

Evaluation du rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité des soins dans quatre centres hospitaliers universitaires de Bamako

Evaluation of the managerial role of service supervisors in the continuous improvement of the quality of care in four university hospitals in Bamako

Bokary DIALLO, (enseignant-chercheur)

Laboratoire de Recherche de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé du Mali.

Oumar DEMBELE, (enseignant-chercheur)

Laboratoire de Recherche de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé du Mali.

Hawa Gouro DIALL, (enseignant-chercheur)

Laboratoire de Recherche de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé du Mali.

Madjiténgar RATAÏNGAR, (enseignant-chercheur)

Laboratoire de Recherche de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé du Mali.

Adresse de correspondance :	Mali – Bamako – N'tomikorobougou - Tél : 20 22 46 59, Fax : 20 22 14 38, BP : 1605. Tél. : (223) 77 87 14 79
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	DIALLO, B., DEMBELE, O., DIALL, H. G., & RATAÏNGAR, M. (2023). Evaluation du rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité des soins dans quatre centres hospitaliers universitaires de Bamako. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 4(5-2), 466-489. https://doi.org/10.5281/zenodo.10002157
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

Received: May 30, 2023

Accepted: October 12, 2023

International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - IJAFAME

ISSN: 2658-8455

Volume 4, Issue 5-2 (2023)

Évaluation du rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité des soins dans quatre centres hospitaliers universitaires de Bamako

Résumé

En analysant les rapports d'évaluations de la qualité des soins de l'Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux au Mali de 2005 à 2018, nous constatons la qualité des soins constitue un véritable problème de santé publique. En raison de la place importante qu'occupent les surveillants de service dans le management hospitalier, l'évaluation du rôle des surveillants s'avère prépondérante dans l'amélioration continue de la qualité des soins. Pour cette étude, nous nous sommes posé la question de recherche suivante : quel est le rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité de soins dans quatre Centres Hospitaliers Universitaires de Bamako ? Nous avons fixé comme objectif général d'étudier le rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité des soins dans les quatre Centres Hospitaliers Universitaires de Bamako.

La méthodologie de recherche adoptée a consisté à faire une étude quantitative analytique non expérimentale à visée transversale. Nous avons opté pour la méthode d'échantillonnage probabiliste et la technique stratifiée. Notre population d'étude était constituée de tous les surveillants des CHU-CNOS, GT, IOTA et Point « G » de Bamako. Les informations étaient recueillies auprès des enquêtés à l'aide d'un questionnaire et d'une grille d'exploitation documentaire. Le logiciel EPI Info a été utilisé pour la saisie des données, puis celles-ci ont été exportées dans Excel et SPSS pour les analyses. L'anonymat et la confidentialité étaient requis lors de la collecte des données.

Les résultats de notre étude révèlent qu'au total, 84 surveillants de service ont été inclus dans cette étude avec un âge moyen de 51 ans environ et prédominance masculine à 57.14%. Le rôle managérial des surveillants de service est connu joué à 54,76% ; le lien existant entre le rôle managérial et l'ACQ est évalué à 32,28% seulement. L'apport des surveillants dans l'ACQ qui consiste à faire un suivi/évaluation régulier des activités, avoir la disponibilité et la compétence requises pour une bonne coordination et identifier les insuffisances et faire la formation continue est estimé à 60,71%. Le principal goulot d'étranglement à la mise en œuvre de leurs fonctions est surtout le manque de formation dont 98,18% des surveillants n'en bénéficient pas et 98,36% travaillent dans des conditions peu favorables. De l'analyse explicative, il ressort que plusieurs rôles sont statistiquement significatifs en lien avec l'ACQ au seuil de 5%, le test de p-value = 0,147.

En définitive, nous pouvons affirmer donc que les surveillants de service connaissent leur rôle managérial dans l'ACQ et sont des acteurs clefs incontournables de l'ACQ dans les établissements de santé.

Mots clés : évaluation, rôle managérial, surveillants de service, ACQ, CHU, Bamako.

JEL Classification : H51, P36.

Type du papier : Recherche empirique

Abstract

By analyzing the quality-of-care evaluation reports from the National Hospital Evaluation Agency in Mali from 2005 to 2018, we note that the quality of care constitutes a real public health problem. Due to the important place occupied by department supervisors in hospital management, the evaluation of the role of supervisors is essential in the continuous improvement of the quality of care. For this study, we asked ourselves the following research question: what is the managerial role of service supervisors in the continuous improvement of the quality of care in four University Hospital Centers in Bamako? We set the general objective of studying the managerial role of service supervisors in the continuous improvement of the quality of care in the four University Hospital Centers of Bamako. The research methodology adopted consisted of carrying out a non-experimental quantitative analytical study with a cross-sectional aim. We opted for the probability sampling method and the stratified technique. Our study population consisted of all supervisors from CHU-CNOS, GT, IOTA and Point "G" in Bamako. Information was collected from respondents using a questionnaire and a document processing grid. EPI Info software was used for data entry, then it was exported to Excel and SPSS for analyses. Anonymity and confidentiality were required during data collection. The results of our study reveal that in total, 84 service supervisors were included in this study with an average age of approximately 51 years and a male predominance of 57.14%. The managerial role of service supervisors is known to be played at 54.76%; the existing link between the managerial role and ACQ is estimated at only 32.28%. The contribution of supervisors in ACQ which consists of regular monitoring/evaluation of activities, having the availability and skills required for good coordination and identifying inadequacies and providing continuing training is estimated at 60.71%. The main bottleneck in the implementation of their functions is above all the lack of training, from which 98.18% of supervisors do not benefit and 98.36% work in unfavorable conditions. From the explanatory analysis, it appears that several roles are statistically significant in relation to ACQ at the 5% threshold, the p-value test = 0.147. Ultimately, we can therefore affirm that service supervisors know their managerial role in ACQ and are essential key players in ACQ in health establishments.

Keywords: evaluation, managerial role, service supervisors, CQI, UHC, Bamako.

Classification JEL: H51, P36.

Paper type: Empirical Research

1. Introduction

La qualité et la continuité des soins sont des préoccupations majeures des centres de soins un peu partout dans le monde. De tous les côtés, des experts cherchent des indicateurs fiables pour en faire l'évaluation et mettre en place des mécanismes d'amélioration. Des analyses qui sont faites ressortent certaines évidences, tous les agents d'un hôpital, quel que soit leur rôle, sont responsables de cet idéal recherché (PHANEUF, 2012). Le service infirmier, en raison de sa position de plaque tournante des soins, d'interface entre le malade et le système médico-administratif est particulièrement impliqué. Même si toutes les décisions ne sont pas uniquement prises à ce niveau, les infirmières et les infirmiers sont toujours concernés.

La qualité des soins est devenue de plus en plus une exigence dans les établissements de santé dans le monde. L'intérêt porté à la qualité des soins et des services de santé dérive dans une large mesure des enjeux économiques, professionnels, sociologiques et politiques auxquels sont confrontés les systèmes de santé des sociétés postmodernes (HADDAD, ROBERGE & PINEAULT, 1997). Cet intérêt ne cesse de croître pour les professionnels, les pouvoirs publics ou les patients (GARNERIN et al. 2001).

La qualité des soins est un sujet d'actualité certes, mais pas nouveau pour une profession infirmière qui a, en effet, toujours eu le souci d'offrir aux malades des soins de qualité tout en les améliorant de manière continue. Depuis quelques années, ce courant représente un enjeu considérable aussi bien pour les hôpitaux qui se sont inscrits dans une démarche qualité, que pour les professionnels de la santé qui découvrent de nouvelles façons d'améliorer la prestation des soins et des services (DJOUMBÉ, 2009). C'est la raison pour laquelle les responsables des unités de soins ont un rôle capital à jouer dans la mise en œuvre de la démarche qualité et d'être le moteur de leur équipe. Être gestionnaire de la qualité des soins/services dans un établissement de santé, consiste à planifier, organiser, diriger et contrôler les activités de soins et services offerts aux usagers.

La réforme hospitalière au Mali instituée par la Loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière, un des axes forts, n'est pas sans interroger les professionnels sur leur rôle et place dans cette nouvelle organisation hospitalière. Nous sommes tentés de penser que ces bouleversements et les exigences toujours plus grandes vis-à-vis de la fonction risquent d'amplifier les écarts constatés dans leurs pratiques et d'engager des dysfonctionnements au sein du service infirmier. Ces questionnements s'imposent à nous avec d'autant plus d'acuité que nous sommes en pleine mutation de la nouvelle démarche d'accréditation qui prévoit, aujourd'hui, l'évaluation de la qualité de management des directions et des responsables au sein des établissements hospitaliers. Du reste, le Guide pour l'auto-diagnostic de la qualité du management en établissement de santé, publié par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation (ANAES, 2004) et repris par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2005), énonce clairement que l'impact du management sur le fonctionnement des secteurs d'activité et la capacité des établissements à remplir leurs missions auprès des patients sont non négligeables. Les surveillants de service sont un maillon essentiel et un relais privilégié dans la mise en œuvre et le suivi de la politique de soins, visant à l'amélioration de la qualité de soins. Pour cela, ils ont besoin d'être pilotés et accompagnés dans leur management afin que leurs actions convergent vers des projets communs et partagés.

Il s'agira de créer des conditions nécessaires à l'encadrement afin que les projets stratégiques prennent un sens et deviennent opérationnels. En effet, dans la perspective de notre future fonction de manager, il apparaît fondamental de considérer ces enjeux à la fois institutionnels, mais aussi humains pour envisager une stratégie managériale pertinente.

