

Université de Montréal

**Satisfaction du personnel de santé dans un milieu de travail en mutation
« Cas du Mali »**

par
Caroline Dufresne

Département d'administration de la santé
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en Sciences (M.SC)
en administration des services de santé
option gestion, stratégie et planification

Février 2005

© Caroline Dufresne, 2005



WA

525

U58

2005

V. 004



AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Satisfaction du personnel de santé dans un milieu de travail en mutation
« Cas du Mali »

Présenté par :

Caroline Dufresne

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Régis Blais
président-rapporteur

Pierre Fournier
directeur de recherche

Maria-Victoria Zunzunegui
codirecteur de recherche

Gilles Dussault
membre du jury

RÉSUMÉ

Le Mali est un pays dont le portrait sanitaire est un des plus défavorables du monde. Depuis les années '80, le gouvernement malien met en œuvre une réforme qui vise à augmenter la qualité et l'accessibilité des services de santé. Cette restructuration touche directement les conditions de travail du personnel des secteurs public et communautaire. Après vingt ans de réforme, la situation sanitaire au Mali est encore très préoccupante. La littérature soutient que la faible satisfaction au travail du personnel aurait des effets négatifs sur le système de santé, comme la perte de performance, la réduction de la qualité des services et la diminution des chances de succès des réformes. Dans cette étude, nous nous proposons d'examiner les liens entre certaines composantes de la réforme et la satisfaction du personnel de santé des régions de Kayes et Ségou. Cette recherche a pu être réalisée du fait de la disponibilité de données récentes sur le sujet, recueillies dans le cadre d'une enquête du système de santé portant sur 333 travailleurs des régions de Kayes et Ségou (Fournier & al., 2002).

Les instruments de mesure de la satisfaction développés dans le cadre de cette recherche sont similaires à ceux qui sont le plus souvent utilisés pour mesurer la satisfaction du personnel dans les pays industrialisés et leurs caractéristiques métriques sont satisfaisantes. Le personnel de santé est généralement insatisfait au travail, surtout en ce qui a trait à sa rémunération. Les autres dimensions de la satisfaction (supervision, outils de travail et organisation du travail) montrent des niveaux de satisfaction variables. Le personnel des secteurs public et communautaire dont les conditions de travail sont directement affectées par la réforme est plus insatisfait que le personnel des secteurs parapublic et privé. Il y a néanmoins des facteurs du contexte organisationnel qui ont un effet positif sur la satisfaction, ce qui permet de formuler des recommandations applicables dans le système de santé malien :

- L'amélioration de l'environnement physique du centre de santé augmente la satisfaction du personnel vis-à-vis de la rétribution et des outils de travail;
- La création d'un environnement de travail organisé et performant permet d'améliorer la satisfaction du personnel relativement à la supervision et l'organisation du travail.

L'échantillonnage non probabiliste limite les inférences mais on peut raisonnablement estimer que les résultats de cette étude peuvent s'appliquer à des contextes similaires, à savoir des régions rurales ou semi-rurales de pays d'Afrique sub-saharienne.

Mots clés : Ressources humaines, réforme, pays en développement.

ABSTRACT

Mali is a country with one of the worst sanitary situation in the world. Since the 1980's, the government has adopted a reform aimed at increasing the quality and accessibility of health services. This reorganization directly affects the work environment of the staff in the public and community sectors. After twenty years of reform, the sanitary situation in Mali is still alarming. The literature states that the low satisfaction of staff at work has negative impacts on the healthcare system, such as a reduction of efficiency, a drop in the quality of services and threatens the success of the reform. In this study, we propose to examine the links between some aspects of the reform and the satisfaction of health personnel in the regions of Kayes and Segou. This research was made possible by the availability of recent data on the subject. This data was gathered during a survey of the health care system focusing on 333 workers from the regions of Kayes and Segou (Fournier & al., 2002).

The instruments to measure satisfaction developed in this research are similar to those most often used to measure health personnel satisfaction in industrialized countries and their metrics are acceptable. Health personnel are generally unsatisfied at work particularly when it comes to remuneration. The other dimensions of satisfaction (supervision, work tools and work organization) show varying levels of satisfaction. The staff in public and community sectors, whose work conditions are directly affected by the reform, is less satisfied than the staff in the parapublic and private sectors. There are, nonetheless, some factors of the organizational context, which have a positive influence on satisfaction. This allows the formulation of a few recommendations that are applicable in the Malian healthcare system:

- The improvement of the physical environment in the healthcare center increases personnel satisfaction with regard to retribution and work tools;
- The creation of a work environment that is organized and efficient allows the improvement of personnel satisfaction with respect to the supervision and organization of work.

The non-probabilistic sampling limits generalizations, however, we can reasonably estimate that the results of this study can be applied to similar contexts, such as rural or semi-rural regions of Sub-Saharan Africa.

Key words : Human resources, reform, developing countries.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	III
ABSTRACT	IV
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES FIGURES	IX
LISTE DES ABRÉVIATIONS	X
DÉDICACES.....	XI
REMERCIEMENTS.....	XII
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
Problématique.....	3
CHAPITRE 2 : CONTEXTE GÉNÉRAL	5
2-1 Le Mali : environnement économique, socioculturel et politique	6
2-2 Historique du système de santé au Mali.....	7
2-3 Indicateurs généraux de santé	9
2-4 Financement de la santé	11
2-5 Structure du système de santé	12
2-6 Région de Kayes	14
2-7 Région de Ségou	16
CHAPITRE 3 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	19
3-1 Motivation et satisfaction au travail.....	20
3.1.1 Motivation au travail	20
3.1.2 Satisfaction au travail	22
3.1.3 Déterminants de la motivation et de la satisfaction.....	24
3.1.4 Conséquences de la motivation et de la satisfaction au travail	31
3.1.5 Comment influencer la motivation et la satisfaction des travailleurs ..	34
3.1.6 Mesure de la motivation et de la satisfaction au travail	35
3-2 Les réformes de santé et les ressources humaines	37
3.2.1 Introduction	37
3.2.2 L'influence du personnel de santé sur les réformes	37
3.2.3 L'influence des réformes sur le personnel de santé	38
3.2.4 Impacts des réformes sur la motivation et satisfaction au travail du personnel de santé	42

3.2.5 Une meilleure gestion des ressources humaines pour le succès d'une réforme	43
3.2.6 L'impact de la réforme du système de santé malien sur les ressources humaines.....	43

CHAPITRE 4 : CADRE CONCEPTUEL ET HYPOTHÈSES D'ÉTUDE.....48

CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE.....51

5-1 Stratégie de recherche	52
5-2 Population à l'étude	53
5-3 Échantillon	53
5-4 Définition opérationnelle des variables.....	55
5-5 Présentation de l'échantillon	57

CHAPITRE 6 : RÉSULTATS60

6-1 Élaboration des échelles de mesure	61
6-1-1 Variables dépendantes	61
6-1-2 Variables indépendantes	65
6-2 Analyses bivariées.....	69
6-3 Analyses multivariées	72

CHAPITRE 7 : DISCUSSION81

7-1 PREMIER OBJECTIF	82
7-2 DEUXIÈME OBJECTIF.....	83
7-3 TROISIÈME OBJECTIF	85

CHAPITRE 8 : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS90

ANNEXE 1I

ANNEXE 2 XI

ANNEXE 3 XX

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Évolution et comparaison des indicateurs principaux au Mali.
- Tableau 2 : Comparaison des indicateurs principaux des régions de Kayes, Ségou et du Mali.
- Tableau 3 : Formations sanitaires de l'échantillon.
- Tableau 4 : Nombre d'établissements de santé participant à l'enquête et effectif des personnes enquêtées dans les régions de Kayes et Ségou.
- Tableau 5 : Caractéristiques de l'échantillon.
- Tableau 6 : Échelles mesurant la satisfaction au travail du personnel de santé au Mali.
- Tableau 7 : Variance totale expliquée, alpha de Cronbach et coefficient de corrélation des échelles de satisfaction.
- Tableau 8 : Échelles mesurant la perception des répondants concernant les caractéristiques de l'organisation et du contexte social.
- Tableau 9 : Variance totale expliquée et coefficient de corrélation des échelles d'organisation et du contexte social.
- Tableau 10 : Satisfaction et réforme.
- Tableau 11 : Satisfaction et caractéristiques individuelles.
- Tableau 12 : Satisfaction et caractéristiques de l'organisation et du contexte social.
- Tableau 13 : Modélisation multivariée de la rétribution.

Tableau 14 : Modélisation multivariée de la supervision.

Tableau 15 : Modélisation multivariée de l'organisation du travail.

Tableau 16 : Modélisation multivariée des outils de travail.

Tableau 17 : Résultats finaux des analyses multivariées.

Tableau 18 : Dimensions de la satisfaction de notre étude et des instruments
MJS et JDI.

Tableau 19 : Satisfaction et secteurs d'emploi.

Tableau 20: Références des déterminants intrinsèques des concepts de la
satisfaction et motivation au travail.

Tableau 21: Références des déterminants extrinsèques des concepts de la
satisfaction et motivation au travail.

Tableau 22: Références des déterminants individuels des concepts de la
satisfaction et motivation au travail.

Tableau 23: Références des déterminants de la satisfaction et motivation au
travail propres au secteur de la santé.

Tableau 24: Références des effets et des signes visibles des effets de la
motivation au travail.

Tableau 25: Références des effets de la satisfaction au travail.

Tableau 26: Définition opérationnelle des variables dépendantes.

Tableau 27: Définition opérationnelle des variables indépendantes.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Histogramme de l'échelle rétribution.

Figure 2 : Histogramme de l'échelle supervision.

Figure 3 : Histogramme de l'échelle organisation du travail.

Figure 4 : Histogramme de l'échelle outils de travail.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADCI	:	Agence Canadienne de Développement International
ASACO	:	Association de Santé Communautaire
CSAr	:	Centre de Santé d'Arrondissement
CSCOM	:	Centre de Santé Communautaire
EDS	:	Enquêtes Démographiques et de Santé
IDH	:	Indice de Développement Humain
INPS	:	Institut National de Prévoyance Social
JDI	:	Job Descriptive Index
MJS	:	Measure of Job Satisfaction
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PDDSS	:	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRODESS	:	Programme de Développement Sanitaire et Social
UNFPA	:	United Nations Population Fund (Le Fonds des Nations Unies pour la population)
UNICEF	:	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

DÉDICACES

À Éric Vigeant pour son amour et support inconditionnel.

À mes parents, Marie-Josée Bonin et Christian Dufresne ainsi qu'à mes beaux-parents Cindy Walsh et Claude Vigeant pour m'avoir soutenue et encouragée dans l'atteinte de mes objectifs.

À ma sœur Julie Dufresne, mon beau-frère Bernard Burt Morrow et leur merveilleuse Céleste.

À mes belles-sœurs Tanya et Sinead, que ce mémoire vous inspire...

À mes amis Annick Lepage, Emmanuelle Caron, Gabrielle Boucher, Sylvain Samoisette, Laurence Harvey, Olivier Pastor, Antoine Lampron, Gabriel Ménard, Julien Vanier, Caroline Savard.

REMERCIEMENTS

Je désire exprimer ma profonde reconnaissance envers madame Maria-Victoria Zunzunegui et monsieur Pierre Fournier pour m'avoir transmis leur passion pour la santé internationale. Grâce à eux, j'ai été initiée au travail captivant de recherches dans ce domaine. Je désire particulièrement les remercier pour leur grande disponibilité, leur encadrement soutenu, leur confiance et leur attention qui ont été indispensables à chaque étape de mon travail. Je recommencerais à tout moment cette expérience qui m'a fait beaucoup cheminer sur le plan académique et qui m'a bien préparée pour l'avenir.

Je tiens également à remercier monsieur Ismaël Ngnie Téta, candidat au Ph.D en épidémiologie de la nutrition, pour l'important support qu'il m'a fourni en me guidant et me conseillant dans les analyses statistiques.

Merci à madame Nicole Roberge, secrétaire au département d'administration de la santé, d'avoir toujours été aussi efficace concernant mes nombreuses demandes d'ordres administratives.

Je témoigne toute ma gratitude à Caroline Tourigny pour ses nombreux conseils ainsi qu'à Marie-Josée Bonin, Julie Dufresne, Annick Lepage, Laurence Harvey, Éric Vigeant et Christian Dufresne pour leurs commentaires critiques.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les ressources humaines sont au coeur de tout système de santé (Dussault & Dubois, 2003; Rigoli & Dussault, 2003, Franco, & al., 2004). En effet, la performance du secteur sanitaire dépend principalement de la connaissance, des compétences, de la motivation (OMS, 2000, cité dans Dussault, 2001), de l'attitude et de l'effort du personnel en relation étroite avec les bénéficiaires de services (Rigoli & Dussault, 2003). De plus, les salaires constituent entre 65 et 80% du budget total des systèmes de santé (Martinez & Martineau, 1998) et les coûts économiques et humains résultant d'une mauvaise gestion des ressources humaines sont très élevés (Dussault & Dubois, 2003). La main-d'œuvre sanitaire joue ainsi un rôle majeur dans l'amélioration de la performance des services de santé (Dussault, 2001; Buchan, 2004) et particulièrement dans la mise en œuvre des réformes du système sanitaire (Codjia & Ouoba, 2003).

L'intérêt pour l'étude de la motivation et de la satisfaction au travail du personnel de santé, particulièrement dans les pays industrialisés, a pris de l'importance suite à la pénurie du personnel de santé des '80-'90 et au désir d'augmenter l'efficacité du système (diminuer les coûts et augmenter la performance) (Alpander, 1990). Plusieurs études indiquent aujourd'hui que la faible motivation et satisfaction du personnel a un impact négatif sur l'atteinte des résultats prévus par le système santé. Malgré le fait que la majorité des études sur le sujet concerne la main d'œuvre des pays industrialisés, la problématique de la faible motivation et satisfaction au travail dans les pays en développement est bien présente (Martineau & Martinez, 1998).

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une analyse des systèmes de santé des régions de Kayes et de Ségou, au Mali. L'objectif général est d'examiner les liens entre certaines composantes de la réforme du système de santé et la satisfaction du personnel. Plus spécifiquement, il s'agira :

1. d'établir des instruments de mesure de la satisfaction au travail du personnel de santé;

2. de mesurer la satisfaction au travail du personnel dans les différents secteurs du système de santé (communautaire, public, parapublic, privé);
3. de comparer les différentes dimensions de la satisfaction au travail du personnel de santé selon qu'il ait été concerné ou non dans la réforme.

Ce projet a pu être réalisé du fait de la disponibilité de données récentes sur le sujet, recueillies dans le cadre d'une étude du système de santé au Mali (Fournier & al., 2002). Des questionnaires ont été administrés au personnel de santé des régions de Kayes et Ségou afin de connaître leur niveau de satisfaction concernant leurs conditions de travail, leur centre de santé et l'évolution de leur centre de santé.

Problématique

Le Mali est un pays qui obtient de très faibles résultats en matière de santé à l'échelle mondiale. Afin d'augmenter la qualité et l'accessibilité des soins de santé, le gouvernement malien a initié, dans les années 1980, la décentralisation des services de santé primaires (Maiga & al., 1999). L'aspect principal de cette réforme a été la création de centres de santé communautaire (CSCOM). Ces centres gérés par la communauté ont progressivement remplacé les structures publiques. Cette restructuration de la base du système de santé a une influence inévitable sur l'organisation du secteur public puisqu'elle entraîne la modification du rôle de chacun de ses niveaux de service. Le personnel de santé du Mali œuvre désormais dans quatre secteurs : privé, parapublic, public et communautaire; ces deux derniers étant concernés par la réforme au niveau de leurs conditions de travail.

La réforme au Mali a eu des effets majeurs tant au niveau de la structure du système de santé dont elle a remodelé les contours qu'à celui des modes de pratiques du personnel de santé. Si l'on considère les effets globaux de cette réforme sur le personnel de santé et en particulier sur ses conditions d'emploi et de pratique on peut considérer :

- Que le personnel de santé des secteurs privé et parapublic n'a pas été directement touché par la réforme et qu'il bénéficie de conditions plus favorables.
- Que le personnel des secteurs public et communautaire a été directement touché par la réforme et de façon importante. La charge de travail et les conditions d'emploi dans certains cas (communautaire) apparaissent plus défavorables même si l'environnement technique s'est amélioré du fait des investissements importants que les secteurs public et communautaire ont connu.

Après 20 ans de réforme, la situation sanitaire globale reste encore très préoccupante, notamment pour la qualité des soins de santé et la distribution équitable des ressources (Maiga & al., 1999; Fournier & al., 2002). La faiblesse des résultats de santé actuels nous rappelle qu'une meilleure gestion du personnel de santé est l'élément clé de l'amélioration de la qualité et de l'équité du système de soins. Cela nous incite donc à penser que l'insatisfaction des ressources humaines concernées par la réforme pourrait être l'une des causes nuisant à son succès.

Le but général de cette étude est d'évaluer la satisfaction du personnel de santé dans un environnement de travail en mutation. Les enseignements tirés de cette étude amélioreront les connaissances empiriques de l'effet de réformes sur le personnel, dans les pays en développement. De plus, nous souhaitons que nos recommandations soient utiles au gouvernement malien concernant la gestion de son personnel de santé dans la mise en œuvre de la réforme. Enfin, nous espérons que notre étude en encouragera d'autres qui ensemble inciteront les gouvernements à intégrer la gestion du personnel dans le processus de réforme de santé ainsi que dans leur agenda.

La description du contexte général ainsi que la revue de littérature permettront d'établir et de justifier notre cadre conceptuel. Par la suite, la présentation la méthodologie et l'analyse des données précéderont les résultats et les recommandations de l'étude.

CHAPITRE 2 : CONTEXTE GÉNÉRAL

CONTEXTE GÉNÉRAL

2-1 Le Mali : environnement économique, socioculturel et politique

Le Mali est un pays enclavé d'Afrique de l'Ouest ayant une population de 13 millions d'habitants (ACDI, 2003). Son taux d'accroissement annuel est de 2,6% (PNUD, 2004). La population est fortement dispersée sur son territoire (UNICEF, 2004) d'une superficie de 1 240 000 km² (ACDI, 2003). La majorité de ses habitants, soit 69%, vit en région rurale (ACDI, 2003) et plus de la moitié a moins de 18 ans (UNICEF, 2004).

L'économie repose en grande partie sur l'agriculture. Ce pays est vulnérable puisqu'il dépend grandement de l'aide internationale, des variations climatiques et des fluctuations du marché international. Le secteur agricole (UNICEF, 2004) et les exportations (ACDI, 2003) en sont affectés. Malgré cela, l'économie est relativement stable avec un taux de croissance du PIB de 5% par année, sur la période 1994-2002 (Banque Mondiale, 2004). Les emplois sont divisés entre le secteur rural (76% de la population active), le secteur informel (23%), le secteur public (0,5%) et le secteur moderne privé (0,5%) (PNUD, 2001, cité dans OMS, 2004b).

Le Mali est fortement touché par la pauvreté et l'analphabétisme. En effet, ce pays est l'un des dix pays les plus pauvres du monde (ACDI, 2003) avec environ 72,8% de sa population vivant sous le seuil de la pauvreté monétaire¹ (PNUD, 2004). Dans le même ordre d'idée, l'indice de pauvreté humaine² indique que plus de la moitié de la population malienne (58,9%) souffre de pauvreté (PNUD, 2004). Ce phénomène touche principalement les régions rurales et les femmes (OMS, 2004b). De plus, l'alphabétisation des adultes atteint seulement 19% en 2002, alors que la moyenne est de 63,6% dans les pays à faible revenu (PNUD, 2004). En milieu rural, près de 80% des enfants d'âge scolaire ne vont pas à l'école (Banque Mondiale, 1999). Selon l'OMS, les mauvais résultats des indicateurs sociaux au Mali sont en partie dus à la faiblesse des investissements

¹ 72,8% de la population malienne vivait avec moins de 1\$US par jour sur la période de 1990-2002 (PNUD, 2004)

² L'indice de pauvreté humaine est calculé à partir des critères de longévité, du niveau d'instruction et des conditions de vie.

dans les services sociaux essentiels et ce, malgré les « performances économiques relativement bonnes » (OMS, 2004b, p.8).

Par ailleurs, sur le plan du développement humain¹, le Mali était classé 174^e sur 177 pays en 2002 avec un indice de 0,326, par rapport à 0,232 en 1975 (PNUD, 2004). Le Mali souffre également d'inégalité dans la répartition du revenu ou du pouvoir d'achat. Le coefficient Gini, mesurant ce type d'inégalité, est de 50,5. Cela est très élevé compte tenu du fait que la valeur 0 correspond à l'égalité parfaite (chaque personne dispose du même revenu) (PNUD, 2004).

Administrativement, le Mali est divisé en huit régions et en un district, Bamako, qui est la capitale. Ces régions se divisent en cercles comptant entre 150 000 et 200 000 habitants. Les cercles se divisent à leur tour entre quatre à six communes (Maiga, & al., 1999). Suivant la tendance mondiale de décentralisation, le gouvernement malien a créé des structures locales de gestion comme les conseils communaux, les conseils de cercle et les assemblées régionales (OMS, 2004b).

L'État a initié des réformes dans le secteur public, principalement dans le domaine juridique, de l'éducation et de la santé (ACDI, 2003) sous la forme de politiques sectorielles (OMS, 2004b). Cette approche « par programme », plutôt que « par projet », vise à fournir un cadre national d'intervention global pour l'ensemble des acteurs et partenaires impliqués. Malgré ces efforts ayant pour objectif d'augmenter l'efficacité du système étatique, le Mali est grandement victime de la corruption et l'incompétence dans les institutions publiques (ACDI, 2003). Cela affecte inévitablement l'efficacité économique et l'équité sociale (OMS, 2004b).

2-2 Historique du système de santé au Mali

L'indépendance du Mali en 1960 marque le début de plusieurs réorientations dans le secteur de la santé (Maiga, & al., 1999). Depuis ce jour, ce pays a adhéré aux multiples déclarations universelles comme celles de la Santé pour Tous (1977), la stratégie des Soins de Santé Primaires (Alma-Ata, 1978), le Scénario de

¹ L'indice de développement humain mesure l'évolution d'un pays selon les critères de longévité, de « savoir » et de revenu.

Développement en trois phases (Lusaka, 1985), l'Initiative de Bamako (1987) et la Santé pour Tous au 21^e siècle (Genève, 1998) (OMS, 2004b). Parmi celles-ci, l'Initiative de Bamako a été un élément majeur de l'évolution des politiques de soins de santé primaires au Mali. Avant les années '80, l'accès à la majorité des services de santé était gratuit, la gestion du système de santé était très centralisé, hiérarchisé, manquait de transparence et excluait la population de sa gestion (Maiga, & al., 1999). La faiblesse de la couverture et de la qualité des services de santé, ajoutée au manque de ressources de l'État (crise économique des années '80) et à l'augmentation de la demande, ont incité le gouvernement à formuler une politique nationale de santé appuyée sur les principes de l'Initiative de Bamako (Maiga, & al., 1999). Les priorités furent alors d'étendre la couverture des soins de santé de base, d'impliquer la population dans la création et la gestion des services de santé de bases, de promouvoir les médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale et d'assurer un système de recouvrement des coûts impliquant la participation des bénéficiaires dans le paiement des soins et médicaments (Ambassade Royale des Pays-Bas, 1999). Ceci dit, plusieurs critiques sont présentes dans la littérature concernant les principes introduits par l'Initiative de Bamako, comme par exemple son caractère inéquitable, le risque d'utilisation inadéquate des médicaments, la promotion des services curatifs au détriment des services préventifs, le risque de désengagement de l'État, etc. (Fournier, et al, 2001; Ambassade Royale des Pays-Bas, 1999).

Par la suite, en 1990, les thèmes prioritaires du gouvernement en matière de santé étaient la santé pour tous, la pauvreté et le développement humain durable (Fournier, & al., 2002). Les sous objectifs de cette politique nationale étaient d'améliorer l'état de santé des populations, la couverture sanitaire ainsi que d'améliorer la viabilité et la performance du système (Fournier, & al., 2002).

Pour atteindre ces objectifs de santé, le gouvernement malien a élaboré un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 dont la première phase est le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). Les cinq éléments directeurs de cette politique sectorielle sont :

- l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des soins de santé;
- la lutte contre l'exclusion sociale;
- le développement des formes et modalités de financement alternatif de la santé;
- le développement des ressources humaines;
- le renforcement institutionnel.

(Fournier, & al., 2002, p.25)

En 1998, presque tous les partenaires appuyèrent ce programme qui vise une orientation globale et un développement durable (Maiga, & al., 1999). Le système de santé malien est désormais caractérisé par la décentralisation de sa gestion, de ses responsabilités et de ses mandats, la déconcentration¹ de ses services ainsi que par la participation et responsabilisation des communautés pour la prise en charge de leur état de santé (OMS, 2004b; Ambassade Royale des Pays-Bas, 1999).

