

AUDIT DES PRATIQUES MANAGERIALES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : CAS DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DU POINT «G» DE BAMAKO – MALI

AUDIT OF MANAGERIAL PRACTICES IN HEALTH ESTABLISHMENTS: CASES OF THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER (UHC) PONTIT “G” OF BAMAKO - MALI

HOUDOU ATTIKOU DIALLO¹, YAYA TRAORE², M. VOUANDA SOME³

¹Enseignant – chercheur à la FSEG, mail : had12001@yahoo.fr, Bamako – Mali

²Enseignant – chercheur à l’Institut National de Formation en Sciences de la Santé

³Auditeur– chercheur à l’Institut National de Formation en Sciences de la Santé

Adresse pour correspondance :

Dr Houdou Attikou Diallo, Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB), Faculté des Sciences Economiques et de gestion (FSEG), Bamako ;
Tél : 00223 66 79 98 03 ;
Email : had12001@yahoo.fr

Résumé

La société qui a choisi d’allouer au secteur de la santé un budget important, doit s’interroger sur l’efficacité des différentes prestations et sur l’efficience des prestataires de santé. Ainsi, les établissements hospitaliers publics et privés font légitimement l’objet d’études et d’investigations pour s’assurer que les missions qui leur sont assignées et la manière dont ils utilisent les moyens qui leur sont alloués permettent d’obtenir le niveau de service médical rendu attendu par les usagers. L’objectif général était d’auditer les pratiques managériales au CHU du point «G». De façon spécifique, il s’agissait d’un côté de déterminer les écarts en matière de processus de management, de l’autre, d’analyser l’impact des compétences managériales sur le processus de management et enfin de faire des préconisations en vue d’améliorer les pratiques managériales dans cet établissement. L’atteinte de ces objectifs doit permettre de répondre à la question centrale : quel est l’état des lieux en matière de pratiques managériales au CHU du point «G» ? Pour ce faire, l’une des stratégies adoptées était la promotion des meilleures pratiques managériales. Notre étude s’inscrivait dans le sens d’aborder cette problématique. Il s’agissait d’une étude qualitative de cas unique, à visée exploratoire à un seul niveau d’analyse. Des entretiens semi-structurés individuelles ont été menés auprès de douze (12) personnes ayant une fonction d’encadrement et des agents du CHU du Point « G ». Les résultats montrent que le CHU du point «G» à l’état actuel présente des écarts en matière de processus de management, écarts liés à l’insuffisance de compétences managériales caractérisée par une absence de formation en management.

Mots clés : Audit, pratiques managériales, CHU du point «G», Bamako, Mali

Abstract

The society, which has chosen to allocate a large budget to the health sector, raises questions about the effectiveness of the various services and the efficiency of health providers. Thus, public and private hospitals are legitimately the subject of studies and investigations to ensure that the missions assigned to them and that the way in which they use the allocated means make it possible to obtain the level of medical service made expected by users. The general objective is to audit the managerial practices at the CHU from the "G" point. Specifically, it is on the one hand to determine the differences in management process, on the other hand to analyze the impact of managerial skills on the management process and finally to make recommendations for to improve managerial practices at the “G” point CHU. Achieving these objectives should allow us to answer the following central question: What is the state inventory in managerial practices at the "G" point CHU? One of the strategies on the agenda is the promotion of best managerial practices. However, the establishments are experiencing operational difficulties. Our study was on line with this. This is a qualitative single case study, with an exploratory aim at a single level of analysis. Semi-structured individual interviews were conducted with twelve (12) people with a supervisory function and agents from the Point "G" CHU. The results show the CHU from point "G" to the current state has deviations in terms of management processes, deviations due the lack of managerial skills characterized by an absence of management training.

Keywords : Audit, managerial practices, CHU point “G”, Bamako, Mali

1. Introduction

Le bon fonctionnement des établissements de santé, en l'occurrence les hôpitaux publics, constitue une des préoccupations des autorités à travers le monde et plus singulièrement en Afrique. Cette attention se justifie par le souci de ces autorités à œuvrer pour un bien-être général de la population (Djimé, 2018). C'est dans cette optique que tous les pays africains ont entrepris des réformes çà et là. Ces réformes sont inspirées de la déclaration de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) à Alma Ata sur la stratégie des soins de santé primaires (SSP), comme mécanisme principal de délivrance des soins de santé. Ce mécanisme affirme l'un des principes selon lequel, la santé est un droit humain fondamental et il est de la responsabilité des gouvernements de veiller à la santé de leurs populations (OMS, 1978). Ce mécanisme a fait ses preuves et conserve de nos jours toute sa pertinence. Toutefois, malgré les énormes progrès réalisés dans le domaine de la santé, tous les pays peinent toujours à mettre ces valeurs en application (Bourguignon, 2000). Cet état de fait met en évidence les insuffisances dans le fonctionnement des systèmes de santé en général et dans celui des hôpitaux en particulier. Après Alma Ata, de nombreuses autres conférences se sont tenues sur le continent africain dans le but d'améliorer l'accès des soins de santé aux populations. Parmi ces rencontres post-Alma Ata nous pouvons noter celle de Lusaka (Zambie) en 1985, celle de Harare (Zimbabwe) en 1987 et celle de Bamako (Mali) en 1987. Le Mali, à l'instar des autres pays africains, a pris part à ces différentes conférences. Dès lors, les autorités maliennes ont fait de l'état de santé de leur population une priorité. Cela s'est concrétisé par l'adoption le 15 décembre 1990 de sa déclaration de politique sectorielle de santé et de population.

Un des facteurs explicatifs de cet état de fait est que les hôpitaux sont conçus comme des administrations dispensant des prestations en dehors de toute préoccupation managériale (Balique, 2004). En effet, la plupart du temps, quand l'on évoque la question d'innovation à l'hôpital, il s'agit de sa dimension médicale et thérapeutique se traduisant par de nouveaux traitements développés pour améliorer la prise en charge des patients ou faire face à de nouvelles menaces épidémiologiques (Nobre, 2013). L'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) au Mali qui réalise une évaluation annuelle de la performance de chaque hôpital a occulté purement et simplement les questions managériales dans les critères d'appréciation. La performance est appréciée sur la base d'un certain nombre d'indicateurs généraux et spécifiques qui sont purement techniques sans évoquer la qualité du management. Les principes de management sont généralement ignorés. L'attention est très peu portée sur les aspects tant organisationnels que managériaux qui devraient favoriser le développement de ces innovations alors qu'au même moment, l'hôpital connaît de fortes pressions pour faire évoluer son management (Ibid, 2013). Le pilotage d'un établissement de santé ne saurait se réduire à la seule dimension médicale et thérapeutique. Ce qui justifie l'instauration au sein des établissements de santé de certains outils de management empruntés aux entreprises à travers les différentes réformes hospitalières avec pour finalité une gestion efficiente de leurs activités stratégiques et opérationnelles (Kervasdoué, 2004). Ces politiques hospitalières actuelles font alors la promotion des concepts managériaux qui vont progressivement prendre place dans le milieu hospitalier public.

Par ailleurs, cette thématique est d'autant plus importante à étudier car, il s'agit d'une contribution au débat scientifique sur le système de santé, les structures hospitalières en particulier et par voie de conséquence sur l'amélioration de la performance des établissements de santé. Les conclusions auxquelles nous sommes parvenues, pourraient servir aux responsables et aux managers des unités administratives et de santé du CHU du Point «G», aux professionnels de santé, aux chercheurs, aux étudiants et aux usagers de l'établissement de santé, soucieux de l'amélioration des pratiques managériales et partant de la qualité des soins. La question centrale que cette recherche a tenté de

répondre afin d'attendre son objectif est : quel est l'état des lieux en matière de pratiques managériales au CHU du point «G»?

De cette question principale découlent les questions spécifiques suivantes :

- le CHU du point «G» à l'état actuel présente-t-il des écarts en matière de processus de management ?
- les écarts en matière de processus de management au CHU du point «G» sont-ils liés à l'insuffisance de compétences managériales

Pour se faire, cette étude s'était fixée comme objectif général d'auditer les pratiques managériales au CHU du point «G». De façon spécifique, il s'agit de :

- déterminer les écarts en matière de processus de management au CHU du point «G» ;
- analyser l'impact des compétences managériales sur le processus de management au CHU du point «G» ;
- faire des préconisations en vue d'améliorer les pratiques managériales au CHU du point «G».

Pour atteindre ces objectifs, la recherche entreprise fut axée sur vérification des hypothèses suivantes (H) :

- H1 : le CHU du point «G» à l'état actuel, présente des écarts en matière de processus de management.
- H2 : L'insuffisance de compétences managériales constitue une entrave au management au CHU du point «G».

