure performance organisationnelle.

### **3.Dialogue social à l'hôpital :**

Le dialogue social prend essentiellement deux formes au sein des établissements de santé :

un Dialogue institutionnel, « qui s'incarne dans des institutions obligatoires prévues par les règlements » [34].

- et un Dialogue informel qui « naît de l'initiative des parties prenantes qui l'organisent elles-mêmes »[34] à partir d'une problématique locale.



De ce fait, 3 formes de dialogue social peuvent être identifiées.

-Une première relative au dialogue social formel qui se déroule entre les différentes instances consultatives.

-Les deux autres traitent le dialogue social informel, c'est-à-dire du dialogue qui se déroule entre direction et syndicats en dehors des instances du dialogue de proximité avec les agents hospitaliers dans les relations de travail au quotidien.

Au-delà des obligations réglementaires et instances représentative du personnel, le dialogue social inclue l'ensemble des salariés de l'établissement.

### **3.1 Les Instances consultatives et de représentation du personnel :**

L'Article 72 de la réforme hospitalière de 2002 stipule que dans chaque établissement public hospitalier du Mali, sont institués les organes consultatifs suivants :[5]

- une Commission médicale d'établissement (CME), composée des représentants des médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens, qui élit, en son sein, son président.

Une Commission chargée d'examiner et de donner des avis sur l'organisation, le fonctionnement et les résultats de l'Hôpital dans la réalisation de ses missions de soins, de formation, de recherche et d'expertise. Le Comité technique d'établissement est chargé d'étudier et de donner son avis sur les questions relatives aux conditions de travail.

- une Commission des soins infirmiers et obstétricaux, composée d'assistants médicaux et de techniciens supérieurs de santé, dont la présidence est assurée par le responsable des soins infirmiers et obstétricaux de l'établissement. Cette commission des soins infirmiers et obstétricaux est chargée d'analyser et de donner des avis sur l'organisation, le fonctionnement et les résultats dans le domaine de l'accueil et des soins infirmiers et obstétricaux

- un Comité technique d'établissement, présidé par le Directeur général et composé du personnel, élus par collèges de listes présentées par les organisations syndicales et/ou par le personnel non syndiqué.

Le Comité technique d'établissement est chargé d'étudier et de donner son avis sur les questions relatives aux conditions de travail.

- un Comité technique d'hygiène et de sécurité, composé de représentants élus de chaque catégorie de personnel, qui élit en son sein son président.

Ce Comité est chargé d'étudier et de donner des avis sur la protection de l'hygiène, la sécurité des soins et celle des personnes et des biens au sein de l'Hôpital.

Les règles de désignation des membres, ainsi que les attributions et les modalités de fonctionnement des organes consultatifs sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres.

-Les Syndicats :

Les articles de 5 et 20 cités en-dessous reconnaissent et garantissent respectivement la liberté de se réunir en association et la liberté syndicale.

Article 5 : L'Etat reconnaît et garantit, dans les conditions fixées par la loi, la liberté d'aller et venir, le libre choix de la résidence, la liberté d'association, de réunion, de cortège et de manifestation[35].

L'Article 20 de la constitution malienne stipule que la liberté syndicale est garantie. Les syndicats exercent leurs activités sans contrainte et sans limites autres que celles prévues par la loi[35].

Comme nous pouvons l'observer à travers les alignements entre les dimensions du modèle EGIPSS précité un peu plus haut, le dialogue social est un des facteurs incontournables de performance hospitalière.

De ce fait après avoir situé notre sujet dans son contexte nous allons analyser la perception du personnel enquêtés sur l'impact qu'a le dialogue sur la performance de l'hôpital du point-G.

# **IV Méthodologie**

## **1. Cadre et lieu d'étude :**

Notre étude s'est déroulée au CHU du Point-G, district de Bamako. L'Hôpital du Point G existe depuis 1906 et s'est constitué à partir d'un hôpital militaire issu de la période coloniale. Il a été érigé en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA), doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion par la Loi n°92-023 du 05 octobre 1992. En 2003, la Loi n°03-021 du 14 juillet a créé l'Hôpital du Point G comme Etablissement Public Hospitalier doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du Ministre chargé de la Santé. Il est institué en Centre Hospitalier Universitaire du Point G à la suite de l'Arrêté interministériel n°06-3175/MS-SG du 29 décembre 2009 portant approbation de la convention hospitalo-universitaire conclue entre l'hôpital du Point-G et l'Université de Bamako.

### **Organes du chu Point-G :**

Le CHU du Point G comporte deux types de services (administratifs et techniques). Les services administratifs comprennent les services de l'administration générale et de la maintenance. Il s'agit plus spécifiquement :

- du service financier,
- du service comptable,
- du service informatique,
- du service social,
- du service des ressources humaines,
- du service du système d'information hospitalière,
- du secrétariat général et
- du service de la maintenance.

Ils sont chargés d'appuyer les services techniques dans le cadre de l'accomplissement de leur mission.

Les services techniques comprennent les services cliniques et médicotechniques.

Les services cliniques sont notamment :

- le service d'anesthésie,

- le service de réanimation,
- le service du bloc opératoire,
- le service des urgences,
- le service de cardiologie,
- le service de neurologie,
- le service de néphrologie,
- le service de chirurgie viscérale,
- le service de chirurgie B,
- le service d'urologie,
- le service de gynéco-obstétrique,
- le service des maladies infectieuses et tropicales,
- le service de pneumophtisiologie,
- le service de psychiatrie,
- le service de médecine nucléaire,
- le service d'hématologie,
- le service d'oncologie,
- le service d'hépatogastroentérologie,
- le service de médecine interne,
- le service de médecine légale,
- le service de rhumatologie et le service d'anatomo-pathologie.

Les services médicotechniques sont le service de laboratoires d'analyses médicales, le service d'imagerie médicale et le service de pharmacie hospitalière. Le CHU du Point-G abrite également une unité d'ophtalmologie et une unité de kinésithérapie. Les services techniques sont chargés des prestations de soins, de la formation et de la recherche.

## **2. Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude qualitative de type descriptif transversal portant sur le dialogue social en milieu hospitalier et ces impacts sur l'amélioration de la performance selon l'avis du personnel du CHU Point G.

## **3. Période d'étude :**

L'étude s'est déroulée principalement Mai 2022 à janvier 2024 soit une période de 20 mois.

Elle a été structurée de la manière suivante :

- ✓ Une première phase qui a été réservée à la rédaction du protocole ;
- ✓ Une deuxième qui s'est porté sur la collecte et l'analyse des données ;
- ✓ Une troisième orientée sur la rédaction de la thèse.

## **3. Population d'étude :**

Notre population d'étude a concerné certaines cibles du personnel du CHU du Point-G.

### **4.1. Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans notre étude :

- Les chefs de services médicales et chirurgicales,
- Les chefs de services administratifs,
- Les majors des services,
- Les présidents des organes consultatifs,
- Les syndicats.
- Les données d'activités cliniques disponibles dans les rapports, les données SIH de l'hôpital.

### **4.2. Critères de non inclusion dans notre étude :**

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les patients du CHU du point G ;
- Le personnel non ciblé par l'enquête ;
- Le personnel de sécurité et du nettoyage ;

- Les stagiaires présents au moment de l'enquête ;
- Les données en dehors de la période d'étude.

#### **4. Echantillonnage :**

Nous avons utilisé l'échantillonnage non-probabiliste de type raisonné avec un quota fixé par catégorie socio-professionnelle. Ce qui nous a permis de choisir ou avoir :

Dans le comité technique d'établissement, le président dudit comité (n=1) ;

Dans la commission médicale d'établissement, le président de ladite commission (n=1) ;

Dans la commission des soins infirmiers et obstétricaux, le président de ladite commission (n=1) ;

Les chefs de service médical et chirurgical (n=18) dans l'ensemble des services médicaux et chirurgicaux ;

Les majors des services médicaux et chirurgicaux n= (20) ;

Les chefs de service administratif (n=5) ; et les syndicats (n=30).

#### **5. Collecte, traitement et analyse des données :**

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire préétabli, elles ont été saisies sur Excel 2019 et analysées sur SPSS version 25. Le traitement des textes et les tableaux ont été effectués sur Word 2019.

#### **6. Considération éthiques :**

L'autorisation des autorités universitaires, des autorités hospitalières du CHU Point G a été demandé avant le début des enquêtes. Les participants ont été informés sur le but et les objectifs de l'étude afin d'obtenir leur consentement.

L'anonymat et la confidentialité des enquêtés ont été respectés.

## **7. Définition opérationnelle :**

Médiation : Par rapport à l'arbitrage, l'intervenant extérieur désigné par les deux parties est unique ce qui nécessite une véritable volonté de négociation dès le départ. Dans ce cas, le médiateur n'est qu'un « relais » qui facilite la discussion, guide la conversation ou la provoque.

Négociation : La négociation est la prise en charge du conflit ; c'est une solution pour concilier les points de vue opposés [36].

Consultation : Action de consulter quelqu'un, de lui demander son avis : Consultation de la population par référendum[37].

Concertation : Action de se concerter. Pratique qui consiste à faire précéder une décision d'une consultation des parties concernées[38] .



# **V-RESULTAT**

## A. Données sociodémographiques des personnes interrogées

**Tableau II: Répartition des enquêtés selon le sexe**

| <b>Sexe</b>  | <b>Fréquence</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--------------|------------------|--------------------|
| Féminin      | 26               | 34,2               |
| Masculin     | 50               | 65,8               |
| <b>Total</b> | <b>76</b>        | <b>100</b>         |

Plus de la moitié des enquêtées étaient de sexe masculin.

