

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE	REPUBLIQUE DU MALI UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI
	
UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO	
FACULTE DE PHARMACIE	
Année Universitaire : 2018-2019	N°.....
THESE	
ETUDE DE LA MOTIVATION DU PERSONNEL DE SANTE : CAS DES NEUF (9) CSCOM DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO.	
Présentée et soutenue publiquement le.../.../2019 devant le jury De la faculté de pharmacie Par : M. Balla COULIBALY Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie (Diplôme d'Etat)	
JURY	
Président :	Pr Mariko Elimane
Membres :	Dr CISSE Mody Dr SIMAGA Ismaila
Directeur :	Pr MAÏGA Saïbou
Co-Directeur :	Dr COULIBALY Issa

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE PHARMACIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

ADMINISTRATION

Doyen : Boubacar TRAORE, Professeur

Vice-doyen : Ababacar I. Maiga, Professeur

Secrétaire principal : M. Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

Agent Comptable : M. Famalé DIONSAN, Contrôleur des Finances

LES PROFESSEURS HONORAIRES

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Boucar Sidiki	Cissé	Toxicologie
2	Mahamadou	Cissé	Biologie
3	Daouda	Diallo	Chimie Générale et Minérale
4	Souleymane	Diallo	Bactériologie/Virologie
5	Kaourou	Doucouré	Physiologie
6	Boukassoum	Haidara	Législation
7	Moussa	Harama	Chimie Organique (décédé)
8	Gaoussou	Kanouté	Chimie Analytique
9	Alou A.	Keita	Galénique
10	Mamadou	Koné	Physiologie
11	Mamadou	Koumaré	Pharmacognosie
12	Bréhima	Koumaré	Bactériologie et Virologie
13	Abdourahamane S.	Maiga	Parasitologie
14	Elimane	Mariko	Pharmacologie

DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

1. PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHES

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Ousmane	Koita	Biologie/Moléculaire
2	Mounirou	BABY	Hématologie
3	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
4	Abdoulaye	DABO	Biologie/Parasitologie
5	Alassane	Dicko	Santé Publique

6	Amagana	Dolo	Parasitologie-Mycologie
7	Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES /MAITRES DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
2	Mahamadou	DIAKITE	Immunologie Généralistes
3	Abdoulaye	DJIMBE	Bactériologie-Virologie
4	Akory Ag	IKNANE	Santé Publique-Nutrition
5	Bourèma	KOURIBA	Immunologie Chef de DER
6	Ousmane	TOURE	Santé Publique/Santé Environnement

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mohamed Ag	BARAIKA	Bactériologie
2	Charles	ARAMA	Immunologie
3	Seydou Sassou	COULIBALY	Biochimie Clinique
4	Djeneba Koumba	Diabita	Biologie Moléculaire
5	Laurent	Dembélé	Biotechnologie/Microbienne
6	Klétigui Kasimir	Dembélé	Biochimie Clinique
7	Seydina S.A.	DIAKITE	Immunologie
8	Yaya	Goita	Biochimie Clinique
9	Aldjouma	GUINDO	Hématologie
10	Ibrahima	GUINDO	Bactériologie-Virologie
11	Kassoum	KAYENTAO	Santé Publique-Bio statistique
12	Aminatou	Koné	Biologie Moléculaire
13	Birama apho	Ly	Santé Publique
14	Dinkorma	Ouologuem	Biologie Cellulaire
15	Issaka	SAGARA	Santé Publique-Bio statistique
16	Samba Adama	Sangaré	Bactériologie
17	Fanta	SANGHO	Santé Publique
18	Mahamadou S.	SISSOKO	Santé Publique-Bio statistique

4. ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mamadou Lamine	Diarra	Botanique
2	Djénéba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
3	Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie Clinique
4	Souleymane	DAMA	Parasitologie Entomologie Médical
5	Issa	DIARRA	Immunologie
6	Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
7	Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
8	Oumar	GUINDO	Epidémiologie
9	Falaye	KEITA	Santé Publique/Santé Environnement
10	N'Deye Lailah Nina	KOITE	Nutrition
11	Yacouba	MAIGA	Bio statistique
12	Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
13	Oumar	SANGHO	Epidémiologie
14	Djakaridia	TRAORE	Hématologie

DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHES

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
2	Saibou	MAIGA	Législation
3	Rokia	SANOGO	Pharmacognosie Chef de DER

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHES

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
-	NEANT	-	-

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHES

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Loséni	BENGALY	Pharmacie Hospitalière

2	Bakary M.	Cissé	Galénique
3	Yaya	COULIBALY	Législation
4	Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie
5	Issa	Coulibaly	Gestion
6	Balla F.	Coulibaly	Pharmacie Hospitalière
7	Hama Boubacar	Maiga	Galénique
8	Moussa	Sanogo	Gestion

3. ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHES

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Seydou Lallaye	COULIBALY	Gestion Pharmaceutique
2	Antoine	DARA	Sciences Pharmaceutiques
3	Daouda Lassine	DEMBELE	Pharmacognosie
4	Adama	DENOU	Pharmacognosie
5	Mahamane	HADARA	Pharmacognosie
6	Assitan	KALOGA	Législation
7	Sékou	DOUMBIA	Pharmacognosie
8	Ahmed	MAIGA	Législation
9	Aichata Ben Adam	MARIKO	Galénique
10	Aboubacar	SANGHO	Législation
11	Bourama	TRAORE	Législation
12	Karim	TRAORE	Sciences Pharmaceutique
13	Sylvestre	TRAORE	Gestion Pharmaceutique
14	Aminata Tièba	TRAORE	Pharmacie Hospitalière
15	Mohamed dit Sarmoye	TRAORE	Pharmacie Hospitalière