2-3 Indicateurs généraux de santé

Les indicateurs sanitaires se sont en général améliorés grâce à l'implication soutenue du gouvernement en matière de santé depuis l'indépendance. Malgré les progrès, les résultats restent très préoccupants et ce principalement en ce qui concerne l'état de santé des femmes et enfants (OMS, 2004b). Le taux de mortalité infantile était, en 2002, de 122 pour 1000 naissances vivantes comparativement à 225 en 1970 (PNUD, 2004). En 2002, la moyenne des pays à faible revenu était de 80 pour 1000 naissances vivantes (PNUD, 2004). Une étude effectuée de 1999 à 2001 indique que 21% de la population totale du Mali souffre de malnutrition (PNUD, 2004). La surmortalité infantile peut être expliquée en partie par ce taux puisque la malnutrition a un impact sur les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires et la rougeole (Fournier, & al., 2002). Un enfant sur 5 mourra avant l'âge de 5 ans et seulement 52% des enfants sont

¹ Définition de déconcentration: « transfert de l'autorité administrative aux bureaux locaux d'un ministère central (...) implique un transfert de pouvoirs administratifs plutôt que politiques » (Mills, et al., 1991).

entièrement vaccinés (Banque Mondiale, 2001). De plus, une estimation du taux de mortalité maternelle¹ en 2000 est de 1 200 pour 100 000 naissances vivantes (PNUD, 2004). En milieu urbain, 85,60% des accouchements ont été faits en présence d'un personnel de santé formé contre 28,50% en région rurale (UNFPA, 2004). L'espérance de vie à la naissance était de 49 ans en 2002 comparativement à 35 ans en 1960 (PNUD, 2004). La Banque Mondiale (2001) cible « l'environnement insalubre et les comportements néfastes à la santé, le faible niveau d'éducation et d'utilisation des services préventifs, de même que les dysfonctionnements du système sanitaire » comme les causes principales de la mauvaise santé de la population au Mali.

Les indicateurs généraux de santé doivent être considérés avec précaution puisque les disparités économiques à l'intérieur du Mali sont aussi déterminantes du niveau de santé de la population. En effet, les régions rurales ont un taux de mortalité infantile de 145 par 1000 naissances vivantes contre 99 en région urbaine (UNFPA, 2004). On note aussi que les ménages faisant partie des quintiles de revenu faible ont un taux d'utilisation des services de santé inférieur à celui des riches (OMS, 2004b). En milieu urbain, 97% de la population a accès à un service de santé contre 22% en milieu rural (Programme de Développement Sanitaire 1998-2002 cité dans OMS, 2004b).

Au Mali, il y a près de 1 médecin pour 25 000 habitants (PNUD, 2004). En 1994, il y avait 1 infirmier pour 7 600 habitants et 1 sage-femme pour 33 000 habitants (OMS, 2004a). Les régions défavorisées ne bénéficient que d'un médecin pour 51 000 habitants contrairement à la capitale où il y a un médecin pour 5 400 habitants (OMS, 2004b). Le Mali est loin de répondre aux recommandations de l'OMS de 1 médecin pour 10 000 habitants, 1 infirmier pour 5 000 habitants et 1 sage-femme pour 5 000 habitants (Fournier, & al., 2002)². Le tableau 1 présente un aperçu de l'évolution des principaux indicateurs au Mali en comparaison avec la moyenne des pays à faible revenu.

¹ L'UNICEF, l'OMS et le FNUAP ont ajusté le taux de la mortalité maternelle, en raison des problèmes de sous-estimation et de classification des données provenant des EDS (méthode des sœurs).

² Les ratios constituent en fait des standards minimaux et non pas des normes.

Tableau 1 : Évolution et comparaison des indicateurs principaux au Mali.

Indicateurs	Mali Avant la réforme -1970-	Mali Début de la réforme -1990-	Mali Pendant la réforme -2002-	Moyenne pays à faible revenu -2002-
Indice de développement humain (IDH)	0,232 ^b	0.288	0,326	0,557
Espérance de vie à la naissance	42,9 ^c	50,9 ^d	48,6 ^h	59,1
Mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	225	143 ^e	122	80
Mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	400	235 ^e	222	120
Taux de malnutrition (% de la population totale)	-	25 ^f	21 ⁱ	24 ⁱ
Taux d'alphabétisation des adultes (% des 15 ans et plus)	-	18,8	19,0	63,6
Mortalité maternelle (taux estimé pour 100 000 naissances vivantes) ^a	-	-	1 200 ^j	-
Proportion d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié (%)	-	-	41 ^k	41 ^k
Dépense de santé publique (% du PIB)	-	1,6	1,7 ^l	-
Dépense de santé privée (% du PIB)	-	2,2 ^g	2,7 ^l	-

Source : Rapport mondial sur le développement humain, 2001, 2004

a. Enquête démographique et de santé III, 2001 citée dans PNUD, 2004; b. 1975; c. 1970-1975 (estimation); d. 1995-2000 (estimation); e. 1999; f. 1990-1992; g. 1998; h. 2000-1005 (estimation); i. 1999-2001; j. 2000; k. 1995-2002; l. 2001;

2-4 Financement de la santé

Depuis 1999, le budget du gouvernement malien affecté à la santé est en croissance. En effet, en 2001, l'État dépensait en santé 8,5% de son budget total comparativement à 2,5% en 1999 (OMS, 2004b). Les dépenses totales en santé représentent 4,3% du PIB du Mali, ce qui équivaut à 30\$ internationaux par habitant en 2001 (OMS, 2004a). Les dépenses privées sont les plus importantes avec un pourcentage des dépenses sanitaires de 61,4%. Les paiements directs par la population représentent 72,40% de ces dépenses privés (OMS, 2004a). Les

ressources extérieures contribuent à 20,8% des dépenses totales en santé (OMS, 2004a).

2-5 Structure du système de santé

Secteur public

Le système de santé public du Mali se subdivise en trois niveaux. Le niveau central, soit le Ministère de la Santé, est responsable des orientations politiques, des normes et des standards. Les hôpitaux universitaires nationaux (3), le centre national d'odontostomatologie et les établissements spécialisés (2) relèvent de cet échelon. En 2001, 59% du budget total de santé a été utilisé par ce palier¹. Ensuite, le niveau régional agit comme appui technique et logistique du niveau inférieur. La direction régionale supervise les hôpitaux régionaux (6). Le dernier niveau du secteur public est celui du district sanitaire (cercle) qui est l'échelon opérationnel. Cet échelon supervise les centres de santé de référence (56) ainsi que le niveau communautaire (Maiga, & al., 1999).

Secteur communautaire

À la base de la pyramide sanitaire publique se trouvent les centres de santé communautaire (CSCOM) (533). Leur rôle est d'être la première prise de contact de l'individu avec le système de santé (Ambassade Royale des Pays-Bas, 1999). Les CSCOM offrent le paquet minimum d'activités (PMA) de soins de santé primaires à la population qui compose son aire de santé (Ambassade Royale des Pays-Bas, 1999). Les activités sanitaires des CSCOM concernent les soins curatifs, préventifs et les activités promotionnelles (Ambassade Royale des Pays-Bas, 1999). Avant la réforme, les dispensaires de santé locaux étaient des centres de santé d'arrondissement (CSAr) publics et sont aujourd'hui de plus en plus transformés en CSCOM (CSAr revitalisé) (Maiga, & al., 1999). En 2001, 39% de la population vivait à moins de 5 km d'un CSCOM et 63% à l'intérieur d'un rayon 15 km (OMS, 2004b).

¹ Mentionnons qu'une partie de ses dépenses est dédiée au niveau local par le biais de programmes nationaux (Maiga, et al., 1999).

Les CSCOM sont créés et gérés par les Associations de Santé Communautaire (ASACO) (OMS, 2004b). Les ASACO rassemblent des représentants de la population. En plus de gérer les CSCOM, les ASACO sont responsables des activités de protection et de promotion de la santé de leur zone (Balique & al., 2000). Les CSCOM bénéficient d'un statut particulier puisqu'elles sont des organisations privées sans but lucratif (Barbé & Tano-Bian, 1997) mais à utilité publique (Ambassade Royale des Pays-Bas, 1999) et sous la tutelle administrative de l'État (Balique, & al., 2000). En effet, il existe un engagement contractuel et une convention d'assistance mutuelle entre l'État et la population dès la création d'un centre de santé (Ambassade Royale des Pays-Bas, 1999). Le gouvernement malien mise en grande partie sur le développement des CSCOM pour augmenter la qualité et l'accessibilité des soins de santé (Maiga, & al., 1999). C'est pourquoi les premiers CSCOM ont généralement été initiés par l'administration de Cercle qui est le niveau inférieur du système public de santé (Maiga, & al., 1999). En fait, la création de CSCOM a rarement été l'initiative de la communauté et cela indique que le secteur communautaire malien demeure au secteur public.

Secteur privé

Le secteur privé à but lucratif se développe dans les régions ou les villes où le bassin de la clientèle solvable est suffisant ce qui explique sa concentration en milieu urbain et la relative lenteur de son évolution au Mali (Maiga, & al., 1999). L'importance de cette branche du système augmente tout de même depuis les années '80 parce qu'elle pallie la diminution du recrutement des diplômés de l'école de médecine dans le secteur public (Banque Mondiale, 1999).

Secteur parapublic

Le secteur parapublic, pour sa part, comprend les structures sanitaires créées pour offrir des services à des groupes spécifiques de la population possédant une assurance (travailleurs salariés, militaires...) (Ouattara, 2005). Nous retrouvons dans ce groupe les services de santé de l'Institut National de Prévoyance Social (INPS)¹, les services de santé municipaux et des armées.

¹ L'INPS est une organisation qui se charge de la protection sociale des travailleurs salariés régis par le code du travail (Samake, 2005). Ses recettes proviennent principalement des cotisations versées par les employeurs et employés (Ouattara, 2005).

Secteur traditionnel

Enfin, il ne faut pas négliger l'importance de l'automédication, des guérisseurs traditionnels et du recours au personnel sans qualification qui sont souvent la première alternative de l'itinéraire thérapeutique d'un malade (Diakité, & al., 1993). La médecine traditionnelle est particulièrement développée dans les sociétés rurales où les comportements évoluent très lentement (Banque Mondiale, 1999).

2-6 Région de Kayes¹

Kayes est une région d'une superficie de 120 750 km² située à l'extrême ouest du Mali. La région est principalement couverte de falaises et montagnes, ce qui explique l'enclavement de plusieurs villages et leur difficulté d'accès. La population était estimée en 2001 à 1 469 023 habitants (selon le recensement de 1998) avec un taux d'accroissement annuel d'environ 2%. La majorité de la population demeure en zone rurale (81,70%). La région de Kayes est à la première place nationale concernant la taille moyenne des ménages avec 12,3 personnes comparativement à la moyenne malienne de 10,1. Environ 59% de la population a moins de 20 ans, ce qui fait de Kayes une région où la population est très jeune. L'émigration est un phénomène particulièrement important à Kayes et est une grande source de fonds extérieurs pour la région. En effet, les émigrés envoient de l'argent à leurs familles restées au Mali et investissent dans de nombreux projets venant en aide à la communauté (puits, centre de santé, etc.) (Chalamet & Diakité, 1997). La jeunesse et l'émigration expliquent l'insuffisance de personnes actives à Kayes.

La région de Kayes est divisée en 7 cercles et 129 communes qui rassemblent 1 565 villages. La vague de décentralisation des responsabilités de l'État fait en sorte que les communautés se chargent de leur développement social et culturel. Pour ce faire, des conseillers communaux (1 827) ont été élus. La majorité des représentants ont peu d'instruction ce qui rend difficile l'accomplissement de leur mandat. Ce niveau de décision est ainsi limité par plusieurs contraintes comme le

¹ L'ensemble des données sur la région de Kayes provient d'une étude du système de santé des régions de Ségou et de Kayes (Fournier, et al., 2002).

manque de formation des élus, de cadres de planification, de personnel technique, de coopération, etc.

L'économie de la région de Kayes est principalement basée sur le secteur primaire. 80% de la population travaille dans le secteur agricole, de la pêche, de l'élevage et de l'exploitation forestière. La production minière prend progressivement de l'ampleur.

Plus de la moitié de la population de Kayes, soit 55%, souffre de pauvreté humaine. En 1998, l'indice de développement humain était de 0,340 dans la région par rapport à 0,333 pour le pays. De plus, le taux d'analphabétisation est l'un des plus élevés du pays (88,3%), touchant principalement les femmes et les populations rurales.

La situation sanitaire est considérée comme étant très défavorable dans la région de Kayes. En effet, en 1996, le taux de mortalité infantile était de 135‰. Cette surmortalité est explicable en partie par le taux élevé de malnutrition (38%). La mortalité maternelle estimée¹ était de 1 200 décès pour 100 000 naissances vivantes et l'espérance de vie à la naissance était de 54 ans (EDS II, 1996 cité par Fournier, et al, 2002).

La couverture des services de santé est en constante amélioration depuis l'adoption du PRODESS. L'évolution diffère selon le cercle et les principaux obstacles constatés concernent le manque de personnel qualifié et la logistique, surtout dans les zones enclavées. En 2001, la moitié de la population avait accès à des soins de santé dans un rayon de 15 km. Dans la région, on retrouve 1 hôpital, 7 centres de santé de référence, 55 CSCOM, 49 centres de santé d'arrondissement, 7 établissements privés et 37 autres structures de services de santé. La région de Kayes ne répond pas aux objectifs de l'OMS concernant le rapport de personnel de santé par habitant avec un taux de 1 médecin pour 24 377 habitants, 1 sage-femme pour 16 874 habitants et 1 technicien de santé pour 8 561 habitants.

¹ L'UNICEF, l'OMS et le FNUAP ont ajusté le taux de la mortalité maternelle, en raison des problèmes de sous-estimation et de classification des données provenant des EDS (méthode des sœurs).

Enfin, malgré les améliorations globales du système de santé au Mali, la satisfaction des bénéficiaires de service de santé est faible. 40% de la population se dit insatisfaite et ce, principalement à cause des coûts, de l'attente et des traitements considérés inefficaces.

2-7 Région de Ségou¹

Ségou est une région au centre du Mali d'une superficie de 60 947 km². Contrairement à Kayes, le relief est peu accidenté. En 1998, cette région comptait 1 769 201 habitants dont la majorité vivait en région rurale (85%). La plupart des personnes actives se concentrent aux abords du fleuve et des canaux d'irrigation qui traversent le territoire. Ségou a une population très jeune puisque 48% des habitants ont moins de 15 ans. La taille moyenne des ménages de 10,3 personnes se rapproche de la moyenne nationale. L'exode des populations vers les villes situées le long du fleuve et Bamako affecte les zones rurales.

Ségou est divisée en 7 cercles et 123 communes qui rassemblent 2 166 villages. En 1999, des conseils communaux, des conseils de cercle et une assemblée régionale ont été créés à Ségou. De plus, les villages possèdent des associations, nommées « tons traditionnels », structurés par groupe d'âge et par sexe, ainsi que des « tons modernes », considérés comme les interlocuteurs institutionnels des programmes et projets de développement.

L'économie de Ségou est la troisième plus fructueuse du pays après Bamako et Sikasso. Malgré cette position, la crise économique et les restructurations des entreprises ont pour conséquence un taux élevé de chômage pour la région. Comme Kayes, le secteur primaire (agriculture, élevage et pêche) est le moteur économique de la région. Le grand nombre d'exportations des matières premières explique le risque de déficit alimentaire élevé dans plusieurs cercles de Ségou. Le réseau routier est un atout majeur favorisant le développement économique. Cependant, cela n'empêche pas l'enclavement des zones à l'intérieures de ce réseau.

¹ L'ensemble des données sur la région de Ségou provient d'une étude du système de santé des régions de Ségou et de Kayes (Fournier, et al., 2002).

Selon l'indice de pauvreté humaine, Ségou obtient de moins bons résultats (60,6%) que le niveau national (56,3%) et la région de Kayes (55,2%). L'indice de développement humain (IDH) est aussi inquiétant. L'IDH est de 0,288 pour Ségou contre 0,333 pour le Mali en 1998. Ségou a un faible taux d'alphabétisation (15%) et ce, malgré sa position favorable par rapport aux autres régions du pays.

Selon l'enquête démographique et de santé de 1996 (cité par Fournier, et al, 2002), Ségou était la région du Mali où la mortalité infantile et infanto-juvénile étaient les plus élevées avec des taux respectifs de 148‰ et de 274 décès pour 1 000 naissances vivantes. Le nombre élevé de cas de malnutrition (41‰) peut expliquer indirectement la problématique de mortalité. Le taux estimé de mortalité maternelle¹ est identique à celui de Kayes, soit 1 200 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. L'espérance de vie à la naissance était de 54 ans en 1996.

Depuis la mise en œuvre de PRODESS, la couverture sanitaire s'est améliorée. En effet, 95 aires de santé sont fonctionnelles sur les 179 prévues. Ainsi, 25% de la population a accès à un centre de santé à moins de 5 km du lieu de résidence et 50% entre 5 et 15 km. Les obstacles de la réalisation de l'objectif d'extension de la couverture sont : le manque de personnel qualifié, le manque de matériel et d'équipements ainsi que le retard dans la mobilisation des fonds. En 2001, Ségou possédait un hôpital régional, deux hôpitaux secondaires, sept centres de santé de référence (de cercle) et 95 CSCOM et CSAr. Le nombre de ressources humaines en santé est largement inférieur aux objectifs de l'OMS. Le nombre de médecins disponibles est de 1 pour 28 708 habitants, de 1 sage-femme pour 79 599 habitants et de 1 infirmier pour 8 756 habitants. Enfin, l'entretien et la maintenance des équipements sont insuffisants.

¹ L'UNICEF, l'OMS et le FNUAP ont ajusté le taux de la mortalité maternelle, en raison des problèmes de sous-estimation et de classification des données provenant des EDS (méthode des sœurs).

L'insatisfaction vis-à-vis les services de santé est présente chez 34% de la population de Ségou. Les raisons principales sont les mêmes que la région de Kayes, soit le coût, l'inefficacité des traitements et la durée d'attente.

Le tableau suivant met en relief les indicateurs généraux des régions de Kayes, Ségou et du Mali.

Tableau 2 : Comparaison des indicateurs principaux des régions de Kayes, Ségou et du Mali.

Indicateurs	Kayes -1996-	Ségou -1996-	Mali -1999-
Indice de développement humain (IDH)	0,340 ^a	0,288 ^a	0,333 ^a
Espérance de vie à la naissance	54	54	51,2
Mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	135	148	143
Taux de malnutrition (% de la population totale)	38	41	21 ^b
Taux d'alphabétisation des adultes (% des 15 ans et plus)	11,7 ^a	15 ^a	39,8
Mortalité maternelle (taux estimé pour 100 000 naissances vivantes)	1 200	1 200	1 200 ^c

Source : Rapport mondial sur le développement humain, 2001; Rapport mondial sur le développement humain, 2004; Enquêtes démographiques et de santé (EDS II), 1996 (cité dans Fournier, & al., 2002).

a. 1998; b. 1999-2001; c. 2000

CHAPITRE 3 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

REVUE DE LA LITTÉRATURE

3-1 Motivation et satisfaction au travail

La motivation et la satisfaction au travail sont deux concepts différents mais reliés. Certaines divergences existent dans la littérature concernant la nature de ce lien.

Pour certains :

- La satisfaction est un facteur contribuant à la motivation au travail, mais n'est pas une condition indispensable (Bennett & Franco, 1999; Royal Tropical Institute, 2001, cité par Dieleman & al., 2003).

En effet, la satisfaction au travail engendre habituellement un plus grand engagement et un plus grand enthousiasme à consacrer des ressources et efforts personnels afin d'accomplir un travail (Bennett & Franco, 1999; Franco & al., 2002).

Pour d'autres :

- La motivation précède le sentiment de satisfaction au travail et en serait même une cause, s'il y avait réalisation des attentes de l'individu (ADIRA, 2003).

Abondant dans le même sens, Kanfer (1999), cité par Bennett & al. (2001), soutient qu'une partie des résultats du processus motivationnel est de nature cognitive et affective, comme la satisfaction au travail. Alors, selon lui, la satisfaction est une conséquence de la motivation.

3.1.1 Motivation au travail

Le secteur de la santé repose particulièrement sur sa main d'oeuvre pour produire des soins. Les objectifs de santé universels, tel l'efficience, l'équité et la qualité des services, sont influencés par les comportements des travailleurs et par leur enthousiasme à accomplir un travail (Franco & al., 2002; Codjia & Ouoba, 2003). C'est pourquoi la performance, le bon fonctionnement et l'efficacité de ce système dépendent grandement de la motivation des travailleurs (Franco & al., 2002; Martineau & Martinez, 1998; ADIRA, 2003). Ainsi, plus les ressources humaines en santé sont motivées, plus le système sanitaire sera performant (Codjia & Ouoba, 2003; Buchan, 2004; Dieleman & al., 2003). De nombreux

pays de tous les niveaux de développement font face à des problèmes de motivation de leur personnel de santé (Bennett & al., 2001).

Les nombreuses définitions de la motivation, provenant de multiples disciplines, rendent compte de la complexité de ce concept. Tout d'abord, la motivation est un processus psychologique interne qui n'est pas observable directement (Bennett & al., 2001; Bennett & Franco, 1999; Codjia & Ouoba, 2003). Certains auteurs affirment que la motivation détermine les comportements au travail. En effet, le processus motivationnel constituerait un ensemble de forces (internes et externes à l'individu) qui initient et déterminent la nature, l'orientation, l'intensité et la durée de ces comportements au travail (Locke, 1981, cité par Alpander, 1990; Roussel, 2002, cité par Codjia & Ouoba, 2003).

Par ailleurs, le concept motivationnel est fortement fondé sur la relation entre l'individu et son organisation. Plusieurs auteurs de la littérature récente définissent la motivation comme le degré d'enthousiasme ou de volonté d'un individu d'exercer et de maintenir des efforts envers les buts de l'organisation qui se traduit par la concordance des buts personnels et organisationnels ainsi que la perception de ses capacités de réalisation (Franco & al., 2004; Bennett & al., 2001; Partnerships for Health Reforms cité par Dieleman & al., 2003; Bennett & al., 1999 cité par Codjia & Ouoba, 2003). De plus, la motivation au travail se définit par « la volonté de réaliser des activités au-delà de celles relevant de leur fonction, pour atteindre les objectifs de l'organisation » (Codjia & Ouoba, 2003, p.65). Pour sa part, Vroom (1964), cité par Codjia & Ouoba (2003), affirme que ce qui détermine le degré de motivation du travailleur est la relation entre :

- les attentes de l'individu;
- la capacité de l'organisation à répondre à ses attentes;
- l'effort que l'individu doit fournir pour qu'il soit satisfait de la réponse de l'organisation.

Enfin, comme nous venons de le voir, le processus interne motivationnel est le résultat d'une interaction entre l'individu et son environnement de travail, mais serait aussi lié à son contexte social (Kanfer, 1990, Mitchell, 1997 cités par Franco & al., 2004; Franco & al., 2002; Codjia & Ouoba, 2003). Il serait ainsi

possible d'influencer la motivation de la main d'œuvre (Franco & al., 2001 cité par Franco & al., 2004) en créant un environnement favorable à son développement (Codjia & Ouoba, 2003).

3.1.2 Satisfaction au travail

Les études sur la satisfaction au travail proviennent de la recherche dans le domaine de la performance des industries (Locke, 1976). Avant les années '30, les études portaient sur l'influence des conditions physiques de travail sur la performance (Frederick Taylor, 1911 cité par Gruneberg, 1979) ainsi que sur la relation entre le salaire et les attitudes de travail (Locke, 1976). Dans les années '30, les études de Hawthorne ont porté une attention particulière sur l'influence des facteurs sociaux sur le personnel. Hoppock (1935) a été le premier chercheur à tenter de trouver les déterminants de la satisfaction des employés par une méthode de sondage et une échelle d'attitude. Ensuite est apparu le « mouvement des ressources humaines », à la fin des années '50, qui portait sur l'étude des effets du travail lui-même sur les attitudes (Locke, 1976). Une nouvelle théorie est alors venue contredire les recherches antérieures, soit la théorie des deux composantes de Herzberg en 1959. Cette dernière stipule que la satisfaction et l'insatisfaction au travail ont des causes distinctes (Gruneberg, 1979). En 1976, Locke a identifié environ 3 350 articles sur le sujet de la satisfaction au travail (Ironson & al., 1989).

L'intérêt pour la satisfaction du personnel dans les entreprises de services est apparu vers la fin des années '70 (Spector, 1985). La littérature sur le personnel infirmier contribue énormément aux connaissances concernant la satisfaction du personnel en santé. En effet, la pénurie du personnel de santé (Alpander, 1990), particulièrement celle des infirmiers dans les années '80-'90 (Aiken & al., 2002; Mathauer & Imhoff, 2004), et le haut taux de rotation de personnel (Song & al., 1997) ont soulevé de nombreux questionnements. De plus, l'objectif d'efficience du secteur de la santé a fait prendre conscience du fait que la satisfaction au travail du personnel infirmier favorise la rétention du personnel et permet ainsi de réduire les coûts (Lynch, 1994).

Comme pour la motivation, les pays en développement sont interpellés par le concept de la satisfaction du personnel de santé puisque l'augmentation de la couverture des services de santé ne peut se faire sans une main d'œuvre rurale satisfaite (Wibulpolprasert & Pengbaibon, 2003). La concentration de médecins est habituellement plus élevée dans les pays industrialisés et les villes développées et ce, en partie à cause d'une meilleure satisfaction au travail (Wibulpolprasert & Pengbaibon, 2003). Il est alors primordial de se préoccuper de cette problématique puisque le niveau de satisfaction du personnel de santé, dans les institutions privées et publiques, est généralement faible (Kolehmainen-Aitken, 1998; Banque Mondiale, 1998 cité par Dussault, 1999).