**Tableau III: Répartition des enquêtés selon leur appartenance aux groupements syndicaux**

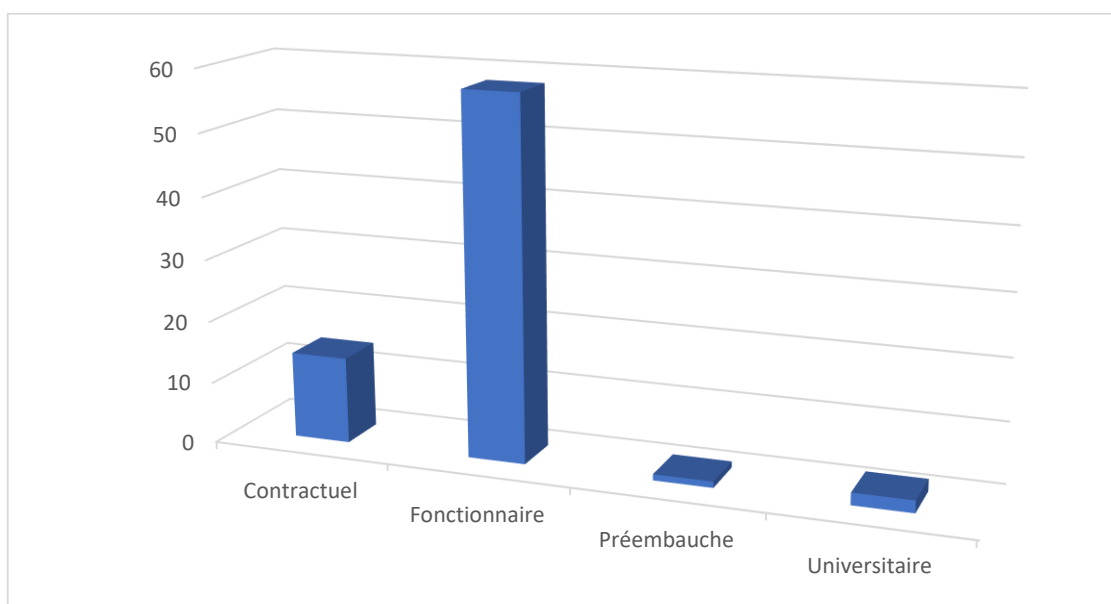
| <b>SYNDIQUE</b> | <b>Fréquence</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-----------------|------------------|--------------------|
| Syndiqué        | 30               | 39,5               |
| Non syndiqué    | 46               | 60,5               |
| <b>Total</b>    | <b>76</b>        | <b>100</b>         |

Au cours de notre étude les enquêtés non syndiqués étaient majoritaires.

**Tableau IV: Répartition des enquêtés selon leur qualification.**

| QUALIFICATION  | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| Administrateur | 12        | 15,8        |
| Médical        | 41        | 53,9        |
| Paramédical    | 23        | 30,3        |
| <b>Total</b>   | <b>76</b> | <b>100</b>  |

Parmi nos enquêtés, la qualification professionnelle la plus représentée était le corps médical.



**Figure 1: Répartition des enquêtés selon leur statut professionnel au CHU Point-G**

Au cours de notre étude le statut professionnel majoritairement représenté était les fonctionnaires.

**B. Données pouvant faire ressortir les types et les conditions du dialogue social pratiqué au CHU du Point G selon l'avis du personnel**

**Tableau V: Répartition des participants selon leur avis sur l'existence du dialogue social à l'hôpital du Point-G**

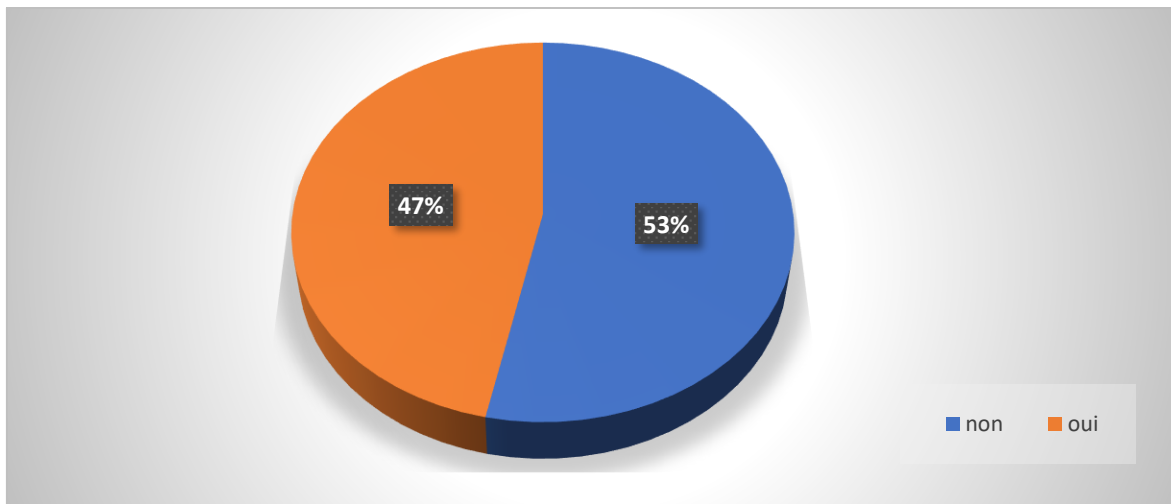
| <b>Existence du dialogue social</b> | <b>Fréquence</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-------------------------------------|------------------|--------------------|
| Oui                                 | 47               | 61,8               |
| Non                                 | 27               | 35,5               |
| Ne sait pas                         | 2                | 2,6                |
| <b>Total</b>                        | <b>76</b>        | <b>100</b>         |

Au cours de notre étude plus de la moitié des enquêtés s'accordaient sur le fait que dialogue social existe au chu Point-G.

**Tableau VI: Répartition des enquêtés selon leur opinion sur l'existence d'organisations syndicales fortes et indépendantes au CHU du Point-G**

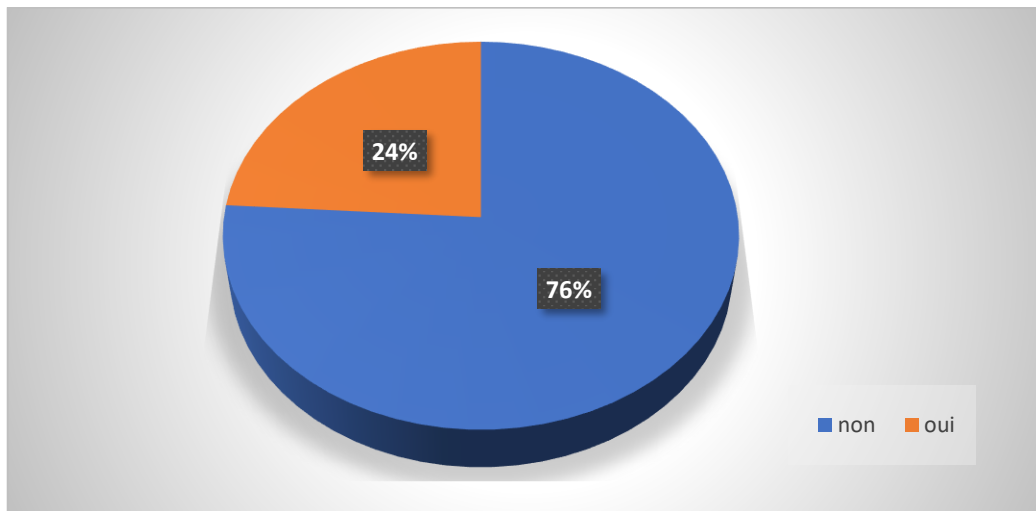
| <b>Existence d'organisations syndicales fortes et indépendantes au chu Point-G</b> | <b>Fréquence</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--|------------------|--------------------|
| Non existence d'organisations syndicales fortes et indépendantes                   | 16               | 21,1               |
| Non renseigné sur l'existence d'organisations syndicales fortes et indépendantes   | 10               | 13,2               |
| Existence d'organisations syndicales fortes et indépendantes                       | 50               | 65,8               |
| <b>Total</b>   | <b>76</b>        | <b>100</b>         |

Plus de la moitié des participants à notre étude considèrent que des organisations syndicales fortes et indépendantes existaient au CHU du Point-G.



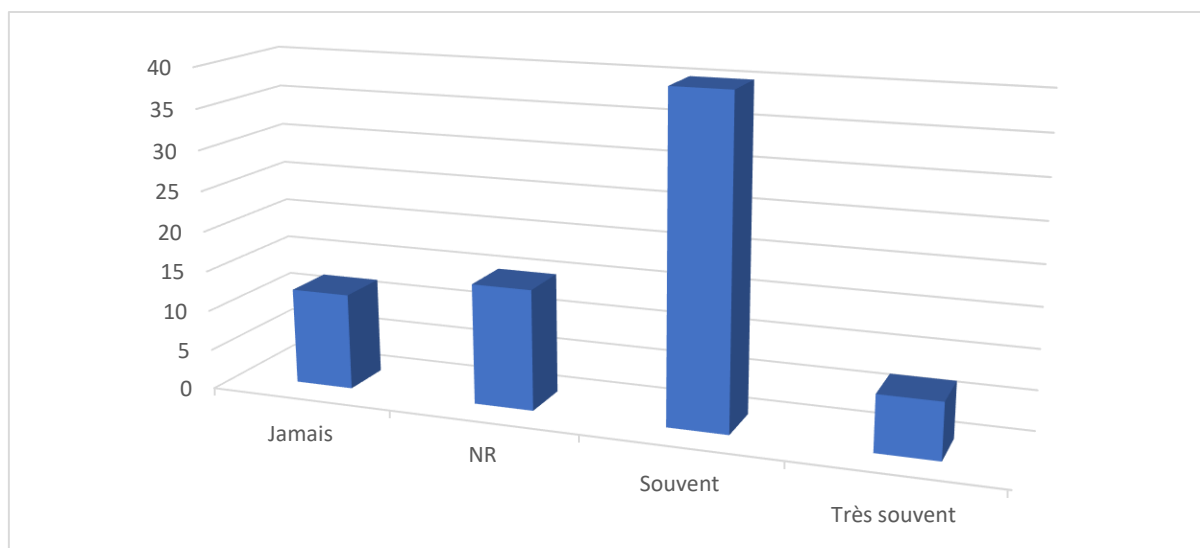
**Figure 2:** Répartition des participants concernant à leur avis l'intervention des délégués syndicaux dans les méthodes de non résolutions des conflits collectifs.

Plus de la moitié des enquêtés considèrent que les délégués syndicaux intervenaient dans les procédures de non résolutions des conflits individuels au chu Point-G.



**Figure 3:** Répartition des enquêtés selon leur opinion sur l'intervention de l'encadrement intermédiaire dans les méthodes de non résolutions des conflits collectifs au chu Point-G.

Moins du quart des participants considèrent que l'encadrement intermédiaire intervenait dans les méthodes de nos résolutions des conflits individuels du CHU Point-G.



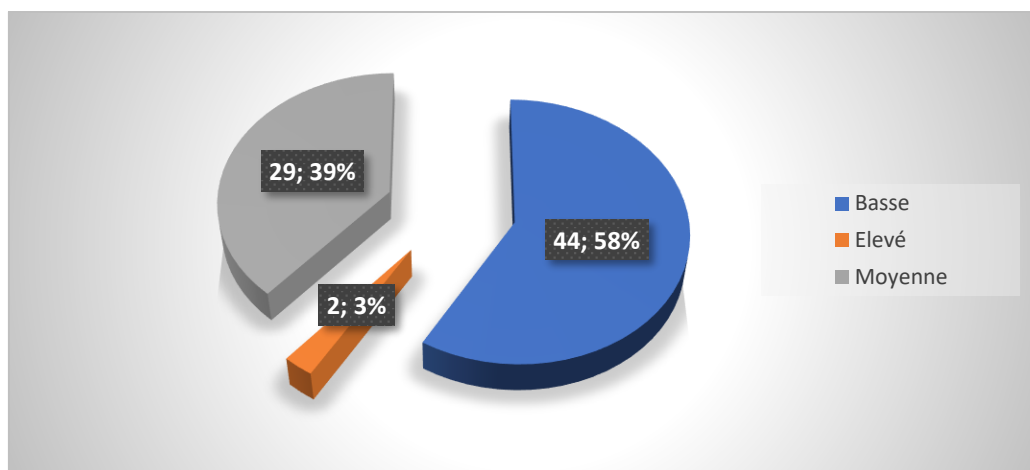
**Figure 4:** Répartition des enquêtés par rapport au fait que la direction du CHU Point-G fait recours à la procédure d'arbitrage lors des conflits collectifs

Plus de la moitié des enquêtés considèrent que la direction du CHU Point-G faisait recours à la procédure d'arbitrage lors des conflits collectifs.