DER : SCIENCES DU MEDICAMENT

1. PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Ousmane	DOUMBIA	Pharmacie Chimique
2	Benoit Yaranga	Koumaré	Chimie Analytique
3	Ababacar I.	MAIGA	Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Sékou	BAH	Pharmacologie Chef DER

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Dominique Patomo	ARAMA	Pharmacie Chimique
2	Ousmane	Dembele	Pharmacie Chimique
3	Mody	Cissé	Chimie Thérapeutique
4	Tidiane	DIALLO	Toxicologie
5	Hamadoun Abba	Touré	Bromatologie

4. ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
2	Dalaye Bernadette	COULIBALY	Chimie Analytique
3	Blaise	DACKOUO	Chimie Analytique
4	Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
5	Ousmane	DEMBELE	Chimie Thérapeutique
6	Abdourahamane	DIARA	Toxicologie-Bromatologie
7	Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Pharmacologie
8	Madani	MARIKO	Chimie Analytique
9	Mohamed El Béchir	NACO	Chimie Analytique
10	Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
11	Dougoutigui	TANGARA	Chimie Analytique

DER : SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Moctar	DIALLO	Biologie Chef de DER
2	Cheick F.	TRAORE	Biologie/Entomologie
3	Mahamadou	TRAORE	Génétique

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHEF

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Lassana	DOUMBIA	Chimie Appliquée

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Abdoulaye	KANTE	Anatomie
2	Boureima	KELLY	Physiologie Médicale

4. ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Seydou Simbo	DIAKITE	Chimie Organique
2	Modibo	DIALLO	Génétique
3	Moussa	KONE	Chimie Organique
4	Massiriba	KONE	Biologie-Entomologie

CHARGES DE COURS (VACATAIRES)

N	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Abdourahamane	COULIBALY	Anthropologie Médicale
4	Souleymane	COULIBALY	Psychologie de la Santé
5	Bouba	DIARRA	Bactériologie
7	Modibo	DIARRA	Nutrition
8	Moussa I.	DIARRA	Biophysique
9	Babacar	DIOP	Chimie
10	Atimé	DJIMBE	Bromatologie
11	Yaya	KANE	Galénique
12	Boubacar	KANTE	Galénique
13	Aboubakary	MAIGA	Chimie Organique
14	Massambou	SACKO	SCMP/SIM
15	Modibo	SANGARE	Anglais
16	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-Embryologie

17	Mme Fatoumata	SOKONA	Hygiène du Milieu
18	Fana	TANGARA	Mathématique
19	Abdel Kader	TRAORE	Pathologie Médicale
20	Boubacar	ZIBEIROU	Physique

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicace :

Gloire à Allah

J'atteste qu'il n'y a de Dieu que Dieu, l'unique, le tout puissant et que Mohamed (PSL) est ton messager.

C'est toi que j'implore secours, guide moi dans le chemin droit, le chemin qui conduit au Paradis et éloigne moi du chemin pervers qui conduit au châtement et à l'enfer.

Cette thèse est dédiée...

A mon Père, Moussa COULIBALY :

C'est toi qui m'as forgé et fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Je te rends grâce et dédie ce travail qui est le tien. Ton amour, ton affection, ton soutien ne m'ont jamais fait défaut. L'honneur de ce travail te revient. Tu m'as donné l'amour d'étudier. Tu es le pilier de ma réussite. Tu resteras à jamais dans mon cœur et dans mon esprit. Qu'ALLAH te donne longue vie afin de nous assister dans nos projets. Amen !

A ma mère, Dambafing KEITA :

Première à se lever et dernière à se coucher.

Pour tout le sacrifice que tu as fait toutes ces années pour l'entretien de mes frères et moi, une chose est sûre rien ne peut remplacer l'amour d'une mère pour ses enfants merci pour tout. J'espère de tout cœur, puisse le Très Haut vous récompenser pour votre amour sans prix et donne longue vie afin de nous assister dans nos projets.

Amen !

REMERCIEMENTS

A tous les enseignants de la faculté de pharmacie et de faculté de médecine et Odontostomatologie de Bamako

Merci pour la qualité des enseignements que vous prodiguez tout au long de notre formation.

Je remercie tout le personnel des CSCCom sur lesquels ont porté notre travail pour leur disponibilité et leur coopération.

A mes frères et sœurs : Cheick Oumar, Mohamed, Mariama, Saïdou, Yacouba et Nantenin

Vous êtes toujours pour moi une source de responsabilité et de joie que j'espère ne tarira jamais. Notre éducation couronnée d'amour et de quiétude demeure une force indestructible dans le dur combat de la vie. Je suis fier d'être votre frère et j'espère toujours pouvoir être à la hauteur. En témoignage de l'amour fraternel, ce travail est aussi le vôtre, merci.

A mes oncles, tontons, tantes, cousins et cousines :

Trouvez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect pour le soutien que vous ne cessez de m'apporter.

A mes très chers amis :

Merci de m'avoir supporté et pris comme je suis, vous avez marqué ma vie, merci pour tous ces moments de folie passés ensemble dans la joie et la bonne humeur.

Je dédie ce travail à toutes nos préparations, les jours et les nuits blanches, nos larmes et nos fous rires, nos déceptions et nos éclats de joie.

Que l'entente règne entre nous pour toujours. Merci pour cette amitié sans retour.

Mes maîtres de la faculté de Pharmacie et de la FAST :

Merci pour leur enseignement édifiant et instructif et pour la disponibilité de la salle.