Depuis les années 1970, la complexité de la gestion des établissements de santé ne cesse de croître en lien avec l'émergence d'impératifs contextuels (social, économique, politique, démographique, épidémiologique, etc.) en évolution rapide (KEROUAC, PEPIN, MAJOR &

DUCHARME, 2003). Dès lors, on assiste à une véritable explosion du concept de la qualité au niveau mondial dans le système de santé. Ceci est lié à la pression économique et à l'escalade des coûts de la santé (JACQUERYE et al. 1999).

En pratique soignante, la démarche qualité permet de clarifier les rôles et les responsabilités des différents acteurs (LEPLATRE & COLLARD, 1998). Comme démarche, l'Amélioration Continue de la Qualité (ACQ) de soins et services représentent un intérêt permanent à la fois dans la prise en compte de la satisfaction des besoins des patients et dans l'apport des solutions à des dysfonctionnements survenant dans les institutions de soins/services (HUBINON, 2004). Elle devra être plus que jamais une préoccupation constante, non seulement des gestionnaires, mais de l'ensemble des intervenants (Association des Hôpitaux du Québec, 1995).

Alors que la mise en place de la démarche qualité présente plus d'avantages que d'inconvénients (LEPLATRE & COLLARD, 1998), l'absence de la qualité menace toute l'entité, dans la mesure où elle génère des coûts de moins en moins supportables par l'établissement qui risquent de perdre un client (GUENOT, 2005 ; GRENIER, 2002). Ainsi, les professionnels de santé sont appelés à améliorer sans cesse leurs services de soins par la formation, l'organisation et l'évaluation des pratiques (GRENIER, 2002).

Dans cette même perspective : « la clef pour comprendre l'assurance de la qualité aujourd'hui, est de considérer les soins donnés par les personnels soignants non pas comme une série de tâches, mais comme une collection de résultats » (KATZ & GREEN, 1992 cités par JACQUERYE et al. 1999).

C'est ainsi que l'évolution des approches relatives à la qualité des soins, a conduit la profession infirmière à manifester sa détermination à s'inspirer de multiples programmes qualités (JACQUERYE et al. 1999).

Par ailleurs, l'adoption d'une démarche qualité (DQ) permet d'organiser en continu la valorisation des hommes, de la fonction et de réagir à des dysfonctionnements en analysant leurs causes (CHARVET-PORTAT, JARLIER & PREAUBERT, 1998).

Au Mali, la qualité des services est un souci constant du Ministère en charge de la Santé et de ses partenaires. Des efforts considérables ont été déployés dans le cadre des différents programmes pour traiter des questions de qualité. A cet égard, des normes et des standards ont été définis et adoptés dans différents secteurs de la santé. De même, des manuels de procédures ont été mis au point pour les activités infirmières et les laboratoires. Aussi, dans une démarche de continuité, le ministère a renforcé le processus d'amélioration de la qualité de soins et des services.

De leur côté, les CHU de Bamako ont mis en place un programme de management de la qualité (PMQ). Le cadre conceptuel de la DQ adopté est l'ACQ selon le processus Plan, Do, Check, Action (PDCA), appelé aussi roue de Deming. Le choix de ce modèle réside sur le fait que la qualité s'obtient toujours par une amélioration continue des processus, dans une démarche itérative réalisée étape par étape. La mise en application des principes d'ACQ, impose la maîtrise d'outils d'analyse et de résolution des problèmes et favorise l'implication de l'ensemble des membres d'équipe dans une démarche participative.

Dans le domaine des soins, la visée de l'ACQ permet à l'infirmier-chef d'être un manager, capable de mobiliser son équipe pour identifier les difficultés particulières à une situation de soin, repérer les potentiels et rédiger un plan d'action (BELLEMARE, 2003 ; DUSAUSOY, 2001). D'ailleurs, véritable moteur de changement, l'infirmier-chef se positionne comme chef de projet pour planifier les actions, évaluer les moyens et être à la fois dynamique et attentif à la qualité (VOSSART, 2000 ; JACQUERYE et al. 1999). Selon KEROUAC, DUQUETTE & SANDHU, (1990) cités par HUBINON (2004), l'infirmier-chef a la responsabilité de planifier, de coordonner et de contrôler l'ensemble des activités distribuées à son personnel. Dès lors, le surveillant doit être particulièrement actif dans l'implantation de la DQ

(LEPLATRE & COLLARD, 1998 ; JACQUERYE et al. 1999).

Aussi, le texte réglementaire et institutionnel définissant le rôle de l'infirmier-chef de service de soins au niveau des CHU, stipule que l'infirmier-chef doit « assurer la continuité et le contrôle de la qualité des soins dispensés aux patients et assister le personnel infirmier dans l'administration des soins ».

Il en découle donc, que l'infirmier-chef, étant responsable dans la gestion et le management du service, est le garant de la qualité des soins dispensés aux patients. Il appartient donc à l'infirmier-chef de déployer ses compétences pour satisfaire les besoins du client en termes des principes généraux de la qualité (GRASSE & GUAY, 1994).

Selon Henry Mintzberg et al. (2000), le centre du pouvoir réel à l'hôpital est au niveau de l'infirmier, car ce dernier prend plus de temps avec le temps et se trouve au début et à la fin des soins. « Ce qu'on appelle « sommet » de l'organisation n'est finalement qu'une image. En réalité, le Directeur général ne coiffe que l'organigramme. Vaut mieux ainsi représenter l'organisation par une organigraphie. « L'organigraphie révèle le fonctionnement du tout en représentant clairement les interactions capitales entre personnes, produits et informations ».

Henry Mintzberg et Ludo Van der Heyden (2000). Dans l'organigraphie, on se rend compte que les dirigeants ne figurent pas tout en haut.

Le DG est trop éloigné du travail réellement effectué pour le maîtriser. Celui qui se trouve au centre devient automatiquement le chef.

Par exemple, on admet que le patient est un pivot de l'hôpital, il faut en conclure que c'est l'infirmier qui dirige et non pas le médecin ou le DG. Car l'infirmier coordonne tout l'éventail de services qui ont le malade pour point de convergence. De façon bien palpable, il fait le management et donc la direction n'est pas toujours synonyme d'autorité hiérarchique. Ce pilotage à partir d'un centre n'a rien à voir avec le pilotage depuis le sommet. La chaîne contrôle, le pivot coordonne. La chaîne fait semblant de déléguer, alors que le pivot regroupe des individus déjà investis d'un pouvoir par la nature de leurs activités » (Mintzberg H. et al. (2000).

C'est dans cette perspective que la présente étude vise à évaluer le rôle des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité. Il n'y a pas eu assez d'études similaires, jusqu'ici qui a fait l'objet de recherches particulières dans le contexte malien.

Il s'agira précisément d'explorer et de décrire la manière dont les surveillants de service concernés sont impliqués à la démarche d'ACQ, ainsi que leur rôle dans cette démarche.

Ainsi, notre question centrale est la suivante : « Quel est le rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité des soins dans quatre (4) Centres Hospitaliers Universitaires de Bamako ? »

Spécifiquement, c'est pour savoir : les surveillants de service connaissent-ils leur rôle managérial dans l'amélioration continue de la qualité des soins ? quel est le lien entre le rôle managérial des surveillants de service et l'amélioration continue de la qualité des soins ? quel est l'apport du rôle des surveillant dans l'amélioration continue de la qualité ? quels sont les obstacles à la mise en œuvre du rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité des soins ?

Comme hypothèse générale de recherche : « Le rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité de soins dans les quatre (4) Centres Hospitaliers Universitaires de Bamako est connu ».

Spécifiquement, il s'agit de : les surveillants de service connaissent leur rôle managérial dans l'amélioration continue de la qualité des soins ; le rôle managérial des surveillants de service et l'amélioration continue de la qualité des soins sont liés ; l'apport du rôle des surveillant des services dans l'amélioration continue de la qualité des soins consiste à faire un suivi/évaluation régulier des activités, avoir la disponibilité et compétence requises pour une bonne coordination et identifier les insuffisances et faire la formation continue ; les obstacles

à la mise en œuvre du rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité des soins sont l'organisation du service, la gestion du temps, la pression du quotidien, le manque de formation, les conditions de travail peu favorables, etc.

L'objectif général est d'étudier le rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité des soins dans les quatre (4) Centres Hospitaliers Universitaires de Bamako.

Spécifiquement, il s'agit de : décrire le rôle managérial des surveillants de service ; déterminer le lien entre le rôle managérial des surveillants de service et l'amélioration continue de la qualité des soins ; déterminer l'apport du rôle des surveillants dans l'amélioration continue de la qualité ; identifier les obstacles à la mise en œuvre du rôle managérial des surveillants de service.

Dans cette optique, la présente étude qui porte sur le thème : « **évaluation du rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité des soins dans quatre Centres Hospitaliers Universitaires de Bamako** » est subdivisée en cinq chapitres, ainsi donc, elle se propose de mettre en lumière dans sa phase conceptuelle, une vue d'ensemble du contexte et justification, de la problématique, en rappelant notamment le cadre réglementaire et institutionnel mis en place, relatif à l'exercice de la fonction d'infirmier-chef, les questions, les hypothèses et les objectifs que nous nous sommes assignés.

Dans sa deuxième partie, seront présentées, la recension des écrits relative à l'objet de la recherche, le cadre conceptuel et théorique immergeant de cette recension des écrits ainsi que la définition des concepts à l'étude.

Dans sa troisième partie, dite cadre d'étude et phase méthodologique, seront abordés les milieux d'étude, les méthodes et instruments de collecte des données ainsi que la définition de la population à l'étude, de l'échantillon et les considérations éthiques.

Dans son quatrième volet, seront développés l'analyse et l'interprétation des différents résultats en suivant respectivement les objectifs fixés par la présente étude et dans sa dernière partie nous allons confronter nos résultats avec ceux des autres auteurs qui ont travaillé sur le thème similaire pour ressortir les points de divergences et de convergences et ce travail sera bouclé par une conclusion et des suggestions/recommandations seront adressées à qui de droit sans occulter les annexes.