**Tableau VII: Répartition des participants selon leur opinion sur la prise en compte des interventions du personnel au CHU du Point-G**

| Considération des interventions du personnel du chu Point-G | Fréquence | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| De temps à temps sur les points de détails                  | 14        | 18,4        |
| De temps à temps sur les points importants                  | 20        | 26,3        |
| Fréquemment ou toujours                                     | 4         | 5,3         |
| Jamais  | 9         | 11,8        |
| Ne sait pas   | 29        | 38,2        |
| <b>Total</b>  | <b>76</b> | <b>100</b>  |

Plus d'un quart du personnel enquêté considère que l'intervention du personnel était prise en compte de temps à temps sur les points importants et moins d'un quart du personnel considère que l'intervention du personnel était prise en compte de temps à temps sur les points de détails.



**Figure 5:** Répartitions des enquêtés selon leur avis sur la fréquence des réunions dans le cadre du dialogue social au CHU du Point-G

Au cours de notre étude moins de la moitié des enquêtés estimaient que la fréquence des réunions du dialogue social est basse.

**Tableau VIII: Répartition des participants selon leur avis sur le taux de participation du personnel du CHU Point-G aux réunions du dialogue social**

| Taux de participation du personnel aux réunion et au dialogue social | Fréquence | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Bas  | 36        | 47,4        |
| Elevé  | 9         | 11,8        |
| Moyen  | 31        | 40,8        |
| <b>Total</b>   | <b>76</b> | <b>100</b>  |

Moins de la moitié des participants à notre étude estiment que le taux de participation du personnel du chu Point-G aux réunions du dialogue social était bas.

**Tableau IX: Répartition des enquêtés par rapport à l'existence de la liberté d'expression au CHU Point-G**

| <b>Existence d'une liberté d'expression</b> | <b>Fréquence</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---|------------------|--------------------|
| Oui   | 52               | 68,4               |
| Non   | 20               | 26,3               |
| Ne sait pas                                 | 4                | 5,3                |
| <b>Total</b>                                | <b>76</b>        | <b>100</b>         |

Plus de la moitié des participants à notre étude estimaient que de la liberté d'expression existe au CHU du Point-G.

**Tableau X: Répartition des participants concernant leur avis sur le partage de l'information social au CHU du Point-G**

| <b>Partage de l'information social</b> | <b>Fréquence</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--|------------------|--------------------|
| Oui                                    | 32               | 42,1               |
| Non                                    | 30               | 39,5               |
| Ne sait pas                            | 14               | 18,4               |
| <b>Total</b>                           | <b>76</b>        | <b>100</b>         |

Au cours de notre étude moins de 50% des participants considéraient l'information sociale est partagé au CHU Point-G.



**Tableau XI: Répartition des enquêtés par rapport à leur avis sur l'accès des partenaires sociaux aux informations pertinentes au CHU du Point-G**

| <b>Accès des partenaires sociaux aux informations pertinentes au CHU Point-G</b> | <b>Fréquence</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--|------------------|--------------------|
| Oui  | 26               | 34,2               |
| Non  | 50               | 65,8               |
| <b>Total</b>   | <b>76</b>        | <b>100</b>         |

Au cours de notre étude plus de la moitié des participants estimaient que les partenaires sociaux n'ont pas accès aux informations pertinentes du CHU Point-G.

**Tableau XII: Répartition des enquêtés concernant leur avis sur l'existence d'une volonté affirmée d'engager le dialogue social entre direction et syndicats du CHU Point-G**

| <b>Existence d'une volonté affirmée d'engager le dialogue social</b> | <b>Fréquence</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--|------------------|--------------------|
| Oui  | 18               | 23,7               |
| Non  | 44               | 57,9               |
| Ne sait pas  | 14               | 18,4               |
| <b>Total</b>   | <b>76</b>        | <b>100</b>         |

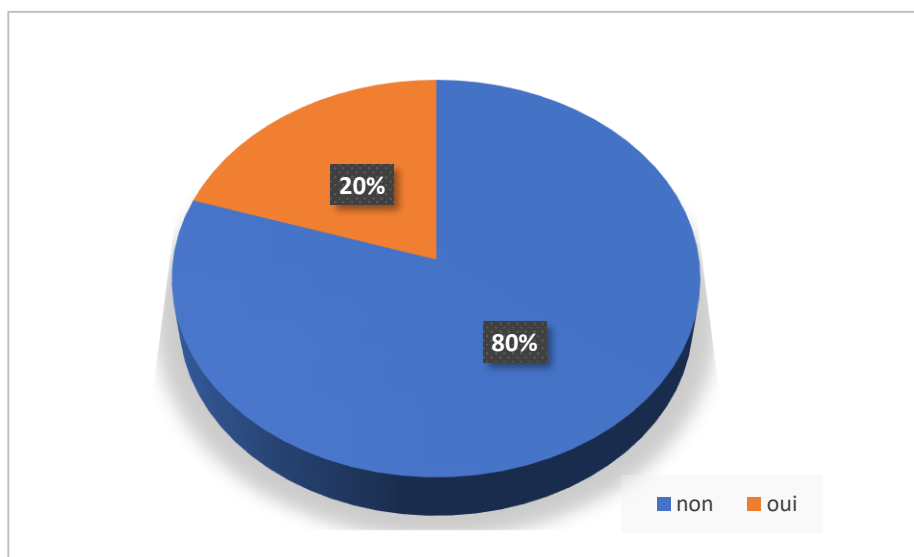
Au cours de notre étude une volonté affirmée d'engager le dialogue social n'existait pas entre direction et syndicats du CHU Point-G pour plus de la moitié des participants.

### C. Données pouvant nous permettre d'identifier le ou les liens entre le dialogue social exercé à l'hôpital et l'amélioration des performances selon l'avis du personnel

**Tableau XIII: Répartition des enquêtés concernant leur avis sur l'existence de revendications non encore satisfaites au CHU du Point-G**

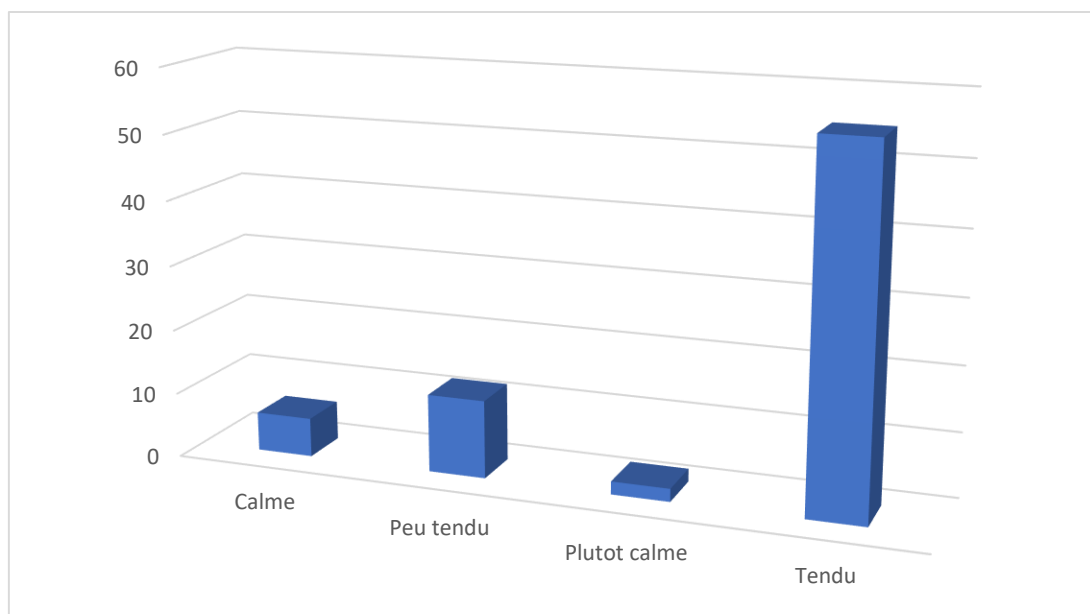
| Existence des revendications non encore satisfaites au chu Point-G | Fréquence | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Oui  | 62        | 81,6        |
| Non  | 6         | 7,9         |
| Non renseigné  | 8         | 10,5        |
| <b>Total</b>   | <b>76</b> | <b>100</b>  |

Au cours de notre étude, la majorité des participants estimaient qu'ils existent des revendications non encore satisfaites au CHU du Point-G.



**Figure 6:** Répartition des enquêtés par rapport à leur avis sur la qualité de la relation entre direction et les représentants du personnel

La majorité des participants à notre étude estiment que la relation entre direction et représentant était mauvaise au CHU du Point-G.



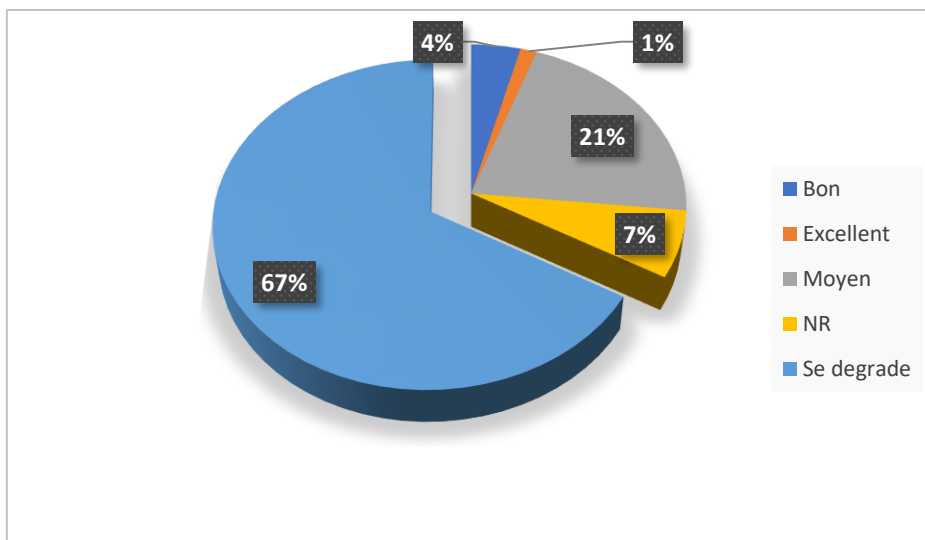
**Figure 7:** Répartition des participants à l'étude selon leur avis sur l'état du climat social à hôpital du Point-G

Au cours de notre étude, la majorité des enquêtés estimaient que climat social au CHU du Point-G est tendu.