La présente étude était la traduction d'approches théoriques et de cadre méthodologique de l'objet de notre recherche et d'analyse. Elle comprenait deux parties qui sont subdivisées en chapitres. La première partie intitulée fondements théoriques de l'étude, était composée de deux chapitres. Le premier présente la définition des concepts et la revue de la littérature. Le second chapitre quant à lui, abordait la méthodologie de la recherche. Dans la deuxième partie où il était question du cadre pratique de l'étude, nous avons présenté deux chapitres également. Le premier chapitre exposait la présentation générale du CHU du point «G», tandis que le second restituait la présentation et la discussion des résultats ainsi que les recommandations.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Matériels et méthodes

Le processus d'échantillonnage mettait le chercheur en position de vouloir approcher l'acteur social compétent (Savoie-Zajc, 2007) (Savoie-Zajc, 2007). Notre objectif étant d'auditer les pratiques managériales au Centre Hospitalier Universitaire du Point « G » à Bamako au Mali en 2020, il nous fallait un échantillon de chacun des acteurs constituant le personnel de l'hôpital, à savoir les personnes ayant une fonction d'encadrement et les agents eux-mêmes.

Nous avons utilisé une fiche sociodémographique pendant l'échantillonnage. Ainsi, nous avons veillé à ce que l'échantillon contienne les acteurs des trois niveaux de management (stratégiques, intermédiaires et opérationnels) et les agents.

Les principaux acteurs qui étaient ici concernés par la problématique de notre recherche étaient toutes les personnes ayant une fonction d'encadrement et les agents pouvant nous renseigner suffisamment sur les objectifs de la recherche. De ce point de vue, l'ensemble des managers opérationnels, intermédiaires et stratégiques et les agents constituaient la population source de l'étude.

La population d'étude était constituée de l'ensemble des managers et agents du CHU du Point «G» qui répondaient aux critères d'inclusion définis.

Le recrutement des individus de cette population a suivi une procédure. En effet, nous avons porté cette étude à la connaissance des autorités du CHU du Point «G» et aux différents acteurs pouvant être concernés. Nous leur avons présenté le contexte de cette étude, les objectifs poursuivis avant de solliciter et obtenir leur pleine collaboration. Sur ce dernier point, nous leur avons garanti que les participants ne courent aucun risque à partir des entretiens. Toute réponse que les participants nous communiqueront, restera strictement confidentielle et ne pourrait être utilisée qu'à des fins strictement scientifiques pour analyser les pratiques managériales actuelles au CHU du Point «G». Pour ce faire, des fiches d'information et de consentement éclairé ont été remises à chaque potentiel participant à l'étude dans le but de recueillir des données sociodémographiques et leur consentement éclairé. Cette étape est indispensable pour sélectionner les participants en fonction des critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion suivants ont été retenus pour cette étude :

- accepter participer à l'étude en donnant son consentement éclairé,
- être manager ou agent en activité au moment de l'enquête.
- être présent (e) durant la période de l'enquête.
- être manager ou agent depuis un an au moins.

L'échantillon représentait tous les managers et les agents qui satisfont aux critères d'inclusion. Comme le préconise (Poisson, 1992), pour les études de cas, il faut recourir à un nombre limité de cas considérés comme significatifs en fonction d'un objectif précis et restreint. (Adler, 1995), conseille un échantillon compris entre 12 et 60 personnes à enquêter pour une étude qualitative. Nous avons sélectionné de façon volontaire un échantillon total de seize (16) personnes. Sur ces 16 personnes, quatre (4) étaient des membres du niveau stratégique, trois (3) du niveau intermédiaire, trois (3) du niveau opérationnel et six (6) étaient des agents. La taille de cet échantillon théorique a été réduite à douze (12) personnes en pratique (Tableau 1). C'est à partir de ce nombre que la saturation a été atteinte au cours des entretiens car les réponses aux questions d'entrevue devenaient redondantes et nous n'avions plus besoin d'autre chose pour obtenir les informations recherchées.

Tableau 1 : codification des répondants

Numéro des enquêtes	Enquêtés	Codes attribués aux enquêtés
1	MS 1	H_MSM 1
2	MS 2	C_MSF 2
3	MS 3	S_MSM 3
4	MS 4	I_MSM 4
5	MI 1	G_MIM 5
6	MI 2	R_MIM 6
7	MI 3	M_MIM 7
8	MO 1	P_MOF 8
9	MO 2	M_MOF 9
10	MO 3	R_MOF 10
11	AS 1	R_ASF 11
12	AS 2	G_ASF 12

Source : auteurs, 2020

La technique renvoyait à l'ensemble des procédés utilisés pour l'application des différents instruments de collecte de données. Elle permettait de répondre à la question : « comment procéder pour déterminer la façon ou la manière par laquelle les données de notre recherche étaient

obtenues »? Pour cette recherche, afin de recueillir les informations à analyser, nous avons utilisé la revue documentaire, l'entretien semi-dirigé et l'observation non participante ainsi que les instruments de collecte des données y correspondant.

Les techniques de collecte de données utilisées pour conduire cette étude étaient : l'observation non participante, l'entretien semi structuré et la recherche documentaire. Elle a consisté à collecter des informations relatives à l'objet de notre étude. Cette technique a été d'un apport considérable dans l'élaboration de la problématique et l'analyse des résultats de la recherche. Des documents d'ordre général et spécifique traitant des questions des pratiques managériales ont été exploités. Elle a aussi été une étape importante par le fait qu'elle nous a permis de faire la revue de littérature et d'orienter davantage notre recherche. Ce qui a nécessité des sorties dans des centres de documentation et dans les bibliothèques universitaires. La consultation des sites internet a été également une voie de recherche documentaire pour nous permettre d'être éclairé et orienté sur l'objet de notre étude.

L'entretien était aussi très important dans notre recherche d'information. Notre choix était de faire des entretiens semi-directifs pour laisser une marge de liberté aux personnes interviewées et à l'intervieweur d'avoir le plus d'informations possibles et de qualité. Il a permis aux personnes interrogées de développer leur perception des pratiques managériales en cours dans leur organisation. Cette technique constituait une expérience humaine singulière parfois déstabilisante mais de manière générale extrêmement structurante permettant de recueillir des données pertinentes et authentiques (Imbert, 2010). Les entretiens individuelles offraient la possibilité d'une étude détaillée des perspectives personnelles des personnes, d'une compréhension approfondie du contexte personnel dans lequel se situaient les phénomènes de recherche, et d'une couverture thématique très détaillée (Ritchie J. & Lewis, 2003). Nous avons à travers cette technique pu recueillir des informations dans un temps imparti d'une part et d'autre part introduire les thèmes principaux de l'étude dans un ordre plus ou moins bien déterminé. Les thèmes principaux étaient les fonctions du processus de management et les compétences managériales. Des sous-thèmes découlant des thèmes principaux ont été insérés. Enfin, cette technique a été conduite de sorte à donner un champ libre au participant interrogé et à l'amener à donner le maximum d'informations sur notre thématique.

Nous avons utilisé une fiche d'analyse documentaire. Tous les documents ayant trait à notre objet d'étude ont été examinés. Ainsi, nous avons pu examiner les textes portant création, organisation et fonctionnement du CHU du point «G» et nous informer sur la quantité et la qualité des ressources humaines. Nous avons également pris connaissance de l'organigramme et du cadre organique de notre terrain d'étude. Une grille de lecture nous a permis d'analyser les résultats de la recherche. Enfin cette analyse nous a aidé à déterminer le prescrit et le souhaité en matière de management dans l'organisation sanitaire et à préparer notre guide d'entretien.

Un guide d'entretien a été élaboré à partir des concepts et des construits issus de la recension des écrits afin que les données à collecter concourent à l'atteinte effective des objectifs de l'étude. Les propos des participants ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone et des notes ont été prises dans le journal de bord lors des entretiens. Le guide d'entretien que nous avons utilisé est le résultat de l'analyse documentaire et de différents échanges informels avec les différents interlocuteurs de l'hôpital sur les pratiques managériales. Ce guide est important dans notre recherche pour cadrer notre investigation et recueillir des informations pertinentes. Il comprend plusieurs thèmes et des sous-questions. L'abord de ces thèmes avec nos interlocuteurs lors des entretiens semi-directifs nous ont aidés à trouver les éléments de réponses à nos hypothèses de recherche. Les questions ont été abordées dans chaque thème différemment suivant le déroulement de l'entretien. Nous avons aussi revu la formulation et le nombre de questions posées en fonction du déroulement des

entretiens. Les entretiens nous ont fournis un champ de données sur la réalité des pratiques managériales dans notre champ d'étude à partir desquelles nous avons élaboré une grille d'analyse.