2. Revue de la littérature

Les établissements publics et privés de santé abandonnent de plus en plus la gestion classique au profit du management de la qualité (MQ). En effet, le MQ est l'ensemble d'activités coordonnées permettant l'orientation et le contrôle d'un organisme en matière de qualité (ANAES, 2002). L'une des dimensions efficaces et incontournables orientées vers l'amélioration continue de la qualité (ACQ) dans les établissements de santé sur l'échiquier mondial demeure la démarche qualité (DQ) selon la norme ISO 9001. Cette norme est un référentiel certifiable qui présente les exigences organisationnelles requises pour un système de management de la qualité (SMQ).

De nos jours, le monde en général, la qualité est devenue un mode de management incontournable et performant des organisations (Bertrand, Martinez, Hürlimann, & Jourdain, 2001). En effet, dans le secteur de la santé, la qualité des soins demeure de plus en plus une exigence placée désormais au cœur des préoccupations des établissements de santé (BURY et al. 2013 ; PHANEUF, 2012 ; ANAES, 2002). Le SIDIIEF (2015), a mis une attention particulière sur l'importance stratégique de la qualité des soins en général, et des soins infirmiers en particulier. BERTRAND et al. (2001), disent que personne ne peut s'opposer au courant qualité qui se présente à l'heure actuelle dans le secteur de la santé au regard des multiples enjeux.

L'exigence de la qualité est non seulement incontournable du point de vue éthique et déontologique, mais aussi un facteur de progrès, de structuration et de performance hospitalière (BURY et al. 2013). Le bénéficiaire des soins est devenu de plus en plus exigeant quant à la qualité des soins suite à l'évolution de sa place dans la société (COMPAGNON et al. 2013 ; ANAES, 2002). L'exigence des clients en matière de qualité des soins est plus que jamais de plus en plus pressante. Aussi, de la part de notre population, il y a de plus en plus une demande de soins (CLEMENS-CARPIAUX, 2005). En plus de cela, ces établissements sont contraints à la maîtrise des coûts (EVE & SPRIMONT, 2013). De plus, l'évolution récente de la jurisprudence en rapport avec la responsabilité médicale et la pression médiatique rendent obligatoire dans les établissements de santé une plus grande transparence sur les moyens mis en œuvre pour prévenir les risques et assurer la qualité des soins (FOURCADE, 2001).

Pendant la dernière décennie, les professionnels de la santé ont été les témoins d'une profonde transformation dans les demandes et les besoins des clients du système de santé, qui souhaitent plus de participation aux décisions qui les concernent, plus de transparence et plus de garanties en matière de qualité et de la sécurité des soins (BAYAD, DELOBEL, & RIBAU, 2002).

Face à ces multiples défis, les établissements de santé sont quasiment dans l'obligation d'implémenter une DQ interne pour répondre à ces contraintes (FOURCADE, 2001).

Ainsi, adopter une DQ dans les établissements de santé est indispensable pour se lancer dans une dynamique d'ACQ des prestations pour la satisfaction des besoins et des attentes des bénéficiaires.

Selon NOBRE (2013), les structures de santé doivent obligatoirement innover. Cependant, de nos jours, cette innovation est non pas technique ou médicale, mais plutôt organisationnelle et managériale (Ibid. 2013). En effet, dans cette approche managériale, les acteurs des établissements de santé jouent un rôle capital. Le rôle central de la compétence en leadership et en management du personnel de santé responsable de l'amélioration de la santé de la population a été mis en exergue par AFANVI et al. (2015). Toute chose qui est fondamentale, car « l'amélioration de la qualité des soins constitue un objectif à part entière du système de soins » (DUHAMEL & ETIENNE, 2009).

De ce fait, le travail et le rôle des infirmiers se trouvent concrètement modifiés quotidiennement dans la mesure où ils ne peuvent désormais plus échapper aux fonctions de management (DIVAY & GADEA, 2008). Comme le soulignent SIBÉ, DOMEQ, KRET, & SAILLOUR-GLENISSON (2012), les dimensions managériales du contexte des unités de soins se révèlent être une piste explicative d'échec ou de succès des DQ dans les établissements de santé. Conséquemment, les responsables des soins de santé sont appelés à être désormais des managers leaders (AFANVI et al. 2015).

C'est pourquoi la DQ ne saurait se réaliser sans la contribution des surveillants de service, maillon important de la chaîne managériale dans les établissements de santé. Les surveillants de service demeurent responsables dans l'organisation des soins (ROMA, 2011). Ils sont alors plus que jamais sollicités et leur contribution est déterminante dans cette DQ au regard de leur statut de responsables dans le processus de soins et de leur position particulièrement stratégique.

Le service infirmier, du fait de sa position de plaque tournante des soins, d'interface entre le patient et le système médico-administratif y est impliqué (PHANEUF, 2012). Ainsi, ils sont considérés comme des acteurs moteurs responsabilisés pour assurer le développement des démarches qualité (DIVAY & GADEA, 2008).

L'importance du rôle du personnel infirmier dans le système de santé est reconnue non seulement au niveau de l'accessibilité, mais aussi au niveau de la qualité et de la sécurité des soins et des services données à la population (MARTINE, 2016).

Faire fonctionner une unité de soins n'est plus uniquement du domaine de l'expertise soignante, mais plutôt de l'expertise managériale (LAURENT, 2001).

D'une part, les habiletés managériales et le leadership sont plus que jamais importants dans une organisation de soins de santé et d'autre part la performance des établissements de santé en dépend (AFANVI et al. 2015). La performance des managers est au cœur de l'actualité des organisations privées ou publiques (BONNET & BONNET, 2008).

Les écrits antérieurs ont pour la plupart abordé le management en général et en particulier le management des unités de soins plutôt que de traiter spécifiquement de l'évaluation du rôle managérial des surveillants de service. Aussi, il faut noter que la littérature sur cette thématique au Mali est pauvre, bien que les surveillants de service contribuent de manière importante au MQ dans les établissements de santé. Au Mali, à notre connaissance peu d'études portant sur ce sujet n'ont été menées, ce qui confère à ce travail de réflexion son originalité. Étant d'une importance capitale au regard de ses enjeux, il est donc impératif de s'intéresser à l'évaluation du rôle managérial des surveillants de service pour combler ce gap. Ce qui renforce la pertinence de cette étude. D'où, l'intérêt de conduire ce travail de réflexion dans l'optique de mettre en exergue le rôle managérial des surveillants de service dans les CHU-CNOS, IOTA, Gabriel TOURE et Point « G ». Les motifs qui ont milité en faveur du choix de cette structure s'expliquent par le fait qu'elle utilise le même référentiel qualité (la norme ISO 9001). Cet établissement est également certifié sur la même norme ISO 9001. De plus, au sein dudit établissement, les surveillants de service sont des acteurs clés de la DQ.

Cette thématique novatrice et d'actualité est d'autant plus importante à étudier, car c'est un bel exemple de contribution de la part des surveillants de service dans la mise en œuvre de la DQ dans les établissements de santé. Toute chose qui tend à les porter au-devant de la scène, à les charger d'une mission et les doter d'une visibilité qui n'atteignait pas auparavant une telle ampleur (DIVAY & GADEA, 2008).

Parmi les acteurs clés du MQ figurent les surveillants de service, qui occupent une place prépondérante. Cependant, leur rôle managérial n'est pas connu ou du moins négligé par les autres professionnels de santé, voire par messieurs tout le monde.

Pourtant, ils sont un acteur clé du MQ (VERGER, MIHURA, SALLE, SARINI, & COLIN, 2008). Ils ont pour mission de planifier, d'organiser, de diriger et de contrôler les activités de soins et services offerts aux patients.

Ils visent l'optimisation de la qualité des soins et la satisfaction des patients permettant aux établissements de santé d'être des références. La DQ est devenue une réponse aux exigences des utilisateurs des services et des managers du système de santé (GARDETTE, 2010).

Elle permet également de fournir la preuve de leur qualité et de leur savoir-faire dans un système de plus en plus concurrentiel des établissements de santé (Ibid. 2010).

Notre réflexion sur le rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité de soins ne prend tout son sens que dans un questionnement beaucoup plus large qui est celui de notre propre management en tant que futur manager.

Cependant un certain nombre d'obstacles peuvent être à l'origine d'une mauvaise gestion de l'unité de soins et par là à l'échec de la DQ. DUSAUSOY (2001) rapporte que les cadres de proximité, considérés comme acteurs incontournables au niveau de l'unité de soins, vivent des difficultés de positionnement par rapport à leur nouveau rôle, exigeant de réelles compétences de gestionnaire capable de rendre les membres de son équipe acteurs de progrès et de qualité. Les problèmes rencontrés par des cadres de proximité, notamment les infirmiers-chefs, sont souvent le reflet d'un problème collectif de la hiérarchie infirmière qui ne leur accorde pas un encadrement suffisant (CIPICIANI, 2005). De son côté, GUENOT (2005), estime que la qualité des soins ne peut être envisagée si les gestionnaires des unités de soins ne jouent pas leur rôle dans la dissémination de la culture qualité ou si la coordination de la qualité est

défaillante. À cela, s'ajoute le manque de concertation au sein de l'unité, l'insuffisance d'approche méthodologique de l'encadrement dans le domaine de la qualité, l'existence d'un travail cloisonné et la méconnaissance des textes réglementant la fonction de l'infirmier-chef (JACQUERYE et al. 1999). Ce portrait peu encourageant met en évidence d'importants dysfonctionnements de la gestion de l'unité de soins qui s'expliquent par une grande difficulté à résoudre les problèmes affectant la qualité des soins et la satisfaction des patients (CHARVET-PORTAT, JARLIER & PREAUBERT, 1998). Dans l'ensemble, ces dysfonctionnements se traduisent par la force des habitudes, les difficultés de positionnement dans l'institution, la résistance au changement, l'aspect participatif de la démarche qualité qui n'est pas mis en avant, avec comme conséquences, l'effondrement de cette dernière et la difficulté d'adaptation aux changements et d'intégration de la démarche d'ACQ (ANCHISI, BERRA & POTT, 2004 ; DETRIE, 2003 ; GRENIER, 2002 ; DUSAUSOY, 2001 ; LOZEAU, 1996). Ce décalage en DQ qui aurait, à travers une dynamique managériale, l'avantage de développer une culture qualité dans l'équipe soignante risquerait de créer chez ces derniers la non-adhésion, le rejet et l'abandon (JACQUERYE et al. 1999, LOZEAU, 1996).