Bien qu'il y ait une grande diversité dans la littérature concernant la définition du concept complexe de la satisfaction au travail, il y a néanmoins consensus sur la notion qui serait une attitude positive envers le travail (Cavanagh, 1990, McCloskey, 1990, Price & Mueller, 1986 cités par Misener & al., 1996). Plus précisément, la satisfaction au travail serait une réaction émotionnelle affective positive d'un individu par rapport à l'évaluation de son travail (Gruneberg, 1979; Locke, 1976 cité par Elizur, 1991; Pilkington & Wood, 1986, Blegen & Mueller, 1987 cités par Traynor & Wade, 1993; Price & Mueller, 1986 cités par Mueller & McCloskey, 1990; Kalleberg, 1977 cité par Loscocco & Roschelle, 1991). Par ailleurs, ce concept est défini par certains comme la réalisation d'attentes conscientes ou inconscientes (ADIRA, 2003). Selon cette dernière définition, l'insatisfaction serait l'écart entre la situation désirée et la situation réelle de travail.

Deux types de théories tentent d'expliquer le modèle causal de la satisfaction au travail, soit les théories de processus et les théories de contenu (Campbell & al., 1970 cité par Gruneberg, 1979 et cité par Locke, 1976). Les théories de processus tentent d'indiquer le processus par lequel les attentes, besoins et valeurs interagissent avec les caractéristiques du travail pour créer la satisfaction du travailleur (Gruneberg, 1979). Les théories des attentes et de l'équité, des groupes de référence, de la satisfaction des besoins et des valeurs ainsi que la théorie des changements temporels en font partie (Gruneberg, 1979; Locke, 1976). Le second type de théories, les théories de contenu, tente de déterminer les facteurs

influençant la satisfaction au travail (Gruneberg, 1979). La théorie de la pyramide des besoins de Maslow et la théorie d'Herzberg sont de ce type (Gruneberg, 1979; Locke, 1976). La majorité des études sur le sujet font partie de cette dernière catégorie.

3.1.3 Déterminants de la motivation et de la satisfaction

Le nombre impressionnant de déterminants présents dans la littérature sur la motivation et la satisfaction au travail ne nous permet pas, dans le contexte de cette étude, d'en faire une synthèse complète. Les variables de la théorie d'Herzberg sont utilisées fréquemment pour expliquer à la fois le phénomène de la motivation et celui de la satisfaction au travail (Herzberg, cité par Locke, 1976, Gruneberg, 1979, Alpander, 1990; Dieleman & al., 2003; Bennett & Franco, 1999). Généralement, ce modèle est utilisé dans le cadre d'études dans les pays industrialisés, notamment concernant les infirmiers aux États-Unis. Elle n'a donc pas fait ses preuves dans le contexte de pays en développement (Rantz & al., 1996 cité par Bennett & Franco, 1999). Cette théorie se divise en deux types de composantes motivationnelles, soit les facteurs extrinsèques (hygiènes) menant à l'insatisfaction et les facteurs intrinsèques (motivateurs) menant à la satisfaction. Il est peu probable d'avoir du personnel motivé si les facteurs extrinsèques ne sont pas satisfaits (Bennett & Franco, 1999). Ce modèle, tel que présenté par Gruneberg (1979), sera utilisé dans ce travail pour répertorier en trois groupes l'ensemble des facteurs présents dans la littérature, soit les facteurs intrinsèques, extrinsèques et individuels. La présentation concernera d'abord les déterminants communs aux concepts de motivation et de satisfaction et ensuite ceux qui sont spécifiques à chacun d'eux.

- Les *FACTEURS INTRINSÈQUES* ont une influence majeure sur la satisfaction et la motivation au travail et regroupe les variables propres au travail lui-même. Les déterminants principaux de ce groupe sont :

Déterminants communs aux concepts de la motivation & de la satisfaction	Déterminants propres au concept de la satisfaction
<ul style="list-style-type: none"> ▪ le succès ou la réalisation; ▪ l'appréciation/la reconnaissance; ▪ la croissance/le développement; ▪ l'autonomie au travail; <ul style="list-style-type: none"> - responsabilités individuelles; - contrôle sur les décisions; ▪ le contenu du travail. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ la signification de la tâche; ▪ l'implication dans le travail; ▪ la variété et la créativité du travail; ▪ la variété d'habiletés utilisées; ▪ la complexité/la difficulté du travail; ▪ la charge de travail; <ul style="list-style-type: none"> - pression du temps perçu; - ennui; - problèmes sociaux; - conflits interpersonnels; - stress.

(voir tableau 20, annexe 1, pour les références des facteurs intrinsèques)

- Les *FACTEURS EXTRINSÈQUES* sont les variables contextuelles qui dépendent de l'organisation et du contexte social. Cette perspective est nommée, selon Loscocco & Roschelle (1991), l'approche structurelle. Les déterminants sont :

Déterminants communs aux concepts de la motivation & satisfaction	Déterminants propres au concept de la satisfaction	Déterminants propres au concept de la motivation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ les conditions de travail ; ▪ le salaire et les récompenses financières ; ▪ le statut; ▪ les promotions ; <ul style="list-style-type: none"> - possibilités d'avancement; - niveau de travail; - équité dans les décisions relatives aux promotions; ▪ la supervision; <ul style="list-style-type: none"> - relation avec le superviseur; - support du superviseur; - reconnaissance du superviseur; - traitement équitable; - type de leadership; ▪ les collègues; <ul style="list-style-type: none"> - relation avec les collègues; - compétences des collègues; ▪ la sécurité d'emploi; ▪ l'engagement; ▪ les processus et le contexte organisationnel ; <ul style="list-style-type: none"> - attitude de l'entreprise ; - structure organisationnelle; <ul style="list-style-type: none"> • livraison des services; • support; • gestion; • système de feedback; • processus de communication; • mission organisationnelle; • autonomie; - politique de planification ; - définition du rôle; - réputation de l'entreprise; - perception de l'entreprise. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ les bénéfices; ▪ la participation; ▪ les exigences du travail¹. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ les pratiques de management; ▪ la gestion des ressources humaines; ▪ la culture organisationnelle; ▪ la disponibilité et la complémentarité des ressources; ▪ le mixte d'incitatifs; ▪ le climat de travail; ▪ la présence de l'État dans les services publics.

¹ Par exemple : faire du travail supplémentaire involontairement, complexité structurelle, insécurité du travail et engagement émotionnel.

De plus, la littérature soulève les déterminants sociaux de la motivation comme par exemple :

- les interactions entre le personnel et les clients;
- le support des leaders de la communauté;
- la perception des membres de la communauté;
- les attentes de la communauté;
- les pressions de surveillance;
- les valeurs sociales;
- les feedbacks des clients et de la communauté.

(voir tableau 21, annexe 1, pour les références des facteurs extrinsèques)

- Enfin, les *FACTEURS INDIVIDUELS* sont les moins influents sur la satisfaction au travail. Peu d'études sont en mesure d'indiquer une corrélation significative. Selon Glisson & Durick (1988) cités par Loscocco & Roschelle (1991), l'approche individuelle est basée sur le modèle de satisfaction des besoins de l'individu au travail. Les facteurs présentés dans la littérature sont :

Déterminants propres au concept de la satisfaction

- l'âge;
- le sexe;
- la durée de service pour l'organisation;
- le niveau d'éducation ou de formation;
- le rôle familial;
- les différences culturelles;
- les caractéristiques de la personnalité (besoin de réalisation, besoin de croissance, etc.).

Déterminants propres au concept de la motivation

- les besoins individuels;
- les attentes;
 - envers le travail, les résultats et les conséquences;
- les objectifs individuels par rapport à ceux de l'organisation;
- la conception de soi;
 - estime de soi;
 - efficacité de soi perçue;
 - valeurs intériorisées;
- les conséquences ou les résultats attendus;
 - effets perçus de la performance;
 - feedback direct;
 - récompenses ou punitions.

(voir tableau 22, annexe 1, pour les références des facteurs individuels)

Par ailleurs, plusieurs chercheurs s'entendent sur le fait que les besoins et les valeurs déterminent les comportements individuels (Atkinson, 1964; Maslow, 1968, cité par Alpander, 1990; Maslow 1943, Herzberg 1959, Adelfer 1979, Deci et Ryan 1985 cités par Codjia & Ouoba, 2003). Cherrington (1991), cité par Codjia & Ouoba (2003), affirme que la satisfaction des besoins par l'environnement de travail motivera l'employé à atteindre les objectifs de l'organisation. Une fois qu'un besoin est satisfait, il n'est plus une source de motivation (Codjia & Ouoba, 2003).

Déterminants de la motivation propres au secteur de la santé

Évidemment, l'importance de chacun de ces déterminants dépend de la situation de chaque pays, du contexte socio-culturel et de leurs relations (Franco & al., 2002). Certaines études sur la motivation du personnel de santé ont permis de déterminer les facteurs motivationnels importants dans des contextes spécifiques.

En voici quelques exemples :

- Dans une situation de pénurie de ressources humaines en santé, Stilwell & al. (2003) soutiennent que la charge de travail, le salaire, la disponibilité des équipements, la qualité de supervision et les opportunités de carrière sont les facteurs influençant le plus la motivation.
- Au Mali, les déterminants principaux de la motivation du personnel de santé sont : les responsabilités, la satisfaction au travail (par la reconnaissance des supérieurs et collègues) ainsi que le salaire et les indemnités (Royal Tropical Institute, 2001 cité par Dieleman & al., 2003).
- Au Bénin, la capacité de faire le travail et la relation avec la communauté sont les motivateurs prioritaires (Alihonou & al., 1998 cités par Dieleman & al., 2003).
- Au Zimbabwe, les infirmiers considèrent que le sentiment de réalisation et la reconnaissance sont les facteurs influençant le plus leur motivation (Stilwell, 2001 cité par Dieleman & al., 2003). Pour le personnel général de santé au Zimbabwe, la rémunération est le facteur prioritaire car le contexte économique ne permet pas de satisfaire leurs besoins de base et les facteurs culturels priorisent l'aspect financier (ex : nombre élevé de membres par famille) (Mutizwa-Mangiza, 1998). De plus, cette étude spécifie que, tant que ce dernier facteur sera perçu comme insatisfaisant

par les travailleurs, les autres facteurs n'amélioreront pas la motivation (Mutizwa-Mangiza, 1998).

- Au Ghana, la décentralisation du processus de récompenses et de promotions semble être prioritaire pour augmenter la motivation des ressources humaines en santé (Adams & Hicks, 2000).
- Enfin, une étude portant sur le personnel de santé en région rurale du Viêt Nam, fait ressortir les facteurs les plus importants de motivation et de démotivation (Dieleman & al., 2003). Les cinq motivateurs sont : l'appréciation et le support par les gestionnaires et collègues, l'appréciation du travail et le respect de soi par les gens, la stabilité du travail et du revenu, la formation ainsi que l'amour du travail. Les cinq déterminants les plus importants de découragement sont : la faiblesse du revenu et des indemnités, la difficulté de transport, l'absence de mise à jour de l'information, le manque de connaissance et la grande charge de travail sans planification.

Déterminants de la satisfaction propres au secteur de la santé

Les études concernant le personnel de santé soulignent l'influence d'autres facteurs sur la satisfaction au travail. Voici les principaux soulevés dans la littérature :

Déterminants généraux de la satisfaction du personnel de santé	Déterminants de la satisfaction des médecins ¹	Déterminants de la satisfaction des infirmiers ¹
<ul style="list-style-type: none"> ▪ les conditions de travail; ▪ le type de management (centralisé et bureaucratique vs participatif); ▪ l'incertitude générée par le processus de réforme sur la satisfaction au travail. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relation avec les patients; ▪ le temps personnel; ▪ la communauté; ▪ les ressources; ▪ le traitement des problèmes émotionnels des patients au-delà de la formation; ▪ les coûts financiers associés de leur pratique; ▪ le travail administratif ; ▪ la régulation externe de la relation patient-médecin; ▪ l'isolation; ▪ la désillusion par rapport à la perception de leur rôle; ▪ la conscience du changement de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ l'autorité; ▪ le nombre de patients par infirmier; ▪ le stress; ▪ l'âge; ▪ les années d'expérience; ▪ le professionnalisme; ▪ le contrôle sur le travail; ▪ l'intégration sociale.

(voir tableau 23, annexe 1, pour les références des déterminants de la satisfaction propres au secteur de la santé)

L'étude de Liese & Dussault (2004) indique les effets indirects de l'épidémie du VIH/SIDA sur la satisfaction du personnel de santé des pays d'Afrique. Les soins offerts aux patients atteints du VIH/SIDA rendent l'environnement de travail

¹ Études généralement réalisées aux États-Unis.

complexe, difficile et augmentent la charge de travail du personnel. En plus, cela augmente le niveau de stress lié à la peur d'être infecté, au suivi de nombreux patients mourrant ainsi qu'au recrutement et à la formation de nouveaux employés (taux d'absentéisme et de roulement de personnel élevés du à l'infection de nombreux travailleurs du secteur de la santé ou d'un membre de leur famille).

3.1.4 Conséquences de la motivation et de la satisfaction au travail

Effets de la motivation

La littérature présente de nombreuses conséquences liées à la manifestation de la motivation des travailleurs. De façon générale, le niveau de motivation influence la qualité des services, l'efficacité et l'équité. De plus, la motivation affecte la satisfaction au travail, la satisfaction des usagers, les comportements et la performance des travailleurs.

Spécifiques au secteur de la santé, les études sur les ressources humaines dégagent les manifestations du manque de motivation. Les signes visibles du manque d'enthousiasme du personnel de santé à réaliser les objectifs de l'organisation sont :

- le manque de courtoisie envers les patients;
- les retards au travail;
- le taux élevé d'absentéisme;
- le faible processus de qualité;
 - examen ou traitement du patient non convenable;
- la faible implication du travailleur dans son environnement professionnel.

Deux études sur le Zimbabwe et le Sénégal ajoutent à ces manifestations les grèves, la rotation fréquente du personnel, les revendications des partenaires sociaux, la fréquence des mouvements sociaux, les comportements défavorables du personnel (mauvais accueil des usagers, manque de soins, négligence dans le travail...), le sentiment de morosité et l'insatisfaction exprimée envers le métier et la pratique d'activités parallèles dans les établissements de santé (Mutizwa-Mangiza, 1998; ADIRA, 2003).

Les manifestations du manque de motivation des employés du secteur de la santé ont des effets sur la qualité des soins, le taux d'utilisation des services de santé prioritaires, le succès des réformes de santé, la tendance à quitter le travail ainsi que la performance et les résultats du secteur de la santé. Toutefois, l'étude de Codjia & Ouoba (2003) indique qu'il n'y a pas de lien direct évident entre la motivation et la performance¹. La littérature ne permet d'aboutir à aucun consensus concernant la direction de ces liens. Enfin, une recherche sur la faible motivation du personnel de santé au Sénégal ajoute comme effets de la faible motivation, la baisse de l'accès aux soins, surtout dans les zones pauvres et rurales, l'insatisfaction des usagers, la distribution inégale des personnels sur le territoire, la recherche de revenus complémentaires dans le privé, la « chasse » aux perdiems et le développement, par le personnel, d'activités secondaires parallèles (ADIRA, 2003).

(voir tableau 24, annexe 1, pour les références des effets et signes visibles des effets de la motivation au travail)

¹ La faible corrélation entre la motivation et la performance est démontrée lorsque l'indicateur de performance est « l'atteinte des objectifs ».

Effets de la satisfaction au travail

De nombreuses études ont identifié les effets de la satisfaction au travail. Les résultats nous incitent à porter une attention particulière à ce phénomène ayant de grands impacts sur l'individu et l'organisation.

Effets de la satisfaction au travail au niveau individuel

- les comportements de retrait, voir l'intention de se retirer;
- l'implication au travail;
- la négligence et l'inattention;
- la tendance aux accidents;
- la satisfaction en dehors du travail;
- le moral;
- la santé mentale;
- la santé physique (ex : mortalité due aux maladies de cœur et la fatigue);
- la perception qu'a l'individu de lui-même.

Effets de la satisfaction au travail au niveau organisationnel

- la rotation du personnel;
- les coûts de rotation du personnel;
- l'absentéisme;
- les conflits entre employés au travail;
- les plaintes et griefs;
- les migrations internes et externes;
- les résultats des soins offerts aux clients/patients;

Enfin, la relation entre la performance et la satisfaction au travail est controversée. En effet, l'école des « Relations Humaines » prétend que la productivité est une cause de la satisfaction au travail, c'est-à-dire que plus la production augmente, plus le superviseur est amical envers l'employé et plus ce dernier est satisfait (Gruneberg, 1979). La relation inverse est qualifiée d'indirecte par Locke (1976) et Vroom (1964) cité par Spector (1985). Par contre, la littérature récente présente des évidences sur le lien entre la satisfaction au travail et la performance des employés dans le domaine des services (comme la santé) (Wiggins & Moody, 1983 cité par Spector, 1985).

Dans le domaine de la santé, les études sur la satisfaction au travail des médecins et infirmiers nous indiquent son impact particulier.

Effets de la satisfaction au travail des médecins	Effets de la satisfaction au travail des infirmiers
<ul style="list-style-type: none"> ▪ le style de travail; ▪ la qualité des soins; ▪ le type de communication (ouverte vs fermée); ▪ l'attention aux aspects psychosociaux des patients; ▪ le nombre de références; ▪ le nombre de prescriptions; ▪ la quantité d'explications au patient. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ le recrutement; ▪ la rétention; ▪ la satisfaction du patient; ▪ l'épuisement au travail; ▪ l'engagement du personnel; ▪ le roulement du personnel.

(voir tableau 25, annexe 1, pour les références des effets de la satisfaction au travail)

3.1.5 Comment influencer la motivation et la satisfaction des travailleurs

Il est possible d'influencer la motivation et la satisfaction des travailleurs en agissant sur les aspects organisationnels externes telles les variables liées à l'environnement et au contenu du travail (Irvine & Evans, 1995; Codjia & Ouoba, 2003).

La littérature présente de nombreuses théories sur les styles de leadership et de gestion qui sont favorables au développement de la motivation et de la satisfaction au travail (Codjia & Ouoba, 2003). Bien qu'il n'existe pas de solution idéale généralisable à toute organisation et qu'il soit difficile de changer les vieilles habitudes, normes et règles institutionnalisées (Mathauer & Imhoff, 2004), certains auteurs proposent des outils de gestion des ressources humaines. Voici des exemples d'outils de gestion utilisés pour influencer la motivation et la satisfaction au travail :

- Style de leadership motivationnel (Hersey & Blanchard, 1988),
- Mixte idéal d'incitatifs (Agyepong, 1999; Stilwell & al., 2003; Bennett & al., 2001; Mathauer & Imhoff, 2004, Moore, 1996 cités par Bennett & Franco, 1999; Adams & Hicks, 2000)

- Modèle de gestion participatif (Likert cité par Moss & Rowles, 1997; Buchan, 2004)
 - « case management model » (Zander, 1988 cité par Song & al., 1997)
 - modèle de gouvernance (Porter-O'Grady, 1987 cité par Song & al., 1997)

Les conclusions des études sur le sujet indiquent que plus le type de gestion est participatif, plus les infirmiers sont satisfaits au travail (Moss & Rowles, 1997; Lucas, 1991; Dwer & al., 1992 cités par Song & al., 1997). Par contre, comme le témoigne Blankarn & al. (1988) cités par Traynot & Wade (1993), cela peut prendre un temps considérable avant qu'un changement organisationnel majeur ait un impact sur la satisfaction. Un changement précipité dans le type de management augmenterait le stress des employés et serait inefficace (Moss & Rowles, 1997).

3.1.6 Mesure de la motivation et de la satisfaction au travail

Mesure de la motivation

Franco & al. (2004) ont divisé les instruments de mesure de la motivation en deux groupes, dépendamment du construit de l'étude. Le premier mesure les effets affectifs et cognitifs de la motivation. Dans ce groupe se retrouvent des échelles comme « General work satisfaction », « Organizational commitment » et « Cognitive motivation ». Le deuxième groupe rassemble les instruments mesurant l'évaluation de la performance des travailleurs. Les échelles suivantes, « Conscientiousness », « Getting along » et « Timeliness and attendance », en font partie.

Mesure de la satisfaction

La grande variété de définitions concernant la satisfaction au travail engendre une multitude d'instruments de mesure de ce concept. Lawler (1972) cité par Gruneberg (1979) a fait une liste de neuf définitions accompagnées de neuf mesures. La majorité des instruments de mesure de la satisfaction du travail ont été développées dans un contexte industriel et ne sont donc pas généralisables au contexte d'organisation de service (Spector, 1985). Des échelles spécifiques aux infirmiers ont été développées mais sont fortement liées à leur situation. De plus, certaines échelles sur la satisfaction extrinsèque assument que les salaires sont

adéquats, ce qui n'est pas le cas dans les pays en développement (Bennett & al., 2001).

Le « Job Descriptive Index » (JDI) de Smith, Kendall & Hulin (1969) est l'instrument le plus souvent utilisé en recherche sur la satisfaction au travail (Ironson & al., 1989; Gregson, 1990; Gruneberg, 1979). Cet instrument mesure, par le biais d'un questionnaire, cinq dimensions soit, le travail, le salaire, les promotions, les collègues et la supervision (Loscocco & Roschelle, 1991; Lockes, 1976). Chaque dimension comprend de 9 à 19 items (Locke, 1976). Malgré l'étendue de l'utilisation de cette échelle, sa qualité est remise en doute par Van Saane & al. (2003). Ces auteurs ont évalué la fiabilité et la validité de 29 instruments de mesure de la satisfaction au travail. La conclusion de cette étude rapporte que le meilleur instrument est le « Measure of Job Satisfaction » (MJS), développé pour les infirmiers par Traynor & Wade (1993). Cet instrument multidimensionnel comprend 38 items qui sont évalués par une échelle de cinq points (de vraiment satisfait à vraiment insatisfait). Le MJS mesure cinq dimensions, soit la satisfaction personnelle, la charge de travail, le support professionnel, le salaire ainsi que les possibilités d'avancement et la formation (Van Saane & al., 2003). Cette échelle a une meilleure validité de construit que le JDI.

Bien que ces deux instruments soient largement utilisés dans le cadre des pays industrialisés, ils n'ont pas été appliqués au contexte des pays en développement. Comme la situation au travail du personnel de santé est très différente dans ces deux contextes, notamment en ce qui concerne la précarité salariale, cela nous porte à croire que les déterminants de la satisfaction seront différents. D'où l'importance de développer des instruments de mesure spécifiques au personnel de santé des pays en développement.

3-2 Les réformes de santé et les ressources humaines

3.2.1 Introduction

À l'échelle mondiale, nous constatons que le phénomène de la décentralisation est de plus en plus présent dans le domaine de la santé publique (Laliberty, 1988). Le concept général de décentralisation, selon Mills & al. (1991), consiste au transfert ou fractionnement de l'autorité publique entre le niveau national et les niveaux sous-nationaux. Ce moyen est perçu comme étant efficace pour réaliser les objectifs de santé universels soit améliorer l'efficacité du système de santé, l'équité d'accès et la qualité des soins mais aussi pour répondre à des objectifs macro-économiques (diminution des coûts et du déficit de l'État) (Rigoli & Dussault, 2003). La décentralisation provoque habituellement des changements majeurs dans la distribution du financement public ainsi que dans la gestion des ressources financières, matérielles et humaines (Kolehmainen-Aitken, 2004). Une bonne gestion des ressources humaines est essentielle pour implanter un changement tout en maintenant le niveau de performance élevé (Martineau & Martinez, 1998). Ainsi, les réformes influencent positivement ou négativement la main-d'œuvre et leur gestion, d'où la nécessité de mettre les ressources humaines en priorité tout au long du processus de changement (Martineau & Martinez, 1997; Martineau & Buchan, 2000).

Pour comprendre les enjeux liés aux ressources humaines dans une période de réforme du système de santé, il convient de connaître l'influence de la main-d'œuvre sur la réussite des réformes mais aussi les impacts des réformes sur cette ressource.

3.2.2 L'influence du personnel de santé sur les réformes

Le succès des réformes dans le domaine de la santé est étroitement lié aux ressources humaines (Martineau & Martinez, 1998; Martineau & Buchan, 2000; Rigoli & Dussault, 2003) et ce, principalement dans les pays en développement (Martineau & Martinez, 1998). En effet, selon Martineau et Buchan (2000), l'atteinte des objectifs dépend grandement de l'efficacité du personnel de santé et de son engagement dans le processus de changement. Comme nous le verrons plus loin, les objectifs poursuivis par les réformes sanitaires demandent beaucoup

d'adaptation de la part des ressources humaines. En réaction aux réformes, les associations représentant les travailleurs défendent généralement les intérêts professionnels plutôt que le bien-être social. Cela nuit à l'efficacité et l'équité recherchées (Rigoli & Dussault, 2003). De plus, les changements entraînent le phénomène de résistance de la main d'œuvre qui peut avoir des conséquences désastreuses sur la réalisation de la réforme et peut même contraindre à l'abandon (Martineau & Buchan, 2000).