Au personnel de la pharmacie Makoro KONE : Dr COUMARE Soumaila, Dr KEITA Sekou Fanta-Mady (Propriétaire de la pharmacie Massaran KEITA à Kolokani), Dr NIARE Mohamed, Dr CAMARA Idrissa, Dr Togo Anastasie, TANGARA Abdoulaye, Mme Haidara, Mohamed DRAGBO, Mme TRAORE Fatoumata, Interne CAMARA Al Housseiny

A toute la promotion feu Albert DEMBELE :

« Courage et persévérance »

Ainsi qu'à tous ceux qui m'ont aidé de loin ou de près durant ces années passées à la faculté.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury :

Professeur MARIKO ELIMANE

- Professeur titulaire en pharmacologie à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie et à la faculté de pharmacie ;**
- Recteur de l'université scientifique libre de Bamako ;**
- Ancien coordinateur de la cellule sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA au ministère de la défense et des anciens combattants.**
- Officier de l'ordre national du Mali.**
- Colonel-major des forces armées Maliennes / à la retraite ;**

Honorable maître,

Vous nous honorez en acceptant de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples occupations. Vos qualités scientifiques ainsi que votre souci constant pour la culture de l'excellence auprès de vos apprenants font de vous un maître exemplaire.

Au moment de juger ce travail, recevez cher maître notre sincère reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse :

Professeur MAÏGA SAÏBOU

- Professeur titulaire en législation à la Faculté de Pharmacie**
- Membre du comité national de la pharmacovigilance**
- Pharmacien titulaire de l'officine du Point G**
- Membre du comité d'éthique de la Faculté de Pharmacie et de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.**
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali**

Honorable maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons été profondément touchés par la qualité de votre enseignement. Votre pédagogie, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre simplicité font de vous un maître admiré et respecté.

Veillez recevoir ici cher maître, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre grande estime.

A notre maître et co-directeur de thèse :

Dr Issa COULIBALY

- Enseignant chercheur ;**
- Maître-Assistant en gestion pharmaceutique ;**
- Chef de service des examens et concours à la faculté FMOS et FAPH ;**

Cher maître,

En acceptant de codiriger cette thèse, fut pour moi un grand honneur. Tout au long de ce travail, nous n'avons pas manqué d'appréhender et d'admirer votre sens du travail bien accompli.

Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et membre du jury :

Dr CISSE Mody

- Maître – Assistant en chimie thérapeutique,**
- Membre de la société Ouest Africaine de chimie (SOACHIM).**

Cher maître,

Votre présence dans ce jury de thèse nous honore. Nous avons été touchés par votre simplicité et votre disponibilité. Nous avons également apprécié vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines.

Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maître et membre du jury :

Dr SIMAGA ISMAÏLA

- Médecin-chef du Centre de Santé de Référence du Kati.**
- Dentiste Chirurgien**

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury, malgré vos nombreuses occupations. La clarté de votre enseignement, votre simplicité et votre sens élevé du devoir ont forcé notre admiration.

Veillez accepter l'expression de notre profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS :

ASACO : Association de Santé Communautaire.

ASACODJENEKA : Association de Santé Communautaire de Djicoroni Para, Djenekabougou,

ASACODJIP : Association de Santé Communautaire de Djicoroni Para, Flabougou, Mariambougou, Abdoulayebougou, Troukabougou.

ASACOHAM : Association de Santé Communautaire de Hamdallaye Est

ASACOLA B5 : Association de Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 5, Bougoudani, Taliko.

ASACOLA I : Association de Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 3

ASACOLA II : Association de Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 1 et 2

ASACOLABASAD : Association de Santé Communautaire de Lassa, Sanakoro

ASACOSEK : Association de Santé Communautaire de Sébénikoro et Kalabanougou

ASACOSEKASI : Association de Santé Communautaire de Sébénikoro extension, Kalabanougou, Sibiribougou.

CAM : Convention d'Assistance Mutuelle.

CDD : Contrat à Durée Déterminée.

CDI : Contrat à Durée Indéterminée.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CSCR : Cadre Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté

DCI : Dénomination Commune Internationale.

EPH : Etablissement Public Hospitalier.

FAC : Fonds d'Aide et de Coopération

FED : Fonds Européen de Développement

FENASCOM : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire.

KFW : Institution financière allemande pour le développement

MATS : Ministère de l'Administration Territoriale et de la sécurité

MUTEC : Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la culture

MSF : Médecins Sans Frontière

MSSPA : Ministère de la Santé de la Solidarité et des Personnes Agées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

PEV : Programme Elargi de Vaccinations.

PMA : Paquet Minimum d'Activité.

PPM : Pharmacie Populaire du Mali

PSPHR : Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale

SSP : Soins de Santé Primaire.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID : Agence des Etats Unis pour le Développement International