3. Méthodologie de recherche

Dans cette partie, nous présentons le site d'étude, le type et la méthode d'étude, la population cible, la technique d'échantillonnage, les outils utilisés pour recueillir les données, d'analyser et d'interpréter les résultats.

3.1. Terrain et données de l'étude :

Situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental avec une superficie de 1.241.238 km². Il s'étend du Nord au Sud sur 1.500 km et d'Est en Ouest sur 1.800 km. Il partage 7.200 km de frontière avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée Conakry au Sud-Ouest et le Sénégal à l'Ouest.

L'étude a été menée dans quatre (4) CHU de Bamako dont deux à vocation générale (Hôpital Gabriel Touré et Hôpital du Point G) et deux à vocation spécialisée (CNOS et IOTA).

Les surveillants de service de ces différents hôpitaux constituent nos sources de données.

Nous avons exploité les documents suivants : registre de plaintes des malades ; projet d'établissement ; politique qualité ; processus ; rapport d'analyse des plaintes des patients ; rapport d'identification des besoins et des attentes des clients ; rapport d'activités ; rapport de suivi ; rapport d'évaluation ; rapport d'audit interne ; rapport de contrôle ; rapport de revue de processus et les rapports de revue de la direction.

3.2. Modèle de recherche :

Dans le cadre de notre étude, nous avons mobilisé les variables suivantes :

✓ Variables indépendantes

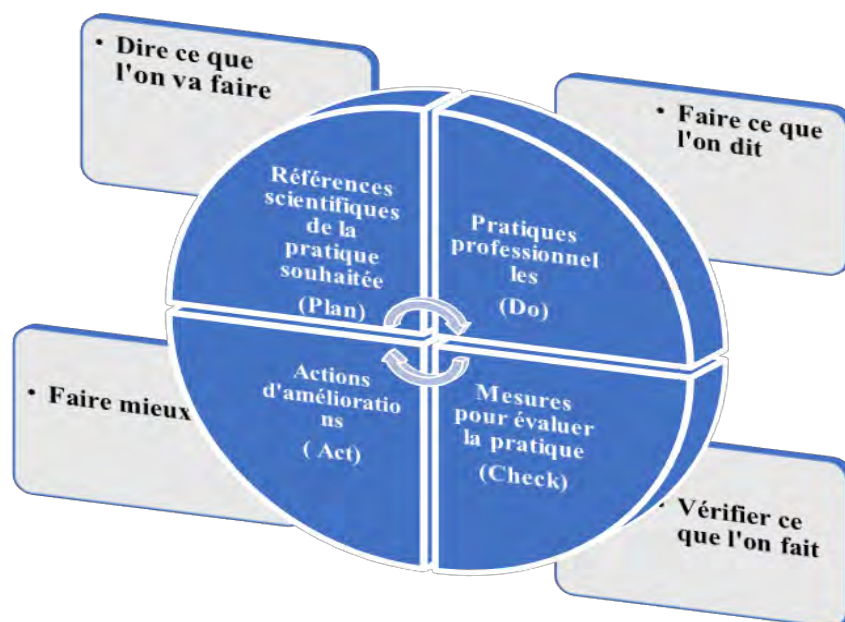
Pour notre travail, la variable indépendante est **rôle managérial, âge, sexe**. Ce sont des variables observables, mais on peut les apprécier à travers leurs modalités qui sont : rôles des relations interpersonnelles ; rôles relatifs à l'information ; rôles décisionnels, etc. ; [25-35[, [35-45[, [45-55[, [55-65[, [65 et plus ; masculin, féminin.

✓ Variable dépendante

Notre variable dépendante a deux modalités (yes or no).

Comme modèle de recherche, nous avons adopté la roue de Deming appliqué dans le domaine de la Santé de la Haute Autorité de Santé de France. Pour la Haute Autorité de Santé (2010) citée par GARDETTE (2010), lorsque la roue de Deming (cycle PDCA) est appliquée plus spécifiquement au domaine de la santé, elle peut se décrire schématiquement comme suit (Figure 1).

Figure 1: Roue de Deming appliquée au domaine de la santé, (DEMING, 1951).



Source : GARDETTE (2010).

Dans le domaine des soins infirmiers, « l'Amélioration Continue de la Qualité comprend un ensemble de philosophies et de méthodes adoptées par l'institution pour assurer une amélioration continue de l'ensemble de ses activités » (JACQUERYE & THAYSE, 1997, cités par HUBINON, 2004).

3.3. Traitement des données

Les données quantitatives ont été traitées par le logiciel EPI-Info et les données qualitatives par une analyse de contenu thématique manuelle.

3.4. Période d'étude

La période de l'étude a été de six (6) mois du 1^{er} mars au 31 août 2022 aux CHU-CNOS, GT, IOTA et Point « G » de Bamako, mais l'enquête terrain a duré trente (30) jours allant du 21 juillet au 19 août 2022. Sur cette période de six (6) mois, nous avons effectué les tâches suivantes :

3.5. Positionnement épistémologique

Ce travail de recherche s'inscrit dans le positionnement épistémologique positiviste. Le courant positiviste prône un réalisme ontologique et épistémique. L'épistémologie positiviste a pour but d'identifier des régularités dans les phénomènes observés en poursuivant une finalité prédictive.

3.6. Approche de recherche

Pour cette étude, nous utiliserons l'approche quantitative, car cette approche nous permet d'obtenir des informations chiffrées dont l'analyse statistique permet de vérifier nos hypothèses.

3.7. Démarche de recherche

Pour notre étude, nous avons opté la démarche hypothético-déductive, elle est soutenue par les partisans de l'empirisme qui estiment que l'expérience et l'observation sont les sources de la connaissance du monde réel. Elle se résume comme suit :

Observation→Hypothèse→Expérience→Résultats→Interprétation→Conclusion.

Il s'agissait d'une étude quantitative analytique non-expérimentale à visée transversale.

3.8. Technique d'échantillonnage

Il a été question de rapporter comment nous avons procédé pour atteindre les populations d'étude.

Pour ce travail, nous avons fait recours à la méthode d'échantillonnage probabiliste, car elle permet de produire des estimations fiables et de faire des inférences statistiques au sujet de la population. La technique stratifiée a été utilisée par ce que son utilisation peut rendre la stratégie d'échantillonnage plus efficace. L'échantillonnage stratifié assure d'obtenir une taille d'échantillon suffisante pour des sous-groupes d'intérêt de la population. Étant donné que chaque strate devient une population indépendante, une taille d'échantillon est déterminée pour chacune d'entre elles.

✓ Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon était déterminée selon la formule de Schwartz :

$n' = \frac{n}{1 + (n/N)}$ n = taille de l'échantillon ;

n' = taille de l'échantillon ajustée de l'échantillon ;

N = la population cible (nombre total des surveillants dans les 4 CHU).

n = se détermine par la formule statistique suivante :

$n = \frac{1}{4} * [z (1 - \alpha/2) / E]^2$ n' =

Nous avons considéré que la marge d'erreur E est de 5% et que notre intervalle de confiance α est = 95% :

$E = 5\% = 0,5$

$1 - \alpha = 95\%$ est l'intervalle de confiance.

$1 - \alpha = 0,95$ et $\alpha / 2 = 0,025$, $1 - \alpha / 2 = 0,975$. $Z (0,975) = 1.96$ (selon la loi normale) et $n' = 84$ surveillants.

La taille ajustée de l'échantillon pour cette étude était de 82 surveillants, mais sur le terrain nous avons enquêté 84 surveillants, ceci s'explique par le fait que les réalités du terrain sont autres de celles que nous avons définies.

Tableau 1: Taille de l'échantillon des quatre CHU

CHU	Effectif	Poids du CHU	Taille de l'échantillon
CNOS	10	9,2	8
Gabriel TOURE	36	34,2	29
IOTA	14	13,4	11
Point "G"	45	43,2	36
Total	105	100	84

Source : auteurs.

3.9. Critères de sélection des participants

Pour mieux définir notre population cible, nous allons fixer les critères d'inclusion, d'exclusion.

❖ Critère d'inclusion

Étaient inclus dans l'étude, tout surveillant des services ayant exercé au moins 6 mois au dans

l'un des CHU suivant : CNOS, GT, IOTA et Point « G » de Bamako et ayant accepté de participer à l'enquête.

❖ Critères de non inclusion

Étaient non inclus dans notre étude :

- Tous les surveillants de service des CHU-CNOS, GT, IOTA et Point « G » de Bamako ayant exercé au moins 6 mois et présents pendant la période de l'enquête et ayant refusé de participer à l'étude.
- Tous les surveillants de service des CHU-CNOS, GT, IOTA et Point « G » de Bamako ayant exercé moins 6 mois.

3.11. Techniques de collecte de données

Pour obtenir des informations auprès des enquêtés, nous nous sommes servis d'un questionnaire, d'une grille d'observation et d'une grille d'exploitation documentaire.