Ainsi, les employés du système de santé ne sont plus perçus comme de simples instruments mais comme des acteurs stratégiques influents (Friedberg, 1993, cité par Rigoli & Dussault, 2003). Encore aujourd'hui, cette ressource clé est souvent négligée au profit des structures financières et organisationnelles (Martineau & Buchan, 2000).

3.2.3 L'influence des réformes sur le personnel de santé

La décentralisation affecte de diverses façons les ressources humaines et la façon de les gérer. Kolehmainen-Aitken (2004) affirme que l'impact des réformes sur la main-d'œuvre en santé dépend principalement du type de décentralisation, de l'échelon responsable du budget salarial et de la rémunération ainsi que des options de statut d'emploi (par exemple le statut de fonctionnaire ou d'employé d'association communautaire). En effet, plus un système est décentralisé, plus les autorités locales ont de pouvoir et d'autonomie sur la gestion des ressources humaines et plus cela provoque des changements pour la main-d'œuvre sanitaire (Martineau & Buchan, 2000; Kolehmainen-Aitken, 2004). Par ailleurs, plus la gestion des budgets salariaux est décentralisée, plus le risque d'inégalité salariale entre les employés de différentes régions est élevé et plus le concept de « salaire égal pour travail égal » est menacé (Kolehmainen-Aitken, 2004).

Parallèlement, Rigoli & Dussault (2003) indiquent que l'impact des réformes sur le personnel de santé dépend de l'objectif poursuivi par le processus, soit l'efficacité, l'équité d'accès ou la qualité des services.

La recherche de l'efficience par la décentralisation et la diminution des coûts

La décentralisation et la réorganisation des services de santé et des services sociaux au niveau local, municipal ou provincial sont utilisées pour diminuer les coûts du niveau central tout en augmentant l'efficience du système de santé (Rigoli & Dussault, 2003). Ce transfert des responsabilités administratives, de l'autorité et du pouvoir de décision nécessite du financement ainsi que des compétences techniques, de planification et de gestion des ressources humaines qui ne sont souvent pas disponibles à la base (Bogus, & al., 1995, cité dans Rigoli & Dussault, 2003; Kolehmainen-Aitken, 2004). L'étude de Kolehmainen-Aitken (2004) soutient que le niveau local ne possède généralement pas les moyens pour mettre en place la formation nécessaire. Par conséquent, la faiblesse de la structure administrative locale fait souvent naître des iniquités. Par exemple, la décentralisation peut affecter le niveau de protection que les travailleurs avaient contre les embauches, les mesures disciplinaires et les pratiques de travail injustes et augmenter la pression du personnel de santé à répondre aux demandes politiques locales. De plus, toujours selon cette étude, dans les pays à faibles et moyens revenus, certaines observations tendent à indiquer que la gestion au niveau local permet de créer de nouveaux postes, modifier les postes existants et augmenter le travail en équipe pluridisciplinaire. Ces nouvelles structures organisationnelles, responsabilités et nouveaux rôles sont à l'origine de nombreuses difficultés à cause de leurs caractères inappropriés, conflictuels, de leurs définitions confuses ou à cause de la mauvaise communication entre le niveau central et local (Kolehmainen-Aitken, 1998). Kolehmainen-Aitken (2004) soulève qu'il existe plusieurs exemples dans lesquels les opportunités de développement de carrière du personnel de santé ont augmenté avec la décentralisation. Elle spécifie que dans plusieurs pays pauvres, les chances de développement professionnel et de maintien des compétences ont diminué¹. Enfin, la décentralisation entraîne souvent de la confusion dans les responsabilités de supervision, la diminution des visites et des capacités techniques de supervision (Saide & Stewart, 2001, Campos-Outcalt, & al., 1995, cité dans Kolehmainen-Aitken, 2004). Les changements de supérieur peuvent créer ainsi

¹ Cela est dû en grande partie au manque de formation, au manque de canaux de communication entre le niveau local et national (Kolehmainen-Aitken, 2004), au risque de perdre des bénéfices lors du transfert et des multiples approbations requises (Kolehmainen-Aitken, 1998).

des tensions auprès des employés loyaux à l'ancien système centralisé (Kolehmainen-Aitken, 2004).

Suite à la décentralisation des décisions relatives aux ressources humaines, le niveau central occupe de nouvelles fonctions, soit la planification et la gestion stratégique nationale à long terme du personnel, la régulation du nombre de professionnels sur le marché du travail, la surveillance de l'équité entre les régions et la protection légale des employés (Kolehmainen-Aitken, 2004).

Par ailleurs, pour améliorer l'efficacité du système de santé, les gouvernements réduisent généralement les coûts du niveau central, tout en tentant de maintenir le même niveau de service. Cela est réalisable en faisant de la sous-traitance (principalement pour le personnel de soutien et technique), des mises à pied et en privatisant certains services. Ces changements dans les conditions, les contrats, le marché du travail ainsi que dans les nouveaux accords institutionnels peuvent être perçus par le personnel comme une menace (Rigoli & Dussault, 2003) augmentant la précarité et l'instabilité des emplois (Kolehmainen-Aitken, 2004). Dans un environnement de travail incertain, l'attitude des employés se modifie et devient de plus en plus centrée sur la défense de leurs propres intérêts et ils sont prêts à utiliser des moyens légaux pour arriver à leurs fins (Cavanagh, 1996 & BNA Daily Labor Report, 2002, cité par Rigoli & Dussault, 2003). Les employés de santé non professionnels ont généralement peur que les réformes aient un impact négatif sur leurs revenus et leurs conditions d'emploi (stabilité, contrat et promotion) (Rigoli & Dussault, 2003). Généralement, dans les pays à moyens et faibles revenus, l'insuffisance des salaires et des incitatifs obligent les travailleurs à avoir un second emploi pour survivre, ce qui augmente le niveau de stress et d'insatisfaction (Machado, 1997, cité par Dussault, 1999).

Les effets de la recherche d'équité d'accès des services de santé sur la main-d'œuvre sanitaire

En second lieu, selon Rigoli et Dussault (2003), l'objectif d'équité poursuivi par les réformes implique l'augmentation de la couverture et de l'accessibilité des services par un redéploiement du personnel de santé sur le territoire et entre les services privés et publics. Évidemment, il est très difficile pour les régions

pauvres et rurales de recruter et garder le personnel de santé. Il est donc nécessaire d'envisager de nouvelles techniques de dotation et de rétention des professionnels de santé pour rendre ces régions plus attrayantes. Généralement, les gestionnaires de réformes en santé priorisent les incitatifs financiers (extrinsèques) et négligent les incitatifs intangibles. Toutefois, les incitatifs financiers n'augmentent pas seuls la motivation nécessaire au succès du changement (Franco & al., 2004). Selon le modèle d'Herzberg, vu précédemment, il serait préférable de donner une plus grande importance aux facteurs intrinsèques (motivateurs) qui produisent une motivation positive, contrairement aux facteurs extrinsèques (Bennett & Franco, 1999). Les incitatifs non financiers sont alors importants pour augmenter la motivation des travailleurs en santé et ce, particulièrement dans un contexte de faible disponibilité des ressources (Mathauer & Imhoff, 2004). Ces changements ont évidemment des conséquences sur la distribution et les conditions de travail du personnel.

De plus, comme mentionné antérieurement, la décentralisation au niveau local des modes de rétribution et des budgets salariaux crée de la compétition entre les régions (Kolehmainen-Aitken, 2004). Cela nuit donc aux objectifs de couverture et d'accessibilité des services de santé puisque les régions pauvres ne peuvent concurrencer avec les régions riches pour attirer et retenir le personnel.

Impacts de l'augmentation de la qualité des services sur le travail des ressources humaines

Finalement, l'amélioration de la qualité des services est l'objectif le plus sensible à la gestion des ressources humaines durant le processus de changement du système de santé. Les réformes introduisent des changements dans les qualifications, compétences et attitudes requises, dans les configurations de travail du personnel de santé ainsi que dans la balance du pouvoir entre le personnel de santé et les patients (Rigoli & Dussault, 2003). Les changements dans les aspects organisationnels influencent ainsi la motivation et la satisfaction du personnel de santé qui à leur tour, influencent la qualité des soins. Par ailleurs, la diminution de motivation des ressources humaines affecte la satisfaction des utilisateurs des services (Rigoli & Dussault, 2003). Les manifestations et effets d'une faible motivation (ex : absentéisme, rotation du personnel...) ont alors un impact négatif

sur la capacité du personnel à offrir des soins de qualité (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : rapport et recommandations, 2000, cité par Rigoli & Dussault, 2003).

3.2.4 Impacts des réformes sur la motivation et satisfaction au travail du personnel de santé

Particulièrement en période de réforme, la motivation de la main d'œuvre devient un facteur important du succès du système de santé et est souvent ignorée par les gouvernements (Dussault & Dubois, 2003; Bennett & Franco, 1999). Kolehmainen-Aitken (2004) soutient que les changements rapides et la perception négative des modifications dans le système de compensations et des conditions de travail affectent la motivation des ressources humaines. Comme mentionné antérieurement, la satisfaction au travail est affectée à son tour par l'incertitude générée par le processus de réforme (Kolehmainen-Aitken, 1998; Banque Mondiale, 1998 cité par Dussault, 1999). De plus, le contrat psychologique entre la motivation de l'individu et les objectifs de son organisation peut être brisé durant le processus de réforme à cause de la redéfinition de son rôle et de ses conditions de travail (Rigoli & Dussault, 2003). La décentralisation de l'autorité menace l'enthousiasme des travailleurs parce qu'elle augmente la confusion des rôles et responsabilités, elle fragilise les communications et elle diminue généralement les compétences de gestion (Adams & Hicks, 2000). Par ailleurs, les réformes affectent la motivation individuelle des travailleurs par ses effets sur la structure organisationnelle et sur les rôles de la communauté et des utilisateurs (Franco & al., 2002). Enfin, l'acceptation du changement par le travailleur (Rigoli & Dussault, 2003) et la façon dont le changement est planifié, communiqué et mis en œuvre a aussi un impact sur la motivation des employés (Franco & al., 2002).

La littérature présente peu d'éléments sur la motivation du personnel de santé dans les pays en développement. Il est quand même soulevé que la motivation de la main d'œuvre en santé est une problématique majeure dans ces pays qui est due en partie au manque d'attention porté à cette ressource en période de réforme (Franco & al., 2002). La motivation devient un facteur particulièrement important dans un contexte de pénurie des ressources humaines en santé lorsqu'il faut

réaliser les objectifs de couverture des services sanitaires en régions rurales. Une étude portant sur la réforme du système de santé au Ghana soutient que la réalisation des objectifs de qualité et d'accessibilité des services de santé dépend de la motivation et du moral des travailleurs (Agyepong, 1999). Au Viêt Nam, les objectifs d'augmentation de la qualité et de la couverture des services de santé ne peuvent se réaliser qu'en ayant du personnel qualifié et motivé en régions rurales (Dieleman & al., 2003). Cela nous indique l'importance de planifier l'impact de la réforme sur le personnel avant de la mettre en œuvre (Franco & al., 2004).

3.2.5 Une meilleure gestion des ressources humaines pour le succès d'une réforme

Comme nous venons de le voir, la littérature présente une vision assez négative des impacts des réformes de santé sur les ressources humaines. Les gouvernements ont, semble-t-il, généralement négligés de mettre la gestion du personnel de santé à leur agenda. Les conséquences nuisibles d'une mauvaise gestion des ressources humaines durant un processus de changement, telle la décentralisation du système de santé, justifient l'attention grandissante des auteurs pour ce sujet. Les écrits proposent donc de multiples plans d'action afin de mieux gérer les ressources humaines et ainsi augmenter les chances de succès des réformes.

3.2.6 L'impact de la réforme du système de santé malien sur les ressources humaines

Objectif d'efficience

Depuis les années 1980, le Mali a évolué vers un système de santé de plus en plus décentralisé afin d'augmenter son efficience. La principale forme de décentralisation présente au Mali est la plus radicale, soit la dévolution. Elle donne un maximum d'indépendance à la base du système de santé malien en ce qui concerne les soins de santé primaires (Mills, & al., 1991). En effet, la dévolution permet aux établissements de la base (soit les CSCOM dans le cas du Mali) de générer des recettes, d'engager des dépenses (Arredondo & Parada, 2001) et permet un transfert considérable des responsabilités de recrutement du personnel au niveau local (Wang, & al., 2002, cité dans Kolehmainen-Aitken, 2004).

Au Mali, la décentralisation a augmenté le niveau de responsabilité et a changé la nature du travail du personnel à la base du système ce qui a eu plusieurs conséquences sur le personnel de santé, notamment :

- L'apparition de nouvelles relations instables entre le personnel de santé et leurs supérieurs hiérarchiques. Par exemple, avant la décentralisation, les ressources humaines des centres de santé locaux devaient rendre des comptes au médecin chef du cercle alors qu'elles doivent aujourd'hui rendre des comptes à la communauté par le biais de l'ASACO. Ce changement dans le statut d'autorité est difficile à assumer par certains professionnels (Maiga & al., 1999).
- L'incapacité des ressources humaines d'assumer leurs nouveaux rôles. En effet, la formation est insuffisante pour que le personnel de santé à la base puisse accomplir leurs nouvelles responsabilités (Maiga & al., 1999). La révision des programmes de formation dans les écoles de santé aurait été nécessaire pour rendre efficace le changement (Maiga & al., 1999).

Objectif d'équité

Certains aspects de la réforme des services de santé primaires au Mali ont eu des effets considérables sur les ressources humaines qui ont nuit à leur distribution équitable sur le territoire. En voici quelques exemples :

- Le paiement des salaires du personnel par le biais des recettes du centre de santé engendre des inégalités flagrantes entre les régions riches et les régions pauvres. La médicalisation du premier échelon débutera alors par les régions urbaines et ensuite par les zones rurales riches (Maiga & al., 1999).
- Le statut du personnel des centres de santé communautaire a un impact sur la distribution des ressources humaines sur le territoire et ce, au profit des régions urbaines. Même si parfois le salaire est supérieur à la moyenne, le statut d'emploi du secteur communautaire est moins attrayant que celui du secteur public puisqu'il n'offre aucune sécurité d'emploi, aucune assurance

retraite, de faibles perspectives de carrière et offre souvent des postes dans les régions isolées (Banque Mondiale, 1999).

- Le Mali n'a pas mis les efforts nécessaires afin d'attirer et de retenir le personnel de santé dans les régions pauvres et isolées en créant de nouvelles techniques de dotation et de rétention. Les modalités de motivation sont des initiatives locales.

Objectif de qualité

Avant la réforme de santé au Mali, les soins étaient de très faible qualité « en raison de la formation ou la qualification inadéquate du personnel, de sa mauvaise répartition régionale et de sa démotivation » (Maiga & al., 1999; p.3). Tel que nous l'avons déjà souligné, la décentralisation des responsabilités n'a pas permis d'éliminer complètement la formation inadéquate du personnel, l'inéquitable distribution de la main d'œuvre et leur démotivation à travailler en milieu rural. Malgré ces constats pessimistes, les expériences des premiers CSCOM au Mali indiquent une nette amélioration de la qualité des services par rapport à la situation antérieure, mais l'ensemble reste encore très faible. La formation déficiente du personnel de santé malien est la principale limite et le plus grand défi pour élever la qualité des services de santé à un niveau acceptable (Maiga & al., 1999).

En résumé, les effets de la réforme du système de santé malien sur les conditions de travail du personnel ainsi que les mécanismes sous jacents peuvent être résumés de la façon suivante selon le secteur d'appartenance de ce personnel.

1. **Secteur privé :** la réforme a favorisé le développement de ce secteur à but lucratif mais son extension est limitée du fait de la faible capacité de payer des usagers. Les individus les plus audacieux et entrepreneurs s'engagent volontiers dans ce secteur où ils peuvent espérer obtenir une meilleure rémunération, un meilleur environnement de travail et plus de flexibilité. Les personnels de ce secteur sont surtout des soignants et ils ne sont pas concernés par les mesures qui touchent leurs collègues du public. On peut considérer que la réforme a favorisé l'émergence de ce secteur mais qu'elle

n'a pas eu d'effets directs sur les conditions de travail du personnel qui y œuvre.

2. **Secteur parapublic (Armées, INPS, Gendarmerie, municipalités) :** le personnel de ce secteur bénéficie d'un statut enviable (sécurité d'emploi, niveau de rémunération), d'un relativement bon environnement technique et d'une charge de travail raisonnable ou modeste. Ce personnel n'a pas été touché directement par la réforme du système de santé. Seuls ceux appartenant à l'INSP pourraient voir leur statut et leurs conditions modifiées car le rôle de cette institution est en cours de révision.

3. **Secteur public :** la réforme a eu des effets majeurs sur les conditions de travail du personnel de ce secteur.
 - L'adoption d'un cadre de programmation plus rigoureux, la meilleure spécification des rôles et des responsabilités des acteurs aux différents échelons du système ont entraîné une augmentation de la charge de travail.
 - L'environnement de travail s'est amélioré mais pas suffisamment aux yeux des professionnels les plus qualifiés dont l'écart avec leurs confrères des pays mieux nantis se creuse.
 - Les contraintes macro-économiques ont limité la progression des salaires.
 - Le développement du secteur privé rend plus flagrant l'écart des conditions de travail entre le personnel de ce secteur et de celui qui travaille dans le public, au détriment de ce dernier.

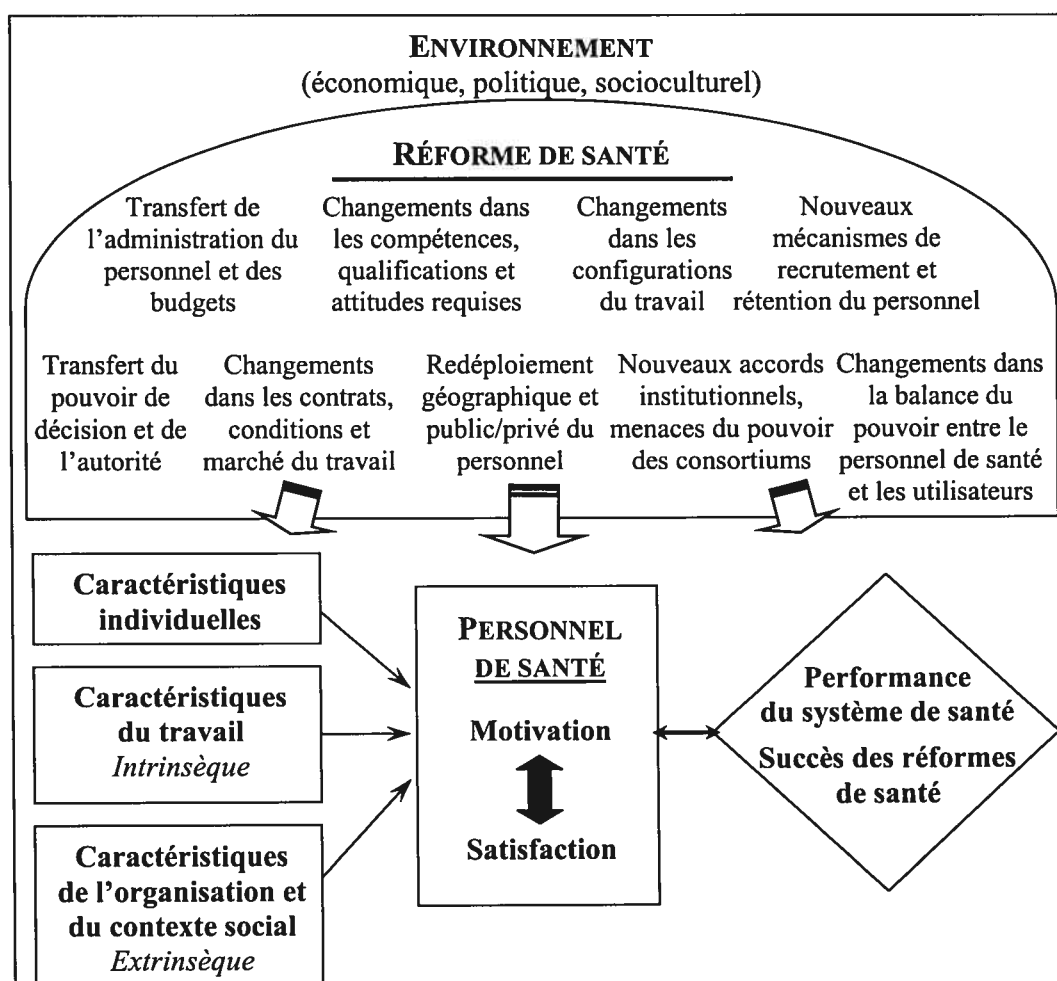
4. **Secteur communautaire :** il s'agit d'une des réalisations les plus importantes de la réforme qui, à toutes fins pratiques, a abouti à créer une nouvelle catégorie de personnel. L'État s'est départi de la responsabilité directe de la prestation de services de santé de première ligne. Elle a été confiée à des organisations communautaires locales (ASACO) qui sont responsables et qui gèrent des centres de santé (CSCOM). À ce titre, elles engagent directement du personnel de santé dont les conditions d'emploi et les niveaux de rémunération sont moins attractifs que dans le secteur public.

Le personnel de ce secteur a parfois un niveau de qualification moindre et bien que l'obtention d'un salaire régulier demeure un privilège au Mali, la plupart d'entre eux aspirent à rejoindre le secteur public.

À la lumière de cette revue de la littérature, la présente étude contribuera à appliquer au secteur de la santé d'un pays en développement les connaissances et les cadres conceptuels largement étudiés dans les pays industrialisés concernant la satisfaction du personnel dans un environnement de travail en changement.

CHAPITRE 4 : CADRE CONCEPTUEL ET HYPOTHÈSES D'ÉTUDE

CADRE CONCEPTUEL



Le cadre conceptuel de cette recherche met en relation quatre modèles théoriques proposés par la littérature.

1. La première relation met en liens positivement les concepts de la motivation et la satisfaction des travailleurs de santé avec le succès des réformes et la performance du système de santé (Dussault, 2001; Rigoli & Dussault, 2003; Codjia & Ouoba, 2003);
2. En plus d'être influencées par les résultats des réformes et la performance système sanitaire, la motivation et la satisfaction au travail le sont aussi par plusieurs autres facteurs. Nous avons retenu le modèle d'Herzberg pour les classer en trois groupes, soit les caractéristiques individuelles, les caractéristiques du travail ainsi que les caractéristiques organisationnelles et sociales;

3. Par ses divers impacts sur la main d'œuvre (Rigoli & Dussault, 2003), les réformes de santé chapeautent les relations précédentes. Elles influencent les déterminants de la motivation et de la satisfaction au travail ainsi que le succès de la réalisation de la réforme et du système de santé;
4. Enfin, le type d'interaction entre les trois concepts précédents dépend fortement du contexte (Franco & al., 2002; Franco & al., 2004). La majorité des études sur le sujet de la satisfaction et de la motivation au travail précise la faible capacité de généralisation des résultats. L'environnement politique, économique et socioculturel définirait ainsi le cadre dans lequel chacun des trois concepts interagissent.

L'objectif général de cette étude est d'examiner les liens entre certaines composantes de la réforme du système sanitaire sur la satisfaction du personnel de santé. Plus spécifiquement, il s'agira :

1. d'établir des instruments de mesure de la satisfaction du personnel de santé;
2. de mesurer la satisfaction du personnel dans les différents secteurs du système de santé (communautaire, public, parapublic, privé);
3. de comparer les différentes dimensions de la satisfaction du personnel de santé selon qu'il ait été concerné ou non par la réforme.

HYPOTHÈSES D'ÉTUDE

Dans le cadre de cette étude, nous tenterons de vérifier les propositions suivantes :

1. Le personnel de santé au Mali concerné par la réforme du système est moins satisfait au travail que celui qui ne l'est pas;
2. La satisfaction au travail est également liée à certaines caractéristiques individuelles du personnel de santé (âge, genre, profession, expérience) ainsi qu'aux caractéristiques de l'organisation et au contexte social.

CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE

MÉTHODOLOGIE

Cette recherche est basée sur l'exploitation secondaire des données recueillies lors de l'enquête de l'étude de Fournier & al. (2002). Certaines parties méthodologiques ont donc été développées dans le cadre de l'étude primaire (en particulier l'échantillonnage).

Cette section vise à présenter la stratégie de recherche, la population à l'étude, l'échantillonnage, la définition opérationnelle des variables et les caractéristiques de l'échantillon.

5-1 Stratégie de recherche

La première phase de la présente recherche est dite de développement. En effet, le premier objectif de l'étude est de développer, à partir des données de l'enquête, des instruments de mesure de la satisfaction du personnel des régions de Kayes et Ségou.

La seconde phase de la recherche consiste à mesurer la satisfaction du personnel dans les différents secteurs du système de santé (communautaire, public, parapublic et privé) et à comparer les différentes dimensions de la satisfaction du personnel selon qu'il ait été concerné ou non par la réforme.