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : Répartition des enquêtés par centre selon le sexe	39
Tableau II: Répartition des enquêtés par centre selon l'âge	39
Tableau III : Répartition des enquêtés par centre selon l'ancienneté	40
Tableau IV : Répartition des enquêtés par centre en fonction du type de contrat.	40
Tableau V : Répartition des enquêtés par centre selon le statut matrimonial.....	41
Tableau VI : Répartition des enquêtés par centre selon la qualification	41
Tableau VII : Répartition des enquêtés par centre selon leur participation à la prise de décision.	42
Tableau VIII : Répartition des enquêtés par centre selon la possibilité de prendre des initiatives personnelles au travail.....	42
Tableau IX : Répartition des enquêtés par centre en fonction du développement personnel à travers des formations.....	43
Tableau X : Répartition des enquêtés des centres par rapport au travail réalisé	43
Tableau XI : Répartition des enquêtés des centres en fonction de la reconnaissance au travail	43
Tableau XII : Répartition des enquêtés par sexe en fonction de leur participation à la prise de décision... ..	44
Tableau XIII: Répartition des enquêtés par sexe en fonction de la possibilité de prendre des initiatives... ..	44
Tableau XIV : Répartition des enquêtés par sexe selon le développement personnel à travers des formations	45
Tableau XV : Répartition des enquêtés par sexe par rapport au travail réalisé	45
Tableau XVI : Répartition des enquêtés par sexe en fonction de la reconnaissance au travail.....	46
Tableau XVII : Répartition des enquêtés par tranche d'âge selon la participation à la prise de décision... ..	47
Tableau XVIII : Répartition des enquêtés par tranche d'âge selon la possibilité de prendre des initiatives.....	47
Tableau XIX : Répartition des enquêtés par tranche d'âge par rapport au développement personnel à travers des formations	48
Tableau XX: Répartition des enquêtés par tranche d'âge par rapport au travail.....	48
Tableau XXI : Répartition des enquêtés par tranche d'âge en fonction de la reconnaissance au travail	49
Tableau XXII : Répartition des enquêtés par profession selon la participation à la prise de décision.....	49
Tableau XXIII : Répartition des enquêtés par profession selon la possibilité de prendre des initiatives....	50
Tableau XXIV : Répartition des enquêtés par profession par rapport au développement personnel à travers des formations	50
Tableau XXV : Répartition des enquêtés par profession par rapport au travail réalisé	51
Tableau XXVI : Répartition des enquêtés par profession en fonction de la reconnaissance au travail	51
Tableau XXVII: Répartition des enquêtés par ancienneté selon la participation à la prise de décision	52
Tableau XXVIII : Répartition des enquêtés par ancienneté selon la possibilité de prendre des initiatives	52
Tableau XXIX : Répartition des enquêtés par ancienneté par rapport au développement personnel à travers des formations	53
Tableau XXX: Répartition des enquêtés par ancienneté par rapport au travail réalisé	53
Tableau XXXI : Répartition des enquêtés par ancienneté en fonction de la reconnaissance au travail	54
Tableau XXXII : Avis des enquêtés par centre en fonction du niveau de salaire	55
Tableau XXXIII : Répartition des enquêtés par centre en fonction de la gestion du CSCom.....	55
Tableau XXXIV : Avis des enquêtés par centre selon le cadre physique de travail	56
Tableau XXXV : Répartition des enquêtés par centre en fonction de la disponibilité des équipements	56
Tableau XXXVI: Avis des enquêtés par centre en fonction de la charge des tâches au travail	57
Tableau XXXVII : Avis des enquêtés par centre en fonction de la relation interpersonnelle.....	57
Tableau XXXVIII : Avis des enquêtés par sexe en fonction du niveau de salaire.....	58
Tableau XXXIX : Avis des enquêtés par sexe en fonction de la gestion du CSCom	58
Tableau XL : Avis des enquêtés par sexe en fonction du cadre physique de travail.....	59

Tableau XLI : Répartition des enquêtés par sexe en fonction de la disponibilité des équipements de travail	59
Tableau XLII : Avis des enquêtés par sexe en fonction de la charge des tâches au travail.....	60
Tableau XLIII : Avis des enquêtés par sexe en fonction de la relation interpersonnelle	60
Tableau XLIV: Avis des enquêtés par tranche d'âge en fonction du niveau de salaire	61
Tableau XLV : Avis des enquêtés par tranche d'âge par rapport à la gestion du CSCom	61
Tableau XLVI : Avis des enquêtés par tranche d'âge en fonction du cadre physique de travail	62
Tableau XLVII : Répartition des enquêtés par âge en fonction de la disponibilité des équipements de travail	62
Tableau XLVIII : Avis des enquêtés par tranche d'âge par rapport à la charge des tâches au travail	63
Tableau XLIX : Avis des enquêtés par tranche d'âge en fonction de la relation interpersonnelle	63
Tableau L: Avis des enquêtés par profession en fonction du niveau de salaire	64
Tableau LI : Avis des enquêtés par profession en fonction de la gestion du CSCom	64
Tableau LII : Avis des enquêtés par profession en fonction du cadre physique de travail	65
Tableau LIII: Répartition des enquêtés par profession par rapport à la disponibilité des équipements de travail.....	65
Tableau LIV : Avis des enquêtés par profession en fonction de la charge des tâches au travail	65
Tableau LV: Avis des enquêtés par profession en fonction de la relation interpersonnelle.....	66
Tableau LVI: Avis des enquêtés par ancienneté en fonction du niveau de salaire.....	66
Tableau LVII: Avis des enquêtés par ancienneté par rapport à la gestion du CSCom.....	67
Tableau LVIII : Avis des enquêtés par ancienneté en fonction du cadre physique de travail.....	67
Tableau LIX: Répartition des enquêtés par ancienneté en fonction de la disponibilité des équipements de travail.....	68
Tableau LX: Répartition des enquêtés par ancienneté en fonction de la charge des tâches au travail.....	69
Tableau LXI: Avis des enquêtés par ancienneté en fonction de la relation interpersonnelle.....	69