Pour mener cette étude, nous avons choisi le CHU du point «G» pour effectuer nos investigations. Après la procédure administrative consistant à obtenir une autorisation d'enquête de la part des autorités compétentes, nous nous sommes rendus sur le terrain pour la collecte des données. L'enquête s'est déroulée au sein de cet établissement du 13 au 27 novembre 2020. L'administration des instruments de collecte de données a été réalisée par nous-mêmes en toute confidentialité. Ainsi, l'identité des enquêtés a été protégée dans le traitement des données par la codification des personnes dans la présentation des résultats de l'étude. La langue utilisée était le français.

L'analyse des données qui était manuelle a été précédée de la mise à disposition de l'ensemble du matériel nécessaire, à savoir les documents de la fiche d'exploitation documentaire, du journal de bord et des données de l'enregistrement. Les données recueillies ont été retranscrites. Nous avons fait recours à une matrice pour l'analyse des données, et avons précédé à une analyse transversale et longitudinale des données sur la base du modèle de Braun et Clarke (2006). L'analyse thématique des données collectées a été faite suivant six étapes, un système qui constitue selon ces auteurs une pratique d'analyse appropriée pour les entretiens semi-directifs. Les quatre phases de l'analyse thématique se schématisent comme suit :

Premièrement, les entretiens enregistrés à l'aide du téléphone ont été transcrits intégralement et immédiatement après chaque entretien sous forme de verbatim codé de sorte à ce qu'il ne soit possible d'identifier aucun participant dans l'optique d'en faire une base de données pour l'analyse. Par la suite, nous allons procéder à l'écoute des enregistrements, en simultané avec la lecture du texte transcrit, pour la vérification de la concordance des propos recueillis. Aussi, nous avons relu les transcriptions du début à la mi-temps des analyses. Les propos de chaque participant ont fait l'objet de restitution immédiatement pour les valider auprès de chacun d'entre eux. En plus, les données transcrites de tous les entretiens ont été lues à plusieurs reprises afin de dégager les premières idées avant d'être comparées aux données générées par la fiche d'analyse documentaire et le journal de bord. Nous avons identifié des phrases clés dans les verbatim et noté les idées émergentes de l'analyse dans les marges de la matrice.

Deuxièmement, nous avons procédé à un codage exhaustif des thèmes à l'étude. Le codage est partie intégrante du travail d'analyse puisqu'il permet d'allouer un sens à une partie de texte et d'agencer les données de façon à préserver les relations qui existent entre elles (Huberman & Miles, 1991). Aussi, nous avons effectué un sous codage des sous-thèmes qui ont émergés des verbatim. Parallèlement nous avons codé les données issues de la fiche d'analyse documentaire et du journal de bord.

Troisièmement, nous avons fait un regroupement des différents codes et sous code pour la mise en exergue par découpage des unités de sens. Après cela, nous avons procédé à la classification et à la catégorisation en sous thèmes des unités de sens présentant une signification commune puis nous les avons regroupé par thèmes généraux. Une synthèse a été faite à la suite de cette analyse. Les similitudes et les différences émergentes ont fait l'objet de discussion et de comparaison en rapport avec la littérature scientifique existante pour en retenir les codes probants.

Quatrièmement, les thèmes potentiels élaborés précédemment ont été lus et relus en vue de leur raffinement. Certains thèmes ont été regroupés ou séparés et d'autres ont été créés. À la suite de cette analyse, nous avons fait une synthèse afin de faire des comparaisons. Ainsi, les similitudes et les différences émergentes ont été discutées et comparées à la littérature scientifique pour ne retenir que les codes probants.

Cinquièmement, nous avons effectué des regroupements thématiques de façon cohérente tout en respectant la justesse des propos recueillis et en adéquation avec ce qui est d'une importance capitale a été renommé définitivement et a été retenu pour l'étude.

La sixième étape a été consacrée à la présentation des résultats découlant de l'analyse thématique des données. Des extraits pertinents issus des données recueillies ont servi pour l'illustration des interprétations et les résultats pendant la discussion.

3. Résultats

Conformément à ce qui était prévu théoriquement dans la méthodologie, l'analyse des données a été réalisée selon la méthode d'analyse thématique décrite par Braun & Clarke (2006). Par ailleurs, au nom du respect du principe de la confidentialité des entretiens réalisés, dans la présentation de nos résultats, nous avons utilisé des codes pour désigner les personnes interviewées. Nous aborderons successivement les fonctions du processus du management, les compétences managériales, la synthèse des résultats, l'outil "forces et faiblesses" (FF), la vérification des hypothèses et enfin, les préconisations d'améliorations des pratiques managériales au CHUP du Point «G». Mais avant de présenter les résultats issus des entretiens, il nous paraît très important de décrire les différentes observations faites sur le terrain, notamment l'environnement physique, la vérification de certaines informations, les conditions de déroulement des entretiens et les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.

3.1 Déroulement des entretiens et profil sociodémographique des participants

3.1.1 Observations et déroulement des entretiens

Durant la collecte des données, nous avons constaté que l'hôpital fonctionnait 24 heures / 24 et 7 jours/7. Les équipes de travail fonctionnaient aux heures de service normales, de permanence et de garde. La visite médicale des patients hospitalisés était organisée tous les jours. Les consultations avaient lieu tous les jours ouvrables. Les Staff étaient tenus tous les jours au sein des services. Sur le plan physique, les infrastructures, les installations électriques et sanitaires étaient vétustes dans leur ensemble avec quelques nouvelles constructions. Nous avons noté également l'existence effective des différents organes de gestion de l'hôpital mais leur fonctionnement restait mitigé. Les différents documents généraux de l'hôpital existaient à l'exception du projet d'établissement qui n'était pas réactualisé.

S'agissant des enquêtes, elles se déroulaient au cours de chaque matinée et après-midi. Les lieux, les dates et les heures ont été choisis par les enquêtés eux-mêmes. La durée moyenne des entrevues était de trente-neuf minutes (39) avec des extrêmes de vingt-quatre (24) et cinquante-deux (52) minutes. Aux termes de l'enquête, la saturation des données a été atteinte après douze (12) entrevues individuelles semi-dirigées avec les managers stratégiques, intermédiaires, opérationnels et le personnel de l'hôpital.

3.1.2 Profil sociodémographique des participants :

Au nombre des douze (12) personnes ayant participé aux entretiens en répondant librement et volontairement aux questions, trois (3) étaient du niveau stratégique, trois (3) du niveau intermédiaire, trois (3) du niveau opérationnel et trois (3) étaient des agents. Parmi ces répondants,

il y avait six (6) hommes et autant de femmes. Le nombre d'années de service variait de 2 à 31 ans avec une moyenne de 13 ans de service. Pour les enquêtés ayant un statut de manager, le nombre d'années au poste de manager au Centre Hospitalier Universitaire du Point « G » variait de 4 à 13 ans avec une moyenne de 6 ans. Le nombre moyen d'années de service ainsi que le nombre moyen d'années au poste de manager pourraient indiquer que la plupart des enquêtés ont acquis une expérience dans le management de leur structure, service ou unité.

A la suite de ces observations sur le terrain, les résultats des entrevues ont été présentés en fonction des éléments principaux de notre cadre conceptuel et théorique à savoir les fonctions du processus de management et les compétences managériales.

3. 2 Résultats issus des entrevues et des observations

Manager une organisation ou une unité de cette organisation, consiste à gérer l'organisation ou l'unité de manière à ce que l'équipe de collaborateurs atteigne les performances quantitatives et qualitatives voulues, en accompagnant l'évolution de chaque collaborateur dans son parcours professionnel, tout en représentant l'organisation ou l'unité concernée. Manager le personnel, c'est le conduire à la performance, c'est obtenir des résultats non pas par soi-même mais par l'intermédiaire des autres. Le rôle d'un manager, quelle que soit sa position dans l'organisation, est de créer les conditions qui permettent à la fois le développement des personnes dont il a la responsabilité et l'atteinte des objectifs de l'organisation. Il s'agissait ainsi du management de la structure, en tant qu'unité identifiée dans une organisation et sur un secteur d'activité donné et du management des hommes, en tant qu'acteurs de l'environnement et du secteur appartenant à cette unité. Dans cette étude, ces résultats étaient relatifs au processus du management et aux compétences managériales au Centre Hospitalier Universitaire du Point «G».

3.2.1 Le processus du management

Dans le cadre de notre étude au Centre Hospitalier Universitaire du Point «G», nous nous sommes intéressés aux points de vue des enquêtés sur le processus du management ainsi que sur ses fonctions à savoir la planification, l'organisation, la direction, le contrôle ou le suivi. L'analyse des résultats des entrevues a fait émerger des idées à travers les verbatim qui nous ont paru les plus significatifs. L'analyse documentaire, les entrevues et les observations ont témoigné que le processus du management et la mise en œuvre de toutes ses fonctions étaient diversement appréciés.