**Tableau XIV: Appréciation du bilan social de la direction du CHU Point-G de 2017 à 2022 selon l'avis du personnel enquêtés**

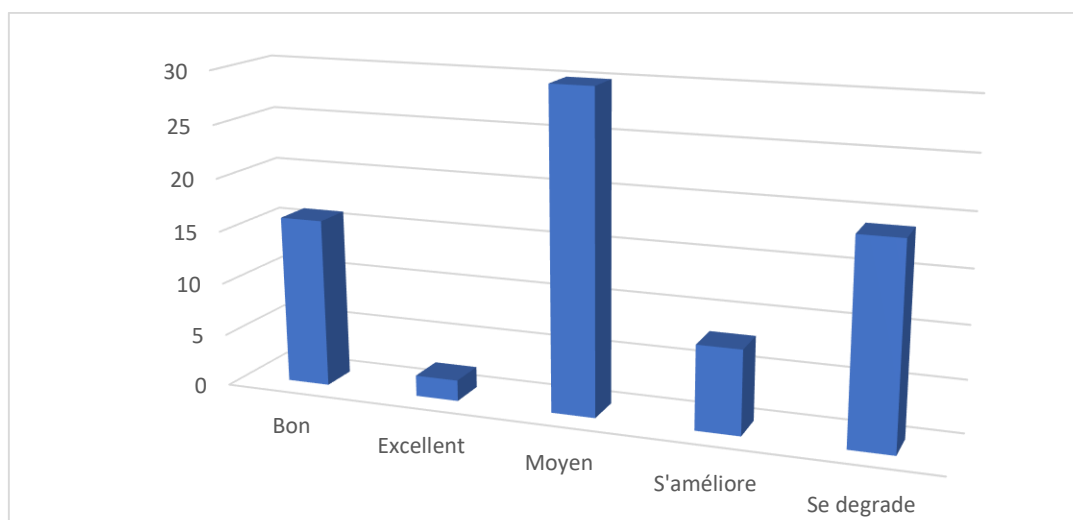
| Appréciation du bilan 2017-2022 | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------------------|-----------|-------------|
| Bon                             | 15        | 19,7        |
| Mauvais                         | 35        | 46,1        |
| Médiocre                        | 11        | 14,5        |
| NR                              | 15        | 19,7        |
| <b>Total</b>                    | <b>76</b> | <b>100</b>  |

Moins de 50% des participants à notre étude estiment que le bilan social des 5 dernières années de la direction du CHU Point-G était mauvais.



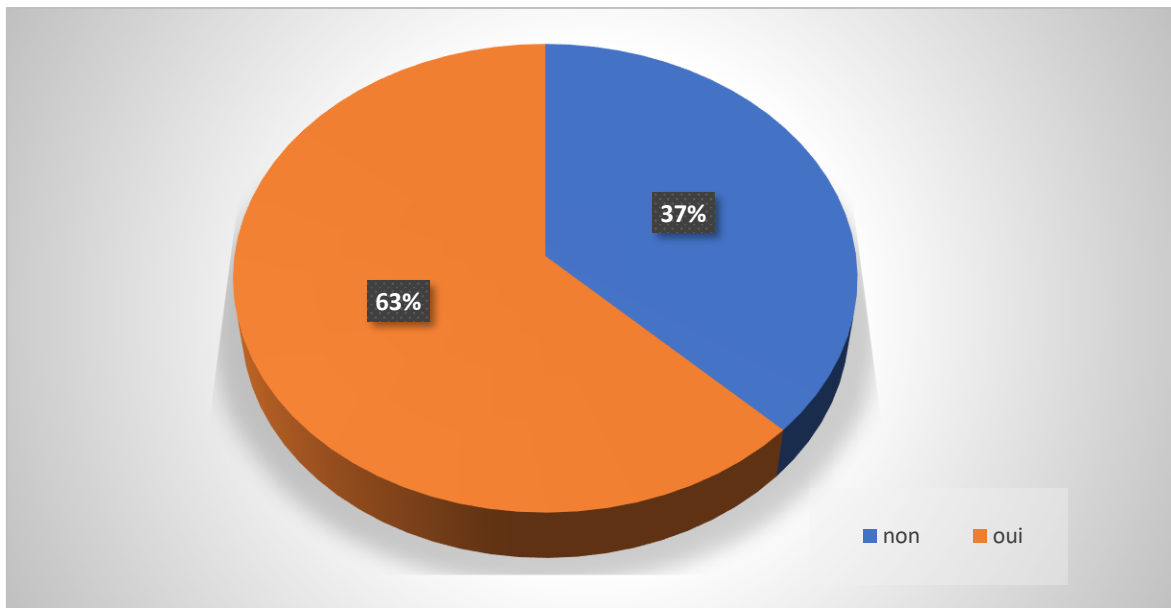
**Figure 8:** Répartition des participants à l'étude concernant leur avis sur la qualité de la relation entre direction et syndicat du CHU Point-G.

Au cours de notre étude, plus de la moitié des participants considéraient la relation entre direction et syndicat comme dégradante.



**Figure 9:** Répartition des enquêtés par rapport à leur avis sur la qualité de la relation entre syndicats et personnel du CHU du Point-G.

Au cours de notre étude, moins de 50% des enquêtés considéraient que la relation entre syndicat-personnel est moyen ; Estimé dégradante pour le quart des participants et bon pour moins du quart des participants.



**Figure 10:** Répartition des enquêtés concernant leur participation aux mouvements de grève au CHU du Point-G

Au cours de notre étude plus de la moitié des enquêtés participaient aux mouvements de grèves.

**Tableau XV:** Répartition des enquêtés selon leur avis concernant l'impact qu'a dialogue sociale sur implication du personnel au travail

| Implication effective du personnel au travail au chu Point-G | Fréquence | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Oui  | 34        | 44,7        |
| Non  | 39        | 51,3        |
| Ne sait pas  | 3         | 3,9         |
| <b>Total</b>   | <b>76</b> | <b>100</b>  |

Plus de la moitié des participants à notre étude estimaient que l'implication du personnel du CHU Point-G au travail n'est pas effective.

**Tableau XVI: Répartition des enquêtés selon leur avis concernant l'impact qu'à le dialogue social sur la qualité du travail au CHU du Point-G**

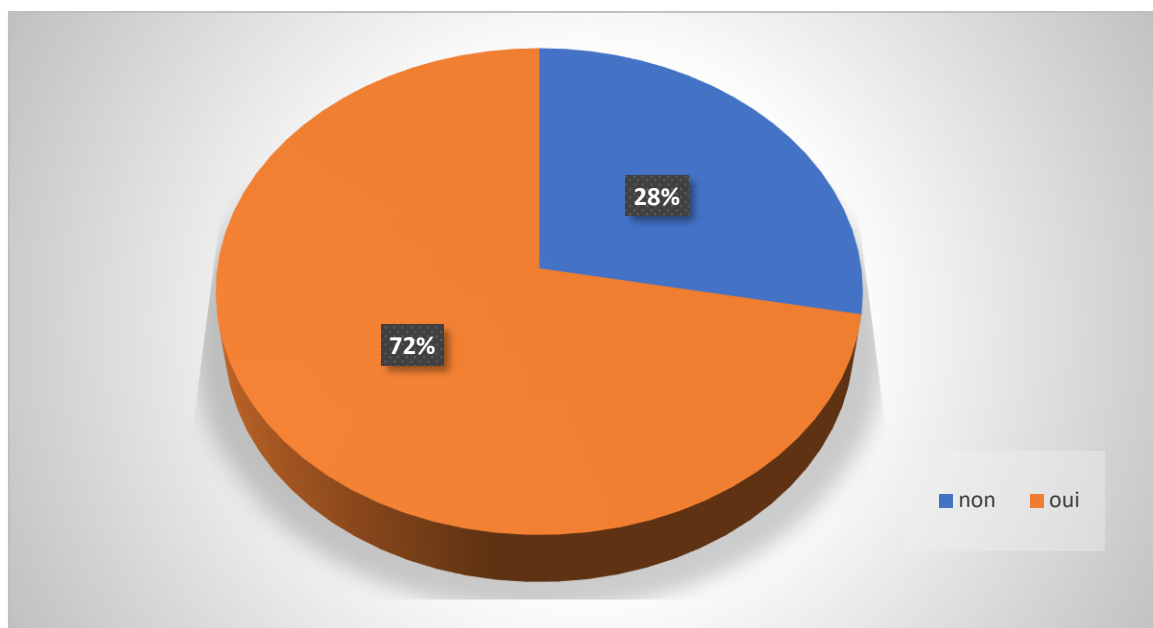
| <b>La qualité du travail est-elle bonne</b> | <b>Fréquence</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---|------------------|--------------------|
| Oui   | 23               | 30,3               |
| Non   | 51               | 67,1               |
| Ne sait pas                                 | 2                | 2,6                |
| <b>Total</b>                                | <b>76</b>        | <b>100</b>         |

Au cours de notre étude, plus de la moitié des enquêtés estimaient que la qualité du travail du personnel au CHU du Point-G est mauvaise.

**Tableau XVII: Répartition des enquêtés par rapport aux temps de travail comme des motifs de grève**

| <b>Motif de grève à l'hôpital temps de travail</b> | <b>Fréquence</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--|------------------|--------------------|
| Oui  | 2                | 2,6                |
| Non  | 74               | 97,4               |
| <b>Total</b>                                       | <b>76</b>        | <b>100</b>         |

La majorité des participants à notre étude estiment que le temps de travail à l'hôpital ne faisait pas partis des motifs de grèves au CHU du Point-G.