Nous avons administré des questionnaires aux différents surveillants des hôpitaux retenus pour notre étude sur leurs lieux de travail. Nous les avons observés en train de travailler pour confronter ce qu'ils disent et ce qu'ils font et pour mieux comprendre leur quotidien. Enfin, nous avons exploité les documents avec lesquels ils travaillent pour se rassurer concrètement de leurs activités.

Tableau 2 : Technique et outils de collecte des données

Techniques	Outils	Cibles
Enquête individuelle	Questionnaires	Les surveillants de service des CHU-CNOS, GT, IOTA, Point « G »
Observation	Grille d'observation	Les surveillants de service au travail
Fiche d'exploitation des documents (technique documentaire)	Fiches de dépouillement	Registre de plaintes des malades ; Projet d'établissement ; Politique qualité ; Processus ; Rapport d'analyse des plaintes des patients ; Rapport d'identification des besoins et des attentes des clients ; Rapport d'activités ; Rapport de suivi ; Rapport d'évaluation ; Rapport d'audit interne ; Rapport de contrôle ; Rapport de revue de processus ; Rapport de revue de direction.

Source : auteurs.

4. Résultats

Pour savoir si le fait que les surveillants de service disposant d'un rôle de leader ont-t-il un lien avec l'amélioration continue de la qualité, nous avons appliqué un test de liaison, celui de Khi-deux.

Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur le rapport entre le rôle de leader et l'amélioration continue de la qualité (ACQ)

		Amélioration continue de la qualité					
		No		Yes		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Rôle de leader	No	3	3,57	5	5,95	8	9,52
	Yes	47	55,95	29	34,52	76	90,48
	Total	50	59,52	34	40,48	84	100,00
Khi-deux = 1,78			ddl = 1		p-value = 0,182		

Source : auteurs.

Parmi les surveillants de service interviewés, 34.52% jouent le rôle dans ACQ et sont leaders dans leur service.

Au seuil de 5%, le test de p-value = 0.182 révèle que jouer le rôle de leader est lié à l'ACQ. Si

un surveillant ne joue pas le rôle de leader, cela influence sur l'ACQ.

Ensuite, nous avons cherché à savoir si un surveillant de service communique bien, cela influence sur l'amélioration de la qualité des soins.

Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur le rapport entre le rôle de communicateur et l'ACQ

		Amélioration continue de la qualité					
		No		Yes		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Rôle de communicateur	No	0	0,00	6	7,14	6	7,14
	Yes	50	59,52	28	33,33	78	92,86
	Total	50	59,52	34	40,48	84	100,00

Source : auteurs.

Parmi les surveillants de service interviewés, 33.33% jouent le rôle dans l'ACQ et sont communicateurs dans leurs services respectifs. Si un surveillant ne joue pas le rôle de communicateur, cela influence sur l'ACQ.

Après nous avons posé la question la question de savoir si un surveillant de service assure le rôle d'orientation du client, cela influence-t-il sur l'amélioration continue de la qualité des soins.

Tableau 5I: Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur le rapport entre le rôle dans l'orientation du client et l'ACQ

		Amélioration continue de la qualité					
		No		Yes		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Rôle dans l'orientation du patient client	No	1	1,19	3	3,57	4	4,76
	Yes	49	58,33	31	36,90	80	95,24
	Total	50	59,52	34	40,48	84	100,00

Source : auteurs.

Sur le total des surveillants de service interviewés, 36.90% jouent le rôle dans l'ACQ et dans l'orientation du client dans leurs services respectifs. Si un surveillant ne joue pas le rôle dans l'orientation du client, cela influence sur l'ACQ.

Nous avons cherché à savoir aussi si un surveillant assure la régulation des patients, est-ce que cela permet-il d'améliorer de manière continue la qualité des soins.

Tableau 6 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur le rapport entre le rôle de régulateur et l'ACQ

		Amélioration continue de la qualité					
		No		Yes		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Rôle de régulateur	No	2	2,38	4	4,76	6	7,14
	Yes	48	57,14	30	35,71	78	92,86
	Total	50	59,52	34	40,48	84	100,00
Khi-deux = 1,84		ddl = 1			p-value = 0,175		

Source : auteurs.

Sur l'ensemble des surveillants de service interviewés, 35.71% jouent le rôle dans l'ACQ et sont des régulateurs dans leurs services respectifs.

Au seuil de 5%, le test d'indépendance p-value = 0.175 révèle que jouer le rôle dans l'ACQ est lié au rôle d'être régulateur. Si un surveillant ne joue pas le rôle de régulateur, cela influence sur l'ACQ.

Dans le tableau 7, nous avons cherché à répondre à la question du lien entre le rôle dans le management des RH et l'amélioration de la qualité des soins.

Tableau 7 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur le rapport entre le rôle dans le management des RH et l'ACQ

		Amélioration continue de la qualité					
		No		Yes		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Rôle dans le management des RH	No	6	7,14	9	10,71	15	17,86
	Yes	44	52,38	25	29,76	69	82,14
	Total	50	59,52	34	40,48	84	100,00
Khi-deux = 2,889		ddl = 1		p-value = 0,089			

Source : auteurs.

Parmi les surveillants de service interviewés, 29.76% jouent le rôle dans l'ACQ et sont des managers des RH dans leurs services respectifs.

Au seuil de 5%, le test de p-value = 0.089 révèle que jouer le rôle dans l'ACQ est lié au fait d'être manager. Si un surveillant ne joue pas le rôle dans le management des RH, cela affecte l'ACQ.

Dans le tableau 8, nous démontrons le lien entre l'amélioration continue de la qualité des soins et le rôle de planification du surveillant de service.

Tableau 8 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur le rapport entre le rôle dans la planification des activités et l'ACQ

		Amélioration continue de la qualité					
		No		Yes		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Rôles dans la planification des activités	No	4	4,76	7	8,33	11	13,10
	Yes	46	54,76	27	32,14	73	86,90
	Total	50	59,52	34	40,48	84	100,00
Khi-deux = 2,818		ddl = 1		p-value = 0,093			

Source : auteurs.

Parmi les surveillants de service interviewés, 32.14% jouent le rôle dans l'amélioration continue de l'ACQ et sont des planificateurs dans leurs services respectifs.

Au seuil de 5%, le test de p-value = 0.093 révèle que jouer le rôle dans l'ACQ est lié au fait d'être planificateur.

Si un surveillant ne joue pas le rôle de planificateur, cela influence sur l'ACQ.

Les surveillants de service qui assurent le rôle de suivi-évaluation améliorent-ils la qualité des soins de manière continue ?

Tableau 9 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur le rapport entre le rôle dans le suivi/évaluation des activités et l'ACQ

		Amélioration continue de la qualité					
		No		Yes		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Rôle dans le suivi/évaluation des activités	No	3	3,57	5	5,95	8	9,52
	Yes	47	55,95	29	34,52	76	90,48
	Total	50	59,52	34	40,48	84	100,00
Khi-deux = 1,780		ddl = 1		p-value = 0,182			

Source : auteurs.

Sur l'ensemble des surveillants de service interrogés, 34.52% jouent le rôle dans l'ACQ et jouent un rôle de suivi/évaluation dans leurs services respectifs.

Au seuil de 5%, le test de p-value = 0.182 révèle que jouer le rôle dans l'ACQ est pas lié au fait d'être un suivi/évaluateur. Si un surveillant en joue pas le rôle de suivi/évaluateur, cela influence sur l'ACQ.

Par la suite, nous avons cherché à savoir si les surveillants de service qui sont dans la démarche qualité assurent l'amélioration continue de la qualité des soins.

Tableau 10 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions sur le rapport entre le rôle dans l'implémentation de la DQ et l'ACQ

		Amélioration continue de la qualité					
		No		Yes		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Rôle dans l'implémentation de la DQ	No	12	14,29	13	15,48	25	29,76
	Yes	38	45,24	21	25,00	59	70,24
	Total	50	59,52	34	40,48	84	100,00
Khi-deux = 1,962		ddl = 1			p-value = 0,161		

Source : auteurs.

Au total, 25% des surveillants de service interrogés jouent le rôle dans l'ACQ et sont des implémentateurs dans leurs services respectifs.

Au seuil de 5%, le test de p-value = 0.161 révèle que jouer le rôle dans l'ACQ est lié au fait d'être implémentateur. Si un surveillant ne joue pas le rôle dans l'implémentation, cela influence sur l'ACQ.

Aussi, il nous a-t-il paru louable de savoir si les surveillants qui appliquent les fonctions de management améliorent la qualité des soins de manière continue.

Tableau 11 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions concernant le rapport entre le lien entre le rôle managérial et l'ACQ

		Amélioration continue de la qualité					
		No		Yes		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Lien entre le rôle managérial	No	2	2,38	7	8,33	9	10,71
	Yes	48	57,14	27	32,14	75	89,29
	Total	50	59,52	34	40,48	84	100,00

Source : auteurs.

Parmi les surveillants de service enquêtés, 32.14% ont confirmé le lien existant entre le rôle managérial et l'ACQ.

Par ailleurs, nous nous sommes interrogés sur les difficultés qu'ont les surveillants de service pour exercer pleinement leurs rôles de major. Ainsi, nous nous sommes rendu compte que ceux qui n'arrivent pas à exercer pleinement leurs rôles de major ont de la peine à améliorer la qualité des soins.

Tableau 12 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions concernant le rapport entre les difficultés dans l'exercice de la fonction et l'ACQ

		Amélioration continue de la qualité					
		No		Yes		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Difficultés dans l'exercice de la fonction	No	3	3,57	3	3,57	6	7,14
	Yes	47	55,95	31	36,90	78	92,86
	Total	50	59,52	34	40,48	84	100,00

Source : auteurs.

Parmi les surveillants de service interviewés, 36.90% ont confirmé avoir de difficultés dans l'exercice de leur fonction et l'ACQ.