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION :	1
II. OBJECTIFS DE L'ETUDE :	4
1. Objectif général :	4
2. Objectifs spécifiques :	4
III. GENERALITES :	6
1. Historique et évolution du système de santé au Mali :	6
1.1 Période avant l'indépendance « avant 1960 » :	6
1.2 Période après l'indépendance :	7
2. Organisation et fonctionnement du système sanitaire du Mali :	14
3. Santé communautaire au Mali :	15
3.1 Historique :	15
3.2 Centre de Santé Communautaire (CSCom) :	17
3.3 Association de Santé Communautaire (ASACO) :	18
3.4 Notion d'aire de santé :	18
3.5 Mission des CSCom :	18
3.6 Organisation et fonction des CSCom au Mali :	18
IV. LA MOTIVATION DU PERSONNEL DE SANTE :	21
1. Cadre Conceptuel] :	21
2. Taxonomie de la motivation :	23
3. Les théories des besoins - mobiles – valeurs :	23
3.1 La théorie des besoins de Maslow (1943) :	24
3.2 La théorie ERG (ERD) d'Alderfer :	25
3.3 La théorie du besoin de réalisation de McClelland :	26
3.4 La théorie de deux facteurs de Herzberg :	27
4. Les théories classiques de la motivation intrinsèque :	28
4.1 Les théories de l'évaluation cognitive de Deci et Ryan :	28
4.2 La théorie des caractéristiques de l'emploi d'Hackman et Oldham :	29
5. Les théories de la justice organisationnelle et de l'équité (valeurs) :	29
6. Les théories de la justice organisationnelle de Greenberg :	31
7. Les théories du choix cognitif :	31
8. Les théories de l'autorégulation – métacognition :	32

8.1 Théorie des objectifs de Locke (1968) :.....	32
8.1 Les théories de l'autodétermination :	32
V. MÉTHODOLOGIE :.....	36
1. Type et période d'étude :	36
2. Lieu d'étude :	36
3. Population d'étude :	36
3.1 Critères d'inclusion :.....	36
3.2 Critères de non inclusion :.....	36
4. Type d'échantillonnage :	36
5. Taille de l'échantillon :	36
6. Collecte et analyse des données :.....	37
7. Les variables de l'étude :	37
8. Confidentialité et l'éthique :.....	37
VI. RESULTATS :.....	39
1. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés	39
2. Facteurs intrinsèques de la motivation du personnel de santé :	42
3. Facteurs extrinsèques de la motivation du personnel:.....	55
VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	71
VIII. CONCLUSION :	76
IX. RECOMMANDATIONS :	78
X. REFERENCES :	80

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

La motivation se définit comme l'ensemble des facteurs déterminant l'action et le comportement d'un individu pour atteindre un objectif ou réaliser une activité. Le degré de motivation est le facteur le plus déterminant dans la réussite d'une organisation [1].

Les centres de santé communautaire (CSCom) étant considérés comme à but non lucratif sont des établissements de santé de premier niveau créés sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une Association de Santé Communautaire (ASACO) avec pour vocation d'assurer le service public de santé au niveau de l'aire de santé pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé de cette population et fournir le paquet minimum d'activités (PMA) [2]. Le CSCom ne pourra atteindre ses objectifs que si le personnel de santé qui y travaille est motivé. La motivation des salariés est devenue une préoccupation centrale dans le management des entreprises et des organisations. En effet, le bon fonctionnement d'une organisation nécessite une gestion adéquate des ressources humaines et une place prioritaire est occupée par la motivation [2].

La motivation, orientée vers l'efficacité de l'organisation, doit tenir compte du développement personnel et de la carrière des ressources humaines pour impulser le dynamisme intérieur vers la qualité des services [3]. Elle ne se limite pas seulement à l'octroi d'une bonne rémunération mais elle s'étend sur un domaine très vaste qui prend en charge la formation, les conditions de vie et de sécurité au travail, la gestion de carrière, la mobilité, en passant par l'implication du personnel dans la vie de l'entreprise [4].

Depuis leur création, les CSCom ont incontestablement amélioré l'accès aux soins de santé au Mali. Force est de constater, malgré ces résultats, ils connaissent des difficultés dans la réalisation de leur mission. Notons que parmi les nombreux problèmes rencontrés, c'est surtout la motivation qui est la plus citée. Plusieurs raisons ont été avancées, il s'agit de la faiblesse du niveau de salaire, les mauvaises conditions de travail, la non-reconnaissance du mérite, le manque de formation, la gestion de carrière etc [5].

La production des soins de qualité passe nécessairement par la prise en compte de ces aspects. C'est ainsi que nous avons voulu initier la présente étude sur un segment de notre système de santé très important que sont les CSCom en choisissant comme thème « Etude de la motivation du personnel de santé dans les CSCom de la commune IV ».

Si des travaux ont été réalisés sur les centres de santé communautaire qui ont porté pour la plupart sur les soins, très peu ont traité la motivation du personnel de santé dans ces établissements.

Pour cela, nous nous appuyerons sur la théorie bi-factorielle de HERZBERG [6].

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE :

1. Objectif général :

- ❖ Etudier la motivation du personnel de santé des Centres de Santé communautaire de la commune IV du district de Bamako, Mali.

2. Objectifs spécifiques :

- ❖ Déterminer les caractéristiques socio-démographiques du personnel de santé ;
- ❖ Déterminer les pratiques de motivation du personnel de santé des CScom ;
- ❖ Identifier les facteurs influençant de la motivation du personnel au travail.

GENERALITES

III. GENERALITES :

1. Historique et évolution du système de santé au Mali : [7]

1.1 Période avant l'indépendance « avant 1960 » :

Dès l'arrivée des premiers médecins français à la fin du 19^{ème} siècle jusqu'à l'indépendance, le Soudan français a bénéficié d'une suite de décisions politiques et stratégiques qui ont conduit à la situation de 1960. Ces décisions avaient pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en fonction des connaissances et des ressources du moment [7].