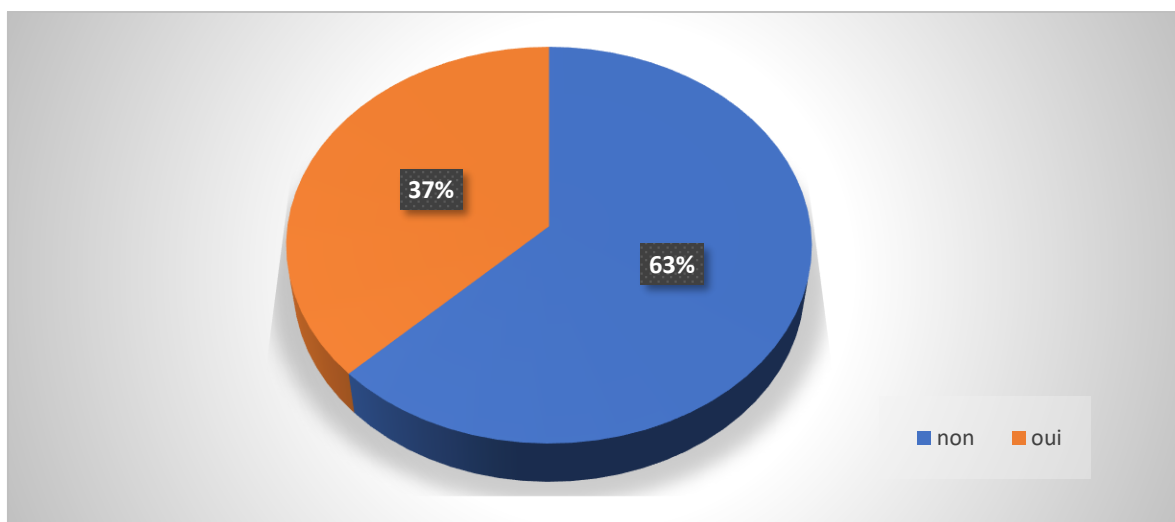
**Figure 11:** Répartition des participants concernant leur avis sur les conditions de travail comme motif de grève au CHU Point-G.

La majorité des enquêtés estiment que les grèves à l'hôpital du point-g étaient liées aux conditions de travail au CHU du Point-G.

**Tableau XVIII: Répartition des participants par rapport à l'emploi et licenciement comme motifs de grève au CHU Point-G**

| Emploi et licenciement | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------|-----------|-------------|
| Oui                    | 14        | 18,4        |
| Non                    | 62        | 81,6        |
| <b>Total</b>           | <b>76</b> | <b>100</b>  |

La majorité des participants à notre étude estiment que les grèves à l'hôpital du point-g n'étaient pas dues à l'emploi licenciement du personnel du CHU Point-G.



**Figure 12 :** Répartition des participants selon leur avis sur les motifs de grèves au CHU Point-G en dehors : du temps de travail, des conditions de travaux, de l'emploi et licenciement.

Au cours de notre étude, plus de la moitié des enquêtés estimaient que les grèves au CHU du Point-G sont liées à d'autres motifs tel que : problème syndical, réaffectation arbitraire d'un syndicat, problème foncier, absence de projet d'établissement de l'hôpital, abus de pouvoir de la part de la direction.

**Tableau XIX: Répartition des enquêtés sur l'efficacité pertinence des réunions du dialogue social au CHU du Point-G**

| Efficacité /pertinence des réunions | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------------------|-----------|-------------|
| Efficace                            | 5         | 6,6         |
| Ne Sait pas                         | 30        | 39,5        |
| Peu efficace                        | 41        | 53,9        |
| <b>Total</b>                        | <b>76</b> | <b>100</b>  |

Plus de la moitié des enquêtés à notre étude estiment que les réunions du dialogue social étaient peu efficaces.



**Tableau XX: Répartition des enquêtés concernant leur appréciation sur le style de management de la direction du CHU Point-G**

| Appréciation du style de management de la direction | Fréquence | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| Non répondant                                       | 59        | 77,6        |
| Non renseigné                                       | 3         | 3,9         |
| Répondant   | 14        | 18,4        |
| <b>Total</b>  | <b>76</b> | <b>100</b>  |

La majorité des enquêtés à notre étude estiment que le style de management de la direction était non répondant.

**Tableau XXI: Données SIH : consultation -hospitalisation-décès suite à une hospitalisation**

| Chu point-g  |                        |   |  |
|--------------|------------------------|---|--|
| Période/data | Nombre de consultation | de Nombre d'hospitalisation à l'hôpital | Décès suite à une hospitalisation hospitalière |
| 2018         | 43195                  | 8782                                    | 19,43%   |
| 2019         | 55131                  | 12635                                   | 17,86%   |
| 2020         | 44202                  | 11337                                   | 14,95%   |
| 2021         | 47043                  | 14030                                   | 11,64%   |
| 2022         | 51118                  | 15215                                   | 12,46%   |

Le taux de mortalité le plus élevé est de 19,43% en 2018.

Le nombre de consultation le plus élevé 51118 a eu lieu en 2022.

Une légère élévation du taux de mortalité en 2022 par rapport à 2021.

**Tableau XXII: Données SIH : nombre d'actes chirurgicaux \_ nombre de décès suite à une intervention chirurgicale**

| Chu point-g  |                             |   |
|--------------|-----------------------------|---|
| Période/data | Nombre d'actes chirurgicaux | Nombre de décès suite à une intervention chirurgicale |
| 2018         | 1962                        | 17  |
| 2019         | 2225                        | 14  |
| 2020         | 1009                        | 4   |
| 2021         | 1942                        | 20  |
| 2022         | 2137                        | 29  |

Le plus grand nombre d'actes chirurgicaux a été réalisé en 2022.

Le plus grand nombre décès suite à une intervention chirurgicale a eu lieu en 2022.

Le taux le plus faible de décès suite à une intervention chirurgicale a eu lieu en 2020.

**Tableau XXIII: Récapitulatif des activités dans les services de médecines et spécialités médicales du 1<sup>er</sup> janvier au 31 Décembre**

| Activité        | Prévisions 2021 | Prévisions 2022 | Réalisations 2022 | Taux de réalisation en % |
|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|--------------------------|
| Consultation    | 51517           | 34519           | 33163             | 96%                      |
| Hospitalisation | 6471            | 8589            | 8112              | 94%                      |
| Actes/Examens   | 35332           | 43215           | 55863             | 129%                     |

Pour la période d'étude, sur une prévision de 34519 les services de médecine spécialisés ont réalisé 96% de l'objectif de consultation fixé au départ, les objectifs d'hospitalisations réalisés à 94%, et les examens à plus de 100%. Nous observons une involution de l'objectif de consultation prévisionnel de 2022 par rapport à 2021.

**Tableau XXIV: Volume d'activités des services de chirurgies et spécialités chirurgicales du 1er janvier au 31 Décembre 2022**

Au nombre de cinq (5) y compris le service d'anesthésie, ils disposent de 152 lits.

| Activités            | Prévisions<br>2021 | Prévisions<br>2022 | Réalisations | Taux<br>de<br>réalisation |
|----------------------|--------------------|--------------------|--------------|---------------------------|
| Consultations        | 15058              | 14554              | 13839        | 95%                       |
| Hospitalisations     | 5419               | 6126               | 5062         | 83%                       |
| Acte opératoire      | 3869               | 1913               | 1705         | 89%                       |
| Actes/examens        | 6478               | 6707               | 9550         | 142%                      |
| Acte<br>d'anesthésie | 3975               | 1330               | 1949         | 147%                      |

La consultation a été réalisé à 95% des prévisions. Les hospitalisations à 83% de leur prévision. Quant aux actes opératoires ont été réalisé à 89%. Les actes anesthésiques et examens ont dépassé les prévisions avec respectivement 147% et 124% de réalisation. Nous observons une involution des prévisions de consultations, des actes opératoires et des actes anesthésiques de 2022 par rapport à 2021.

**Tableau XXV: des indicateurs hospitaliers par service du 1<sup>er</sup> janvier au 31 Décembre 2022.**

| Services                 | TOL<br>en % | DMS      | IROT              | Taux de<br>mortalité<br>en % | Taux<br>consultation<br>en % | Réf              | Taux<br>hospitalisation en<br>% | Réf |
|--------------------------|-------------|----------|-------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|---------------------------------|-----|
|                          | JR/JP       | JR/NH    | (JP-<br>JR)<br>NH | (ND/NH)                      | Réf/consultants              | RéfH/hospitalisé |                                 |     |
| Cardiologie              | 25%         | 7        | 24                | 16%                          | 10%                          |                  | 87%                             |     |
| Hémato-<br>Oncologie     | 49%         | 1        | 1                 | 1%                           | 0%                           |                  | 0                               |     |
| Maladies<br>infectieuses | 19%         | 8        | 33                | 33%                          | 0%                           |                  | 0                               |     |
| Médecine<br>interne      | 40%         | 12       | 19                | 29%                          | 55%                          |                  | 60%                             |     |
| Néphrologie              | 88%         | 12       | 2                 | 32%                          | 57%                          |                  | 78%                             |     |
| Neurologie               | 52%         | 10       | 10                | 12%                          | 3%                           |                  | 24%                             |     |
| Pneumo                   | 44%         | 16       | 20                | 29%                          | 98%                          |                  | 85%                             |     |
| Psychiatrie              | 24%         | 14       | 45                | 0%                           | 0%                           |                  | 0                               |     |
| Rhumatologie             | 8%          | 0        | 0                 | 0%                           | 0%                           |                  | 0                               |     |
| Total<br>médecine        | 39%         | 9        | 17                | 10%                          | 25%                          |                  | 37%                             |     |
| Urgences                 | 20%         | 1        | 2                 | 21%                          | 37%                          |                  | 51%                             |     |
| Réanimation              | 72%         | 4        | 2                 | 37%                          | 0                            |                  | 100%                            |     |
| Chirurgie A              | 25%         | 7        | 20                | 8%                           | 0                            |                  | 6%                              |     |
| Chirurgie B              | 19%         | 6        | 27                | 5%                           | 81%                          |                  | 79%                             |     |
| Gynéco<br>Obstétrique    | 61%         | 5        | 3                 | 6%                           | 37%                          |                  | 52%                             |     |
| Urologie                 | 26%         | 9        | 25                | 8%                           | 12%                          |                  | 26%                             |     |
| Total<br>chirurgie       | 37%         | 5        | 13                | 15%                          | 29%                          |                  | 52%                             |     |
| <b>Total General</b>     | <b>39%</b>  | <b>7</b> | <b>15</b>         | <b>12%</b>                   | <b>27%</b>                   |                  | <b>45%</b>                      |     |

Les indicateurs établis par service sont les suivants :

-Le taux d'occupations de lits (TOL)

La moyenne du taux d'occupations de lits dans les services de médecine et de chirurgie inférieur à 50%.

-La durée moyenne d'hospitalisation (DMS) :

9 jours dans les services de médecine, 5 Jours dans les services de chirurgies et de 7 jours pour la période à l'hôpital.

-L'intervalle de rotation des lits (IROT)

17 jours en moyenne pour les services de médecine, 13 jours en chirurgie et 15 jours pour l'ensemble de l'hôpital.

- Le taux de référence en consultation

Un taux inférieur à 50% par rapport à l'objectif fixé, 27% en moyenne pour tout l'hôpital.

-Les références d'hospitalisations :

Un taux inférieur à 50% par rapport à l'objectif fixé, 45% en moyenne pour tout l'hôpital.

-Taux de mortalité hospitalière pour la période supérieure à celui de 2021 de 1%.