Si un surveillant a des difficultés dans l'exercice de sa fonction, cela influence l'ACQ.

La formation étant le socle de la qualité des soins, nous nous sommes posés la question de savoir si le manque de formation en qualité des soins entraîne la maque d'amélioration continue de la qualité.

Tableau 13 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions concernant le rapport entre le manque de formation et l'ACQ

		Amélioration continue de la qualité					
		No		Yes		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Manque de formation	No	5	17,25	1	1,82	6	7,15
	Yes	24	82,75	54	98,18	78	92,85
	Total	29	100,00	55	100,00	84	100,00
Khi-deux = 6,81		ddl = 1				p-value = 0,009	

Source : auteurs.

La majorité des surveillants rencontrant des difficultés dans l'exercice de leur fonction étaient ceux manquant de formation 98.18%.

Le p-value=0.009 infirme ce soupçon au seuil de 5%. Le manque de formation des surveillants influence négativement l'ACQ.

Enfin, il nous a paru louable de chercher à savoir si les mauvaises conditions de travail n'influencent pas négativement sur l'amélioration continue de la qualité des soins.

Tableau 14 : Répartition des enquêtés selon leurs opinions concernant le rapport entre les conditions de travail peu favorables et l'ACQ

		Amélioration continue de la qualité					
		No		Yes		Total	
		Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Conditions de travail peu favorables	No	5	21,74	1	1,64	6	7,15
	Yes	18	78,26	60	98,36	78	92,85
	Total	23	100,00	61	100,00	84	100,00
Khi-deux = 10,174		ddl = 1				p-value = 0,001	

Source : auteurs.

5. Discussion

Pour Huguier et al, (1998), la discussion doit répondre à trois objectifs suivants qui sont liés entre eux : atteinte des objectifs ; jugement de la qualité et de la validité de nos résultats ; comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

➤ Atteinte des objectifs

Après l'élaboration du protocole, la collecte et l'analyse des données, nous affirmons l'atteinte des objectifs que nous nous étions fixés au début de notre étude.

Ainsi, parmi les surveillants de service enquêtés, 98.36% rencontrant des difficultés dans l'exercice de leur fonction trouvent que leurs conditions de travail est peu favorables.

Au seuil de 5%, le test d'indépendance de p-value=0.001 révèle que la difficulté dans l'exercice de la fonction de surveillant est liée aux conditions de travail.

Après avoir présenté, analysé et interprété les résultats issus de l'enquête du 19 juillet au 21 août 2022, il est question dans cette présente section de discuter les données collectées à l'aide du questionnaire et de la fiche de dépouillement documentaire. Comme dans le chapitre précédent, la discussion est faite en respectant les objectifs fixés au départ. Tout d'abord un commentaire sur nos résultats obtenus.

Entité intégrative de l'activité hospitalière, les services de soins constituent un lieu stratégique au sein de l'hôpital. Elle est à la fois le champ clos de la fonction de soins orientés selon une division de travail coordonné et l'espace ouvert à toutes les interfaces professionnelles, fonctionnelles et administratives de l'organisation globale de l'hôpital (AIT CHITT, 2006, cité par DJOUMBE, 2008). Dans sa description des rôles du gestionnaire, MINTZBERG (2004) indique que le manager planifie, organise, coordonne et contrôle les activités de

l'organisation. Pour cela, il doit savoir motiver et encourager le personnel de l'organisation d'une certaine manière. Selon l'auteur, l'influence du manager est la plus évidente dans son rôle de leader. Dans l'exercice de sa fonction, le surveillant de service doit sans cesse exercer ses rôles pour une amélioration continue de la qualité des soins dans son service.

Sur 84 surveillants interviewés, 36 sont en services au CHU Point « G » ; 29 au CHU Gabriel TOURE ceci s'explique par le fait que ces hôpitaux renferment plusieurs spécialités et on y trouve également plusieurs personnels de santé ; 11 au CHU-IOTA et 8 au CHU-CNOS. La tranche d'âge 35-45 ans était la plus représentée, cela prouve que la population étudiée est encore très jeune et l'âge moyen est 51 ans. Les hommes étaient prédominants (57,14 %) parmi les surveillants interviewés cela dénote du manque de volonté de certains dirigeants à responsabiliser les femmes.

Le cycle de la Licence était le plus représenté (23,81%) suivi du cycle d'assistant médical (17,86%) ceci peut s'expliquer par le fait que le poste est beaucoup plus confié aux cadres intermédiaires et ceux-ci possèdent un certain niveau de connaissances dans le domaine de la gestion du service. On peut supposer, alors, que le reste gère leurs services selon l'habitude et les instructions de l'administration et du chef du service. Les surveillants ayant l'ancienneté de moins 5 ans étaient les plus nombreux 29,76% pour la simple raison que ceux-ci n'ont pas encore assez d'expériences quant à ce qui concerne à mettre en pratique les fonctions managériales dans leurs services respectifs.

Les rôles interpersonnels, informationnels, décisionnels, dans l'amélioration continue de la qualité, la promotion de la culture qualité et dans la formation étaient les rôles les plus joués par les surveillants par contre le rôle dans la recherche est joué par quatre surveillants de services qui sont des docteurs PhD et des Masters et ceci dénote également que les surveillants n'aiment pas trop s'investir dans la recherche pourtant ce rôle est une prorogative pour les surveillants.

➤ Jugement de qualité et de validité de nos résultats

Notre jugement de qualité et de validité de nos résultats va porter sur les points suivants :

Cette étude a permis de décrire le rôle managérial des surveillants de service dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. Il s'agit d'une première étude menée dans les Centres Hospitaliers Universitaires de Bamako dans ce domaine. La richesse de l'information recueillie et des échanges avec les surveillants a permis de prendre conscience de la complexité et des enjeux de la qualité et du management de la qualité par les cadres. Une des forces aussi repose sur le fait que le cadre de conceptuel de l'étude est inspiré du modèle PDCA de la roue de Deming.

Les résultats de l'étude doivent être considérés à la lumière de trois limites. La première limite est en rapport avec la subjectivité qui pourrait entacher le recueil des données, basé essentiellement sur la perception des acteurs interviewés.

La deuxième limite de l'étude est en rapport avec l'effet Hawthorne. L'effet Hawthorne dit que « les sujets d'une étude modifient leur comportement naturel par le simple fait qu'ils savent qu'ils participent à une étude et qu'ils sont sous observation » (Kleist, 2006). C'est le changement de comportement de l'enquêté induit par le fait de participer à l'étude, et non par le contenu de l'étude elle-même (Behaghel, 2012).

Troisième, l'échantillon restreint des surveillants ayant participé à l'étude. Aussi, l'étude menée dans un contexte particulier (quatre CHU de Bamako), ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des établissements et des professionnels de santé du territoire malien. Pour confirmer et compléter les résultats observés, une étude portant sur plusieurs établissements et acteurs serait nécessaire.

Les différents chapitres abordés dans la recherche nous ont donné la possibilité d'apprécier le bon déroulement des travaux de l'étude. Le respect du protocole, de la démarche

méthodologique, de la collecte des données, du traitement et de l'analyse des données a permis d'atteindre nos objectifs.

- **Comparaison avec les résultats des autres auteurs ayant travaillé dans les domaines similaires :**

Caractéristiques sociodémographiques des surveillants de service

Au cours de notre étude, nous avons enquêté 84 surveillants de service, parmi ceux-ci, la tranche d'âge de 35 à 45 ans était la plus représentée soit (35,71%), avec un âge moyen de 51 ans. Ce résultat est différent de celui de KABORÉ (2017), dans son étude à Ouagadougou a trouvé une parité de sexe (50%) et une moyenne d'âge de 42 ans. Notre résultat est contraire à celui de PAFADNAM (2018) à Ouagadougou qui a observé une prédominance féminine (66,66%) et de DJOUMBÉ (2009) qui a fortement observé le sexe masculin (83%). Au plan académique (49,67%) des enquêtés avaient un niveau supérieur, ce résultat est proche de celui de KABORÉ (2017), qui a observé (42,85%) de ses répondants avaient un niveau supérieur, mais supérieur à celui de DJOUMBÉ (2009) où seul (24%) ont suivi une formation au niveau supérieur. Le taux d'ancienneté des enquêtés qui avaient moins de 5 ans d'ancienneté était le plus nombreux soit (29,76%) ce résultat supérieur à celui de DJOUMBÉ (2009) à Rabat au Maroc où l'ancienneté dans le poste des surveillants était de 13 ans.

Rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité (ACO)

Un surveillant de service qui assure le management des ressources humaines, matérielles et informationnelles améliore la qualité des soins, cela a été confirmé par PAFADNAM Yacouba (2018) qui a démontré que la gestion des ressources humaines, matérielles et de l'information permet aux surveillants d'unité de service d'assurer la coordination du travail et du personnel, la prestation et la continuité des soins en vue d'une meilleure prise en charge du patient. L'exécution de cette activité leur permet de contribuer pleinement à l'amélioration de la qualité des soins dans les unités. Ce résultat s'apparente à celui de l'étude de DJOUMBE (2009) qui révèle que les enquêtés assurent l'information du personnel sur les problèmes, les actions et les performances de l'unité et estiment que la communication est développée et permanente. WONDJE Christine Lobe (2019) a démontré l'importance de cette communication dans l'ACQ des soins : « pour les gestionnaires, les défis ont été la mise en place des moyens de communication efficaces ; l'arrimage des mécanismes de gestion et la disponibilité des ressources humaines ».

Quand un surveillant joue le rôle de régulateur, cela influence positivement sur l'amélioration continue de la qualité. Cela a été prouvé par BAH O. et al. (2020) ont affirmé que « le respect, l'équité sont des valeurs fortes autour desquelles se rassemblent les praticiens des soins infirmiers (infirmiers, Techniciens Supérieurs de Santé (TSS), Techniciens de Santé (TS) et constituent aussi la base de l'éthique et de la déontologie professionnelle sur lequel les soins infirmiers et obstétricaux sont effectués à l'hôpital du Mali ».