Le management : les personnes interrogées définissaient le management comme elles l'entendaient. Ainsi, pour G_MIM 5 : *« en tant que manager, nous avons principalement une fonction de gestion du personnel, d'évaluation des activités et également la satisfaction des collègues. Je pense que c'est essentiellement ces fonctions que nous assumons ».*

Un autre enquêté pensait que : *« Manager, c'est assurer plusieurs fonctions. Il y a en matière de soins, l'administration, l'entretien des locaux, c'est tout ça. Surtout en matière de soins, il s'agit de coordonner les soins avec les autres collègues notamment les injections. En matière d'administration c'est le remplissage des supports, l'enregistrement des malades les rapports mensuels ».* (M_MOF 9).

Un des enquêtés, parlant des fonctions du manager insistait sur la gestion du personnel et l'atteinte des objectifs : *« En tant que manager, je suis chargé de la gestion des hommes, qui n'est pas chose facile. En tant que manager, il y a des stratégies qu'il faut avoir. On est là pour atteindre des*

objectifs...ouais ! Le manager est responsable de tout le bien et de tout le mal de sa structure. Vous-voyez ? ». (C_MS F 2).

La fonction de planification consistait à faire un diagnostic interne et externe de la structure ; à la fixation des objectifs et des choix stratégiques à long, moyen et court terme ; à mobiliser les moyens nécessaires à leur réalisation et à impliquer l'ensemble du personnel. Il s'agit d'un processus méthodique consistant à définir un problème par analyse, à repérer les besoins et demandes non satisfaits qui constituent le problème, à fixer des buts réalistes et atteignables, à en déterminer l'ordre de priorité, à recenser les ressources nécessaires pour les atteindre et à projeter les actions administratives en pesant les diverses stratégies d'intervention possibles pour résoudre le problème (Cadotte, 1996). Mais il ne faut pas perdre de vue que tout n'est pas prévisible au moment de la fixation des objectifs. Il s'agit de prévoir, mais c'est aussi s'ajuster, ajuster les objectifs ou les moyens de les atteindre. La planification constitue avec le contrôle deux concepts clés du pilotage. De ce qui a émergé des verbatim issus des entretiens, la planification des actions était faite tant au niveau de la direction qu'au niveau des services.

Pour G_ASF 12 : *« D'une façon globale, la planification des activités ici à point G se fait d'abord à partir des services ; puisque nous sommes dans un ensemble. Nous sommes une trentaine de services chacun avec sa spécificité. Bon !...maintenant, chaque année, chaque service, chaque unité en fonction des objectifs et de ses attributions nous dresse un tableau des activités qu'ils entendent mener au courant de l'année. Maintenant toutes ces activités en fonction des services nous sont adressées en termes de besoin. En tout cas, je prends un exemple, en chirurgie par exemple pour 2021 par exemple, déjà avant la fin de 2020, le service de chirurgie prévoit en fonction des moyens qu'ils ont c'est-à-dire les moyens humains et matériels, le nombre d'actes qu'il peut poser dans l'année. C'est valable pour tous les services. Il y a ce qu'on appelle ici le comité de gestion. Maintenant c'est le comité de gestion qui se réunit, compile les données...euh ! En fonction de ça maintenant...euh !... Après ça...euh ! Les chefs de service commencent à mettre en œuvre le programme que eux-mêmes ils ont prévu sous la supervision de la direction ou de l'administration à travers des outils de contrôle. L'étape finale c'est le conseil d'administration qui donne plutôt des orientations et c'est lui qui donne le quitus de toute la moisson d'activités. Donc, la base c'est le service qui remonte à la direction. Il y a le conseil d'administration qui donne le quitus pour le déroulement des activités comme prévu bien sûr après les discussions et les correction ».*

L'enquête R_ASF 11 semblait confirmer les propos précédents quand il disait : *« Dans le cadre de la planification, nous faisons annuellement une planification générale des activités au niveau du service ici qui passe au conseil d'administration. Une fois que c'est validé au conseil d'administration, je pense que l'ensemble du personnel s'attèle à atteindre les objectifs de certaines missions fixées dans l'année. Ça va en termes de nombre de consultations, nombre de personnes à faire accoucher, le nombre de personnes à hospitaliser ».*

S'agissant de l'implication de l'ensemble du personnel dans le processus de planification, les avis étaient contradictoires. Pour certains enquêtés, le personnel dans son ensemble était impliqué dans la planification, pour d'autres, ce n'était pas une réalité.

Pour G_ASF 12 : *« Bon ! En principe dans ce processus de planification, je dirais que de manière générale tout le personnel à quelque niveau que ce soit est impliqué. Ça veut dire quoi. Quand je dis que la planification part de service, le programme que le service présente pour l'année, il est discuté avec tous les éléments du service. Bien sûr le chef du service est là, le major est là, les autres collaborateurs sont là. Ça montre qu'ils arrêtent ensemble le programme qu'ils soumettent à*

la direction. Moi je pense que de manière générale de façon implicite ou explicite que le personnel est quand même impliqué dans la conception des activités qui sont prévues ».

Ces propos n'étaient pas l'avis de l'enquête R_ASF 11 qui a relaté : « Concernant la planification des activités en début d'année, je n'ai aucune information. Je suis là il y a quand même 2 ans. En début d'année on a échangé, voir ce qui a marché et ce qui n'a pas marché. Mais dire qu'il y a une planification proprement des activités, je ne sais pas. Je n'ai pas dit que ça n'existe pas mais je ne sais pas grand-chose. En terme d'objectifs, je ne connais pas les objectifs qu'on a fixé pour mon service. Je répète je n'ai pas dit que ça n'existe pas mais moi je ne connais pas ».

En somme, même si la planification des activités était assurée, l'implication de tous les acteurs dans le processus et l'analyse préalable n'étaient pas garanties.

La fonction d'organisation

La fonction d'organisation est le fait de répartir l'ensemble en parties et de définir le type de relations qui doit exister entre ces parties de manière à assurer la réalisation des objectifs de l'entreprise. Il s'agit de diviser le travail, de préciser la nature des rapports de chaque individu avec les autres membres de l'entreprise permettant une clarification de l'autorité de chacun. Elle permet aussi à chaque responsable de prendre seulement les décisions qui relèvent de ses compétences et de connaître les limites de son autorité. La fonction d'organisation est l'un des outils du système de management d'une entreprise, lequel permet d'établir une politique et des objectifs et d'atteindre ces objectifs (Arhab, 2015). Cette fonction utilise des instruments tels que l'organigramme ; l'évaluation de l'adéquation entre les affectations et les compétences ; la reconnaissance et encouragement de la prise de responsabilité ; la description et répartition de tâches.

Les personnes enquêtées donnent leurs avis sur l'organisation des services.

Pour H_MSM 1 : *« Bon ! L'hôpital comme tu le sais déjà c'était un établissement public hospitalier (EPH). Donc c'est d'abord un service qui est créé d'abord par tout ce que tu sais ; de la loi en passant par les décrets qui régissent le fonctionnement. La loi le crée d'abord ensuite, il y a les décrets qui régissent un peu le fonctionnement et l'organisation. Maintenant bon !... c'est un service qui regroupe en son sein plusieurs services en fonction de la spécialité. Donc il y a le service de chirurgie, le service de médecine, le plateau technique, il y a les services d'administration et de gestion. Ça c'est de manière un peu configurable. Maintenant, par rapport aux outils d'abord au sein de l'hôpital il y a des organes qui sont créés, il y a des organes consultatifs notamment par exemple ici à l'hôpital du point G, nous avons 4 organes. On a le comité médical d'établissement c'est la CME, maintenant la CSIO, le CTE (le comité technique d'établissement), et il y a le CTHS (le comité technique d'hygiène sécurité). Mais en dehors de ces organes consultatifs comme leur nom les indique, qui par rapport à leur domaine de compétence, l'administration est obligée de recourir à eux pour un avis de leur ressort. En dehors de ça il y a le comité de gestion. Le comité de gestion c'est l'ensemble des chefs de service et les responsables de l'administration. C'est ce comité de la gestion qui prépare même en réalité les travaux sinon les documents de CA. En dehors du comité de gestion il y a ce qu'on appelle le comité de direction. En dehors de ça, il y a le conseil d'administration qui est au-dessus. C'est l'organe suprême par rapport à tous ces organes qu'on a cité quoi... Ici à l'hôpital les chefs de service et la Major sont parfaitement nommés à travers des actes administratifs. Ils sont tous nommés par décision du directeur après consultation bien sûr. Autre chose, il faut dire qu'on a un organigramme, un manuel de procédure. Toutes les descriptions de poste sont dans le manuel de procédures qui a été adopté tout récemment... Malheureusement, je ne peux pas vous dire oui si l'organigramme est affiché à l'hôpital ou pas. L'organigramme dans certains services, vous trouverez ça mais pas dans*

tous les services. L'organigramme en réalité est souvent sollicité par les gens qui font les études sinon c'est affiché dans quelques services seulement. Par rapport à la description de poste ce n'est pas partout. Certains chefs de service sont très regardants. Par contre d'autres ce n'est pas leur problème. ».