# **VI Commentaires Et Discussion**

### **Les limites et difficultés de notre étude :**

- Une Absence de collaboration de certains chefs de service ;
- La réticence d'information par rapport à certaines questions : par exemple les informations financières etc.
- Une Grande partie de l'enquête réalisé en période de grève

### **1. Profil sociodémographique des enquêtés :**

L'échantillon étudié compte 34,2% de femmes et 65,8% d'hommes ; ce résultat se rapprocherai de celui de GOITA B qui a trouvé une prédominance du sexe masculin à 80% dans le cadre de son étude portant sur les déterminants de la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers : cas du CHU Gabriel Touré, de l'Hôpital du Mali, du chu Mère-enfant, et du CHU du Point G en 2018[39].

Cette prédominance du sexe masculin pourrait être due à la proportion élevée des hommes dans le domaine médical de façon générale au Mali.

Les syndiqués représentaient 39,5% et les non syndiqués 60,5%. Ce pourcentage élevé de taux de non syndicalisation pourrait s'expliquer par le désintéressement des médecins et professeurs du CHU Point-G aux histoires de syndicat de l'hôpital durant les 10 dernières années.

La qualification professionnelle la plus représentée était le corps médical, Ce résultat pourrait être due au fait que les critères d'inclusions de l'étude impliquaient plus les médecins.

Le statut professionnel le plus représenté était les fonctionnaires avec 77,6%. Ce résultat pourrait être due au fait que la majorité des cibles de l'enquêtes étaient fonctionnaires.

### **2.Types et conditions du dialogue social au CHU du Point-G :**

C'est dans un cadre complexe d'interactions personnelles et professionnelles fortes que s'inscrit notamment le dialogue social dans toutes ces nuances (information, négociation, consultation, concertation).



- **Existence et types de Dialogue social :**

Au cours de notre étude plus de la moitié des enquêtés ont affirmé que dialogue social existent au CHU du Point-G.

Ces résultats pourraient s'expliquer par l'existence, l'implication des organes consultatifs dans le comité de direction de l'hôpital comme voulu par L'Article 71 de la réforme hospitalière de 2002.

Les organes d'administration et de gestion des établissements publics hospitaliers sont :

- le conseil d'administration ;
- la direction générale ;
- le comité de direction ;
- les organes consultatifs » représentent le dialogue social formel, institutionnalisé ou traditionnel au sein de l'établissement.

A noter que, l'article 64 de la même loi hospitalière dispose : « Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une fois par semestre. Il peut se réunir en session extraordinaire chaque fois que l'intérêt de l'établissement l'exige et ce, à la demande de l'autorité de tutelle ou du tiers au moins de ses membres »[5].

L'existence du dialogue social formel au sein du CHU Point-G est soutenu par le fait que Plus de la moitié des enquêtés considèrent que la direction du CHU Point-G faisait recours à la procédure d'arbitrage lors des conflits collectifs.

Procédure d'arbitrage : l'arbitrage implique les parties à demander aux deux parties de choisir chacune un arbitre qui, généralement, désignera lui-même un troisième arbitre [40].

Cependant, au cours de cette même étude, plus de la moitié des participants ont affirmé que des organisations syndicales fortes et indépendantes existent au CHU Point-G.

Ce résultat qui pourrait expliquer l'existence du dialogue social informel à travers l'existence des organisations syndicales fortes et indépendantes au sein de

l'établissement. Autrement appelé dialogue social de tous les jours, il est soutenu par :

L'implication des délégués syndicaux dans les procédures de non résolutions des conflits individuels au CHU du Point-G et la participation de l'encadrement intermédiaire dans les méthodes de non résolutions des conflits individuels du CHU Point-G par médiation, consultation, concertation, négociation.

- **Conditions du Dialogue Social :**

Le respect des conditions du dialogue social est indispensable pour une pratique efficace de ce dialogue :

**-Partage de l'information sociale et la liberté d'expression au CHU du Point-G :**

Selon l'OIT le Dialogue social inclut tous types de négociation, de consultation ou simplement d'échange d'informations entre les représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs selon des modalités diverses, sur des questions d'intérêt commun relatives à la politique économique et sociale. Au cours de notre étude les conditions comme le partage de l'information social et la liberté d'expression étaient respecté pour respectivement 68,4% et 42,1% des participants.

Des résultats qui pourraient s'expliquer par le respect de L'Article 20 de la constitution malienne qui stipule que la liberté syndicale est garantie. Les syndicats exercent leurs activités sans contrainte et sans limites autres que celles prévues par la loi [35].

**-Existence d'organisations syndicales fortes et indépendantes et volonté d'engager le dialogue social entre direction et partenaires sociaux**

Une des conditions majeures du dialogue social est l'existence d'organisations syndicales fortes et indépendantes et la volonté d'engager le dialogue social entre les différentes parties :

Au cours de notre étude, l'existence d'organisation syndicale forte et indépendantes a été confirmé par 65,8% des enquêtés mais par contre une volonté

affirmée d'engager le dialogue social faisait défaut entre direction et syndicats du CHU Point-G pour 57,9% des participants.

Comme le met en évidence la Proposition d'approche tripartite des problèmes concernant le personnel infirmier de la région d'Auckland (Nouvelle-Zélande, 6 juillet 2001) qui dit que la condition préalable est que le gouvernement reconnaisse les employeurs et travailleurs comme partenaires sociaux du développement et que les employeurs et les travailleurs s'acceptent aussi mutuellement[41].

Ce manque de volonté exprimé par les participants au cours de notre étude pourrait être due à un problème syndical qui règne au CHU du Point-G à travers l'existence de deux bureaux locaux du syndicat national de la santé au CHU du Point-G.

Ce problème syndical pourrait par la même occasion expliquer le fait qu'une grande partie des enquêtés estiment que les partenaires sociaux n'avaient pas accès aux informations pertinentes du CHU Point-G.

#### **-Prise en compte des interventions du personnel :**

Au cours de notre plus d'un quart du personnel enquêté considéraient que l'intervention du personnel était prise en compte de temps à temps sur les points importants et moins d'un quart du personnel considère que l'intervention du personnel était prise en compte de temps à temps sur les points de détails.

Résultat qui pourrait nous permettre de dire que l'intervention du personnel est prise en compte mais des efforts sont à fournir pour que le personnel du CHU se sent impliqué dans la gestion de l'établissement.

#### **-Fréquence des réunions du dialogue social :**

Au cours de notre étude moins de la moitié des enquêtés de notre étude ont affirmé que la fréquence des réunions du dialogue social était basse.

Un résultat qui se rapprocherait de celui du vérificateur général de la république qui dans son rapport de vérification de gestion financière de 2018, 2019, 2020,2021 30 juin a constaté que le CHU du Point G ne tient pas toutes les

sessions réglementaires. En effet, au cours de la période sous revue, le Conseil d'Administration du CHU du Point G a tenu une (1) session ordinaire en 2018 et n'a tenu aucune session en 2020[42].

### **3.Liens entre dialogue social et performance hospitalière :**

Dans cette partie nous allons établir le lien entre les critères d'efficacité du dialogue social qui pourraient avoir un impact sur les indicateurs de performance hospitalière.

Comme indicateur de performance hospitalière nous avons :

La durée moyenne de séjour

Taux de rotation des lits

Taux de références de consultations et taux de références d'hospitalisations

Taux de mortalité suite à l'hospitalisation.

Comme critères d'efficacité du dialogue social, nous avons choisis les suivants :

Efficacité pertinence des réunions du dialogue social,

Degré d'implication au travail et la qualité de travail du personnel selon l'avis des enquêtés,

Conditions de travail au CHU du Point-G,

La qualité de la relation entre syndicat directions et personnel-syndicats,

Appréciation du style de management de la direction.

#### **- Les indicateurs de performance hospitalière :**

Pour la période d'enquêtes :

##### **-Taux d'occupation de lits (TOL) :**

Le taux moyen d'occupation de lits dans les services de médecine et de chirurgie inférieur à 50%.

39% en médecine et 37% en chirurgie pour une moyenne générale de 39% pour l'ensemble des services de médecine et de chirurgie.

Partant de là, on constate que le niveau d'occupation des lits reste toujours faible puisqu'il ne dépasse pas la moitié. Ce résultat est comparativement supérieur à l'étude de BENCHIKHA Fatima Zohra sur le contrôle de gestion hospitalier : cas

d'hôpital Algérien à l'Eph el Mohgoun d'Algerie dont les TOM oscillaient entre 32,72% et 25,75% de 2006 à 2010 mais nettement faible par rapport au niveau de la wilaya d'Oran dont le TOM est 83,7% en 2010[43].

**-Durée moyenne d'hospitalisation (DMS) :**

9 jours dans les services de médecine, 5 Jours dans les services de chirurgies et de 7 jours pour la période à l'hôpital

Nous constatons que la DMS dans les services de médecine est supérieur à celui des services de chirurgie.

En comparant la durée moyenne de séjour réalisée au niveau des services de l'hôpital du Point-G à ceux de l'Eph d'ElMohgoun et de wilaya, on constate qu'elle est supérieure à celle de l'Eph d'Elmoughan 2,59 j en 2010 par contre au niveau de la wilaya elle était 7,84 j, mais cela n'indique pas que le CHU du Point-G et l'Eph el Mohgoun sont performant puisque la DMS au niveau de la wilaya concerne toutes les catégories des hôpitaux (CHU, EPH, EHU ...)[43].

**-Intervalle de rotation des lits (IROT) :**

17 jours en moyenne pour les services de médecine, 13 jours en chirurgie et 15 jours pour l'ensemble de l'hôpital.

Nous notons que le taux de rotation augmente linéairement avec le taux d'occupation du service et diminue hyperboliquement avec l'accroissement de la durée moyenne de séjour.

**- Taux de référence en consultation :**

Un taux inférieur à 50% par rapport à l'objectif fixé, 27% en moyenne pour tout l'hôpital.

Ce résultat est faible vu qu'il n'atteint pas la moitié de l'objectif fixé pour un hôpital de dernière référence.

**-Références d'hospitalisations :**

Un taux inférieur à 50% par rapport à l'objectif fixé, 45% en moyenne pour tout l'hôpital.

Ce résultat est faible vu qu'il n'atteint pas la moitié de l'objectif fixé pour un hôpital de 3<sup>e</sup> référence.

-Taux de mortalité hospitalière pour la période supérieure à celui de 2021 de 1%.

- **Les critères d'efficacité du dialogue social pour la même période au CHU du Point-G :**

**-Efficacité / pertinence des réunions du dialogue social**

Au cours de notre étude plus de la moitié des enquêtés à notre étude estimaient que les réunions du dialogue social au CHU du Point-G sont peu efficaces.

Ce résultat qui pourrait expliquer l'existence de revendication non encore du personnel de l'hôpital.