Pour répondre au troisième objectif, le devis utilisé est de type quasi-expérimental invoqué ex-post:

$$\begin{bmatrix} X & O_1 \\ & O_2 \end{bmatrix}$$

- L'intervention (X), à laquelle est sujet le groupe O_1 , est la réforme du système de santé malien.
- O_1 est la satisfaction au travail du personnel des établissements de santé concerné par la réforme, c'est-à-dire les employés du secteur communautaire et public.
- O_2 est la satisfaction au travail du personnel des établissements de santé non concerné par la réforme, c'est-à-dire les employés du secteur parapublic et privé.

Ce type de devis ne comporte pas de mesures « avant », il ne sera donc pas possible d'établir une relation causale entre la réforme du système de santé et la satisfaction du personnel. Les associations observées seront discutées à la lumière de nos connaissances du contexte et de la littérature et elles permettront d'établir des pistes de recherche et de formuler des recommandations.

5-2 Population à l'étude

Cette recherche porte sur les personnes travaillant dans une formation sanitaire (communautaire, publique, parapublique, privée) des régions de Kayes ou Ségou au Mali. Il s'agit de personnel soignant (médecin, infirmier, sage femme...) et de personnel non soignant (administrateur, gérant, magasinier...). Il n'y a aucun facteur d'exclusion.

5-3 Échantillon

Le personnel de santé participant à l'étude provient de sites et d'établissements de santé sélectionnés par choix raisonné par les auteurs de l'étude primaire. Les limites de temps et d'accessibilité ont influencé leurs choix (Fournier & al., 2002). L'échantillon non probabiliste provenant de l'étude primaire comprend un certain nombre de formations sanitaires. Ce choix raisonné visait à assurer la présence de différents types d'établissements et de contextes. Comme le processus de sélection n'est pas probabiliste, les sites choisis et l'échantillon ne sont pas considérés comme représentatifs de l'ensemble des travailleurs des deux régions à l'étude. Il y a donc un pouvoir limité de généralisation (Contandriopoulos & al., 1990).

Pour la région de Kayes, les sites sont :

- Kayes ville (capitale régionale);
- chef lieu de cercle de Kita ;
- commune rurale de Djidjan dans le cercle de Kita.

Les sites de la région de Ségou sont :

- Ségou ville (capitale régionale);
- chef lieu de cercle de Niono;
- commune rurale de Toridaga dans le cercle de Niono;
- chef lieu de cercle de Barouéli;
- commune rurale de Tamani dans le cercle de Barouéli.

Tout le personnel oeuvrant dans les formations sanitaires sélectionnées était éligible pour cette étude. L'échantillon (n) représente 59% des personnes éligibles. Toutes les personnes présentes au moment de l'enquête ont été incluses dans l'échantillon (la durée de l'enquête dans les établissements a été d'environ une journée pour les plus petits d'entre eux et de 3 à 4 jours dans les plus importants). Le taux d'absentéisme n'est pas inhabituel, les raisons en sont multiples : maladie, déplacements administratifs et pour formation, obligations familiales et sociales). Un questionnaire sur la satisfaction au travail a été administré à 165 travailleurs dans la région de Kayes et 168 dans la région de Ségou. Les répondants proviennent de 32 formations sanitaires dont 12 communautaires, 7 publiques, 7 parapubliques et 6 privées.

Les tableaux 3 et 4 présentent les établissements de santé enquêtés selon leur niveau dans la pyramide sanitaire ainsi que le nombre de travailleurs et de formations sanitaires de l'échantillon selon le site et la région.

Tableau 3 : Formations sanitaires de l'échantillon.

	Régions	
	Kayes	Ségou
Capitales régionales	Tous les établissements de santé (10) de la capitale régionale (Kayes).	Tous les établissements de santé (9) de la capitale régionale (Ségou).
Chefs lieux	Tous les établissements (6) d'un des 6 chefs lieux (Kita).	Tous les établissements (4) de 2 des 6 chefs lieux (Niono et Barouéli).
Communes rurales	Le seul établissement d'une des 129 communes rurales (Djidian).	Tous les établissements (2) de 2 des 120 communes rurales (Toridaga et Tamani).

Tableau 4 : Nombre d'établissements de santé participant à l'enquête et effectif des personnes enquêtées dans les régions de Kayes et Ségou.

Régions	Sites	Établissements et personnel de santé concernés par la réforme		Établissements et personnel de santé non concernés par la réforme		Total
		Communautaire	Public	Parapublic	Privé	
Kayes	Kayes	2*(10)**	2(74)	4(22)	2(4)	10(110)
	Kita	1(6)	1(25)	1(6)	3(12)	6(49)
	Djidian	1(6)				1(6)
Ségou	Ségou	4(12)	2(80)	2(23)	1(2)	9(117)
	Niono	2(3)	1(25)			3(28)
	Toridaga	1(3)				1(3)
	Barouéli		1(17)			1(17)
	Tamani	1(3)				1(3)
Total		12(43)	7(221)	7(51)	6(18)	32(333)

*Représente le nombre d'établissements de santé ayant participé à l'enquête.

** Représente le nombre de personnes enquêtées.

5-4 Définition opérationnelle des variables¹

Variables dépendantes :

Dans le cadre de la première phase de cette recherche, des échelles mesurant la satisfaction du personnel de santé seront élaborées à l'aide du questionnaire de l'enquête (annexe 2). La partie du questionnaire relatif à la satisfaction comprend 15 questions à réponses polytomiques (échelle Likert) qui correspondent à autant d'items mesurant la satisfaction (annexe 2, *partie 2, section 1*). Ces items avaient été regroupés en 4 dimensions qui correspondaient à un construit élaboré par les responsables de l'enquête initiale. Les dimensions de la satisfaction sont :

1. La formation (4 items)
2. L'organisation du travail (5 items)
3. Les outils de travail (3 items)
4. Le salaire et les avantages (4 items)

¹ Pour opérationnaliser certaines variables, il a été nécessaire de construire des échelles, cette étape constituant un résultat, il sera présenté au chapitre 6.

L'opérationnalisation finale des variables de l'étude se retrouve à l'annexe 3.

L'analyse factorielle permettra de valider le construit existant, de ne retenir pour chaque dimension que les items pertinents et de créer au besoin de nouvelles dimensions. Les variables ayant un taux de réponse inférieur à 70% seront retirées.

Variables indépendantes :

► Réforme

La variable indépendante d'intérêt est la réforme du système de santé. Elle comporte deux modalités selon que le personnel de santé œuvre dans des milieux où les conditions de travail ont été affectées ou non par la réforme. Ces modalités s'opérationnalisent selon les secteurs :

- Secteurs où les conditions de travail ont été modifiées par la réforme :
 - Communautaire
 - Public
- Secteurs où les conditions de travail n'ont pas été affectées par la réforme :
 - Parapublic
 - Privé

► Caractéristiques individuelles

Selon le cadre conceptuel de cette étude, les caractéristiques individuelles du personnel de santé constituent un premier bloc de variables indépendantes. La première partie du questionnaire (annexe 2) rassemble les caractéristiques personnelles suivantes (ayant un taux de réponse suffisant) :

- Âge
- Genre
- Profession
- Expérience
 - Ancienneté dans la profession
 - Ancienneté dans le poste
 - Ancienneté dans le centre de santé

► *Caractéristiques de l'organisation et du contexte*

Les premières variables indépendantes concernant le contexte sont :

- La région (Kayes/Ségou)
- Le milieu (Rural/Urbain)

De plus, plusieurs variables de l'organisation et du contexte social sont présentes dans le questionnaire (annexe 2, *partie 2, section 2 et 3*). Elles subiront le même traitement statistique que les variables dépendantes. Des échelles de l'appréciation du contexte seront alors élaborées en se basant sur ces 52 items de l'enquête qui ont été regroupés dans les deux dimensions suivantes:

1. Appréciation du centre de santé (10 items)
2. L'évolution du centre de santé et plus précisément :
 - le personnel (6 items)
 - les bâtiments (2 items)
 - le matériel (5 items)
 - les médicaments (6 items)
 - l'accessibilité (2 items)
 - les soins curatifs (7 items)
 - les soins préventifs (8 items)
 - la gestion du centre (3 items)
 - les finances (3 items)

Comme pour les variables dépendantes, l'analyse factorielle permettra de valider les construits existants, de ne retenir pour chaque dimension que les items pertinents ainsi que de créer au besoin de nouvelles dimensions. Les variables ayant un taux de réponse inférieur à 70% seront également retirées.

5-5 Présentation de l'échantillon

La section suivante permettra de dresser le profil des 333 répondants. Les caractéristiques principales de l'échantillon sont présentées dans le tableau 5 et concernent la distribution des enquêtés selon l'âge, le genre, la profession ainsi que l'expérience. Ces données ont été recueillies dans la première partie du questionnaire (annexe 2).

Tableau 5 : Caractéristiques de l'échantillon.

Caractéristiques			Personnel de santé concerné par la réforme <i>Communautaire Public</i>	Personnel de santé non concerné par la réforme <i>Parapublic Privé</i>	Total
Age*		Effectif	250	61	311
		Moyenne	40.42	37.59	39.87
		Écart-type	8.392	8.597	8.494
Genre	Femme	Effectif	140	31	171
	Homme	Effectif	120	34	154
	Total	Effectif	260	65	325
Catégorie de profession*	Personnel non soignant (ex :comptable, gérant)	Effectif	37	3	40
	Personnel soignant (médecin, pharmacien, dentiste)	Effectif	28	8	36
	Personnel soignant « intermédiaire » (technicien de santé, infirmier, sage femme)	Effectif	117	42	159
	Personnel soignant autre (matrone, aide soignant)	Effectif	70	14	84
	Total	Effectif	252	67	319
Expérience	Ancienneté dans la profession (en année)	Effectif	248	66	314
		Moyenne	15.28	13.38	14.88
		Écart-type	9.595	8.525	9.399
	Ancienneté dans le poste (en année)	Effectif	225	64	289
		Moyenne	8.25	8.63	8.33
		Écart-type	7.057	7.130	7.063
	Ancienneté dans le centre de santé (en année)	Effectif	208	61	269
		Moyenne	9.56	8.77	9.38
		Écart-type	7.926	7.875	7.907

* $p \leq 0,05$

(Khi-deux de Pearson pour les variables catégorielles; ANOVA pour les variables continues)

La moyenne d'âge du personnel enquêté dans les régions de Kayes et de Ségou est de 40 ans. Plus de femmes que d'hommes ont participé à l'étude et le groupe professionnel le plus important est celui du personnel soignant « intermédiaire » (technicien de santé, infirmier, sage femme). Enfin, les moyennes d'années d'ancienneté dans la profession, le poste et le centre de santé de notre échantillon sont respectivement de 15, 8 et 9 ans.

Par ailleurs, le personnel de santé concerné par la réforme présente des caractéristiques particulières. En effet, ce groupe est légèrement plus âgé que le personnel non concerné par la réforme et comporte une proportion plus élevée de femmes (54%). Toutefois, il n'y a aucune différence significative selon le genre. Enfin, on note dans ce groupe un plus grand nombre de personnel non soignant.

CHAPITRE 6 : RÉSULTATS

RÉSULTATS

La saisie et le traitement statistique des données recueillies par l'enquête ont été faits avec le logiciel SPSS (1989-2002). La section suivante présente les résultats obtenus suite à l'élaboration des échelles de mesure, des analyses bivariées et des analyses multivariées.

6-1 Élaboration des échelles de mesure

La première étape du travail statistique consiste à l'élaboration des échelles mesurant la satisfaction (variables dépendantes) et des échelles mesurant l'appréciation de l'organisation et du contexte social (variables indépendantes).

Avant d'effectuer les analyses factorielles, 35 variables sur 68 ont été retirées du questionnaire puisqu'elles avaient un taux de réponse insuffisant (inférieur à 70%) (annexe 2).

6-1-1 Variables dépendantes

Les items concernant la satisfaction du personnel de santé ont subi une transformation logarithmique puisque la majorité d'entre eux présentait des distributions asymétriques (la transformation logarithmique a permis d'obtenir des distributions plus symétriques).

Le tableau 6 présente les résultats des analyses factorielles¹ visant à élaborer les échelles de la satisfaction au travail du personnel de santé.

¹ La méthode de rotation utilisée pour les analyses factorielles est de type OBLIMIN.

Tableau 6 : Échelles mesurant la satisfaction au travail du personnel de santé au Mali.

<i>Nouvelles dimensions</i>		Composante			
		1	2	3	4
Rétribution	Les primes que je reçois.	-0.890	-0.110	-0.067	-0.381
	Le salaire que je reçois.	-0.876	-0.081	-0.165	-0.350
	Mes possibilités d'avancement.	-0.777	-0.185	-0.155	-0.268
Supervision	La manière dont mon travail est supervisé.	0.143	0.917	0.143	0.080
	La fréquence à laquelle mon travail est supervisé.	0.049	0.904	0.120	0.015
	Les informations que l'on me donne sur les résultats de l'activité du centre.	0.249	0.561	0.358	0.358
Organisation du travail	Mes horaires de travail.	-0.050	0.140	0.863	0.076
	Ma charge de travail.	0.416	0.209	0.744	0.153
Outils de travail	Le matériel médical dont je dispose pour mon travail.	0.274	0.124	0.142	0.895
	Les documents auxquels j'ai accès pour travailler.	0.388	0.052	0.052	0.819

L'analyse factorielle a confirmé l'existence de 4 dimensions mais elle a redéfini le contenu de certaines d'entre elles. Cela s'explique en premier lieu par le retrait de quatre items à cause du nombre insuffisant de réponses et par celui des variables «relations de travail avec les collègues» et «formation initiale reçue» dont les distributions présentaient peu de variabilité (plus de 80% des répondants étaient plutôt ou très satisfaits).

Finalement, les quatre dimensions du construit initial se sont avérées valides après les modifications suivantes :

- Satisfaction concernant la rétribution :
 - Cette dimension comporte les mêmes items que ceux retenus lors du construit initial (salaire, avantages et possibilités d'avancement). Seul l'item « les avantages en nature dont je bénéficie » a été retiré à cause du nombre insuffisant de réponse. Ce retrait justifie le changement du nom de la dimension.
- Satisfaction concernant la supervision :
 - La dimension supervision a été créée à partir de la dimension initiale « satisfaction concernant ma formation ». Deux items

concernant la formation ont été retirés de cette dimension à cause du nombre insuffisant de réponses de l'un et de la faible variabilité de l'autre. À ce stade, cette dimension comprenait alors seulement les items concernant la manière et la fréquence de supervision.

- Suite à l'analyse factorielle, l'item « les informations que l'on me donne sur les résultats de l'activité du centre » s'est avéré être lié aux variables concernant la manière et la fréquence de supervision. Comme cet item concerne le « feedback » à l'employé, nous avons dénommé cette nouvelle dimension « supervision ».
- Satisfaction concernant l'organisation du travail :
 - Cette dimension est sensiblement la même que celle élaborée lors de l'enquête initiale. Seuls trois items ont été retirés à cause du nombre insuffisant de réponses (« mon implication dans la gestion du centre »), du manque de variabilité des réponses (« mes relations de travail avec mes collègues ») et du fait de la liaison de la variable « les informations que l'on me donne sur les résultats de l'activité du centre » avec les items concernant la supervision.
- Satisfaction concernant les outils de travail :
 - Cette dimension est la même que celle élaborée lors de l'enquête initiale. Seul l'item « les produits médicaux que j'ai à ma disposition pour travailler » a été retiré à cause du nombre insuffisant de réponses.

Le tableau suivant présente la variance totale expliquée, l'alpha de Cronbach et les coefficients de corrélation de chacune des échelles de satisfaction de l'étude.

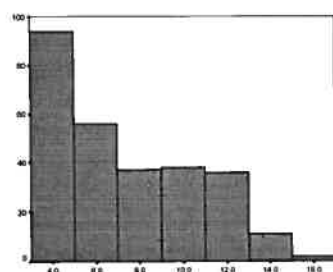
Tableau 7 : Variance totale expliquée, alpha de Cronbach et coefficients de corrélation des échelles de satisfaction.

	Rétribution	Supervision	Organisation du travail	Outils de travail
R^2 du facteur	31.10%	18.74%	11.75%	10.77%
R^2 cumulé	31.10%	49.84%	61.59%	72.36%
α de Cronbach	0.81	0.76		
Corrélation de Pearson			0.43	0.55

Les quatre dimensions de la satisfaction expliquent 72% de la variation. De plus, la mesure de consistance interne (alpha de Cronbach) de la rétribution et la supervision est supérieure à 0,60. Cela témoigne de la fiabilité de la cohérence interne entre les items de ces échelles (Bennett & al., 2001).

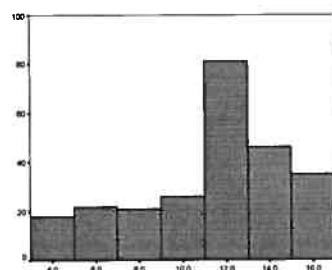
Dans la perspective d'utiliser ces échelles de mesure dans des analyses multivariées, la distribution des réponses a été étudiée (figure 1, 2, 3, 4).

Figure 1 : Histogramme de l'échelle rétribution.



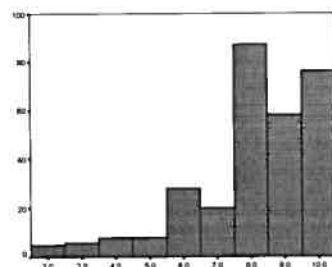
4 = très insatisfait; 16 = très satisfait

Figure 2 : Histogramme de l'échelle supervision.



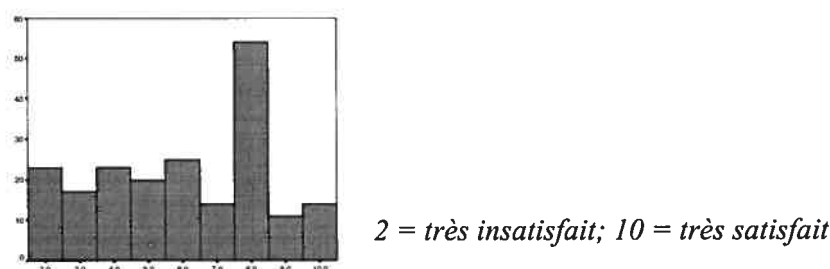
4 = très insatisfait; 16 = très satisfait

Figure 3 : Histogramme de l'échelle organisation du travail.



2 = très insatisfait; 10 = très satisfait

Figure 4 : Histogramme de l'échelle outils de travail.



Comme on peut le constater, aucune de ces distributions ne se rapproche de la normalité. Les modalités de ces quatre variables ont alors été dichotomisées. Afin de déterminer le seuil de dichotomisation, les échelles de chacune des dimensions ont été uniformisées (de 1 à 5) en les divisant par le nombre d'items. La valeur seuil de dichotomisation est de 3,999 et les catégories finales sont :

- Insatisfait et indifférent;
- Satisfait.

La définition opérationnelle des variables dépendantes est présentée en annexe 3.

6-1-2 Variables indépendantes

Comme mentionné précédemment, certaines variables de l'organisation et du contexte sont issues de l'élaboration d'échelles sur l'appréciation et l'évolution du centre de santé (voir p.56). Comme cette dernière dimension comporte 42 items (2^{ème} partie du questionnaire, section 3), elle a été séparée en deux catégories : les variables concernant l'organisation (13 items) et les variables concernant les services (29 items).

Le tableau 8 présente les résultats des analyses factorielles visant à élaborer les échelles mesurant la perception du personnel de santé concernant les caractéristiques de l'organisation et du contexte social.

Tableau 8 : Échelles mesurant la perception des répondants concernant les caractéristiques de l'organisation et du contexte social.

<i>Nouvelles dimensions</i>		Composante	
		1	2
Organisation du centre de santé	L'entretien et la maintenance du matériel.	.795	.337
	L'entretien du centre de santé.	.763	.448
	La répartition des tâches entre le personnel.	.736	.232
	Les services curatifs offerts dans le centre.	.580	.089
Lieu de travail	La dimension des bâtiments.	.196	.895
	L'état des bâtiments.	.465	.816
Évolution du centre de santé	L'état du matériel médical.	.857	.369
	La disponibilité du matériel dans le centre.	.821	.312
	L'entretien et la maintenance du matériel.	.817	.443
	L'entretien des bâtiments.	.805	.409
	L'état du centre de santé.	.751	.272
Évolution des ressources humaines	Le nombre de personnel présent dans le centre.	.171	.812
	La motivation du personnel dans son travail.	.515	.697
	La compétence du personnel.	.546	.669
	Les conditions de travail du personnel.	.559	.654
Évolution des services curatifs offerts à la population	L'accès des malades aux médicaments essentiels.	.896	.252
	La disponibilité des médicaments dans le centre.	.884	.213
	L'utilisation des services curatifs par la population.	.703	.538
Évolution de l'organisation des services curatifs	Les heures d'ouverture du centre.	.399	.806
	Le système de garde.	.036	.788
	Le temps d'attente en consultation curative.	.442	.715

Deuxième partie du questionnaire, section 2

Deuxième partie du questionnaire, section 3

Tout comme pour la variable dépendante, l'analyse factorielle a redéfini certaines dimensions proposées par l'étude initiale. Cela s'explique en premier lieu par le retrait de 31 items dû au nombre insuffisant de réponses.

En second lieu, certaines variables sont corrélées avec des items d'autres dimensions. Les nouveaux regroupements sont les suivants :

Section concernant le centre de santé

Quatre items ont été retirés de la dimension concernant le centre de santé à cause du nombre insuffisant de réponses (annexe 2, *partie 2, section2*). Suite à l'analyse factorielle, cette dimension a été scindée en deux:

- l'organisation du centre de santé
 - Comporte les items de l'entretien et la maintenance du matériel, l'entretien du centre de santé, les services curatifs offerts ainsi que de la répartition des tâches.
- le lieu de travail
 - Comporte les items de la dimension et l'état des bâtiments.

Section concernant l'évolution du centre de santé :

Pour la section concernant l'évolution du centre de santé, élaborée par les responsables de l'enquête initiale, 27 variables ont été retirées à cause du nombre insuffisant de réponses (annexe 2, *partie 2, section3*).

Première catégorie : variables concernant l'organisation du centre de santé.

- Centre de santé
 - Cette nouvelle dimension combine les deux sous-dimensions initiales suivantes : «amélioration concernant les bâtiments » et « amélioration concernant le matériel ».
- Ressources humaines
 - Cette échelle a été retirée puisqu'il y a de fortes chances que les répondants aient exprimé leur propre satisfaction plutôt que leur perception de l'évolution de la satisfaction globale du personnel du centre de santé.

Deuxième catégorie : variables concernant les services.

- Services curatifs offerts à la population :
 - Cette dimension comprend les items de la dimension initiale « amélioration concernant les médicaments » ayant un taux de réponse suffisant.

- Suite à l'analyse factorielle, un item s'est lié à ce groupe, soit celui concernant « l'utilisation des services curatifs par la population ». Le nom de cette nouvelle dimension est justifiable par le fait que tous les items de ce groupe concernent l'offre de services curatifs.
- Organisation des services curatifs :
 - Quatre items ont été retirés de la dimension initiale à cause du nombre insuffisant de réponse et deux se sont liés à une autre dimension. Toutes les variables restantes dans cette dimension concernent le niveau organisationnel des services curatifs.

Le tableau 9 présente la variance totale expliquée, l'alpha de Cronbach et les coefficients de corrélation de chacune des échelles de l'organisation et du contexte social.

Tableau 9 : Variance totale expliquée et coefficients de corrélation des échelles de l'organisation et du contexte social.

	Appréciation de la situation actuelle		Appréciation de l'évolution au cours des 3 dernières années		
	Organisation du centre de santé	Lieu de travail	Évolution du centre de santé	Offre de services curatifs	Organisation des services curatifs
R ² du facteur	44.45%	16.83%	12.17%	48.08%	20.33%
R ² cumulé	44.45%	61.29%	12.17%	48.08%	68.41%
α de Cronbach	0.69		0.86	0.78	0.60
Corrélation de Pearson		0.55			

Les échelles mesurant l'appréciation du personnel de santé vis-à-vis l'organisation et le contexte social sont fiables. En effet, la mesure de Cronbach de quatre des cinq échelles est supérieure ou égal à 0,60 (Bennett & al., 2001).

La définition opérationnelle de toutes les variables indépendantes est présentée en annexe 3.

6-2 Analyses bivariées

Les résultats des analyses bivariées (tableaux 10, 11, 12) présentent la satisfaction du personnel de santé enquêté, en fonction de la variable « réforme », des caractéristiques individuelles et des caractéristiques de l'organisation et du contexte social.

Tableau 10 : Satisfaction et réforme.

Variable indépendante			Rémunération		Supervision		Organisation du travail		Outils de travail	
			Insatisfait	Satisfait	Insatisfait	Satisfait	Insatisfait	Satisfait	Insatisfait	Satisfait
Réforme	Personnel concerné	Effectif	195	27	91	110	65	174	98	52
		%	87.83	12.16	45.27	54.72	27.19	72.80	65.33	34.66
	Personnel non concerné	Effectif	35	17	12	36	10	47	24	27
		%	67.30	32.69	25.00	75.00	17.54	82.45	47.05	52.94
Total		Effectif	230	44	103	146	75	221	122	79
		%	83.94	16.05	41.36	58.63	25.33	74.66	60.69	39.30

$p \leq 0,05$

Le personnel de santé est très peu satisfait de sa rémunération (16%), plutôt satisfait de la supervision (57%) et des outils de travail (39%) et très satisfait de l'organisation du travail (75%). Selon que le personnel de santé a été concerné ou non par la réforme, des différences significatives s'observent pour la rémunération, la supervision et les outils de travail. Dans tous les cas, le personnel qui œuvre dans les secteurs dont la réforme n'a pas directement affecté leur condition de travail est plus satisfait que celui des autres secteurs.