Parlant du rôle leader et du rôle dans l'amélioration continue de la qualité (34,52%) des enquêtés jouent ces rôles, mais jusqu'à présent et à notre connaissance, la littérature recensée n'a pas permis de trouver des auteurs qui ont examiné particulièrement l'évaluation du rôle de leader dans l'amélioration de la qualité des soins, ce qui ne nous permet pas de comparer les résultats obtenus. Le rôle de communicateur et le rôle dans l'amélioration continue de la qualité sont joués par (33,33%) des enquêtés, notre résultat est largement inférieur à celui de DJOUMBÉ (2009) Rabat au Maroc (95%) des enquêtés jouent ce rôle de communicateur. Pour ce qui est du rôle dans l'orientation du client il est joué par (36,90%) des surveillants et ceci corrobore avec celui de RéQua (2014). Le rôle de régulateurs et le rôle dans

l'amélioration continue de la qualité et sont joués à un taux (35,71%) les services par les surveillants. Il en est de même pour RéQua (2014) qui confirme qu'assurer le rôle de médiateur lors des éventuels conflits entre les acteurs des diverses activités est une des missions concrètes d'un pilote de processus dans une organisation.

Parmi les surveillants interviewés (32,14%) jouent le rôle de planificateurs et le rôle dans l'amélioration continue de la qualité. Une étude antérieure, comme celle de Nana (2013), a obtenu des résultats similaires. Le rôle dans le suivi/évaluation et le rôle dans l'amélioration continue de la qualité est joué par (34,52%) des enquêtés nos observations sont inférieures à celles de DJOUMBÉ (2009) qui (68%) de ses enquêtés assurent le suivi et l'évaluation des activités. Rôle dans l'implémentation de la démarche qualité et le rôle dans l'amélioration continue de la qualité sont joués faiblement à (25,00%), nos observations sont très inférieures aux résultats de DJOUMBÉ (2009) qui (76%) des enquêtés ont une implication et une incitation à toute réussite d'une démarche d'ACQ. Seulement de (27,38%) des surveillants de services enquêtés ont bénéficié une politique de formation complémentaire au management des surveillants dans le cadre de leur fonction, nos observations sont contraires à celles de DJOUMBÉ (2009) où 80% des participants ont bénéficié d'une formation continue relative à la démarche qualité. DIALLO H.A. et al (2020) ont donné des résultats semblables : « la formation qui devait être un axe stratégique pour améliorer les qualités managériales et les connaissances, était quasi-absente au CHU du Point G. Ce qui était la source de nombreuses insuffisances dans la gestion des services et des unités ».

Lien entre le rôle managérial et l'ACO

Le lien existant entre le rôle managérial et l'ACQ était fort selon les enquêtés, mais selon le test khi-deux le lien est faible, cela est confirmé par (67,86%) des enquêtés. Cependant, jusqu'à présent et à notre connaissance, la littérature recensée n'a pas permis de trouver des auteurs qui ont examiné particulièrement le lien existant entre le rôle managérial et l'amélioration continue de la qualité des soins, ce qui ne nous permet pas de comparer les résultats obtenus.

Apport du rôle des surveillants dans l'ACO

L'apport des surveillants consistait à faire un suivi/évaluation régulier des activités, avoir la disponibilité et la compétence requise pour une bonne coordination et identifier les insuffisances et faire la formation continue est confirmé à (60,71%) des enquêtés. Nos résultats sont supérieurs à ceux de DJOUMBÉ (2009) où seulement (49%) des répondants déclarent avoir donné des apports dans la démarche qualité en matière des enjeux qui lui sont liés, du renouvellement de leurs pratiques de management, de résolution de problèmes et en matière de développement et d'amélioration des pratiques.

Nous avons vu avec le tableau XIV, que les conditions de travail influencent sur l'ACQ, cela rejoint la conception de la qualité des soins du CHU de Sherbrooke, (2020) : « la qualité des soins et services est constituée de la qualité technique, incluant la pertinence (connaissances et jugement professionnel), la sécurité et la qualité interpersonnelle ou humanisme ». Selon la Haute Autorité de Santé, un soin pertinent est le juste soin (actes, prescriptions, prestations), au bon patient, au bon moment, compte tenu des connaissances scientifiques actuelles.

Les obstacles à la mise en œuvre du rôle managérial dans l'ACO

La majorité des surveillants rencontrant des difficultés dans l'exercice de leur fonction étaient ceux manquant de formation (98,18%) et ceux ayant les conditions de travail peu favorables (98,36%), ces résultats sont largement supérieurs à ceux de DJOUMBÉ (2009) à Rabat au Maroc qui trouvé (70%) des enquêtés ont évoqué l'insuffisance de personnel et (63%), estiment rencontrer d'autres difficultés de façon générale. Les obstacles à la mise en œuvre du

rôle managérial dans l'ACQ a été évoquée aussi par Moukhafi Sahar (2022) qui affirme que « la résistance au changement : pour réussir la mise en place d'une démarche qualité un changement au niveau de la culture de l'établissement, et un changement au niveau de la manière de procéder des professionnels doivent s'effectuer, cela se traduit par le remplacement de la culture orale répandue chez les professionnels de santé à la formalisation des procès. Cette évolution est souvent mal perçue ».

6. Conclusion

Au regard de l'exigence de plus en plus prononcée de la qualité des soins, les établissements de santé sont quasiment dans l'obligation d'implémenter plusieurs stratégies, dont la Démarche Qualité selon la norme ISO 9001. Évidemment, la recherche des solutions d'amélioration de la qualité des soins s'impose à tous les niveaux du système de santé. La présente étude va apporter sa pierre à l'édifice. Elle visait à mettre en exergue « *l'évaluation du rôle managérial des surveillants de service dans l'amélioration continue de la qualité des soins dans quatre CHU de Bamako* ». Les nouveaux défis lancés aux établissements hospitaliers sont de maximiser la satisfaction du personnel soignant et leur implication à l'organisation, de manière à ce qu'ils dispensent des soins qui répondent aux exigences de qualité, tout en assurant la satisfaction des patients, et ce dans un mode de gestion plus participatif, fondé sur la mobilisation et la responsabilisation des agents. En dépit des limites de l'étude, les conclusions auxquelles nous sommes parvenus pourraient contribuer au renforcement du leadership des surveillants de service dans l'amélioration de la qualité des soins, au bénéfice des usagers des différents CHU.

À l'issue de notre étude, nous avons constaté que les surveillants de service occupent une place particulière dans les services de soins et par conséquent, la réussite de toute démarche d'amélioration de la qualité des soins est tributaire de leur implication effective, leur engagement et le niveau de mobilisation de leurs équipes de soins.

Cette étude nous a permis de mettre en exergue que les surveillants de service connaissent leurs rôles centraux importants pluridimensionnels et les jouent à 54,76% ; le lien existant entre le rôle managérial et l'ACQ est évalué à 32,28% seulement. Cependant, l'apport des surveillants dans l'ACQ qui consiste à faire un suivi/évaluation régulier des activités, avoir la disponibilité et la compétence requises pour une bonne coordination et identifier les insuffisances et faire la formation continue est estimé à 60,71%, mais le principal goulot d'étranglement à la mise en œuvre de leurs fonctions est surtout le manque de formation dont 98,18% des surveillants n'en bénéficient pas et 98,36% travaillent dans des conditions peu favorables. De l'analyse explicative, il en ressort que plusieurs rôles sont statistiquement significatifs en lien avec l'ACQ au seuil de 5%, le test de p-value = 0,147. Nous pouvons affirmer donc que les surveillants de service sont des acteurs clefs incontournables de l'ACQ dans les établissements de santé. Leur contribution est fort remarquable et exemplaire pour l'ancrage de la qualité dans les CHU.

Cependant, nous avons pleinement conscience que notre étude n'a abordé qu'une infime partie de la problématique du management de la qualité des soins. Aussi, comme perspective à cette étude, nous pensons qu'à travers un devis mixte, une recherche pourrait être conduite sur « la performance managériale des unités de soins dans les différents CHU de Bamako ».

Références

- (1). Afanvi, K. A., Kassankogno, Y., Ekouévi, K., Comlan, A., Toffa, Q. M., Kokou, H., & Date, K. (2015). Habiletés managériales et de leadership et la performance des unités de soins primaires du district des Lacs au Togo. *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, 17(2), 259-277.
- (2). Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (2021). Rapport d'évaluation de la qualité des soins.
- (3). Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2002). Principes de mise en oeuvre v d'une démarche qualité en établissement de santé. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_436583/fr/principes-de-mise-en-oeuvre-d-une-demarche-qualite-en-etablissement-de-sante.
- (4). Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2004). Direction de l'évaluation et de l'accréditation des pratiques professionnelles. Guide pour l'auto-diangnostic de la qualité du management en établissement de santé. Récupéré sur http://optimiz-sih-circ-med.fr/Documents/HAS_manuel_accréditation_v2_09-2004.pdf
- (5). Assemblée Nationale du Mali (2002). Loi n ° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière
- (6). BA O., et al. (2020) Impact du projet d'accueil, des soins infirmiers et obstétricaux sur le fonctionnement de l'hôpital du Mali. Recherches Africaines. Volume n°027.
- (7). Bayad, M., Delobel, B., & Ribau, N. (2002). Les projets qualité dans les hôpitaux publics en France : les perceptions des acteurs. *Gestion*, 27(3), 100-112.
- (8). Bertrand, D., Martinez, F., Hürlimann, C., & Jourdain, A. (2001). Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Récupéré sur <file:///C:/Users/hp/Downloads/ad351778.pdf>
- (9). Bonnet, R., & Bonnet, J. (2008). Postures managériales et évolution des compétences d'encadrement et de direction. *Communication & Organisation*, 85-106.
- (10). Brangier, É., Lancry, A., & Louche, C. (2004). *Les dimensions humaines du travail Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*. Nancy: Presses Universitaires de Nancy.
- (11). Brault, I., Roy, D., & Denis, J. L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39 (3), 167-173.
- (12). Bury, J., Delmotte, N., Fima, O., Gainvorste, D., Goossens, A., Herbaux, D., & Zandecki, N. (2013). *L'accréditation des hôpitaux : L'indispensable phase d'éveil*.
- (13). Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux. Pour des trajectoires de soins et de services performantes : un outillage pour l'analyse et la mesure. Septembre 2020.
- (14). Compagnon, L., Bail, P., Huez, J., Stalnikiewicz, B., Ghasarossian, C., Zerbib, Y., & Attali, C. (2013). Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *La revue francophone de médecine générale*(108), 148-155.
- (15). Delvosalle, C. (2002). La qualité : des concepts à la pratique. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*(5), 137-154.
- (16). Deslandes, G. (2008). *Le management des processus : au-delà des contraintes normatives*.
- (17). Diallo H.A. et al. (2020). Audit des pratiques managériales dans les établissements de sante : cas du centre hospitalier universitaire (CHU) du Point «G» de Bamako – Mali.