Dès leur arrivée les troupes coloniales étaient accompagnées de médecins et d'infirmiers dont la mission était d'apporter des soins aux combattants. Ils ont été confronté à des problèmes de santé grave qui étaient : le paludisme, la fièvre jaune, la dysenterie, les maladies parasitaires, à un moment où les moyens de traitement étaient encore dérisoires ; bien entendu les malades indigènes aussi ont bénéficié de leurs soins. La première formation sanitaire fixe fut « Ambulance » de Kayes (l'actuel Hôpital Régional) qui fut ouvert en 1890. En 1906 fut posée la première pierre de l'Hôpital du Point G. Les premiers bénéficiaires des soins furent les ressortissants français et les indigènes qui travaillaient auprès d'eux. Mais rapidement et progressivement les populations qui vivaient dans leur entourage furent intéressées. Au début des années 1890 fut créée l'Assistance Médicale Indigène (AMI) qui fut un pilier essentiel de la stratégie sanitaire de l'époque. La gratuité des soins était assurée à tous. Malgré la faiblesse des moyens on assista à une extension du réseau de formations sanitaires fixes. Chaque Cercle créa son centre de santé [7].

Il fallut rapidement former des personnels indigènes. En 1918 fut créée à Dakar l'Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie qui forma des médecins auxiliaires, des pharmaciens auxiliaires et des sages-femmes. Cette école reçut sa dernière promotion en 1950, année de la création de l'Ecole Préparatoire de Médecine et de Pharmacie. De 1918 à 1950 cette Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie a formée 514 médecins, 50 pharmaciens et 481 sages- femmes. Comme structures pharmaceutiques, il existait la pharmacie d'approvisionnement et deux pharmacies privées (Pharmacie BRUHANT et Pharmacie Soudanaise). La progression des moyens disponibles par habitant fut constante. La vaccination a été progressivement introduite dans les activités de l'Assistance Médicale Indigène (AMI).

La nécessité de la lutte contre la mortalité des enfants fut affirmée dès 1926 mais c'est en 1943 qu'elle a été retenue comme une priorité et dotée de ressources propres.

A la fin de la deuxième guerre mondiale il y eut une extension des établissements de soins qui a fait

suite à la création en 1946 du Fonds d'Investissements pour le Développement Economique et Social des territoires d'outre-mer (FIDES). Dans le premier Plan (1949 – 1952) la part des investissements consacrés à la santé au sein du FIDES fut de 3,2 % et atteint 6 % au cours du second Plan (1953 – 1957). Dans les années 1920 les premières campagnes de lutte contre les grandes endémies furent lancées sous l'impulsion du Docteur JAMOT ; elles étaient au départ destinées à lutter contre la Trypanosomiase par des équipes mobiles autonomes qui se rendaient dans les villages. Progressivement le champ d'activité de ces équipes mobiles fut étendu à la lèpre, au trachome, à l'onchocercose. Ce sont ces mêmes équipes qui furent utilisées pour conduire les premières campagnes de vaccination. Leur coordination générale pour l'ensemble de l'Afrique Occidentale Française fut confiée à la Direction Générale d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP) installée à Bobo-Dioulasso en Haute-Volta [7].

Par ailleurs l'organisation s'appuyait sur des institutions spécialisées : le Centre Muraz à Bobo-Dioulasso, l'Institut Central de la lèpre (Institut Marchoux) créé à Bamako en 1931, l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale (IOTA) créé à Bamako en 1953. En 1960 à l'accession des pays de l'ex AOF à l'indépendance, le Médecin Général RICHET sut convaincre les nouveaux Chefs d'Etats de la nécessité du maintien d'une lutte conjointe contre les grandes endémies qui ne connaissaient pas de frontières. Alors fut créé l'Organisme de Coordination pour le Contrôle des Grandes Endémies (OCCGE) dont le siège fut maintenu à Bobo-Dioulasso regroupant huit pays francophones. Cette vision de l'action sanitaire pendant la période coloniale jeta les bases de la démarche de santé publique poursuivie jusqu'à nos jours. L'ensemble du système reposait sur une organisation administrative rigoureuse qui mettait l'accent sur le respect du règlement et de la hiérarchie toute militaire [7].

1.2 Période après l'indépendance : [7]

- **Les années 1960-1968 :**

Elles constituent une époque d'effervescence idéologique, sous-tendue par des grands idéaux de développement, dont les retombées heureuses devaient être partagées par toute la population. La stratégie développée par les pouvoirs publics de l'époque, (le régime était d'obédience socialiste), visait à passer d'une administration sanitaire centrée sur des besoins coloniaux à celle centrée sur les besoins sanitaires de l'ensemble de la population (du peuple). La « médecine de masse » est ainsi née, en même temps qu'est né le bénévolat (investissement humain). L'Etat prend en charge

entièrement la santé des populations. C'est la période de la gratuité de l'ensemble des soins y compris les médicaments et les hospitalisations.

L'organisation sanitaire mise en place pour exécuter la politique ainsi définie était centralisée ; la stratégie utilisait la « conscientisation des masses » et la démocratisation de l'accès des populations rurales (les masses rurales) aux services de santé, avec priorité à la santé de la mère et de l'enfant. Un ministère de la santé et des affaires sociales fut créé et une direction générale de la santé publique remplaça l'inspection générale de la santé.

La lutte contre la maladie fut axée sur les grandes endémies et sur le développement d'un réseau de dispensaires ruraux au niveau des chefs-lieux d'arrondissement et de gros villages.