Tableau 11 : Satisfaction et caractéristiques individuelles.

Variables indépendantes individuelles			Réttribution		Supervision		Organisation du travail		Outils de travail	
			Insatisfait	Satisfait	Insatisfait	Satisfait	Insatisfait	Satisfait	Insatisfait	Satisfait
Âge	Effectif		216	41	99	134	73	206	113	72
	Moyenne		40.29	40.00	39.84	39.81	39.02	40.18	40.21	38.52
	Écart-type		8.56	8.96	7.51	9.20	8.24	8.41	8.30	9.49
Genre	Homme	Effectif	111	18	52	59	41	95	61	33
		%	86.04	13.95	46.84	53.15	30.14	69.85	64.89	35.10
	Femme	Effectif	113	24	49	83	32	120	59	42
		%	82.48	17.51	37.12	62.87	21.05	78.94	58.41	41.58
	Total	Effectif	224	42	101	142	73	215	120	75
		%	84.21	15.78	41.56	58.43	25.34	74.65	61.53	38.46
Catégorie de profession	Non soignant	Effectif	20	8	13	19	10	24	2	4
		%	71.42	28.57	40.62	59.37	29.41	70.58	33.33	66.66
	Soignant (médecin...)	Effectif	27	4	16	7	14	20	24	8
		%	87.09	12.90	69.56	30.43	41.17	58.82	75.00	25.00
	Soignant intermédiaire (infirmier...)	Effectif	113	22	46	73	33	109	64	48
		%	83.70	16.29	38.65	61.34	23.23	76.76	57.14	42.85
	Soignant autre (matrone...)	Effectif	60	9	25	43	13	61	27	17
		%	86.95	13.04	36.76	63.23	17.56	82.43	61.36	38.63
Ancienneté dans la profession	Total	Effectif	220	43	100	142	70	214	117	77
		%	83.65	16.35	41.32	58.67	24.64	75.35	60.30	39.69
Ancienneté dans le poste	Effectif		221	44	99	139	72	211	115	76
	Moyenne		15.30	14.47	14.28	15.30	12.86	15.51	15.33	13.80
	Écart-type		9.52	9.43	8.88	9.80	9.33	9.37	9.50	9.42
Ancienneté dans le centre de santé	Effectif		202	38	93	127	65	194	102	73
	Moyenne		8.68	7.47	8.84	7.24	6.95	8.57	8.14	6.79
	Écart-type		7.11	6.71	6.99	6.31	6.13	7.17	6.94	6.05
Ancienneté dans le centre de santé	Effectif		196	33	87	120	62	181	101	64
	Moyenne		10.17	8.15	9.54	9.04	8.38	9.63	9.23	8.26
	Écart-type		7.94	8.46	8.07	8.05	7.63	8.09	8.05	8.35

$p \leq 0,05$

Seulement deux caractéristiques individuelles sont associées significativement aux différentes dimensions de la satisfaction : la satisfaction en ce qui a trait à la supervision et la catégorie professionnelle ainsi que la satisfaction vis-à-vis l'organisation du travail et l'ancienneté dans la profession.

Tableau 12 : Satisfaction et caractéristiques de l'organisation et du contexte.

Variables indépendantes de l'organisation et du contexte social			Rémunération		Supervision		Organisation du travail		Outils de travail	
			Insatisfait Indifférent	Satisfait	Insatisfait Indifférent	Satisfait	Insatisfait Indifférent	Satisfait	Insatisfait Indifférent	Satisfait
Région	Kayes	Effectif	106	26	52	74	44	104	52	43
		%	80.30	19.70	41.27	58.73	29.73	70.27	54.74	45.26
	Ségou	Effectif	124	18	51	72	31	117	70	36
		%	87.32	12.68	41.46	58.54	20.95	79.05	66.04	33.96
	Total	Effectif	230	44	103	146	75	221	122	79
		%	83.94	16.06	41.37	58.64	25.34	74.66	60.70	39.30
Milieu	Urbain	Effectif	157	24	69	97	46	153	86	49
		%	86.74	13.26	41.57	58.43	23.12	76.88	63.70	36.30
	Rural	Effectif	73	20	34	49	29	68	36	30
		%	78.49	21.51	40.96	59.04	29.90	70.10	54.54	45.45
	Total	Effectif	230	44	103	146	75	221	122	79
		%	83.94	16.06	41.37	58.63	25.34	74.66	60.70	39.30
Organisation du centre de santé	Appréciation négative/ Indifférent	Effectif	120	13	66	45	47	89	71	26
		%	90.23	9.77	59.46	40.54	34.56	65.44	73.20	26.80
	Appréciation positive	Effectif	78	26	26	74	15	101	39	44
		%	75.00	25.00	26.00	74.00	12.93	87.07	47.00	53.01
	Total	Effectif	198	39	92	119	62	190	110	70
		%	83.54	16.46	43.60	56.40	24.60	75.40	61.11	38.89
Lieu de travail	2 = appréciation négative 10 = appréciation positive	Effectif	202	31	92	116	64	184	111	64
		Moyenne	6.26	7.10	6.55	6.38	6.00	6.63	5.87	7.00
		Écart-type	2.41	2.45	2.48	2.44	2.60	2.41	2.36	2.34
Évolution du centre de santé 5 = très détériorée 25 = très améliorée		Effectif	201	39	95	121	64	194	108	71
		Moyenne	15.04	18.72	14.78	16.65	15.27	16.22	14.67	17.87
		Écart-type	4.54	3.72	4.65	4.48	5.50	4.43	4.97	3.81
Évolution des services curatifs offerts à la population	Détériorée Maintenue	Effectif	81	7	45	33	21	71	50	20
		%	92.04	7.96	57.69	42.31	22.83	77.17	71.43	28.57
	Améliorée	Effectif	107	27	42	82	39	108	50	43
		%	79.85	20.15	33.87	66.13	26.53	73.47	53.76	46.24
	Total	Effectif	188	34	87	115	60	179	100	63
		%	84.69	15.32	43.07	56.93	25.11	74.89	61.35	38.65
Évolution de l'organisation des services curatifs	Détériorée Maintenue	Effectif	106	12	59	47	35	85	57	27
		%	89.83	10.17	55.66	44.34	29.17	70.83	67.86	32.14
	Améliorée	Effectif	90	26	35	74	27	107	48	43
		%	77.59	22.41	32.11	67.89	20.15	79.85	52.75	47.25
	Total	Effectif	196	38	94	121	62	192	105	70
		%	83.76	16.24	43.72	56.28	24.41	75.59	60.00	40.00

 $p \leq 0,05$

Plusieurs variables de l'organisation et du contexte sont associées significativement à différentes dimensions de la satisfaction. L'appréciation de l'organisation du centre de santé est corrélée positivement aux quatre dimensions de la satisfaction. Cette association va dans le sens attendu : le personnel qui

porte un jugement favorable sur l'organisation du centre est plus satisfait de ses conditions de rémunération et de travail. Par ailleurs, le personnel qui apprécie positivement l'évolution du centre de santé, de l'offre de services curatifs et de l'organisation des services curatifs est plus satisfait de sa rétribution, de sa supervision et de ses outils de travail. Enfin, une évaluation positive du lieu de travail affecte positivement la satisfaction envers les outils de travail.

6-3 Analyses multivariées

Les analyses multivariées ont été faites en quatre étapes. À chacune d'elles, différents blocs de variables ont été introduits en conformité avec le modèle conceptuel. Cette procédure a été réalisée pour chaque variable dépendante.

1. Les premiers modèles prennent en compte uniquement une dimension de la satisfaction et la variable « réforme ».
2. Le second modèle ajoute les caractéristiques individuelles en conservant les variables qui ont été significatives antérieurement.
3. Le troisième ajoute les premières variables de contexte (région et milieu) en conservant les variables qui ont été significatives antérieurement.
4. Le dernier modèle ajoute aux variables significatives antérieures, les autres des variables de contexte (lieu de travail, centre de santé, organisation du centre de santé, services curatifs et organisation des services curatifs).

Les variables indépendantes d'ancienneté dans le poste et dans le centre de santé sont fortement corrélées (0.664). L'une d'elles a alors été retirée des analyses, soit celle de l'ancienneté dans le centre de santé, puisqu'elle possédait un taux de réponse plus faible.

Afin de ne pas réduire la taille de l'échantillon et de ne pas perdre de puissance statistique, les données manquantes des variables indépendantes ont été remplacées par des estimations.

- Dans le cas des variables continues : la moyenne de la variable a été attribuée aux données manquantes.
- Dans le cas des variables catégorielles : la médiane de la variable a été attribuée aux données manquantes.

Les tableaux suivants (13, 14, 15, 16) montrent les différentes étapes qui ont conduit à l'élaboration du modèle final (tableau 17) pour chacune des dimensions de la satisfaction.

Tableau 13 : Modélisation multivariée de la rétribution.

Variables indépendantes			Rétribution			
			Modèle			
			1	2	3	4
Réforme	Non concerné	Référence				
	Concerné	EXP(B) IC 95% (inf-sup)	0,285** 0.141-0.577	0,219** 0.120-0.473	0.262** 0.123-0.557	0.244** 0.109-0.543
Age						
Genre						
Catégorie de profession	Non soignant	Référence				
	Soignant (médecin...)	EXP(B) IC 95% (inf-sup)				
	Soignant intermédiaire (infirmier...)	EXP(B) IC 95% (inf-sup)		0.338* 0.116-0.990	0.397 0.146-1.084	0.424 0.153-1.176
	Soignant autre (matrone...)	EXP(B) IC 95% (inf-sup)		0.289* 0.086-0.976	0.282* 0.089-0.898	0.224* 0.065-0.768
Ancienneté dans la profession						
Ancienneté dans le poste						
Région						
Milieu						
Organisation du centre de santé						
Lieu de travail						
Évolution du centre de santé***		EXP(B) IC 95% (inf-sup)				1.199** 1.067-1.347
Évolution des services curatifs						
Évolution de l'organisation des services curatifs						
-2LL			230.069	221.498	221.057	198.301
R ²			0.07	0.12	0.123	0.249

* $0.01 \geq p \leq 0,05$

-2LL : -2 log likelihood

** $p < 0,01$

R² : proportion de la variation expliquée

*** variable continue : 5 = très détériorée; 25 = très améliorée

L'analyse multivariée confirme l'insatisfaction du personnel de santé concerné par la réforme en ce qui a trait à la rétribution. Cette relation est forte et elle demeure relativement constante à toutes les étapes de la modélisation. Indépendamment de cet effet, le fait d'appartenir à la catégorie du personnel

soignant intermédiaire¹ ou peu qualifié plutôt qu'à la catégorie du personnel non soignant est également un facteur d'insatisfaction. Par ailleurs, plus le personnel de santé apprécie l'évolution de son centre de santé, plus il est satisfait de sa rétribution. Enfin, chaque groupe de variables indépendantes augmente l'explication de la variance du modèle, passant de 7% (modèle 1) à 25% (modèle 4).

¹ La signification statistique diminue pour la relation entre la rétribution et la catégorie de personnel soignant intermédiaire à cause de la petite taille de l'échantillon.

Tableau 14 : Modélisation multivariée de la supervision.

Variables indépendantes			Supervision			
			Modèle			
			1	2	3	4
Réforme	Non concerné	Référence				
	Concerné	EXP(B) IC 95% (inf-sup)	0.403*	0.321**	0.353**	0.314**
			0.198-0.819	0.149-0.691	0.166-0.747	0.133-0.740
Age						
Genre						
Catégorie de profession	Non soignant	Référence				
	Soignant (médecin...)	EXP(B) IC 95% (inf-sup)		0.247*	0.241*	0.311
				0.076-0.802	0.074-0.783	0.089-1.095
	Soignant intermédiaire (infirmier...)	EXP(B) IC 95% (inf-sup)				
Ancienneté dans la profession	Soignant autre (matrone...)	EXP(B) IC 95% (inf-sup)				
Ancienneté dans le poste						
				0.916**	0.943**	0.927**
				0.896-0.966	0.902-986	0.882-0.974
Région						
Milieu						
Organisation du centre de santé	Appréciation négative/ Indifférent	Référence				
	Appréciation positive	EXP(B) IC 95% (inf-sup)				2.522**
						1.272-5.001
Lieu de travail***		EXP(B) IC 95% (inf-sup)				0.821*
						0.707-0.953
Évolution du centre de santé						
Évolution des services curatifs	Détériorée Maintenue	Référence				
	Améliorée	EXP(B) IC 95% (inf-sup)				2.821**
						1.439-5.530
Évolution de l'organisation des services curatifs	Détériorée Maintenue	Référence				
	Améliorée	EXP(B) IC 95% (inf-sup)				2.093*
						1.099-3.948
-2LL			330.831	309.468	315.272	275.492
R ²			0.037	0.144	0.116	0.298

* $0.01 \geq p \leq 0,05$

-2LL : -2 log likelihood

** $p < 0,01$ R² : proportion de la variation expliquée

*** variable continue : 2= appréciation négative; 10= appréciation positive

L'analyse multivariée confirme qu'en ce qui a trait à la supervision, le personnel de santé dont les conditions de travail ont été affectées par la réforme est moins satisfait que le personnel qui n'est pas concerné. Les étapes de la modélisation

montrent qu'il y a peu de relations significatives entre cette dimension et les caractéristiques individuelles. Le fait d'appartenir à la catégorie professionnelle des soignants qualifiés (médecin, pharmacien, dentiste) est un facteur d'insatisfaction par rapport au personnel non soignant¹. De plus, l'ancienneté dans le poste diminue les chances d'être satisfait de la supervision de 7.3% par année. Cependant, la satisfaction du personnel de santé vis-à-vis la supervision est fortement expliquée par les variables de l'organisation et du contexte. Le fait d'apprécier l'évolution de l'organisation du centre de santé, des services curatifs et de l'organisation des services curatifs augmente de deux à trois fois la probabilité d'être satisfait par rapport au personnel qui n'apprécie pas ces facteurs. Par contre, une appréciation positive du lieu de travail diminue la satisfaction envers la supervision. Le modèle final explique ainsi 30% de la variance.

¹ La signification statistique diminue pour la relation entre la supervision et la catégorie de personnel soignant à cause de la petite taille de l'échantillon.

Tableau 15 : Modélisation multivariée de l'organisation du travail.

Variables indépendantes		Organisation du travail			
		Modèle			
		1	2	3	4
Réforme					
Age					
Genre					
Catégorie de profession					
Ancienneté dans la profession					
Ancienneté dans le poste					
Région					
Milieu					
Organisation du centre de santé	Appréciation négative/ Indifférent				
	Appréciation positive				3.499**
					1.737-7.048
Lieu de travail					
Évolution du centre de santé					
Évolution des services curatifs					
Évolution de l'organisation des services curatifs					
-2LL		332.67	323.660	330.632	315.629
R ²		0,012	0.038	0.022	0.094

* $0,01 \geq p \leq 0,05$ ** $p < 0,01$

-2LL : -2 log likelihood

R² : proportion de la variation expliquée

La satisfaction du personnel de santé envers l'organisation du travail n'est pas significativement associée à la réforme ou aux caractéristiques individuelles. L'analyse multivariée ne montre qu'une seule relation positive entre l'organisation du centre de santé et l'organisation du travail. Cette dernière explique 9% de la variance.

Tableau 16 : Modélisation multivariée des outils de travail.

Variables indépendantes			Outils de travail			
			Modèle			
			1	2	3	4
Réforme	Non concerné	Référence				
	Concerné	EXP(B) IC 95% (inf-sup)	0.472* 0.248-0.899	0.466* 0.234-0.929	0.505* 0.261-0.979	0.537 0.265-1.088
Age						
Genre						
Catégorie de profession						
Ancienneté dans la profession						
Ancienneté dans le poste						
Région						
Milieu						
Organisation du centre de santé						
Lieu de travail						
Évolution du centre de santé**		EXP(B) IC 95% (inf-sup)				1.113* 1.016-1.219
Évolution des services curatifs						
Évolution de l'organisation des services curatifs						
-2LL			264.132	255.595	261.414	241.225
R ²			0.035	0.09	0.053	0.177

* $0.01 \geq p \leq 0,05$

-2LL : -2 log likelihood

R² : proportion de la variation expliquée

** variable continue : 5 = très détériorée; 25 = très améliorée

Tout comme pour l'organisation du travail, peu de variables expliquent la satisfaction vis-à-vis les outils de travail. L'association entre la réforme et le manque de satisfaction avec les outils du travail est forte (EXP(B)=0.537). Les travailleurs qui oeuvrent dans les centres de santé concernés par la réforme ont la moitié moins de chance d'être satisfaits avec leurs outils de travail. L'intervalle de confiance est grand probablement du fait de la petite taille de l'échantillon mais l'association se renforce quand on inclut la variable centre de santé. L'appréciation envers cette dernière est un facteur de satisfaction vis-à-vis les outils de travail. Enfin, 17% de la variance est expliquée par ce dernier modèle.

Tableau 17 : Résultats finaux des analyses multivariées.

Variables indépendantes			Modèles finaux			
			Rétribution	Supervision	Organisation du travail	Outils de travail
Réforme	Non concerné	Référence				
	Concerné	EXP(B) IC 95% (inf-sup)	0.244** 0.109-0.543	0.314** 0.133-0.740		0.537 0.265-1.088
Age						
Genre						
Catégorie de profession	Non soignant	Référence				
	Soignant (médecin...)	EXP(B) IC 95% (inf-sup)		0.311 0.089-1.095		
	Soignant intermédiaire (infirmier...)	EXP(B) IC 95% (inf-sup)	0.424 0.153-1.176			
	Soignant autre (matrone...)	EXP(B) IC 95% (inf-sup)	0.224* 0.065-0.768			
Ancienneté dans la profession						
Ancienneté dans le poste		EXP(B) IC 95% (inf-sup)		0.927** 0.882-0.974		
Région						
Milieu						
Organisation du centre de santé	Appréciation négative/ Indifférent	Référence				
	Appréciation positive	EXP(B) IC (inf-sup)		2.522** 1.272-5.001	3.499** 1.737-7.048	
Lieu de travail***		EXP(B) IC 95% (inf-sup)		0.821* 0.707-0.974		
Évolution du centre de santé****		EXP(B) IC 95% (inf-sup)	1.119** 1.067-1.347			1.113* 1.016-1.219
Évolution des services curatifs	Détériorée Maintenue	Référence				
	Amélioré	EXP(B) IC (inf-sup)		2.821** 1.439-5.530		
Évolution de l'organisation des services curatifs	Détériorée Maintenue	Référence				
	Améliorée	EXP(B) IC (inf-sup)		2.093* 1.099-3.984		
-2LL			198.301	275.492	315.629	241.225
R ²			0.249	0.298	0.094	0.177

* $0.01 \geq p \leq 0,05$

-2LL : -2 log likelihood

** $p < 0,01$ R² : proportion de la variation expliquée

*** variable continue : 2= appréciation négative; 10= appréciation positive

**** variable continue : 5 = très détériorée; 25 = très améliorée

Si l'on considère l'effet des variables indépendantes simultanément sur les quatre dimensions de la satisfaction, on constate que l'effet des réformes du système de santé sur les conditions de travail affecte négativement la satisfaction relative à la rétribution, à la supervision et aux outils de travail. Ces deux dimensions de la satisfaction sont également expliquées par les caractéristiques individuelles des travailleurs et par l'appréciation qu'ils ont vis-à-vis leur centre de santé et son évolution. On ne note pas de différence entre les deux régions à l'étude ni selon la localisation de l'établissement (urbaine ou rurale).

CHAPITRE 7 : DISCUSSION

DISCUSSION

La discussion relative aux résultats, présentés dans la partie précédente, sera organisée selon les trois objectifs de l'étude.

7-1 PREMIER OBJECTIF

Établir des instruments de mesure de la satisfaction au travail du personnel de santé.

Du point de vue métrique, l'élaboration des échelles a permis de réduire le nombre de variables tout en conservant une large proportion de la variabilité (72%). La mesure de la consistance interne des quatre échelles (alpha de Cronbach et coefficient de corrélation) montre une bonne cohérence.

Les échelles de satisfaction ont reproduit sensiblement les mêmes dimensions que les construits développés par l'étude initiale. Malgré le fait qu'aucun « gold standard » n'existe concernant la mesure de la satisfaction et que le pouvoir de généralisation de ces instruments est habituellement très limité (Spector, 1985), certaines comparaisons entre les échelles de mesure les plus fréquemment utilisées sont pertinentes. Les dimensions de la satisfaction élaborées et utilisées dans cette étude correspondent sensiblement à celles des instruments suivants : « Measure of Job Satisfaction » (MJS) et « Job Descriptive Index » (JDI) (tableau 18).

Tableau 18 : Dimensions de la satisfaction de notre étude et des instruments MJS et JDI.

Instruments	MJS	Notre étude	JDI
Dimensions	Satisfaction personnelle		
	Charge de travail	Organisation du travail	Travail
	Support professionnel	Supervision	Supervision
		Outils de travail	
	Salaire et possibilités d'avancement	Rétribution	Salaire Promotion
	Formation		
			Collègues

Le JDI est l'instrument le plus utilisé par tous les domaines pour mesurer la satisfaction au travail. Le MJS est utilisé dans le domaine de la santé et constitue, selon l'étude de Traynor & Wade (1993), l'instrument le plus fiable et valide sur les 29 étudiés (incluant le JDI). Bien que ces instruments aient été élaborés et utilisés dans les pays industrialisés et contrairement à nos attentes, il est intéressant de noter la similitude de leurs composantes avec celles identifiées dans le cadre de cette étude. Ceci dénote une bonne validité de construit des échelles utilisées dans cette étude et un pouvoir de généralisation des instruments de mesure de la satisfaction plus grand qu'attendu. Il faut mentionner que le MJS a été spécifiquement conçu pour mesurer la satisfaction du personnel infirmier et que cette catégorie de personnel est la plus importante de l'effectif de l'échantillon notre recherche (48%).

Bien que l'échantillon de cette étude n'était pas probabiliste et que sa taille était modeste, les instruments de mesure de la satisfaction qui ont été élaborés paraissent pertinents, valides et adaptés au contexte et à l'usage auquel ils sont destinés.

7-2 DEUXIÈME OBJECTIF

Mesurer la satisfaction au travail du personnel dans les différents secteurs du système de santé.

Le niveau de satisfaction du personnel de santé des régions de Kayes et Ségou diffère notablement selon la dimension mesurée. La satisfaction est très faible en ce qui a trait à la rétribution (16%), plutôt faible pour les outils de travail (39%) et la supervision (49%) et élevée pour l'organisation du travail (75%).

- L'insatisfaction envers la rétribution peut s'expliquer par le fait que cette dimension est au cœur des préoccupations d'un individu au travail et ce, principalement dans les pays en développement (Royal Tropical Institute, 2001 cité par Dieleman & al., 2003; Mutizwa-Mangiza, 1998; Admas & Hicks, 2000; Dieleman & al., 2003). Dans ce contexte, les conditions salariales sont généralement modestes du fait du manque de ressources du système (Machado, 1997 cité par Dussault, 1999). Ainsi, le personnel de

tous les secteurs sanitaires est touché par cette problématique, ce qui affecte leur satisfaction au travail.

- Comme pour la rétribution, le manque de ressources du système de santé peut expliquer l'insatisfaction vis-à-vis les outils de travail. Bien que la réforme ait entraîné des investissements notables en santé, les besoins à combler restent importants. La situation est même préoccupante puisque la majorité du personnel de santé enquêtée dans cette étude fait partie de la catégorie des soignants intermédiaires qui sont, généralement, moins exigeants en terme d'environnement technologique comparativement au personnel plus qualifié, comme les médecins.
- Bien que le système de santé malien dispose de peu de ressources, il est relativement bien structuré et l'effet global de la réforme a renforcé cette cohérence structurelle. Ceci, ajouté à la possible faiblesse des attentes des travailleurs en regard de la supervision et de l'organisation du travail, pourrait expliquer le niveau plus élevé de satisfaction vis-à-vis de ces deux dimensions.

Le tableau 19 présente le niveau de satisfaction du personnel de santé selon le secteur dans lequel il œuvre.

Tableau 19 : Satisfaction et secteurs d'emploi.

	Totalement insatisfait	Partiellement satisfait	Totalement satisfait	Moyenne
Communautaire	23%	69%	8%	5.6
Public	9%	84%	7%	5.7
Parapublic	4%	74%	22%	6.3
Privé	0%	57%	43%	7.1

Totalement insatisfait : le personnel est insatisfait (ou indifférent) pour les quatre dimensions de la satisfaction.

Partiellement satisfait : le personnel est satisfait et insatisfait (ou indifférent) dans au moins une des quatre dimension de la satisfaction.

Totalement satisfait : le personnel est satisfait des quatre dimensions de la satisfaction.