L'enquête R_MIM 6 donne l'organisation suivante de son service d'appartenance : « Par rapport à l'organisation, c'est que nous sommes pratiquement 6 dans le service. J'avoue que le service est organisé de telle sorte que à responsabiliser les médecins. Il y a un staff quotidien, staff dirigé par un médecin. Il y a des réunions que nous programmons pour discuter des différentes modalités du fonctionnement des services ».

Pour R_ASF 11 : « Dans le service, il y a le planning des internes, des soignants, dans les différentes salles tous les jours. Chacun fait ce qu'il doit faire. Concernant l'organisation, le service est déjà hiérarchisé. Il y a le chef de service, il y a le major et ses adjoints. En fonction de la hiérarchisation et chacun sait à peu près ce qu'il doit faire. Chacun sait également qui il doit voir d'abord avant d'aller voir une autre personne. Il n'y a pas un organigramme ici au service. Il y a une semblant de description de poste pour chacun par catégorie, sinon vous ne verrez pas de nom sur la description ».

En définitive, au niveau de l'hôpital, l'organisation des services semble informelle et n'est pas basée sur l'utilisation des instruments classiques connus.

La fonction de direction

La direction est une fonction relevant principalement des relations interpersonnelles. La direction est l'élément qui consiste à pousser (pouvoir et commandement) ou inciter (motivation) les membres d'un groupe pour qu'ils travaillent ensemble et de plein gré, à des tâches liées les unes aux autres, afin d'atteindre les objectifs fixés. Elle consiste à mettre en œuvre les plans élaborés au cours du processus de planification et pousse tous les membres d'une organisation à collaborer d'une manière efficace. Aborder cette fonction, revient à analyser ses principaux fondements que sont le champ de décision de chaque responsable ; le processus de prise de décision ; l'adhésion de l'équipe aux objectifs définis ; les échanges entre l'individu et l'équipe ; la communication sur les performances collectives ; les moyens de motivations. Il s'agit ici de l'utilisation d'indicateurs de performance ; d'évaluation du degré d'atteinte des objectifs en termes d'activités et de moyens ; du processus d'évaluation du personnel ; du processus d'appréciation régulière de la satisfaction des patients et du personnel ; de l'analyse et exploitation des résultats ; de la comparaison des résultats à ceux d'établissements similaires ; de la communication et de la discussion des résultats de l'évaluation avec l'ensemble des acteurs.

Les participants interrogés décrivaient comment les actions étaient coordonnées à l'hôpital, dans les services et les unités. Ils avançaient plusieurs propos à ce sujet. « Par rapport à la coordination, il faut dire que les activités sont coordonnées par le chef de service. On se rencontre régulièrement pour parler essentiellement des comptes rendus de garde. Nous sommes à cette dynamique-là » déclare G_MIM 5.

L'enquête H_MSM 1 fait l'état des lieux en matière de coordination ou de direction de la manière suivante : « Bon !... bon !...euh !... Pour la prise de décisions au service ça dépend. Les décisions n'ont pas les mêmes degrés. Bon !... je veux prendre un exemple typique. Si par exemple dans un service tu as un poste qui doit être fourni. Je prends un exemple en kinésithérapie un major est parti à la retraite, décédé ou parti pour un concours ; c'est normal qu'on fasse le remplacement de ce

type. C'est l'administration qui donne l'information même si c'est le service qui donne les informations, la direction demande au chef du service en fonction des compétences disponibles et de son effectif, l'ancienneté et du grade des gens de faire une proposition. Donc c'est le chef du service qui fait sa proposition. Le chef de service ou de section envoie sa proposition à l'administration qui généralement ne la rejette pas. Ça c'est juste un exemple des modèles de prise de décision. Mais comme je l'ai dit les décisions n'étant pas les mêmes c'est pourquoi j'ai dit c'est fonction de la valeur de la décision à prendre. Les degrés de rattachement de chaque responsable sont précisés dans le manuel de procédures. Il peut arriver souvent que l'on communique la performance collective à travers certains processus. L'hôpital a souvent l'habitude, pas de besoin mais si cela devrait arriver, l'hôpital a souvent l'habitude de convoquer une assemblée générale avec tous les travailleurs, des chefs de service jusqu'au personnel de soutien pour exposer à l'ensemble du personnel la situation de l'hôpital à savoir si c'est en terme des performances ou de défaillance ».

Une autre variable sur laquelle les enquêtés ont insisté, était la motivation du personnel. A ce niveau, la totalité des enquêtés reconnaissent que le mécanisme de motivation au CHU du Point « G » restait uniquement pécuniaire et était constituée des ristournes et des primes de garde. Les propos de certains enquêtés témoignaient cet état de fait.

L'enquêté M_MOF 9 donne son avis en disant : *« Il y a pas un autre moyen que je vois pour motiver à part leurs salaires. Franchement je ne vois pas un autre système de motivation. Ça n'existe pas chez nous ici. Souvent se sont les hommes de bonne volonté qui peuvent vous donner souvent de l'argent pour payer la boisson ou le thé ».*

Pour H_MSM 1 : *« Bon !... Au point G ici, la motivation du personnel, elle peut se traduire à quelques niveaux, peut-être à plusieurs niveaux. Une des motivations, il y a ce qu'on appelle les ristournes. Ça ce sont des indemnités qui sont payées au personnel chaque trimestre en fonction des résultats de l'hôpital, 30 % de la somme encaissée par l'hôpital est versée au personnel. Cette somme est répartie à l'ensemble du personnel en activité à l'hôpital en fonction de leur grade. Ça c'est une motivation. Même la garde payée est une motivation ».*

Un autre aspect aussi qui a retenu l'attention des enquêtés était la communication entre le personnel à l'intérieur de l'hôpital. Pour I_MSM 4 : *« Les informations à l'hôpital sont partagées à travers les circuits classiques. La communication se fait en fonction des supports que l'administration utilise. C'est généralement les notes de service, les notes circulaires, les décisions, les avis de réunion. L'information en tout cas quand elle est d'ordre général qui ne concerne pas seulement une unité même si c'est un événement, l'administration elle-même signe le document qui doit être porté à la connaissance du personnel. Ça peut être des communiqués, des affiches, des avis de réunion ainsi de suite quoi... Ce sont les supports qui sont connus que nous utilisons ».*

Selon la plupart des enquêtés, les réunions de service et les assemblées générales qui constituaient des cadres de communication n'étaient pas régulières. Les propos de certains enquêtés étaient évocateurs. Ainsi Selon P_MOF 8 : *« La communication avec le personnel se fait en réunion généralement. S'il y a un problème on convoque tout le monde pour faire des échanges. Il n'y a pas de réunions périodiques... Il n'y a pas de cadres périodiques. C'est lorsqu'il y a un problème qu'on se rencontre pour essayer de voir ce qu'on va faire ».*

Ces propos étaient confirmés par G_ASF 12, un agent du même service qui dit : *« On fait des réunions de service mais en cas de problème ; sinon les réunions ne sont pas programmées bien avant ».*

Pour S_MSM 3, les assemblées générales n'étaient pas non plus régulières, elles étaient occasionnelles : *«L'assemblée générale n'est pas périodique. En général, c'est en fonction du besoin et des moments. Si l'urgence fait que par exemple..., Si la propriété est telle que il faut faire quelque chose, on convoque une assemblée générale par rapport à l'urgence pour exposer le problème, requérir l'avis des gens et on commet qui de droit pour aller dans le sens de la perfection. Il y a des situations comme ça. Sinon une assemblée générale périodique avec les travailleurs... Enfin je n'ai pas vu de texte à l'interne qui parle de ça. Les assemblées générales sont une question des circonstances en réalité...Ah oui».*

Au regard de ces différents avis des enquêtés, le constat était que la fonction direction était mise en œuvre mais, il existait des insuffisances à ce niveau. En effet, il existait un mécanisme de motivation, les champs de décisions de chaque responsable étaient définis et connus de tous, le personnel était impliqué selon les cas dans le processus de prise de décision. Par contre le mécanisme de motivation était insuffisant, la communication sur la performance collective et les cadres de communications étaient irréguliers.