**-Degré d'implication au travail et la qualité de travail du personnel au CHU du Point-G :**

Plus de la moitié des enquêtés de notre étude estimaient que l'implication du personnel du CHU Point-G au travail n'est pas effective et que la qualité du travail du personnel au CHU du Point-G est mauvaise.

Un résultat qui pourrait expliquer une involution remarquable sur les objectifs prévisionnels de consultations dans les services de médecines et actes opératoires dans les services de chirurgies.

**-Conditions de travail au CHU du Point-G :**

La majorité des enquêtés estiment que les grèves à l'hôpital du point-g étaient liées aux conditions de travaux au CHU du Point-G. Ce résultat pourrait expliquer la mauvaise qualité du travail du personnel signalé le personnel enquêté.

**-Qualité de la relation entre direction-Syndicats et syndicats-Personnel :**

Au cours de notre étude, plus de la moitié des participants considéraient que la qualité de la relation entre direction et syndicats du CHU Point-G est dégradante et que la relation syndicats-personnel est moyenne pour moins de 50% des enquêtés.

Ces résultats pourraient être due à l'existence : de problème syndical, réaffectation arbitraire d'un syndicat, problème foncier, absence de projet d'établissement de l'hôpital, abus de pouvoir de la part de la direction comme des motifs de grève.

**-Appréciation du style de management de la direction :**

La majorité des enquêtés de notre étude estiment que le style de management de la direction du CHU Point-G était non répondant. Ce résultat pourrait être due à la mauvaise ambiance sociale qui existe au CHU du Point-G, et expliquer le bilan social du CHU Point-G les 5 dernières année jugé mauvais par la majorité des enquêtés.

Cependant, en confrontant les résultats des indicateurs de performance hospitalière et les critères d'efficacité du dialogue social que nous avons choisi associé aux conditions du dialogue social pratiqué au CHU du Point-G nous rapproche aux résultats du CANES suites aux études qu'elle a mené en 2014 sur l'évaluation de la gestion des ressources humaines et en 2010 sur l'évaluation de la mise en œuvre de la réforme hospitalière.

Elle a trouvé que les personnels sont démotivés, insatisfaits de leurs conditions de travail et ne disposent pas des ressources nécessaires dans l'exercice de leurs fonctions en 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 en 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 [44].

Ainsi, l'opinion du personnel enquêté et les données du SIH nous permettent de juger favorable la performance du CHU Point-G à la qualité du dialogue social pratiqué en son sein.

# **VII Conclusion**



L'impact du Dialogue social sur la performance hospitalière varie en fonction de la qualité des relations sociales entretenues par les différentes parties : personnel-syndicats et syndicats-direction. Un déficit de confiance entre les différentes parties conduit à une relation conflictuelle pouvant entraîner une baisse de la performance hospitalière. Cependant, une atmosphère de confiance entre ces parties conduit à une fructueuse coopération qui contribuera à une amélioration de la performance hospitalière.

De nos jours, les Restructurations et tension budgétaire deviennent des constantes de l'environnement hospitalier et influencent largement la qualité du dialogue social.

Ainsi, pour permettre à l'hôpital de faire face au présent tout en restant tourné vers l'avenir, celui-ci a plus que jamais besoin de s'appuyer sur sa principale richesse que constituent les femmes et les hommes qui y travaillent et sur un dialogue social de qualité. Face à ces changements nous ne devons pas négliger la place de la qualité du dialogue social dans l'atteinte des objectifs de ces changements.

En somme, nous ne devons pas laisser la place au seul dialogue social de l'immédiateté où il est difficile de prendre le temps nécessaire de s'écouter et de discuter d'éléments essentiels et structurants. Il ressort de cette étude la nécessité d'un dialogue social qui ne soit pas seulement formel mais se nourrisse avant tout de la volonté d'agir.

Le dialogue social est un art, Danielle Toupiller parle de « l'art de bien se comprendre et de bien construire ensemble, qui passe par un dialogue social de qualité, à la fois riche, loyal et transparent qui fait la force et la richesse de nos institutions ».[45]

La responsabilité de chacun doit être engagée pour que les espaces de dialogue social ne deviennent pas le théâtre de dérives préjudiciables et intolérables ou que le dialogue social ne soit utilisé comme un « artifice de gestion » aux effets délétères. Sa valorisation doit être l'opportunité de donner du sens à l'action

collective et de travailler la cohésion au service du patient au sein d'un territoire de santé.

# Recommendations

Au terme de cette étude, les principales recommandations relatives aux impacts du dialogue social sur l'amélioration de la performance du chu Point-G, sont les suivantes :

- **A l'Etat :**

- L'implication du ministère en charge de l'hôpital du Point-G et l'UNTM afin de trouver une solution définitive aux problèmes qui persistent au niveau du bureau local du Syndicat National de la Santé du chu Point-G.

- Recruter les gestionnaires spécialistes en management d'établissement hospitalier qui formeront avec le directeur médical de l'hôpital l'équipe de direction dans hôpitaux publics du Mali.

- Mobiliser le levier de la communauté managériale des hôpitaux en :

Créant les occasions d'apprentissage et de partage entre managers d'hôpitaux publics du Mali,

Faisant la Promotion d'un management durable et responsable.

- Mise en place d'un système de suivi rigoureux du management des hôpitaux publics du Mali en général, et celui du chu Point-G en particulier.

- **Aux syndicats des travailleurs :**

- Instaurer des règles de renouvellement de bureau connu de tous en optant pour des élections libres et transparentes dirigées par un comité électoral libre et indépendant sous supervision des bureaux mères et Conseil d'administration.

- Instaurer des canaux de diffusions d'informations en temps et en heure qui régissent des relations entre les travailleurs (mots d'ordre de grève, programmation de réunion de négociations et autres.....).

- **A l'administration du CHU Point-G**

- Tenue des réunions ordinaires du conseil d'administration.

- Etablissement du projet d'établissement de l'hôpital.

- Utiliser le dialogue social comme outil de management de la performance durable et globale en :

Impliquant l'ensemble des organes consultatifs dans les procédures de négociation entre les deux bureaux locaux du syndicat national de la santé du chu Point-G afin de mettre en place un bureau consensuel,

Faisant la Promotion et organiser un véritable dialogue social avec les partenaires sociaux,

Construisant une solide stratégie de communication à destination de l'ensemble des agents qui permettra également de « gagner l'opinion » en situation difficile,

Engageant une concertation tout en engageant une dynamique positive. Donner la parole aux agents, aux partenaires, leur donner la possibilité de devenir des forces de proposition afin de construire des solutions auxquelles on n'aurait sans doute jamais pensé seul,

Acquérant et développant la culture de la négociation qualitative, afin de créer des conditions de performances hospitalières.

## Bibliographie

1. Centre d'étude, de technique et d'évaluation législatives (CETEL). NOUVELLE GESTION PUBLIQUE CHANCES ET LIMITES D'UNE RÉFORME DE L'ADMINISTRATION.1997
2. Theureau J. L'analyse des activités des infirmiers(ères) des unités de soins hospitalières. Coll. Physiologie du Travail et d'Ergonomie (64). Paris : CNAM ; 1979.
3. Touré L, Ridde V. L'émergence du régime national d'assistance médicale pour les plus pauvres au Mali. 2030;
4. Gautier L, Ridde LT et V. L'adoption de la réforme du système de santé au Mali : rhétorique et contradictions autour d'un prétendu retour de la santé communautaire. 2021 [cité 29 avr 2024]; Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/chapter/la-politique-de-gratuite-des-soins-de-sante-primaire-au-mali-en-2019/>
5. LOI PORTANT LOI HOSPITALIERE LOI N°02-050 DU 22 JUILLET 2002 MODIFIEE PAR LA LOI N°2018-050 DU 11 JUILLET 2018. journal officielle de la république du Mali.\_ 20\_avril\_2019
6. David G. Pour un dialogue social levier de compétitivité, de croissance, d'emploi, de performance publique et de progrès social.
7. Alvarez F. LE CONTROLE DE GESTION EN MILIEU HOSPITALIER: UNE REPONSE A L'EMERGENCE DE RISQUES ORGANISATIONNELS.
8. Définitions : dialogue - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dialogue/25188>
9. Larousse É. Définitions : social - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/social/73133>
10. performance - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/performance>
11. BERRADA, H. & MARGHICH, A. (2023). «Performance Hospitalière : Etat de l'art ». Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit « Volume 7 : numéro 1» pp : 195 -214.
12. Yvon Pesqueux. La notion de performance globale. 5° Forum international ETHICS, Dec 2004, Tunis, Tunisie. halshs-00004006.
13. AZENAG, L. & al. (2022). « La performance hospitalière : approches et modèles de définitions », Revue Internationale du Chercheur « Volume 3 : Numéro 4 » pp : 54 –70.
14. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2000 Pour un système de santé plus performant.New York: OMS;2000.
15. Girault A, Minvielle É. Performance et qualité des établissements de santé: Performance et innovation dans les établissements de santé [Internet]. Dunod; 2015 [cité 19 janv 2024]. p. 91-104. Disponible sur: <https://www.cairn.info/performance-et-innovation-dans-les-etablissements-2015--9782100710973-page-91.htm?ref=doi>

16. Guisset A-L, Sicotte C, Leclercq P, D'Hoore W. Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sciences Sociales et Santé*. 2002;20:65-104.
17. Montalan M-A, Vincent B. Un modèle d'évaluation de la performance multidimensionnelle d'une organisation hospitalière transversale: *Management & Avenir*. 2013;N° 61:190-207.
18. Contandriopoulos A-P. La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance: *Santé Publique*. 2008;Vol. 20:191-9.
19. Issa COULIBALY, Oumar DIAKITE & Bassirou TIDJANI. Performance organisationnelle dans les services de santé au Mali : *Revue de la littérature et perspectives d'améliorations*.2022. Volume 3, Issue 2-1.
20. Teil A. Défi de la performance et vision partagée des acteurs: application à la gestion hospitalière.
21. Zenjari A. LA PERFORMANCE HOSPITALIERE : QUELLE REPRESENTATION PAR LES ACTEURS INTERNES ? « CAS DES HOPITAUX PUBLICS DE LA REGION MARRAKECH ». 2016;
22. Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux. gestion de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux vérification financière.2022.
23. Riberot J. Adaptation et résilience des organisations de type bureaucratique en contexte extrême: le rôle de l'agilité organisationnelle. Étude de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris et de l'armée de Terre.
24. Elhamma A. L'impact de la strategie sur le contenu des tableaux de bord : cas des entreprises au Maroc: *Revue Congolaise de Gestion*. 2011;Numéro 14:57-77.
25. Le Pogam MA, Luangsay-Catelin C, Notebaert J-F. La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent: *Management & Avenir*. 2009;n° 25:116-34.
26. Rouhana R. L'EVOLUTION DU DESIGN DES SYSTEMES DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE DANS LES HOPITAUX: UNE QUETE PERMANENTE DE L'EFFICIENCE ORGANISATIONNELLE.
27. DIAKITE O, DIABATE A, COULIBALY I, KONE A. Proposition d'un modèle explicatif de la performance organisationnelle par les facteurs individuels dans les Centres Hospitaliers Universitaires du Mali. 2022 [cité 20 janv 2024]; Disponible sur: <https://zenodo.org/record/5915068>
28. Nia H, Omari M. The hospital performance evaluation process : Case of the University Hospital Center "UHC" in Morocco. 2019;
29. Oumar D. Proposition d'un modèle explicatif de la performance organisationnelle par les facteurs individuels dans les Centres Hospitaliers Universitaires du Mali. 5.