Le personnel des secteurs communautaire et public est globalement plus insatisfait au travail que celui des secteurs parapublic et privé. Ces résultats sont cohérents avec les hypothèses de cette étude et seront discutés dans la section suivante.

7-3 TROISIÈME OBJECTIF

Comparer les différentes dimensions de la satisfaction au travail du personnel de santé selon qu'il ait été concerné ou non dans la réforme.

Les résultats de cette étude identifient plusieurs variables explicatives des différentes dimensions de la satisfaction du personnel de santé des régions de Kayes et Ségou.

Hypothèse 1 : Le personnel de santé au Mali concerné par la réforme du système est moins satisfait au travail que celui qui ne l'est pas.

La réforme du système de santé via les modifications des conditions de travail qu'elle entraîne, influence négativement trois dimensions de la satisfaction : la rétribution, la supervision et les outils de travail.

- Les conditions salariales offertes au personnel des secteurs privé et parapublic bien que modestes, sont généralement meilleures que celles offertes dans les secteurs public et communautaire. Les contraintes macro-économiques limitent la croissance des salaires du personnel du secteur public et la faible capacité financière des associations communautaires, ajoutée aux limites d'avancements et la faiblesse des avantages sociaux dans le secteur communautaire (Banque Mondiale, 1999), causent une plus grande insatisfaction du personnel directement concerné par la réforme. Notons que le développement récent du secteur privé au Mali (Banque Mondiale, 1999) a augmenté la perception de l'écart qui existe entre les conditions de rémunération ce qui pourrait accentuer l'insatisfaction des travailleurs des secteurs public et communautaire. Par ailleurs, 93% du personnel de santé du secteur communautaire est insatisfait ou indifférent de cette dimension comparativement à 71% pour le secteur public et 83% pour la combinaison des secteurs public, privé et parapublic. Les effectifs ne permettent pas de faire des tests statistiques entre ces groupes mais l'insatisfaction vis-à-vis la rétribution est principalement présente dans le

secteur communautaire qui a été, à toutes fins pratiques, institutionnalisé par la réforme et qui offre des emplois plutôt précaires.

- Comme mentionné antérieurement, le système de santé malien est plutôt structuré ce qui a un effet positif sur la supervision. En période de réforme, les changements organisationnels peuvent perturber le personnel en entraînant de la confusion dans les liens hiérarchiques, la diminution des visites et des capacités techniques de supervision (Saide & Stewart, 2001, Campos-Outcalt, & al., 1995, cité dans Kolehmainen-Aitken, 2004). Le personnel de santé fidèle à l'ancien système centralisé et résistant au changement indiquerait ainsi une plus grande insatisfaction par rapport à cette dimension (Kolehmainen-Aitken, 2004).
- Bien qu'il y ait eu de nouveaux investissements dans les secteurs public et communautaire dans le cadre de la réforme, les personnels des secteurs privé et parapublic disposent d'un plateau technologique plus développé, ce qui peut expliquer l'écart de satisfaction vis-à-vis les outils de travail.

En réponse à notre première hypothèse, le personnel de santé travaillant dans les secteurs où la réforme touche directement ses conditions de travail est effectivement plus insatisfait que celui des secteurs qui ne le sont pas.

Hypothèse 2 : La satisfaction au travail est liée à certaines caractéristiques individuelles du personnel de santé (âge, genre, profession, expérience) ainsi qu'aux caractéristiques de l'organisation et au contexte social.

Dans le cadre de cette étude, peu de caractéristiques individuelles influencent significativement les dimensions de la satisfaction. Il est intéressant de noter que cela correspond aux conclusions de la majorité des études sur le sujet tel que soulevé par Locke (1976). Seules les dimensions de la rétribution et de la supervision sont affectées par ce groupe de variables.

- Le personnel non soignant est plus satisfait que le personnel soignant intermédiaire (infirmier...) ou autre (matrone...) relativement à la

rétribution et que le personnel soignant plus qualifié (médecin...) concernent la supervision. Ceci pourrait traduire le rôle grandissant que le personnel non soignant occupe dans tous les secteurs d'un système dans lequel leur participation dans les tâches de gestion s'accroît, confirmant une meilleure reconnaissance à cette catégorie de personnel et expliquant ainsi leur plus grande satisfaction (tel que démontré par les études sur les infirmiers des pays industrialisés) (Moss & Rowles, 1997; Lucas, 1991; Dwer & al., 1992 cités par Song & al., 1997).

- Par ailleurs, on note que l'ancienneté dans le poste de santé diminue la satisfaction relative à la supervision. Cela peut s'expliquer par le besoin de flexibilité et d'autonomie des travailleurs les plus expérimentés. Ce lien n'a pas été retrouvé dans la littérature.

Les premières variables de contexte (région et milieu) n'affectent aucune des dimensions de la satisfaction du personnel de santé. L'absence de relation significative entre le milieu (rural/urbain) et la satisfaction au travail est relativement surprenante. La littérature soutient que le personnel de santé apprécie peu le travail en milieu rural à cause de l'éloignement, du statut d'emploi offert dans les CSCOM, des inéquités salariales, des faibles perspectives de carrière et de l'insuffisance de modalités de motivation (Banque Mondiale, 1999). Par contre, nous pouvons présumer que le personnel de santé ayant accepté de travailler en zone rurale serait aussi satisfait que le personnel de milieu urbain pour raisons différentes, notamment pour des raisons sociales comme une plus grande reconnaissance de la population (Dieleman & al., 2003; Franco & al., 2002).

En lien avec la littérature, les résultats de cette étude indiquent que les variables de l'organisation et du contexte social (aspects organisationnels externes) influencent fortement différentes dimensions de la satisfaction du personnel de santé (Irvine & Evans, 1995; Codjia & Ouoba, 2003).

- L'appréciation de l'évolution du centre de santé influence positivement la satisfaction relative à la rétribution et aux outils de travail. L'amélioration de l'environnement physique (structures et équipements) résulte de nouveaux investissements dans le centre de santé et améliorerait, par le fait même, certaines conditions générales de travail, soit la rétribution (effet indirect) et les outils de travail (effet direct).
- L'appréciation des conditions actuelles du lieu de travail (dimension et entretien des bâtiments), influence négativement la satisfaction vis-à-vis de la supervision. Cette relation, à priori paradoxale, peut s'interpréter par le fait que la mise en place de meilleures infrastructures de travail augmente la charge de travail de tous les groupes de personnel. Ce surcroît de travail pourrait engendrer des exigences accrues lors de la supervision du personnel, ce qui entraînerait de l'insatisfaction.
- La perception positive de l'organisation du centre de santé, de l'évolution des services curatifs et de leur organisation est associée significativement à la satisfaction vis-à-vis la supervision. La relation entre l'employé et le superviseur est plus agréable et positive lorsque le centre de santé est bien organisé et qu'il obtient de bons résultats concernant les services offerts. Dans ce cas, la supervision est une source de gratification plutôt que de contraintes liées contrôle.
- Enfin, l'appréciation de l'organisation du centre de santé est très fortement corrélée avec la satisfaction vis-à-vis de l'organisation du travail. La bonne organisation d'un centre de santé influence directement l'organisation personnelle du travail, ce qui est tout à fait conforme à la logique.

En réponse au troisième objectif de cette recherche, on constate que la réforme du système de santé affecte les conditions de travail du personnel de santé des secteurs public et communautaire et l'on constate une plus grande insatisfaction dans ces catégories, en contrôlant pour d'autres déterminants de la satisfaction.

Parmi les autres déterminants de la satisfaction du personnel, les variables individuelles jouent un rôle réduit tandis que les variables contextuelles et organisationnelles jouent un rôle important. Ce constat est d'intérêt car il permet d'identifier les modalités organisationnelles qui ont les meilleurs effets sur la satisfaction du personnel.

En examinant ces constats à la lumière des caractéristiques méthodologiques de cette étude, on peut soutenir que la mesure de la satisfaction et l'analyse de ses déterminants ne présentent pas de lacunes majeures. Les échelles développées sont similaires à celles qui sont le plus reconnues, leurs caractéristiques métriques sont satisfaisantes et le modèle des déterminants qui est utilisé est relativement exhaustif. Il aurait été néanmoins pertinent d'ajouter d'autres groupes de variables, notamment en ce qui concerne la formation, les relations de travail et les caractéristiques intrinsèques du travail (accomplissement, signification du travail...).

Par ailleurs, il aurait été pertinent d'évaluer la satisfaction des travailleurs dans le domaine de la santé selon les catégories de personnel « soignant » et « non soignant ». Due à la petite taille de l'échantillon, cette étude n'a pu confirmer les différences attendues entre ces différents groupes particulièrement en ce qui concerne les impacts du niveau de stress élevé du personnel soignant faisant face à l'épidémie du VIH/SIDA (Liese & Dussault, 2004).

Enfin, la capacité de généralisation est limitée compte tenu du devis et de l'échantillonnage utilisés. Cependant, on peut raisonnablement estimer que les résultats observés sont généralisables à des contextes similaires, à savoir des régions rurales ou semi-rurales de pays d'Afrique sub-saharienne.

CHAPITRE 8 : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le personnel de santé des régions de Kayes et Ségou est généralement insatisfait de sa rétribution, plutôt satisfait de la supervision et des outils de travail et très satisfait de l'organisation du travail. La réforme du système de santé au Mali semble avoir contribué à augmenter cette insatisfaction pour le personnel des secteurs communautaire et public. Bien que l'évaluation des services sanitaires maliens n'ait pas été un des objectifs de cette étude, la littérature soutient que la faible satisfaction aurait de nombreuses conséquences négatives sur l'ensemble du système de santé et limiterait les chances de succès de la réforme.

Afin de contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé malien et aux succès de ses réformes, il conviendrait de chercher à maximiser la satisfaction du personnel sans pour autant occulter les autres objectifs des réformes (efficience, équité, qualité des services). Cette étude permet d'identifier un certain nombre de possibilités. Certaines caractéristiques contextuelles et organisationnelles du travail ont été identifiées comme ayant des effets positifs sur la satisfaction du personnel de santé et permettent de formuler quelques recommandations utiles pour les régions rurales ou semi-rurales de pays d'Afrique sub-saharienne.

- Dans un système de santé où les ressources sont limitées, l'augmentation de la satisfaction vis-à-vis la rétribution et les outils de travail est possible en améliorant la perception du personnel de leur centre de santé. Concrètement, cela est réalisable en améliorant l'état, la disponibilité, la maintenance du matériel ainsi qu'en améliorant l'entretien des bâtiments.
- Créer un environnement de travail organisé et performant permet d'améliorer la satisfaction du personnel relative à la supervision et l'organisation du travail. En améliorant la gestion du personnel, du matériel et des services curatifs offerts par le centre de santé, la supervision devient une source de gratification et améliore la perception du travailleur par rapport à l'organisation de son travail (horaire et charge de travail).

Références

Adams, O., & Hicks, V. (2000). *Pay and non-pay incentives, performance and motivation*. Préparé pour le Global Health Workforce Strategy Group. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 126-145.

ADIRA : Étude conseil. (2003). *Mise en place d'une politique pérenne de motivation des personnels de santé*. République du Sénégal, Ministère de la santé, de l'hygiène et de la prévention.

Agence Canadienne de Développement International (ACDI). (2003). *Mali : faits et chiffres*. Récupéré le 11 septembre 2004, de <http://www.acdi-cida.gc.ca/CIDAWEB/webcountry.nsf/VLUDocFr/Mali-Faitsetchiffres>

Agyepong, I.A. (1999). Reforming health service delivery at district level in Ghana: the perspective of a district medical officer. *Health Policy and Planning*, 14(1), 59-69.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-93.

Alpander, G.G. (1990). Relationship between commitment in hospital goals and job satisfaction: a case study of a nursing department. *Health Care Management Review*, 15(4), 51-62.

Ambassade Royale des Pays-Bas. (1999). *L'évolution du système de santé au Mali depuis l'Initiative de Bamako, contribution des projets 1987-1999*. Bamako, Mali.

Arredondo, A., & Parada, I. (2001). Financing indicators for health care decentralization in Latin America: information and suggestions for planning. *International Journal of Health Planning and Management*, 16, 259-76.

Balique, H., Outtara, O., & Ag Iknane, A. (2000). *Dix ans d'expérience des centres de santé communautaires au Mali*. Bamako, Mali.

Banque Mondiale. (1999). La santé au Mali : miser sur la participation locale. *Précis, département de l'évaluation des opérations de la Banque Mondiale*, 188, 1-7.

Banque Mondiale. (2001). *La Banque Mondiale au Mali : le secteur santé*. Récupéré le 11 septembre 2004, de <http://www.bmmali.org/parteneriat/sante.html>

Banque Mondiale. (2004). *Mali: country Brief*. Récupéré le 11 septembre 2004, de <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/MALIEXTN/0,,menuPK:362193~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:362183,00.html>

Barbé, T., & Tano-Bian, A. (1997). Le modèle associatif est-il nécessaire? Dans : Brunet-Jailly, J. éditeur, *Innover dans les systèmes de santé, expérience d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Édition Karthala. p.105-116.

Bennett, S., Franco, M.L., Kanfer, R., & Stubblebine, P. (2001). *The Development of Tools to Measure the Determinants and Consequences of Health Worker Motivation in Developing Countries*. Partnerships for Health Reform, Major Applied Research 5, Technical Paper 2, 1-63.

Bennett, S., & Franco, M.L. (1999). *Public sector health worker motivation and health reform : a conceptual framework*. Partnership for Health Reform, Major Applied Research 5, Technical paper 1, Abt Associates Inc. Maryland, 1-29.

Buchan, J. (2004). What difference does (« good ») HRM make?, *Human Resources for Health*, 2(6),1-7.

Chalamet, P., & Diakité, K. (1997). Bâtir sur l'initiative : l'exemple des ressortissants émigrés. Dans : Brunet-Jailly, J. éditeur, *Innover dans les systèmes de santé, expérience d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Édition Karthala. p.166-178.

Codjia, L., & Ouoba, V. (2003). *Motivation des personnels de santé, Motivation, leadership et performance des équipes dirigeantes du secteur public de la Santé du Burkina Faso*. Rapport final. Ministère de la santé Burkina Faso et Organisation Mondiale de la Santé, 1-132.

Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Potvin L., Denis, J.L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Les presses de l'Université de Montréal. p.1-197.

Denton, M., Urla Zeytinoglu, I., Davies, S., & Lian, J. (2002). Job stress and job dissatisfaction of home care workers in the context of health care restructuring. *International Journal of Health Services*, 32(2), 327-57.

Diakité, BD., Diarra, T., & Traoré, S. (1993). Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni. Dans Brunet-Jailly, J. éditeur, *Se soigner au Mali, une contribution des sciences sociales*. Orstom, Paris : Édition Karthala. p.155-175.

Dieleman, M., Cuong, P.V., Anh, L.V., & Martineau, T. (2003). Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Human Resources for Health*, 1(1), 1-10.

Dussault, G. (1999). *Human resources development : the challenge of health sector reform*. 1-80.

Dussault, G. (2001). Cadre pour l'analyse de la main-d'œuvre sanitaire. *Ruptures*, 7(2), 64-78.

Dussault, G. & Dubois, C-A. (2003). Human resources for health policies : a critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1(1), 1-16.

Elizur, D. (1991) Work values and job satisfaction. *Psychological Report*, 69, 386.

Fournier, P., Drave, M., Haddad, S., & Piché, V. (2002). *Appui au ministère de la santé du Mali pour la réalisation d'une étude du système de santé des régions de Ségou et de Kayes*. Rapport d'étude à l'agence canadienne de développement international.

Fournier, P., Haddad, S., & Mantoura, P. (2001). Réformes des systèmes de santé dans les pays en développement : l'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique. Dans Rainhorn, J.D., & Burnier, M.J., éditeurs, *La santé au risque du marché, incertitude à l'aube du XXI^e siècle*. Paris : Presse Universitaire de France. p.71-84.

Franco, L.M., Bennett, S., & Kanfer, R. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 54, 1255-1266.

Franco, L.M., Bennett, S., Kanfer, R., & Stubblebine, P. (2004). Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Social Science and Medicine*, 58, 343-355.

Fraser, T.M. (1983). *Stress et satisfaction au travail*. Série Sécurité, Hygiène et Médecine du Travail. Bureau international du travail. Genève : Suisse.

Gregson, T. (1990). Measuring job satisfaction with a multiple-choice format of the job descriptive index. *Psychological Reports*, 66, 787-93.

Groenewegen, P.P., Hutten, J.B.F. (1991). Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 10, 1111-9.

Gruneberg, M.M. (1979). *Understanding job satisfaction*. Londre : The Macmillan press ltd.

Ironson, G.H., Brannick, M.T., Smith, P.C., Gibson, W.M., & Pau, K.B. (1989). Construction of a job in general scale : a comparison of global, composite, and specific measures. *Journal of Applied Psychology*, 74(2), 193-200.

Irvine, D.M., Evans, M.G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. *Nursing Research*, 44(4), 246-253.

Kolehmainen-Aitken, R.L. (1998). Decentralization and human resources: implication and impacts. *Human Resources for Health Development Journal*, 2(1), 1-30.

Kolehmainen-Aitken, R.L. (2004). Decentralisation's impact on the health workforce: perspectives of managers, workers and national leaders. *Human Resources for Health*, 2(5), 1-11.

Konrad, T.R., Williams, E.S., Linzer, M., McMurray, J., Pathman, D.E., Gerrity, M., Schwartz M.D., & al. (1999). Measuring physician job satisfaction in a changing workplace and a challenging environment. *Medical Care*, 37(11), 1174-82.

Laliberty, R. (1988). *Decentralizing health care management : a manual for department heads and supervisors*. Maryland : National Health Publishing.

Liese, B., & Dussault, G. (2004). The state of health workforce in sub-saharan Africa: evidence of crisis and analysis of contributing factors. *Africa region human development working paper series*: The World Bank, no. 75.

Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. Dans : Dunnette, M.D., ed. *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago, IL: Rand McNally, 1297-1319.

Loscocco, K.A., & Roschelle, A.R. (1991). Influence on the quality of work and nonwork life: two decade in review. *Journal of Vocational Behavior*, 39, 182-225.

Lucas, M.D. (1991). Management style and staff nurse job satisfaction. *Journal of Professional Nursing*, 7(2), 119-25.

Lynch, S.A. (1994). Job satisfaction of home health nurses. *Home Healthcare Nurse*, 12(5), 21-8.

Maiga, Z., Traoré Nafo, F., & El Abassi, A. (1999). *La réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996*. Antwerpen, Belgique: ITGPress.

Martineau, T., & Buchan, J. (2000). Human resources and the success of health sector reform. *American Public Health Association*, 174-83.

Martineau, T., & Martinez, J. (1997). Ressources humaines dans le secteur de la santé : propositions de lignes directrices pour l'analyse et l'action. *Série Santé et Développement*. Bruxelles, Belgique : Commission Européenne, document de travail no.1, 1-68.

Martineau, T., & Martinez, J. (1998). Rethinking human resources : an agenda for the millennium. *Health Policy and Planning*, 13 (4), 345-358.

Mathauer, I., & Imhoff, I. (2004). *Staff motivation in Africa: The role of non-financial incentives and quality management tools*. Récupéré le 4 octobre 2004, de <http://www.gtz.de/migration-and-development/download/mathauer.pdf>

Mills, A., Vaughan, J.P., Smith, D.L., & Tabibzadeh, I. (1991). *La décentralisation des systèmes de santé*. Concepts et expériences de quelques pays. Genève : OMS.

Misener, T.R., Haddock, S., Gleaton, J.U., & Abu Ajamieh, A.R. (1996). Toward an international measure of job satisfaction. *Nursing Research*, 45(2), 87-91.

Moss, R., & Rowles, C.J. (1997). Staff nurse job satisfaction and management style. *Nursing Management*, 28(1), 32-4.

Mueller, C.W., & McCloskey, J.C. (1990). Nurses' job satisfaction: a proposed measure. *Nursing Research*, 39(2), 113-7.

Mutizwa-Mangiza, D. (1998). *The Impact of Health Sector Reform on Public Sector Health Worker Motivation in Zimbabwe*. Partnerships for Health Reform, Major Applied Research 5 Working Paper 4, 1-40.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2004a). *Mali*. Récupéré le 11 septembre 2004, de <http://www.who.int/countries/mli/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2004b). *Stratégie OMS de coopération avec la République du Mali, 2003-2007*. Brazzaville. Récupéré le 11 septembre 2004, de http://www.who.int/countries/en/cooperation_strategy_mli_fr.pdf

Ouattara, O. *L'évolution de la protection sociale des personnes âgées : cas du Mali*. Récupéré le 14 janvier 2005, de <http://www.northsouth.ch/bilder/ouattara.pdf>

Programme des Nations Unis pour le développement (PNUD). (2001). *Indicateurs du développement humain. Rapport mondiale sur le développement humain 2001*. Bruxelles, Paris : De Boeck & Larcier s.a.

Programme des Nations Unis pour le développement (PNUD). (2004). *Rapport mondiale sur le développement humain 2004*. Paris: Economica.

Rigoli, F., & Dussault, G. (2003). The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*, 1(1), 1-12.

Samake, F. *Communiqué du conseil des ministres du mercredi 17 novembre 2004*. Récupéré le 14 janvier 2005, de http://www.koulouba.pr.ml/article_ev.php3?id_article=490

Song, R., Daly, B.J., Rudy, E.B., Douglas, S., & Dyer, M.A. (1997). Nurses' job satisfaction, absenteeism, and turnover after implementing a special care unit practice model. *Research in Nursing & Health*, 20, 443-452.

Spector, P.E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: development of the job satisfaction survey. *American Journal of Community Psychology*, 13(6), 693-712.

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (1989-2002). (Version 11.5.0) [logiciel informatique]. SPSS Inc.

Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Dal Poz, M.R., Adams, O., & Buchan, J. (2003). Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers : conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health*, 1(1), 1-13.

Traynor, M., & Wade, B. (1993). The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 127-36.

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2004). *En bref : Mali*. Récupéré le 11 septembre 2004, de www.unicef.org/french/infobycountry/mali.html

United Nations Population Fund (UNFPA). (2004). *Mali*. Récupéré le 11 septembre 2004, de www.unfpa.org/profile/mali.cfm

Van Saane, N., Sluiter, J.K., Verbeek, J.H.A.M., & Frings-Dresen, M.H.W. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction, a systematic review. *Occupational Medicine*, 53(3), 191-9.

Wibulpolprasert, S., & Pengbaibon, P. (2003). Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand : four decades of experience. *Human Resources for Health*, 1(1), 1-17.

Zurlinden, J., Bongard, B., & Magafas, M. (1990). Situational leadership : a management system to increase staff satisfaction. *Orthopaedic Nursing*, 9(2), 47-52.