L'élaboration du premier plan décennal de développement des services de santé (1966-1976) dont l'objectif était de doter le pays d'un noyau de structures de soins au lendemain de l'indépendance en remplacement du système hérité de la colonisation pour les populations indigènes a constitué l'instrument de mise en œuvre de cette politique de médecine de masse. Le plan décennal de développement 1996-1967 a permis de doter le pays d'un embryon de services nationaux de santé. L'Etat, face aux difficultés d'assurer la gratuité des médicaments créa la pharmacie populaire du Mali (PPM) chargée de l'importation et la vente des médicaments sur toute l'étendue du territoire national.

- **Les années 1968 - 1991 :**

Certes, l'organisation préconisée au niveau des villages restait au stade de projet, on assista cependant à la création de centres de santé de secteurs de base qui regroupaient plusieurs villages autour d'un dispensaire et d'une maternité construits par la population, comportant la présence d'un Aide-soignant et d'une Matrone formés par les autorités médicales de la région et payés par le mouvement coopératif ou les associations des parents d'élèves. Dans la même foulée furent créés des dépôts pharmaceutiques coopératifs. L'Institut National de Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle fut créé en 1973. La sortie des 8 premiers Médecins de l'Ecole Nationale de Médecine en novembre 1974 marque le début d'une nouvelle période qui permettra au Mali d'accéder plus rapidement que d'autres pays d'Afrique au Sud du Sahara à la médicalisation des zones rurales. En 1976 furent lancées les premières expériences d'équipes de santé des villages dans les cercles de Kolokani, de Diré. Le premier séminaire sur les soins de santé primaire tenu à Bamako en 1977 permit de définir une organisation pyramidale à 6 niveaux; le secteur de base était

alors présenté comme un relais entre l'arrondissement et le village. Le Mali participa à la conférence d'ALMA ATA en novembre 1978. Le Parti Unique, l'UDPM qui devait être mise en place cette année-là, affirma l'adhésion du Mali à la Déclaration d'ALMA ATA et fit de la mise en œuvre des soins de santé primaires l'option fondamentale de sa politique de santé.

Le deuxième séminaire des travailleurs de la santé tenu dans la foulée consacre ce droit et officialise l'organisation générale du système de soins du Mali faite de 6 niveaux allant de l'équipe de santé du village au niveau national [7]. Le principe de la gratuité des soins fut réaffirmé dans le programme du Parti Unique qui n'excluait pas cependant l'émergence d'une « Médecine plus personnalisée », ce qui était un clin d'œil à l'exercice de la Médecine privée. C'est en ce moment qu'on multiplie les équipes de santé du village formées à un rythme rapide dans le but d'assurer la promotion de soins de santé primaires. Les centres de santé des secteurs de base se multiplient de même que sont assurées les formations régionales en 6 mois des Aides-soignants et des Matrones. La multiplication des ONG au début des années 80 donne un élan nouveau aux équipes de santé de villages et aux centres de santé de cercles qui devaient jouer leur rôle de supervision. Des pharmacies villageoises furent mises en place un peu partout. Des projets d'appui au développement des soins de santé primaires ont également vu le jour. Il s'agit de :

- Projet Mali Sud dans la région de Sikasso par la CMDT ;
- Projet Mali Suisse qui vint compléter Mali Sud ;
- Projet Santé Rurale dans les cercles de Yélimané et de Koro financé par l'USAID pour plus d'un milliard de francs CFA et qui bénéficia de l'appui des experts de l'Université Harvard.

A la même période on assista aux premières expériences de recouvrement des coûts dans le but de prendre le relais des cotisations des parents d'élèves. Ces expériences ont fini par être officialisées en 1987 dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Pendant la même période ont vu le jour les premières expériences de création de centres de santé par les associations de travailleurs de la région de Kayes migrant en France. Le début des années 80 est marqué par le retour des programmes verticaux. Ainsi virent le jour le Programme de Lutte contre les maladies diarrhéiques chez l'enfant, le Programme Elargi de Vaccination (PEV). A travers le PEV on devait atteindre en 1990 un taux de couverture vaccinale contre 6 maladies cibles de 80 % des enfants de 12 à 23 mois. En 1981 fut adopté le second Plan décennal de Développement Socio-Sanitaire (1981- 1990). Ses objectifs étaient très ambitieux ; à l'horizon 1990 certains objectifs spécifiques à atteindre étaient :

- Immunisation de tous les enfants de 0 à 6 ans contre les 6 maladies cibles ;

- Approvisionnement en eau saine et en quantité suffisante pour l'ensemble de la population
- Élimination de toutes les formes de malnutrition ;
- Contrôle de toutes les endémies majeures ;
- Extension de la couverture sanitaire à la majorité de la population en portant l'effort en direction des plus démunis [7].

Par ailleurs l'organisation des centres de santé de cercle fut enrichie par la description de centres de santé de « deuxième degré » avec un service de chirurgie comprenant un bloc opératoire et une petite unité d'hospitalisation. Le principe de recouvrement des coûts fut admis comme une nécessité s'inscrivant dans le cadre de la participation des populations. Une attention particulière fut accordée au renforcement du processus gestionnaire à travers les programmes régionaux, les conseils de gestion, le renforcement du système d'information sanitaire, la formation à la planification et à la gestion du personnel. En 1982, sur financement de la Banque Mondiale fut lancé le Projet de Développement Sanitaire (PDS), structure en quatre volets :

- Renforcement de la planification sanitaire devant assurer un appui important à la Direction Nationale de la Planification Sanitaire et Sociale ;
- Soutien à la politique pharmaceutique en améliorant les performances de la PPM, en assurant un approvisionnement constant en médicaments acquis par appels d'offre internationaux ;
- Soutien à la formation des professionnels de santé et en apportant un appui pédagogique à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie ;
- Soutien au développement sanitaire des cercles de Kita, de Bafoulabe et de Kéniéba (KBK).