30. Définition de la performance hospitalière \_ une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux - Persée.html.
31. Louati H. Analyse des Déterminants de la Qualité de la Gestion Intégrée des Risques d'Entreprise et Impact sur la Valeur des Entreprises Canadiennes.
32. Dhifallah S, Chanal V, Defélix C. Quelle gestion des ressources humaines dans les organisations ambidextres ? Revue française de gestion. 2008;34:161-75.
33. Rapport\_synthese\_de\_la\_performance\_des\_Hopitaux\_au\_titre\_de\_2017.
34. Soulas C. Le dialogue social à l'hôpital : du «dialogue de sourds» à la co-construction gagnante.2014.
35. République du Mali. La constitution du Mali DECRET N° 92-0731 P-CTSP portant promulgation de la constitution. Bamako: Cour constitutionnelle du Mali;\_1992.
36. Larousse É. Définitions : négociation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur:  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/n%C3%A9gociation/54081>
37. consultation - Recherche Google [Internet]. [cité 29 nov 2023]. Disponible sur:  
<https://www.google.com/search?>
38. Larousse É. Définitions : concertation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 janv 2024]. Disponible sur:  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/concertation/17893>
39. Mariko PE, Sanogo DM, Cisse DM, Maïga PS, Coulibaly DI. Monsieur GOÏTA BAKARY Pour Obtenir le grade de Docteur en Pharmacie (Diplôme d'état).
40. Larousse É. Définitions : arbitrage - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/arbitrage/4949>
41. ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL. Le dialogue social dans les services de santé : institutions, capacité et efficacité. Genève.2002.
42. Vérificateur General de la République. Gestion du centre hospitalier universitaire du Point-G Vérification financière.2022.
43. BENCHIKHA Fatima Zohra-Pr CHOUAM Bouchama. Le contrôle de gestion hospitalier : cas d'hôpital Algérien.2018.
44. Abid L. La greffe des outils de gestion dans les hôpitaux publics tunisiens: Management & Avenir. 2012;n° 54:107-25.
45. Soulas C. Le dialogue social à l'hôpital : du dialogue de sourds à la co-construction gagnante.2014.



## QUESTIONNAIRE

### A. Caractéristiques sociodémographiques et perception du dialogue social

#### 1. Personnel

- Syndiqué /\_\_/ Non syndiqué /\_\_/
- Masculin /\_\_/ Féminin /\_\_/

#### 2. Catégorie socioprofessionnelle

- ✓ Administratif /\_\_/ Médicale /\_\_/ Paramédical /\_\_/

#### 3. Statut

- Fonctionnaire /\_/ Contractuel /\_/ Universitaire /\_/ Pré-embauche /\_/

### B. Existence du dialogue social

Oui Non

### C. Respect des conditions du dialogue social

#### 1. Existe-t-il des organisations syndicales fortes et indépendantes au sein de l'hôpital ?

- Oui /\_\_/ Non /\_\_/ NR /\_\_/

#### 2. Existe-t-il une liberté d'expression au sein de l'hôpital ?

- Oui /\_/ Non /\_/ NR /\_/

#### 3. Comment jugez-vous le climat social au sein de l'hôpital ?

- Bon /\_\_/ Mauvais /\_\_/

#### 4. Est-ce qu'il y a partage de l'information sociale ?

- Oui /\_/ Non /\_/ NR /\_/

#### 5. Est-ce que les partenaires sociaux ont accès à des informations pertinentes ?

- Oui /\_/ Non /\_/ NR /\_/

#### 6. Est-ce qu'il y'a une volonté affirmée d'engager le dialogue social de la part des directions et les organisations syndicales ?

- Oui /\_/ Non /\_/ NR /\_/

#### 7. Est-ce qu'il y a des revendications non encore satisfaites ?

- Oui /\_/ Non /\_/ NR /\_/

La volonté affirmée d'engager le dialogue social de la part de la direction et les organisations syndicales :

- a. La qualité du travail du personnel /\_/
- b. L'implication du personnel au travail /\_/
- c. Le rendement /\_/
- d. Les difficultés /\_/
- e. Le projet d'investissement de l'hôpital /\_/
- f. Les conditions de travaux /\_/

**8. Existence des attentes du personnel non encore satisfaites ?**

- Oui /\_/ Non /\_/ NR/\_/

Niveau d'appréciation de l'impact du dialogue social sur la qualité du travail :

- a. Implication effective du personnel au travail      oui /\_/      non /\_/
- b. La qualité du travail est-elle bonne      oui /\_/      non /\_/
- c. Les relations entre la direction et les représentants du personnel sont-elles bonnes      oui      non

**9. Appréciation du bilan social des années 2017-2022**

- Excellent /\_/      Bon /\_/      Mauvais /\_/      médiocre/\_/      NR/\_/

**10. Etat actuel du climat social à l'hôpital**

- a. Calme /\_/
- b. Plutôt calme /\_/
- c. Tendu /\_/
- d. Peu tendu /\_\_/

**11. Appréciation de l'état des relations entre la direction-syndicats et syndicats-personnel :**

- Direction-syndicats

- a. Excellent /\_/
- b. Bon /\_/
- c. Moyen /\_\_/
- d. S'améliore /\_/
- e. Se dégrade /\_\_/
- f. NR /\_\_/

-Syndicats-personnel

- a. Excellent /\_/
- b. Bon /\_/
- c. Moyen /\_\_/
- d. S'améliore /\_/
- e. Se dégrade /\_\_/
- f. NR /\_\_/

**12. Participation aux mouvements de grèves**

- Oui /\_/      Non /\_/      NR /\_/

**13. Motifs de grève à l'hôpital**

- a. Rémunération (salaire, primes, etc.) /\_/
- b. Le temps de travail /\_/
- c. Conditions de travail /\_/
- d. Emploi, licenciement /\_/
- e. Autres motifs /\_/ (.....)
- f. NR /\_/

**14. Existence des fiches individuelles liées**

- a. Au non-respect des horaires fixes /\_/\_/
- b. Au non-respect des paiements de salaire /\_/\_/
- c. Au non-respect de la classification catégorielle par le service RH /\_/\_/
- d. Au non-respect par les travailleurs des obligations contractuelles /\_/\_/
- e. Mauvaise ou non-exécution des instructions donné par a direction /\_/\_/
- f. Autres /\_/\_/
- g. NR /\_/\_/

**15. Les méthodes de non résolutions de conflits individuels**

- a. Implication de l'encadrement intermédiaire /\_/\_/
- b. intervention des délégués syndicaux /\_/\_/
- c. NR /\_/\_/

**16. Les décisions ou sanctions prises**

- a. Demande d'explication /\_/\_/
- b. Avertissement /\_/\_/
- c. Suspension /\_/\_/
- d. Licenciement /\_/\_/
- e. Autres /\_/\_/

**17. Recours à la procédure d'arbitrage des conflits collectifs**

- a. Très souvent /\_/\_/
- b. Souvent /\_/\_/
- c. Jamais /\_/\_/
- d. NR /\_/\_/

**18. Considération des interventions du personnel**

- a. Jamais /\_/\_/
- b. De temps à temps sur les points de détails /\_/\_/
- c. De temps à temps sur les points importants /\_/\_/
- d. Fréquemment ou toujours /\_/\_/
- e. Ne sait pas /\_/\_/

**19. Taux de participation du personnel aux réunions et ou au dialogue social**

- Élevé /\_/\_/      moyen /\_/\_/      bas /\_/\_/

**20. Fréquence des réunions sur le dialogue social**

Elevée /\_/\_/      Moyenne /\_/\_/      Basse /\_/\_/

**21. Appréciation de l'efficacité/pertinence des réunions**

- a. Efficace /\_/\_/
- b. Peu efficace /\_/\_/
- c. Pertinent /\_/\_/
- d. Moins pertinent /\_/\_/

**22. Appréciation du style de management de la direction**

Répondant /\_/\_/      Non répondant /\_/\_/

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Prénoms** : Nouhoum

**Nom** : DIALLO

**E-mail** : nouhoumdevaldo.diallo@gmail.com

**Téléphone** : 00223 79020508

**Année universitaire** : 2022-2023

**Titre de la thèse** : DIALOGUE SOCIAL ET PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS HOSPITALIERS DU MALI : UNE ETUDE DE CAS REALISE AU PRES DU PERSONNEL DE L'HOPITAL DU POINT-G 2023-2024.

**Ville de la soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS).

**Secteur d'intérêt** : Santé publique, Gestion des établissements de santé.

### **RESUME :**

Aujourd'hui, vu le nouveau système de gestion des établissements public hospitaliers du Mali, ces derniers font face aux problèmes de l'humanisation des hôpitaux publics face aux grèves cycliques qui sèment le doute et le manque de confiance des malades et leurs accompagnants pour un système de gestion qui au départ était justifiée par le souhait d'une plus grande efficacité économique et par la volonté de mieux servir les patients.

Le but de cette étude était d'évaluer l'impact du dialogue social sur la performance hôpital du Point-G.

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire préétabli, elles ont été saisies sur Excel 2019 et analysées sur SPSS version 25. Le traitement des textes et les tableaux ont été effectués sur World 2019.

Nous avons mené une étude qualitative de type descriptif transversal portant sur le dialogue social en milieu hospitalier et ces impacts sur l'amélioration de la performance selon l'avis du personnel du CHU Point G.

Les fonctionnaires étaient la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée soit 60% avec un taux de syndiqué inférieur à 50% soit 39,5%. Nous avons observé que pour 77,6% des participants le style de management était non répondant. Nous avons observé que durant la période d'étude les indicateurs de performance TOL, DMS, IORT, taux de références d'hospitalisation étaient inférieur à 50%. Nous observons que le bilan social des 5 dernières années a été jugé mauvais par 46,1% des enquêtés. Nous avons observé que pour 57,9% des enquêtés la volonté affirmée d'engager le dialogue social était inexistant.

Un bon taux de syndicalisation, une bonne relation sociale entre personnel-syndicat-direction peut permettre à un établissement de minimiser les problèmes internes afin d'avoir un personnel motivé et engagé pour atteindre des objectifs fixés.

**Mots clés : dialogue social, performance hospitalière.**

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette faculté, et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

**Je le Jure!!!**