La fonction de contrôle

Cette dernière fonction permettait de s'assurer que les trois premières étaient efficacement mises en œuvre et convergent vers l'atteinte des objectifs, la finalité étant l'amélioration continue du bien-être des usagers. Selon (Anthony, 1965), le contrôle est le processus par lequel les managers s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées avec efficacité et efficience pour réaliser les objectifs poursuivis par l'organisation et définis par ses dirigeants. Cette définition est de dimension technico-économique axée vers des buts organisationnels. En 1988, pour prendre en compte la dimension stratégique et managériale, (Anthony, 1965) définit le contrôle comme « le processus par lequel les managers influencent d'autres membres de l'organisation pour appliquer les stratégies. Pour (Bouquin, 2008), c'est l'ensemble des dispositifs et processus qui garantissent la cohérence entre la stratégie et les actions concrètes et quotidiennes. Dans le contexte des services de santé, il désigne l'ensemble des interventions mises en œuvre permettant de s'assurer que les activités s'exécutent normalement ; les résultats atteints sont conformes à ceux planifiés et d'entreprendre des mesures correctives en cas d'écarts. Il se fait avant, pendant et après l'action.

Les enquêtés donnaient leur point de vue sur le processus de contrôle ou de suivi dans leur milieu de travail. Ces avis portaient sur l'utilisation d'indicateurs de performance ; l'évaluation du degré d'atteinte des objectifs en termes d'activité et de moyens ; le processus d'évaluation du personnel ; le processus d'appréciation régulière de la satisfaction des patients et du personnel ; l'analyse et l'exploitation des résultats ; la comparaison des résultats à ceux d'établissements similaires – benchmarking ; la communication et la discussion des résultats de l'évaluation avec l'ensemble des acteurs.

D'entrée de jeu, G_ASF 12 semblait formel sur l'utilisation des indicateurs pour évaluer les actions au niveau de son service d'origine : *« Ici on n'utilise pas des indicateurs pour suivre les activités. Je n'ai pas connaissance de ça. C'est ce que je vous ai dit au début. Moi comme je viens du privé. Là-bas, je sais quand même comment les choses se passent. Depuis que je suis venu c'est moi même qui cherche à savoir nos résultats».*

Les propos de C_MSF 2 décrivaient la situation et le mécanisme de suivi de la façon suivante : *« Bon !... A ce niveau, je dirais que c'est là qu'intervient le service du système d'information hospitalier. La vocation de ce service, c'est d'abord collecter l'activité réalisée par chaque service au cours du mois. Il y a effectivement un support, des imprimés qui sont remis aux services. Il y a*

un responsable chargé du remplissage de ces supports au niveau du service bien sûr sous le contrôle du chef de service et tous ces rapports-là sont compilés chaque mois et en fin d'année ce sont ses rapports-là qui constitue l'ossature de qui a été réalisée par les différents services qui est donné comme document de référence au niveau du conseil d'administration qui juge en fonction de la prévision que l'hôpital a fait; qu'est-ce qui a marché. Qu'est-ce qui n'a pas marché ? J'ai pris un exemple sur la gynéco par exemple à la fin de l'année, on peut savoir exactement ce que la gynéco a fait comme césarienne et c'est la compilation de tous ces activités et résultats qui est présenté au conseil d'administration pour montrer la réalisation pour chaque service en fonction de ce qui a été prévu. Si la gynéco dit en 2021 on va faire 1000 césariennes, nous on les attend aux résultats. Maintenant on attend à la fin de l'année on comptabilise toutes les activités réalisées en fonction du rapport fourni pour voir ce qui est atteint à chaque service ».

L'enquête H_MSM 1, quant à lui, donnait son avis sur l'évaluation du personnel en ces termes : *« Par rapport à cette question, l'évaluation du personnel ça c'est même une activité routinière. Mais elle est concrétisée en fonction du mode gestion classique. L'évaluation est régie par des textes. Ça veut dire quoi ? Ça veut dire que les services sont organisés de façon à ce que chacun est commis à une tâche. À chaque année au mois de juillet il y a une notation qui est faite par le chef de service en fonction du personnel qui est sous ses ordres. C'est cette évaluation, cette notation qui permet de dire qui est bon, qui n'est pas bon. C'est vraiment l'outil quand même le plus connu d'évaluation annuelle. C'est ça. Ça c'est un peu par rapport à l'évaluation du personnel quoi».* S'agissant de l'évaluation de la satisfaction des patients, R_MIM 6 pensait que cette activité n'était pas une réalité dans son contexte. Ses propos étaient les suivants : *« La satisfaction des patients. Bon ! C'est vrai que par rapport à la satisfaction des patients, les paramètres d'évaluation sont un peu disparates, je dirais. Pour la satisfaction des patients, il est plus facile pour les organes extérieurs d'évaluer la satisfaction des patients parce que, c'est vrai, les patients qui viennent à l'hôpital, certains vous diront qu'ils sont satisfait, d'autres diront le contraire. Mais en réalité, c'est généralement lors des thèses, des enquêtes, des mémoires, tous ceux qui s'intéressent à la recherche, en ce moment qu'on parle de ça ».*

Par rapport à la comparaison des performances avec celles des autres établissements, l'enquête I_MSM 4 estimait que l'initiative n'était jamais prise à l'interne. C'est celle effectuée par l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) qui était effective. Voici ce qu'il a relaté : *« Bon !...Euh !... Cette activité de comparaison avec les autres établissements ce n'est pas tellement réalisé ici. C'est l'ANEH qui fait la classification des hôpitaux en termes de performance. Pratiquement chaque année, ils le font. Par exemple cette année c'est l'hôpital de Sikasso qui classé premier en République du Mali suivi de l'hôpital du mali. En tout cas c'est plus fiable, la méthode est plus scientifique, plus rationnel. S'il arrive à nous comparer à Gabriel Touré, on peut dire qu'on est meilleur mais est-ce que c'est évident ? Sinon on n'a pas vraiment d'outils pour mesurer notre performance par rapport aux autres ».*

Pour P_MOF 8, les activités de suivi ou de contrôle consistent au suivi des malades : *« Il y a toujours été suivi des malades à travers les registres....voilà. C'est le support dans lesquels on a tout ce qu'on fait. Pour ce qui concerne le suivi des agents, on passe toute la journée donc il n'y a pas un suivi particulier à faire. Particulièrement, il n'y a pas de suivi entre nous ».*

Pour le soutien apporté au personnel, certains enquêtés ont estimé qu'ils ont le soutien de leur hiérarchie. Mais d'autres au contraire ne perçoivent clairement ce soutien. Pour H_MSM 1 : *« Par rapport au soutien de ma hiérarchie, je pense que j'ai le soutien de ma hiérarchie parce que par rapport à ce qui me concerne et par rapport à ma tâche, on partage toujours les informations*

avant d'arriver à la réalisation. On échange beaucoup, on discute et puis on arrête de commun accord la ligne directrice ou le chemin à suivre, ou la conduite à tenir ».

L'avis de R_ASF 11 sur le soutien de la hiérarchie est relativisé : *« Par rapport au soutien de la hiérarchie, je peux dire plus ou moins. Parce que souvent on te dit tu travailles bien, continue comme ça et c'est tout. À part ça vous apporter un soutien ? Jamais, au grand jamais ».*

En somme, le système de suivi ou de contrôle comporte certaines faiblesses selon l'analyse faite des discours des enquêtés sur la question. Il s'agit de la faible utilisation des indicateurs et des tableaux de bord dans les services. De plus, les unités ne permettent pas d'évaluer l'atteinte des objectifs. On note l'absence d'un mécanisme interne d'évaluation du personnel ainsi que de la satisfaction du personnel et des patients. Il y a également la faible communication de la performance de l'hôpital à l'ensemble des acteurs.

3.2.2 Les compétences managériales

Être un médecin ou un infirmier n'est pas une qualification suffisante pour occuper d'office un poste de manager. D'autres compétences essentielles sont nécessaires pour faire d'un manager un professionnel responsable, afin de l'aider à exercer ses fonctions de manière cohérente, tout en intégrant à la fois les objectifs de performance, les attentes des parties prenantes pour gérer au mieux les injonctions paradoxales qu'il reçoit. La maîtrise des connaissances, des méthodes et des savoir-faire du domaine d'intervention, du management et des domaines connexes est utile à l'exercice du métier. Les personnes enquêtées ont été appelées à se prononcer sur les compétences managériales et les qualités nécessaires pour assumer les fonctions de manager ainsi que les liens entre les capacités de management et les difficultés rencontrées en matière de management.