ANNEXE 1

Tableau 20 : Références des déterminants intrinsèques des concepts de la satisfaction et motivation au travail

Déterminants intrinsèques des concepts de la satisfaction et motivation au travail	
Succès / Réalisation	Gilmer, 1962, Fox, 1971 cités par Fraser, 1983; Herzberg, cité par Locke, 1976, Gruneberg, 1979, Alpander, 1990 ; Herzberg, cité par Dieleman & al., 2003 ; Bennett & Franco, 1999
Appréciation / Reconnaissance	Blegen, 1993 cité par Song & al., 1997; Herzberg, cité par Locke, 1976, Gruneberg, 1979, Alpander, 1990 ; Gilmer, 1962, Fox, 1971 cités par Fraser, 1983; Spector, 1985 ; Herzberg, cité par Dieleman & al., 2003 ; Bennett & Franco, 1999
Croissance/ Développement	Van Saane & al., 2003 ; Herzberg cité par Locke, 1976, Gruneberg, 1979, Alpander, 1990 ; Herzberg, cité par Dieleman & al., 2003 ; Bennett & Franco, 1999
Autonomie au travail - responsabilités individuelles - contrôle sur les décisions	Blegen, 1993 cité par Song & al., 1997 ; Van Saane & al., 2003 ; Herzberg, cité par Locke, 1976, Gruneberg, 1979, Alpander, 1990 ; Ethridge, 1987 cité par Song & al., 1997 ; McCloskey, 1990 cité par Lynch, 1994 ; Herzberg, cité par Dieleman & al., 2003 ; Bennett & Franco, 1999
Contenu du travail	Van Saane & al., 2003 ; Herzberg, cité par Locke, 1976, Gruneberg, 1979, Alpander, 1990 ; Gilmer, 1962, Fox, 1971 cités par Fraser, 1983; Spector, 1985; Herzberg, cité par Dieleman & al., 2003 ; Bennett & Franco, 1999
Déterminants intrinsèques propres au concept de la satisfaction au travail	
Signification de la tâche	Gruneberg, 1979; Van Saane & al., 2003
Implication dans le travail	Gruneberg, 1979
Variété et créativité du travail	Gruneberg, 1979 ; Breslau & al., 1978 cités par Groenewegen & Hutten, 1991 ; Van Saane & al., 2003 ; Blegen, 1993 cité par Song & al., 1997; Lockes, 1976
Variété d'habiletés utilisées	Van Saane & al., 2003 ; Lockes, 1976
Complexité / Difficulté du travail	Van Saane & al., 2003 ; Breslau & al., 1978 cités par Groenewegen & Hutten, 1991 ; Locke, 1976
Charge de travail - pression du temps perçu - ennui - problèmes sociaux - conflits interpersonnels - stress	Van Saane & al., 2003 ; Blegen, 1993 cité par Song & al., 1997 ; Fraser, 1983 ; McCranie & al., 1982 cités par Groenewegen & Hutten, 1991; Blegen, 1993

Tableau 21 : Références des déterminants extrinsèques des concepts de la satisfaction et motivation au travail

Déterminants extrinsèques des concepts de la satisfaction et motivation au travail	
Conditions de travail	Herzberg, cité par Locke, 1976, Gruneberg, 1979, Alpander, 1990 ; Spector, 1985 ; Loscocco & Roschelle, 1991 ; Dussault, 1999
Salaire et Récompenses financières	Gruneberg, 1979 ; Van Saane & al., 2003 ; Gilmer, 1962, Fox, 1971 cités par Fraser, 1983 ; Herzberg, cité par Locke, 1976, Alpander, 1990, Gruneberg, 1979 ; Spector, 1985 ; Herzberg, cité par Dieleman & al., 2003 ; Bennett & Franco, 1999
Statut	Herzberg, cité par Locke, 1976, Gruneberg, 1979, Alpander, 1990 ; Herzberg, cité par Dieleman & al., 2003 ; Bennett & Franco, 1999
Promotions - possibilités d'avancement de carrière - niveau de travail - équité dans les décisions relatives aux promotions	Van Saane & al., 2003 ; Herzberg, cité par Locke, 1976, Gruneberg, 1979, Alpander, 1990 ; Gilmer, 1962, Fox, 1971 cités par Fraser, 1983 ; Spector, 1985 ; Herzberg, cité par Dieleman & al., 2003 ; Bennett & Franco, 1999
Supervision - relation avec le superviseur - support du superviseur - reconnaissance du superviseur - traitement équitable - type de leadership	Van Saane & al., 2003 ; Herzberg, cité par Locke, 1976, Gruneberg, 1979, Alpander, 1990 ; Gruneberg, 1979 ; Herzberg cité par Fraser, 1983 ; Irvine & Evans, 1995 ; Blegen, 1993 ; Spector, 1985 ; Dussault, 1999 ; Benisse & Nanice, 1985, Benisse & Nanice, 1985, Bass, 1978, 1993, Burns, 1978, Henriët, 1993 cité par Codjia & Ouoba, 2003
Collègues - relation avec les collègues - compétences des collègues	Van Saane & al., 2003 ; Gilmer, 1962, Fox, 1971 cités par Fraser, 1983 ; Gruneberg, 1979 ; Blegen, 1993 cité par Song & al., 1997 ; Herzberg, cité par Locke, 1976, Alpander, 1990, Gruneberg, 1979 ; Spector, 1985 ; Dussault, 1999
Sécurité d'emploi	Herzberg, cité par Locke, 1976, Gruneberg, 1979, Alpander, 1990 ; Gilmer, 1962, Fox, 1971 cités par Fraser, 1983 ; Herzberg, cité par Dieleman & al., 2003 ; Bennett & Franco, 1999
Engagement	Van Saane & al., 2003 ; Blegen, 1993 ; Alpander, 1990
Processus et Contexte organisationnel - attitude de l'entreprise - structure organisationnelle • livraison des services • support • gestion • système de feedback • processus de communication • mission organisationnelle • autonomie	Gilmer, 1962, Fox, 1971 cités par Fraser, 1983 ; Porter & Lawler, 1964 cités par Gruneberg, 1979 ; Herzberg, cité par Locke, 1976, Gruneberg, 1979, Alpander, 1990 ; Herzberg cité par Fraser, 1983 ; Van Saane & al., 2003 ; Keller, 1975 cité par Gruneberg, 1979 ; Bennett & Franco, 1999 ; Franco & al., 2002 ; Franco & al. 2004 ; Herzberg, cité par Dieleman & al., 2003 ; Spector, 1985

<ul style="list-style-type: none"> - politique de planification de l'entreprise - définition du rôle - réputation de l'entreprise - idée que se fait le travailleur sur son entreprise et de son management 	
Déterminants extrinsèques propres au concept de la satisfaction au travail	
Bénéfices	Van Saane & al., 2003; Spector, 1985
Participation	Gruneberg, 1979
Exigences du travail	Van Saane & al., 2003
Déterminants extrinsèques propres au concept de la motivation au travail	
Pratiques de management	Franco & al. 2004 ; Benisse & Nanice, 1985, Henriet, 1993 cité par Codjia & Ouoba, 2003
Gestion des ressources humaines	Bennett & Franco, 1999
Culture organisationnelle	Bennett & Franco, 1999; Franco & al., 2002; Franco & al. 2004
Disponibilité et complémentarité des ressources	Franco & al., 2002; Franco & al. 2004 ; Dussault, 1999
Mixte d'incitatifs	Dussault, 1999
Climat de travail	Atkinson, 1970; Birch, 1978; Kuhl, 1984 cité par Codjia & Ouoba, 2003
Présence de l'État dans les services publics	World bank, 1995, Guasch & Singh, 1998 cités par Dussault, 1999
Interactions entre le personnel et clients	Dieleman & al., 2003 ; Bennett & Franco, 1999; Franco & al., 2002
Support des leaders de la communauté	Dieleman & al., 2003
Perception des membres de la communauté	Dieleman & al., 2003
Attentes de la communauté	Franco & al. 2004 ; Bennett & Franco, 1999; Franco & al., 2002
Pressions de surveillance	Franco & al. 2004
Valeurs sociales	Franco & al. 2004
Feedbacks des clients et de la communauté	Franco & al., 2002; Dieleman & al., 2003

Tableau 22 : Références des déterminants individuels des concepts de la satisfaction et motivation au travail

<i>Déterminants individuels des concepts de la satisfaction et motivation au travail</i>	
Âge	Loscocco & Roschelle, 1991; Gruneberg, 1979
Sexe	Loscocco & Roschelle, 1991; Gruneberg, 1979
Durée de service pour l'organisation	Gruneberg, 1979
Niveau d'éducation ou de formation	Van Saane & al., 2003 ; Blegen, 1993 ; Loscocco & Roschelle, 1991
Rôle familial	Loscocco & Roschelle, 1991
Différences culturelles	Gruneberg, 1979; Loscocco & Roschelle, 1991
Caractéristiques de la personnalité	Gruneberg, 1979; Loscocco & Roschelle, 1991
<i>Déterminants individuels propres au concept de la motivation au travail</i>	
Besoins individuels	Bennett & Franco, 1999; Codjia & Ouoba, 2003
Attentes	Dieleman & al., 2003; Franco & al., 2002; Bennett & Franco, 1999
Objectifs individuels par rapport à ceux de l'organisation	Dieleman & al., 2003; Franco & al., 2002
Conception de soi <ul style="list-style-type: none"> - estime de soi - efficacité de soi perçue - valeurs intériorisées 	Bennett & Franco, 1999; Franco & al., 2002; Dieleman & al., 2003
Conséquences ou résultats attendus <ul style="list-style-type: none"> - effets perçus de la performance - feedback direct - récompenses ou punitions 	Bennett & Franco, 1999; Franco & al., 2002

Tableau 23 : Références des déterminants de la satisfaction au travail propres au secteur de la santé

Déterminants de la satisfaction propres au secteur de la santé				
	Kolehmainen -Aitken, 1998	Banque Mondiale, 1998 cité par Dussault, 1999	Lucas, 1991 cité par Song & al., 1997	Likert, 1967
Conditions de travail	X	X	X	X
Type de management	X	X	X	X
Incertitude générée par le processus de réforme sur la satisfaction au travail	X	X		
Déterminants de la satisfaction spécifiques aux médecins				
	Konrad & al., 1999	McCranie & al., 1982 cités par Groenewegen & Hutten, 1991	Rankin & al., 1987 cités par Groenewegen & Hutten, 1991	Branthwaite & Ross, 1988 cités par Groenewegen & Hutten, 1991
Relation avec les patients	X			
Temps personnel	X			
Communauté	X			
Ressources	X			
Traitement des problèmes émotionnels des patients au-delà de la formation		X	X	
Coûts financiers associés de leur pratique		X		
Travail administratif		X		
Régulation externe de la relation patient-médecin		X		
Isolation				X
Désillusion par rapport à la perception de leur rôle				X
Conscience du changement de travail				X

Déterminants de la satisfaction spécifiques aux infirmiers					
	Ethridge, 1987 cité par Song & al., 1997	Aiken & al. 2002	Blegen 1993	Alpender 1990	McCloskey, 1990 cité par Lynch, 1994
Autorité	X				
Nombre de patient par infirmier		X			
Stress			X		
Âge			X		
Années d'expérience			X		
Professionalisme			X		
Contrôle sur le travail				X	
Intégration sociale					X

Tableau 24 : Références des effets et des signes visibles des effets de la motivation au travail.

<i>Effets de la motivation au travail</i>				
	Bennett & Franco, 1999	Ulrich, 1998 cité par Dussault, 1999	Franco & al., 2004	Kanfer, 1999 cité par Bennett & al., 2001
Qualité des services	X	X	X	
Efficiencia	X		X	
Équité	X		X	
Satisfaction au travail				X
Satisfaction des usagers		X		
Comportements des travailleurs				X
Performance des travailleurs				X
<i>Signes de la faible motivation au travail spécifique au secteur de la santé</i>				
	Franco & al., 2004	Mutizwa-Mangiza, 1998 cités par Bennett & al., 2001	Gilson & al., 1994 cité par Bennett & al., 2001	ADIRA, 2003
Manque de courtoisie envers les patients	X	X	X	
Retards au travail	X	X		
Taux élevé d'absentéisme	X	X		
Faible processus de qualité	X		X	
Faible implication du travailleur dans son environnement professionnel				X
<i>Effets de la motivation au travail spécifique au secteur de la santé</i>				
Qualité des soins	Haddad & Fournier, 1995 cités par Bennett & al., 2001; Mathauer & Imhoff, 2004; ADIRA, 2003			
Taux d'utilisation des services de santé prioritaires	Haddad & Fournier, 1995 cité par Bennett & al., 2001			
Succès des réformes de santé	Mutizwa-Mangiza, 1998; Bennett & Franco, 1999			
Tendance à quitter le travail	Mathauer & Imhoff, 2004			
Performance et résultats du secteur de la santé	Martineau & Martinez, 1998 cités par Franco & al., 2004; Dussault, 2001; Mathauer & Imhoff, 2004; Dieleman & al., 2003; ADIRA, 2003			

Tableau 25 : Références des effets de la satisfaction au travail.

<i>Effets de la satisfaction au travail</i>	
Comportements de retrait, (intention de se retirer)	Spector, 1985
Implication au travail	Denton & al., 2002
Négligence	CECA, 1967 cité par Fraser, 1983
Inattention	CECA, 1967 cité par Fraser, 1983
Tendance aux accidents	Neuloh & al., 1957 cités par Fraser, 1983
Satisfaction en dehors du travail	Kavanagh & Halpern, 1977 cités par Loscocco & Roschelle, 1991; Locke, 1976
Moral	Gangadhraiah & al., 1990, Martin, 1990 cités par Misener & al., 1996
Santé mentale	Loscocco & Roschelle, 1991; Locke, 1976
Santé physique	Locke, 1976
Perception qu'a l'individu de lui-même	Locke, 1976
Rotation du personnel	Gangadhraiah & al., 1990, Martin, 1990 cités par Misener & al., 1996; Spector, 1985; Song & al, 1997
Coûts de rotation du personnel	Gangadhraiah & al., 1990, Martin, 1990 cités par Misener & al., 1996
Absentéisme	Gangadhraiah & al., 1990, Martin, 1990 cités par Misener & al., 1996; Spector, 1985; Song & al, 1997; Locke, 1976
Conflits d'employés au travail	Gangadhraiah & al., 1990, Martin, 1990 cités par Misener & al., 1996
Plaintes et griefs	Locke, 1976
Migrations internes et externes	Dussault, 1999
Résultats aux clients/patients	Consolvo, 1979, Gangadhraiah & al., Martin, Wolf, 1981 cité par Misener & al., 1996; Buffum & Konick, 1982, Schwartz & Will, 1961 cités par Spector, 1985
<i>Effets de la satisfaction au travail dans le domaine de la santé</i>	
Recrutement	Kramer & Schmalenberg, 1991, Wells, 1990 cités par Misener & al., 1996
Rétention	Kramer & Schmalenberg, 1991, Wells, 1990 cités par Misener & al., 1996
Satisfaction du patient	Morana, 1987 cité par Misener & al., 1996
Épuisement au travail	Mueller & McCloskey, 1990
Engagement du personnel	Mueller & McCloskey, 1990
Roulement du personnel	Mueller & McCloskey, 1990
Style de travail	Groenewegen & Hutten, 1991
Qualité des soins	Groenewegen & Hutten, 1991
Type de communication	Grol & al., 1985 cités par Groenewegen & Hutten, 1991
Attention aux aspects psychosociaux des patients	Grol & al., 1985 cités par Groenewegen & Hutten, 1991

Nombre de références	Grol & al., 1985 cités par Groenewegen & Hutten, 1991
Nombre de prescriptions	Melville, 1980, Grol & al., 1985 cités par Groenewegen & Hutten, 1991
Quantité d'explications au patient	Grol & al., 1985 cités par Groenewegen & Hutten, 1991

ANNEXE 2

Université de Montréal

**CONFIDENTIEL
A REMETTRE AUX
ENQUETEURS**

**KIT D'EVALUATION
DES FORMATIONS SANITAIRES
DE PREMIERE LIGNE**



**QUESTIONNAIRE POUR LE PERSONNEL DU
CENTRE DE SANTE**

Janvier 2001

Ce questionnaire a pour objet de mieux connaître les préoccupations et les opinions du personnel concernant le centre de santé. **Il est rigoureusement anonyme.**

Il se divise en trois sections visant respectivement à recueillir des informations :

- ↳ générales sur le profil du personnel du centre de santé.
- ↳ sur le degré de satisfaction concernant les conditions de travail.
- ↳ sur l'avis du personnel quant à l'évolution de certains paramètres concernant le centre de santé et son environnement.

Nous vous demandons de répondre, si possible, à l'ensemble des questions. Si vous avez des difficultés pour la compréhension de certaines d'entre elles, n'hésitez pas à vous adresser aux enquêteurs.

Vous pouvez apporter tout complément d'information ou suggestions dans les espaces libres en fin de questionnaire.

Merci de votre collaboration.

PARTIE 1: QUESTIONS SUR LES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES

CENTRE DE _____

I) RENSEIGNEMENT GENERAUX

Age : _____ Sexe : ☒ M ☐ F

Profession _____

Ancienneté dans votre profession _____ années

Ancienneté dans votre poste _____ années

Ancienneté dans le centre de santé _____ années

mois/année

*Date de la dernière session de formation continue dont vous avez bénéficié: ______

*Nombre de formations continues auxquelles vous avez participé depuis un an :

Dans le centre de santé:

11/11/2019

En dehors du centre de santé:

*Durée totale de formation l'année dernière en dehors du centre :

jours

* Variables ayant plus de 30% de données manquantes (retirées des analyses).

PARTIE 2: QUESTIONS SUR LA SATISFACTION

Concernant vos conditions de travail

Les énoncés suivants se rapportent à <u>vos conditions de travail</u> . Indiquez, pour chacun des énoncés, quel est votre degré de satisfaction. Si vous n'êtes pas concerné dans votre travail par cet énoncé, cochez la case 9 (sans objet).	Très satisfait	Plutôt satisfait	Indifférent	Plutôt insatisfait	Très insatisfait	Sans objet
Concernant ma formation :						
** La formation initiale que j'ai reçue.	5	4	3	2	1	9
* Les formations que j'ai reçues depuis que j'occupe ce poste.	5	4	3	2	1	9
La fréquence à laquelle mon travail est supervisé.	5	4	3	2	1	9
La manière dont mon travail est supervisé.	5	4	3	2	1	9
Concernant l'organisation de mon travail						
Mes horaires de travail.	5	4	3	2	1	9
Ma charge de travail.	5	4	3	2	1	9
** Mes relations de travail avec les collègues.	5	4	3	2	1	9
* Mon implication dans la gestion du centre.	5	4	3	2	1	9
Les informations qu'on me donne sur les résultats de l'activité du centre.	5	4	3	2	1	9
Concernant mes outils de travail						
Les documents auxquels j'ai accès pour travailler.	5	4	3	2	1	9
Le matériel médical dont je dispose pour mon travail.	5	4	3	2	1	9
* Les produits médicaux que j'ai à ma disposition pour travailler.	5	4	3	2	1	9
Concernant mon salaire et mes avantages						
Le salaire que je reçois.	5	4	3	2	1	9
Les primes que je reçois.	5	4	3	2	1	9
* Les avantages en nature dont je bénéficie.	5	4	3	2	1	9
Mes possibilités d'avancement.	5	4	3	2	1	9

* Variables ayant plus de 30% de données manquantes (retirées des analyses).

** Variables dont la distribution ne présentant pas de variabilité (retirées des analyses).

PARTIE 3 - SECTION 1 : QUESTIONS SUR L'APPRÉCIATION DE L'ORGANISATION ET LE CONTEXTE SOCIAL

Concernant le centre de santé

Les énoncés suivants se rapportent au centre de santé. Indiquez, pour chacun des énoncés, quel est votre degré de satisfaction. Si le centre n'est pas concerné par cet énoncé, cochez la case 9 (sans objet).

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Indifférent	Plutôt insatisfait	Très insatisfait	Sans objet
La dimension des bâtiments.	5	4	3	2	1	9
L'état des bâtiments.	5	4	3	2	1	9
La répartition des tâches entre le personnel.	5	4	3	2	1	9
Les services curatifs offerts dans le centre.	5	4	3	2	1	9
* Les services préventifs offerts dans le centre.	5	4	3	2	1	9
* La manière dont les finances du centre sont gérées.	5	4	3	2	1	9
L'entretien du centre de santé.	5	4	3	2	1	9
L'entretien et la maintenance du matériel.	5	4	3	2	1	9
* L'implication des populations dans la gestion du centre.	5	4	3	2	1	9
* La manière dont sont prises les décisions concernant le fonctionnement du centre.	5	4	3	2	1	9

Que faudrait-il faire pour que vous soyez plus satisfait dans votre travail ?

Que faudrait-il faire pour que vous soyez plus satisfait du centre de santé ?

** Variables ayant plus de 30% de données manquantes (retirées des analyses).*

**PARTIE 3 - SECTION 2 : QUESTIONS SUR LA PERCEPTION DE
L'ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION ET DU CONTEXTE SOCIAL**

Selon vous, comment a évolué la situation dans le centre de santé ? Depuis ___3 ans.
Vous pouvez justifier vos réponses dans les espaces réservés ou à la fin du questionnaire.

	Très améliorée	Améliorée	Maintenue	Détériorée	Très détériorée	Ne sais pas
Concernant le personnel						
Le nombre de personnel présent dans le centre.	5	4	3	2	1	9
* Les salaires du personnel.	5	4	3	2	1	9
La motivation du personnel dans son travail.	5	4	3	2	1	9
Les conditions de travail du personnel.	5	4	3	2	1	9
* L'instabilité du personnel						
La compétence du personnel.	5	4	3	2	1	9
Concernant les bâtiments						
L'état du centre de santé.	5	4	3	2	1	9
L'entretien des bâtiments.	5	4	3	2	1	9
Concernant le matériel						
La disponibilité du matériel dans le centre.	5	4	3	2	1	9
* L'état du matériel non médical.	5	4	3	2	1	9
L'état du matériel médical.	5	4	3	2	1	9
L'entretien et la maintenance du matériel.	5	4	3	2	1	9
* L'adéquation du matériel existant	5	4	3	2	1	9
Concernant les médicaments						
* Le coût d'acquisition des médicaments par le centre.	5	4	3	2	1	9
* Le coût d'acquisition des médicaments par les malades.	5	4	3	2	1	9
La disponibilité des médicaments dans le centre.	5	4	3	2	1	9
L'accès des malades aux médicaments essentiels.	5	4	3	2	1	9
* La disponibilité des contraceptifs dans le centre.	5	4	3	2	1	9
* La disponibilité en vaccins dans le centre.	5	4	3	2	1	9
Concernant l'accessibilité						
* Le coût des soins pour les malades.	5	4	3	2	1	9
* L'accès au centre pour les plus pauvres.	5	4	3	2	1	9
Concernant les soins curatifs						
L'utilisation des services curatifs par la population.	5	4	3	2	1	9
Les heures d'ouverture du centre.	5	4	3	2	1	9
Le temps d'attente en consultation curative.	5	4	3	2	1	9
Le système de garde.	5	4	3	2	1	9
* La formation continue du personnel.	5	4	3	2	1	9
* Le rythme de supervision des soins curatifs.	5	4	3	2	1	9
* La qualité de la supervision des soins curatifs.	5	4	3	2	1	9

* Variables ayant plus de 30% de données manquantes (retirées des analyses).

PARTIE 3 - SECTION 2 (suite)

Selon vous, comment a évolué la situation dans le centre de santé ? Depuis _____ ans.
 Vous pouvez justifier vos réponses dans les espaces réservés ou à la fin du questionnaire.

	Très améliorée	Améliorée	Maintenue	Détériorée	Très détériorée	Ne sais pas
Concernant les soins préventifs						
* L'utilisation des services préventifs par la population.	5	4	3	2	1	9
* La continuité des interventions.	5	4	3	2	1	9
* Le nombre de programmes préventifs offerts.	5	4	3	2	1	9
* La formation continue du personnel.	5	4	3	2	1	9
* Le rythme de supervision.	5	4	3	2	1	9
* La qualité de la supervision.	5	4	3	2	1	9
* La qualité du matériel.	5	4	3	2	1	9
* La qualité des interventions.	5	4	3	2	1	9
Concernant la gestion du centre						
* L'implication des communautés dans la gestion du centre.	5	4	3	2	1	9
* L'implication du personnel dans la gestion du centre.	5	4	3	2	1	9
* La gestion des finances du centre.	5	4	3	2	1	9
Concernant les finances						
* Les ressources du centre.	5	4	3	2	1	9
* La capacité de financement des activités.	5	4	3	2	1	9
* La régularité des financements.	5	4	3	2	1	9

Justifications des réponses et remarques

Suite 

* Variables ayant plus de 30% de données manquantes (retirées des analyses).

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ANNEXE 3

Tableau 26 : Définition opérationnelle des variables dépendantes

Concepts	Dimensions	Indicateurs mesurés par les questions de l'enquête	Modalités
Satisfaction du personnel de santé	Rétribution	Les primes que je reçois	-Insatisfait/Indifférent
		Mes possibilités d'avancement	-Satisfait
		Le salaire que je reçois	
	Supervision	La fréquence à laquelle mon travail est supervisé	-Insatisfait/Indifférent
		La manière dont mon travail est supervisé	-Satisfait
		Les informations que l'on me donne sur les résultats de l'activité du centre	
	Organisation du travail	Mes horaires de travail	-Insatisfait/Indifférent
		Ma charge de travail	-Satisfait
	Outils de travail	Les documents auxquels j'ai accès pour travailler	-Insatisfait/Indifférent
		Le matériel médical dont je dispose pour mon travail	-Satisfait

Tableau 27 : Définition opérationnelle des variables indépendantes

Concepts	Dimensions	Indicateurs mesurés par les questions de l'enquête	Modalités
Réforme de santé	Décentralisation	Personnel travaillant dans les secteurs concernés ou non par la réforme	- Concernés : <i>communautaire et public</i> - Non concernés : <i>parapublic et privé</i>
Caractéristiques individuelles	Socio-démographiques	Âge	Variable continue
		Sexe	- Homme - Femme
		Profession	- Non soignant - Soignant - Soignant intermédiaire - Soignant autre
	Expérience	Ancienneté dans votre profession	Variable continue
		Ancienneté dans votre poste	Variable continue
		Ancienneté dans votre centre	Variable continue
Caractéristiques de l'organisation et du contexte	Contexte	Région	- Kayes - Ségou
		Milieu	- Urbain - Rural
	Organisation du centre de santé	L'entretien et la maintenance du matériel	-Appréciation négative /Indifférent -Appréciation positive
		L'entretien du centre de santé	
		La répartition des tâches entre le personnel	
		Les services curatifs offerts dans le centre	
	Lieu de travail	La dimension des bâtiments	Variable continue : 2 = <i>appréciation négative</i> 10 = <i>appréciation positive</i>
		L'état des bâtiments	
	Évolution du centre de santé	L'état du matériel médical	Variable continue : 5 = <i>très détériorée</i> 25 = <i>très améliorée</i>
		La disponibilité du matériel dans le centre	
		L'entretien et la maintenance du matériel	
		L'entretien des bâtiments	
		L'état du centre de santé	
	Évolution des services curatifs offerts à la population	La disponibilité des médicaments dans le centre	- Détériorée /Maintenue - Améliorée
		L'accès des malades aux médicaments essentiels	
		L'utilisation des services curatifs par la population	
	Évolution de l'organisation des services curatifs	Le système de garde (curatifs)	- Détériorée /Maintenue - Améliorée
		Les heures d'ouverture du centre (services curatifs)	
		Le temps d'attente en consultation curative	