- Vol. 01 No 24 (Décembre 2020) - Revue Malienne de Science et de Technologie – ISSN 1987-1031
- (18). Divay, S., & Gadea, C. (2008). Les cadres de santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique*. *Revue française d'administration publique*(4), 677–687.
 - (19). Donabelle, F. (2013). *Les compétences managériales levier de performance économique et sociale : cas de l'encadrement infirmier dans les hôpitaux privés au Liban*.
 - (20). Duhamel, & Etienne, M. (2009). Évaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé. In *Pierre-Louis Bras Traité d'économie et de gestion de la santé*, 307–314.
 - (21). Eve, A., & Sprimont, A. P. (2013). *Etude exploratoire sur la perception de la norme de management de la qualité par les opérationnels, et son impact sur leur attitude au travail : le cas de l'ISO 9001 dans un service hospitalier*. Congrès AGRH. Montpellier.
 - (22). Fayol, H. (1999). *Administration industrielle et générale*. Paris.
 - (23). Ferguson, M. (2014). Améliorer la qualité des soins : quelle place pour la médiation ? *Santé conjugée*(68), 81–85.
 - (24). Fitzgerald, B., Torres, A., Robertson, J., & Sabo, B. (2017). Énoncé de position : Leadership. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 27(1), 90-91.
 - (25). Fortin, S. (1996). *Modèle de diagnostic-qualité pour une petite entreprise du domaine des services: le cas de J.A. Faguy et Fils Limitée*.
 - (26). Fourcade. (2001). La qualité des soins à l'hôpital. *Adsp*, 29-33.
 - (27). Gardette, V. (2010). *Principes d'une démarche d'assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles*.
 - (28). George, A., & Mannarini, M. (2013). *L'hôpital, un système organisé de territoires et de processus orienté performance et contrôle*.
 - (29). Grazzini, F. (2010). *Processus de constitution des rôles managériaux dans la formation de la stratégie - Une lecture ancrée dans la théorie des représentations sociales*.
 - (30). Guénot, C. (2005). *L'amélioration continue de la qualité : un enjeu managérial pour le directeur des soins*. Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, France. Récupéré sur <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2005/ds/guenot.pdf>
 - (31). Haute Autorité de Santé (2022). Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Rapport. Mesurer et améliorer la qualité.
 - (32). Haute Autorité de Santé (HAS) . (2014). *Manuel de certification des établissements de santé*.
 - (33). Haute Autorité de Santé (HAS). (2005). Direction de l'évaluation et de l'accréditation des pratiques professionnelles. Guide pour l'auto-diagnostic de la qualité du management en établissement de santé. Récupéré sur [file:///C:/Users/hp/Downloads/2005_organisation_HAS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/2005_organisation_HAS%20(1).pdf)
 - (34). Haute Autorité de Santé (HAS). (2014). Guide destiné aux Etablissements pour organiser le Secteur de Naissance en termes de Qualité et de Sécurité des Soins. Récupéré sur http://gynerisq.fr/bibliotheque_docs/has-guide-destine-aux-etablissements-pour-organiser-le-secteur-de-naissance-en-termes-de-qualite-et-de-securite-des-soins/
 - (35). Hubinon, M. (2004). *Management des unités de soins : de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité*.
 - (36). Hubinon, M., & Grimmiaux, V. (2002). *Les indicateurs du département infirmier pour une gestion prévisionnelle*. Récupéré sur <http://users.skynet.be>

- (37). Institut National de la Statistique du Mali (INSTAT). (2021). Rapport sur les principaux résultats définitifs du module agriculture intégré dans la phase cartographie du recensement général de la population et l'habitat, édition 5. Bamako. Récupéré sur https://www.instat-mali.org/storage/135/rapport-module-rga-rgph5_rap.pdf
- (38). International Organization for Standardization (ISO). (2015). *ISO 9001 : Mode d'emploi*.
- (39). International Organization for Standardization (ISO). (2015a). *Système de Management de la Qualité : exigences* (éd. 5). Genève.
- (40). James, K. (2015). Groupe d'intérêts spéciaux en leadership : Qu'est-ce que le leadership ? *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 25(1), 116-117.
- (41). Jolivet, A. (2011). *La certification à l'épreuve de la communication : figures de la qualité et travail du sens : le cas d'un établissement de santé*. Université Toulouse III-Paul Sabatier.
- (42). Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). La pensée infirmière. *Beauchemin*.
- (43). Martine, R. (2016). *Martine, R. (2016). L'étendue effective de pratique des infirmières oeuvrant en santé mentale et le niveau de formation*.
- (44). Mintzberg H. et al. « Le Management : du savoir en pratique ». Pages 33-58. Ed. Les meilleurs articles de la Harvard Business Review. R00103. USA 2000.
- (45). Mintzberg, H. (2004). *Le management : voyage au centre des organisations* (éd. 2). (É. d'Organisation, Éd.).
- (46). Moukhafi Sahar (2022). Qualité des soins : principes et méthodes de base. *Revue Économie, Gestion et Société*. Vol 1, N°35. février 2022
- (47). Nkoum, B. A. (2019). *Initiation à la recherche : une nécessité professionnelle* (éd. 6). Yaoundé: PUCAC.
- (48). Nobre, T. (2013). *L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en oeuvre*. Paris.
- (49). Pablo, M., & Ghizlaine, L. (2012). La dimension communicationnelle du management hospitalier. *Communication et organisation*(41), 157-168.
- (50). PAFADNAM, Y. (2018). L'influence du surveillant d'unité de soins dans l'amélioration de la qualité des soins au Centre Hospitalier Universitaire pédiatrique Charles De Gaulle. Mémoire de Master. Ouagadougou.
- (51). Palmer-Wickham, S. (2004). L'amélioration de notre pratique : le leadership des soins infirmiers en oncologie. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 14(3), 164-167.
- (52). Pascal. (2000). Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble. *ADSP (AP-HP)*, 33, 51–53.
- (53). Phaneuf, M. (2013). *Le-leadership-infirmier-entre-humanisme-et-pragmatisme*. Récupéré sur <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-leadership-infirmier-entre-humanisme-et-pragmatisme.pdf>
- (54). Pochic, S. (2004). *Le manager et l'expert, des figures imposées ? In Karvar & Rouban, les cadres au travail. Les nouvelles règles du jeu*.
- (55). Poirier - Coutansais, G. (1987). *La qualité, pourquoi, comment ? Recherche en soins*.
- (56). RéQua. (2014). *Guide : Aide à la mise en place de l'analyse de processus*.
- (57). Ridde, V. (2004). *L'initiative de Bamako 15 ans après : un agenda inachevé* (éd. World Bank Health).
- (58). Rogard, V. (2004). *Leadership, management et gestion ?* . Récupéré sur http://eric.brangier.free.fr/Pdf/Brangier_Robert_ErgoInnovation.pdf

- (59). Rolland, S. (2009). Un bilan de 20 ans de certification des systèmes de management de la qualité : les apports perçus de la certification ISO 9000 par les managers. *Management & Avenir*, 29(9), 31–51.
- (60). Roma, T. (2011). *Une stratégie managériale en réponse aux attentes des cadres de santé*.
- (61). Rubin, H. R., Pronovost, P., & Diette, G. B. (2001). The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), 469–474.
- (62). Série C : Sciences Humaines et Sociales.
- (63). Sibé, M., Domecq, S., Kret, M., & Saillour-Gleniss, F. (2012). Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet. *Journal de gestion et d'économie médicale*, 30(7), 491-508.
- (64). SIDIIEF. (2015). *La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale*. (SIDIIEF, Éd.) Montréal.
- (65). Thibaudon, D., & Chardonnet, A. (2014). *PDCA et performance durable*. Groupe Eyrolles.
- (66). Thiétart, R. A., & al. (2014). *Méthodes de recherche en management*. Récupéré sur Paris: <https://www.dunod.com>
- (67). Truant, T., & Chan, R. J. (2017). Préparer le futur : renforcer le leadership des soins infirmiers en oncologie dans le contexte des organisations professionnelles de soins infirmiers en oncologie. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 27(1), 5–8.
- (68). Wondje Christine Lobe (2019). La gouvernance clinique pour l'amélioration de la qualité dans les établissements de soins et services non hospitaliers. *Enjeux conceptuels, de mise en oeuvre et évaluatifs*. Université de Montréal. Thèse de Doctorat.