Les connaissances sur les compétences nécessaires pour le management

De l'avis de la quasi-totalité des personnes enquêtées, pour manager il y a des exigences et des qualités en termes d'expériences, de formation et de personnalité. Pour G_MIM 5, le management est très important et pour cette raison, il faut que le manager remplisse certaines conditions qu'il a relevé à travers cette affirmation : *« C'est une erreur de mettre de côté les questions managériales. Même une famille se manage. Je crois que dans une structure grande comme la nôtre au point G où nous sommes aujourd'hui plus de 600 agents de santé, si on n'a pas une bonne technique managériale, on ne peut pas avoir de résultats. Donc, c'est un aspect qui doit même venir d'abord pour pouvoir espérer autre chose qui est l'atteinte des objectifs que l'on se fixe et je pense que cela doit être compris par tout le monde. Pour moi, c'est le plus important, la question managériale. Elle est la plus importante. Pour cela, aux différents postes de responsabilité, il faut avoir des gens qui ont une certaine expérience, une formation nécessaire et une certaine personnalité. Quand je parle de personnalité, il faut des gens qui ont de la vision, du charisme, humbles, travailleurs, compréhensifs et tolérants ».*

La formation en management

Même si (Mintzberg, 2006) estime que la formation des managers doit être basée sur la spécialisation au regard de la complexité de leur mission, les discours des enquêtés laissent percevoir que la formation en management était rare dans leur contexte. Leurs propos étaient illustratifs. Pour R_MOF 10 : *« Depuis que je suis là, on ne m'a jamais formé en management et je ne crois que cette formation ait déjà eu lieu ici dans cette. Vous pouvez demander à d'autres*

personnes ». Pour M_MOF 9 : « J'ai eu la chance d'être l'adjoint de celui que j'ai remplacé ; c'est avec lui que j'ai appris à gérer un peu, un peu, sinon je ne suis pas formé ».

En somme, la formation qui devait être un axe stratégique pour améliorer les qualités managériales et les connaissances, était quasi-absente. Ce qui est une source de nombreuses insuffisances dans la gestion des services et des unités. Pour (Mintzberg, 2006), cette absence de formation en management des unités de soins ne permet pas au surveillant d'unité de soins de contextualiser sa pratique de gestion au risque d'entraîner des contre-performances pour l'hôpital. La nomination d'un agent au poste de surveillant d'unité de soins l'amène de facto à gérer l'unité dès sa prise de fonction. Cette gestion en l'absence de formation peut s'éloigner des normes de qualité d'organisation des unités.

Les liens entre les capacités managériales et les difficultés en matière de management

L'ensemble des enquêtés soutenaient qu'il existait une relation entre les capacités managériales et les difficultés en matière de management comme l'indiquaient les discours suivants : « Ici à point G, l'esprit de la question managériale n'y est pas. J'ai mon idée sur la chose. Il faut aller plutôt à une décentralisation de nos services, les organiser en pool, les départementaliser avec une autonomie de gestion. Je crois que si cela arrivait à l'être on aura beaucoup plus de résultats. La petite expérience que j'ai est qu'il y a un petit noyau au niveau de la direction qui gère de façon inefficace. Ça ne va pas souvent. Il ne peut pas gérer tout ça. Cela fait qu'il y a des aspects qui sont souvent négligés. Je crois qu'au niveau de point G on devrait mettre beaucoup plus de rigueur et faire en sorte que beaucoup d'acteurs s'impliquent dans la gestion ». (G_MIM 5)

Les propos d'un autre enquêté démontraient le lien entre les capacités managériales et les dysfonctionnements constatés dans sa structure : « Moi je pense que les gens ne connaissent pas ce que ça veut dire management. C'est quelque chose de nouveau. Les gens ne savent pas l'importance du management. Le management là tout le monde ne connaît pas ça, même si vous demandez à un fonctionnaire du public il ne va pas connaître ça. Il faut donc que les gens comprennent d'abord ce que c'est que le management pour pouvoir l'appliquer. Sinon moi je pense que tout le monde jusqu'à la direction ne comprennent pas bien le management. Il faut que les gens sachent le management consiste à quoi, quel est son importance, comment ça se fait. Sinon dans la réalité les gens ne savent pas. Il n'ya pas de management ici. Et tous les problèmes que nous avons ici sont liés au mauvais management. C'est la navigation à vue. Si vous voyez en 2 ou 3 ans, on a changé beaucoup de DG. C'est parce que les gens ne peuvent pas gérer. Et pourquoi, ils ne peuvent pas gérer ? C'est parce qu'ils ne peuvent pas ». (M_MOF 9)

L'enquêté H_MSM 1 expliquait pourquoi, selon lui il y a une relation entre les capacités managériales et les problèmes dans les organisations en ces termes : « Bon !... Ici, le management est un processus quand même qui commence à prendre une nouvelle figure parce que depuis un certain temps au niveau de la hiérarchie il y a certaines choses qui sont en train de se passer en bien. On voit qu'il y a des efforts qui sont faits avec l'arrivée du nouveau DG. Sa façon de manager fait que les choses ont commencé à changer positivement. Il est à l'écoute de tout le monde et adopte un modèle participatif en cas de besoin ».

En définitive, tous les répondants ont soutenu qu'il existe une relation entre la faible capacité de management et les dysfonctionnements des services.

3.3 Synthèse des résultats

Notre étude s'était penchée sur l'état des lieux en matière de pratiques managériales au CHU du point «G». Les principaux résultats obtenus ont fait ressortir que :

- même si la planification des activités était assurée, l'implication de tous les acteurs dans le processus et l'analyse préalable n'étaient pas garantis ;
- l'organisation des services semblait informelle et n'était pas basée sur l'utilisation des instruments classiques connus ;
- le mécanisme de motivation au CHU du Point « G » restait uniquement pécuniaire et était constitué des ristournes et des primes de garde ;
- les réunions de service et les assemblées générales qui constituaient des cadres de communication n'étaient pas régulières ;
- les champs de décisions de chaque responsable étaient définis et connus de tous ;
- le personnel était impliqué selon les cas dans le processus de prise de décision ;
- la communication sur la performance collective et les cadres de communications étaient irréguliers ;
- la faible utilisation des indicateurs et les tableaux de bord dans les services et les unités ne permettaient d'évaluer l'atteinte des objectifs ;
- l'absence d'un mécanisme interne d'évaluation du personnel, de la satisfaction du personnel et des patients ;
- la faible communication de la performance de l'hôpital à l'ensemble des acteurs ;
- la formation pour améliorer les qualités managériales et les connaissances était quasi-absente ;
- une bonne connaissance des enquêtés de la relation entre la faible capacité de management et les dysfonctionnements des services.

3.4 L'outil forces-faiblesses

Les résultats issus des entrevues avec les participants à l'étude, l'examen des différents documents et l'observation de l'environnement physique de l'hôpital ont permis de dégager les forces et les faiblesses en matière de pratiques managériales.

Tableau 2 : Forces et faiblesses issues de l'étude

Processus de management	Forces	Faiblesses
Planification	<ul style="list-style-type: none"> - Planification annuelles dans les activités ; - Prise en compte de tous les niveaux dans la planification des activités ; - Existence d'un budget annuel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un projet d'établissement ; - Absence des plans d'action annuels dans les services ; - Faible implication des acteurs dans la planification ; - Méconnaissance de la vision et des objectifs des services par le personnel.
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un cadre réglementaire portant organisation et fonctionnement de la structure, loi hospitalière, etc... - Adéquation entre les affectations et les compétences. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de descriptions de postes pour le personnel dans les unités ; - Méconnaissance de l'organigramme par tous les acteurs ; - Organigrammes non affiché dans les services.
Direction	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un manuel de procédures ; - Fonctionnalité des différents organes de gestion ; - Tenue régulière des réunions statutaires des organes de gestion ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Les cadres de concertations ne sont pas régulièrement tenus dans les services ; - Absence de cadre d'appréciation interne de la performance individuelle et collective ;

Processus de management	Forces	Faiblesses
	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des actes de nominations pour les différents responsables ; - Existence de moyens de motivation pécuniaire ; - Participations du personnel à la prise de décision. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de formation continue de formation continue surtout en management ; - Insuffisance d'autres moyens de motivation en dehors de la motivation pécuniaire.
Contrôle	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des indicateurs de mesure de la performance au niveau du service de l'information hospitalière ; - Evaluation du degré d'atteinte des objectifs globaux de l'hôpital. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'indicateurs de mesure de la performance dans les services et les unités ; - Absence d'évaluation du degré d'atteinte des objectifs dans les services et les unités ; - Absence d'un processus d'évaluation du personnel en dehors de celui de la fonction publique ; - Absence d'un processus d'évaluation de la satisfaction du personnel et des patients ; - Faible analyse et exploitation des résultats ; - Faible communication sur les résultats aux différents acteurs.

Source : auteurs, 2020

4. Discussion

La planification des actions était indispensable à la bonne marche d'une organisation comme le CHU du point « G ». Selon les personnes enquêtées, la planification se fait de façon annuelle au sein du CHU du point « G ». Le processus commence depuis les services jusqu'à la direction. La démarche ne semblait pas être bien appliquée. Elle consistait à une compilation des activités à mener. La participation de tout le personnel n'était pas effective. Tout cela montre qu'il y a un écart entre le prescrit en matière de planification et la réalité. Ces constats vont dans le même sens que ceux de (Zuckerman, 2006) qui dans son étude a abouti à la conclusion selon laquelle la planification stratégique dans les organismes de santé, même si elle est considérée comme utile et efficace par les cadres de ces organisations, n'est souvent pas accompli selon les meilleures pratiques. Selon (Vallejo, 2018), les aspects techniques intéressaient plus les dirigeants que les problèmes de gestion. Ils accordaient plus d'attention aux difficultés financières et aux problèmes légaux ou réglementaires qu'à la planification. Cet état de fait était contraire aux recommandations de (Gueye, 2009) qui préconisent que le processus de planification soit basé sur un diagnostic interne et externe et une implication active dans la fixation des objectifs et des choix stratégiques.

L'organisation décrite par les personnes enquêtées faisait ressortir que l'hôpital était composé de plusieurs services techniques en fonction des différentes spécialités et des services administratifs qui constituaient la direction. Chaque service technique était organisé en unité. Les services administratifs comprenaient plusieurs sous-ensembles. Ces configurations rejoignent la spécialisation horizontale et verticale de (Arhab, 2015); l'unité de commandement ; la décentralisation horizontale et verticale, le regroupement en unités de (Mintzberg, 2006). Tous les enquêtés ont par ailleurs reconnu l'absence d'organigrammes ; de description de postes et de répartition des tâches. Ces résultats étaient comparables à ceux (Balique, 2004) qui à l'issue de son étude a trouvé que deux tiers de l'échantillon étudié n'avaient pas d'organigramme. Il en était de même que (Balique, 2004) pour qui seulement 55% des entrepreneurs de l'échantillon analysé déclaraient en avoir établi. Or, l'élaboration de l'organigramme, l'organisation du travail et l'encadrement sont des leviers incontournables du système d'organisation. Ces éléments sont également pris en compte par le guide de (Gueye, 2009).

Selon les enquêtés, il existait un mécanisme de motivation, les champs de décisions de chaque responsable étaient définis et connus de tous, le personnel était impliqué selon les cas dans le processus de prise de décision. Par contre, le mécanisme de motivation était insuffisant, la communication sur la performance collective et les cadres de communications était irrégulière. Ces résultats étaient pourtant contraires à l'idée de (Bourguignon, 2000), pour qui, pour amener les collaborateurs à participer activement à la réalisation des objectifs organisationnels, la fonction de direction doit prendre en compte le leadership, la communication, la motivation, la formation. (Vallejo, 2018), va dans le même sens quand il dit qu'il faut s'appuyer sur cinq piliers de la direction à savoir la fixation des objectifs de l'organisation, l'organisation du travail, la motivation et la communication, la mesure de la performance et la formation des salariés.

Les résultats issus des discours des enquêtés montraient une faible utilisation des indicateurs et les tableaux de bord dans les services et les unités ne permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs ; l'absence d'un mécanisme interne d'évaluation du personnel, de la satisfaction du personnel et des patients ; la faible communication de la performance de l'hôpital à l'ensemble des acteurs. Ce qui témoignait de l'inefficacité du système de contrôle ou du suivi dans son ensemble. Ces résultats sont contraires aux normes de qualité de la fonction contrôle contenu dans le guide de la (Gueye, 2009) qui recommande que les éléments d'appréciation de cette fonction soient les indicateurs de performance pertinents. L'évaluation du degré d'atteinte des objectifs et le processus d'évaluation des personnels est mis en place. Le processus permettait d'apprécier régulièrement la satisfaction des patients et des personnels ainsi que la communication et la discussion des résultats de l'évaluation avec l'ensemble des acteurs.

Selon les résultats issus des discours des personnes enquêtées, pour manager il y'a des exigences et des qualités en termes d'expériences, de formation et de personnalité. Ces résultats étaient pratiquement identiques à ceux de l'étude de (Vallejo, 2018) à l'issue de laquelle, les SUS interrogés ont évoqué l'expérience professionnelle, la capacité à gérer les humeurs et à gérer une communication avec les patients comme compétences nécessaires pour la gestion d'une unité de soins. (Cadotte, 1996), a mis en évidence que l'ancienneté des SUS leur permettaient de devenir surveillant.

La formation des personnes ayant une fonction de management est absente selon les discours des enquêtés. Ces mêmes résultats ont été identiquement retrouvés par (Vallejo, 2018) à travers son étude dans laquelle aucun des participants n'a été formé en management des unités de soins. Ce qui contribuerait au fait que le SUS apprenne « sur le tas ». Pour l'auteur, cette situation serait liée au fait que l'institution n'en fait pas une priorité et aussi que l'autoformation en la matière n'intéresse pas les SUS en raison de divers obstacles. Nous partageons cet avis dans notre contexte.

Tous les répondants s'accordaient à dire qu'il existait une relation entre la faible capacité de management et les dysfonctionnements des services. Ces résultats sont proches de ceux de (Vallejo, 2018) qui trouve chez tous les participants une relation positive entre qualité de management et l'atteinte des objectifs de l'organisation.

5. Conclusion

Le management des structures sanitaires et la qualité managériale des responsables (toute personne ayant une fonction d'encadrement) étaient des aspects qui semblaient peu ou pas l'objet de démarches d'évaluation. Et pourtant leur impact sur le fonctionnement des secteurs d'activité et la capacité des établissements à remplir leurs missions auprès des patients, était non négligeable pour nombre d'acteurs. A l'ère de la nouvelle gouvernance, il s'agissait de rapprocher la prise de

décision au plus près des acteurs de terrain par une délégation au niveau des pôles, développer l'évaluation des pratiques professionnelles, et décloisonner le fonctionnement de l'hôpital.

Notre étude a été réalisée dans le but de contribuer à de meilleures pratiques managériales dans les établissements de santé. Aux termes de celle-ci, les hypothèses formulées ont été confirmées. L'atteinte des objectifs de l'étude permettra de répondre à la préoccupation de la connaissance de l'état des lieux en matière de pratiques managériales au CHU du point «G». Les résultats obtenus montrent que le CHU du point «G» présentait au moment de l'enquête des écarts en matière de processus de management, écarts liés à l'insuffisance de compétences managériales caractérisée par une absence de formation en management. La mise en œuvre des recommandations formulées contribuera sans doute à l'amélioration des pratiques managériales au Centre Hospitalier Universitaire du Point «G». Toutefois, d'autres facteurs susceptibles d'expliquer les écarts en matière de processus de management de cet établissement comme le contrôle mériterait aussi d'être exploré.

Références

Adler, P. A. (1995). Dynamics of inclusion and exclusion in preadolescent cliques. *Social Psychology Quarterly*, 145-162.

Anthony, R. N. (1965). *Planning and control systems: A framework for analysis [by]*. Harvard University: Division of Research, Graduate School of Business Administration.

Arhab, S. (2015). *Perspectives et modalités de mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier*. Mouloud Mammeri.

Balique, H. (2004). L'hôpital public en Afrique francophone. *Médecine tropicale*, 545- 558.

Bouquin, H. (2008). Quelles perspectives pour la recherche en contrôle de gestion? *Revue Finance Contrôle Stratégie*, 177-191.

Bourguignon, A. (2000). *Performance et contrôle de gestion*. Economica.

Braun, V. &. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research*.

Cadotte, J. (1996). *La planification stratégique et les priorités de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue : étude de cas*. Québec: Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Djimé, S. (2018). *Mise en place du contrôle de gestion en milieu hospitalier public*. Editions Universitaires Européennes.

Gueye, M. A. (2009). Hospital Performance Contracts: The Senegalese Experience. *Santé Publique*, 77-87.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 23-34.

Kervasdoué, J. D. (2004). *L'hôpital*. France: Presses universitaires.

Mintzberg, H. (2006). *Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre (deuxième)*. Paris, France: Groupe Eyrolles :Nouveaux Horizons.

Nobre, T. (2013). *L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre*. Paris : Dunod.

OMS, U. (1978). Primary Health Care. *Report of the International Conference on primary health care* (pp. 3-10). Ginebra: OMS.

Poisson, Y. (1992). *La recherche qualitative en éducation*. . Québec, Canada: Presse de l'Université du Québec.

Ritchie J. & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. SAGE Publications.

Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherches Qualitatives. Hors Serie(5)*, 99–111.

Vallejo, J. (2018). *L'impact d'un changement de structure organisationnelle sur la prise de décision: Le cas de l'introduction des pôles à l'hôpital public*. France: Thèse doctorale en Sciences de Gestion, Université Aix-Marseille.

Zuckerman, D. (2006). Linear degree extractors and the inapproximability of max clique and chromatic number . *In Proceedings of the thirty-eighth annual ACM symposium on Theory of computing*, 681-690.