Le PDS fut complété par d'autres projets :

- Le Projet d'Appui au Développement Sanitaire de la 2^{ème} région financé par la France ;
- Le Projet d'Appui au Développement Sanitaire du cercle de Bandiagara (GTZ Allemande)
- Le Projet d'Appui au cercle de Diré (Italie),
- Le Projet de lutte contre la malnutrition dans la région de Ségou (UNICEF) ;
- Le Projet d'Appui aux soins de santé primaires dans le cercle de Niono (Pays Bas).

En 1984, la survenue de la deuxième grande sécheresse a amené l'accentuation de la place des ONG et le renforcement de la présence de l'UNICEF dans les régions du Nord. MSF Belgique appuya la création des magasins santé-sécheresse et le renforcement des centres de santé. Au total

en 1985 le Mali disposait d'un important réseau d'unités de santé composé de près d'un millier de centres de santé d'arrondissements et de secteurs de base et de tout autant d'équipes de santé villageoises. Les centres de santé trouvaient des ressources dans la vente de tickets et dans la ristourne de 15 % qui était accordée aux dépôts coopératifs par la Pharmacie Populaire. En septembre 1987 une conférence internationale réunissant tous les ministres de la santé de la région Africaine de l'OMS fut organisée à Bamako avec la participation de l'UNICEF. Cette conférence a conduit à la formulation et à l'adoption par la communauté internationale de ce qu'on a appelé « l'Initiative de Bamako ».

Cette approche mit un accent sur la place que devait occuper les médicaments essentiels présentés sous leur Dénomination Commune Internationale (DCI) et permit de lever les dernières réticences quant au recouvrement des coûts. En 1985 – 1986, furent adoptés les textes sur la privatisation des professions de santé. Ainsi fut autorisé l'exercice privé des professions des Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes, Sages-femmes, Infirmiers et Infirmières. De même fut élaboré le Code de déontologie médicale et furent créés les ordres de Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes et de Sages-femmes. Des cabinets médicaux privés, des cliniques privées et des pharmacies privées virent le jour. En février 1989, fut créé dans le quartier de Banconi à Bamako le premier centre de santé communautaire. En mars 1989 le centre de santé de la MUTEC ; créé par les fonctionnaires de l'éducation et de la culture, il introduisit la notion de prépaiement dans le financement de l'accès aux soins. Le 15 décembre 1990 a été formulée une déclaration de politique sectorielle de santé qui a fixé comme objectif général « de réaliser la santé pour tous à un horizon aussi rapproché que possible ». La mise en œuvre de cette politique sectorielle a été organisée à travers le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) initié avec le concours de la Banque Mondiale en 1991 à la suite du Projet de Développement Sanitaire (PDS 1985 - 1990). Six (6) autres bailleurs se sont joints à la Banque Mondiale pour porter le montant total du financement à 61,4 millions de dollars US (UNICEF, USAID, FED, FAC, KFW, Coopération Belge).

Le contenu du projet a été structuré en 4 volets :

- Un volet appui au développement sanitaire du District ;
- Un volet population ;
- Un volet réforme pharmaceutique ;
- Un volet hydraulique villageois [7].

- **Les années 1991 - 2003 :**

Malgré les efforts accomplis depuis 30 ans, le taux de fréquentation des formations sanitaires de même que le taux de couverture sont restés faibles. Quelques données des années 90 mettent en évidence ces faiblesses :

- 32 % de grossesses ayant bénéficié d'une consultation prénatale (79 % à Bamako);
- 30,4 % d'accouchements ayant eu lieu dans une maternité (78,8 % à Bamako). ;
- 0,8 % des accouchements se sont achevés par une césarienne (2,4 % à Bamako). ;
- 31,7 % des femmes enceintes sont correctement vaccinées contre le tétanos (61 % à Bamako) ;
- 31,5 % d'enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés contre les 6 maladies cibles du PEV (54,2 % à Bamako) ;
- 15,7 % des diarrhées déclarées ont été traitées par réhydratation par voie orale (44,1 % à Bamako) ;
- 49,8 % des hommes déclarent avoir déjà utilisé un préservatif (73,5 % à Bamako).

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé ; l'Accord de Crédit IDA N°2217/MLI du 3 mai 1991, d'un montant de 19 200 000 DTS n'est entré en vigueur que le 26 mars 1992 sans que les conditions de mobilisation soient satisfaites. Certains partenaires n'ont pas emboîté le pas et n'ont procédé à aucune mobilisation de ressources financières.

Sur ces entrefaites naissent le Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) qui dessine un cadre général d'intervention de tous les partenaires, maliens et étrangers. Il définit les grandes priorités nationales et les options stratégiques du Mali. Tous les acteurs du système de soins (Administration, Collectivités locales, Etablissements publics et privés, ONG, Bailleurs de Fonds) doivent agir ensemble et potentialiser ainsi leurs efforts. La mise en œuvre de ce plan a débuté en janvier 1999 par le lancement d'un Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) d'un coût total de 81 milliards de francs CFA pour 5 ans. Les ressources du PRODESS proviennent de :

- Budget de l'Etat ;
- Partenaires extérieurs du secteur santé et développement sociale ;
- Financements locaux des communes et des usagers des services.

Il faut souligner que le financement du PRODESS est fortement soutenu par la Banque Mondiale qui pour ce faire a accordé au Mali un crédit de 40 millions US dollars. Le contenu du PRODESS

est regroupé en 9 sous-programmes :

- Lutte intégrée contre la maladie (vaccination, paludisme, sida, tuberculose, etc.) et le développement de la santé de reproduction (réduction de la mortalité maternelle et infantile, planification des naissances, etc.) ;
- L'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité de soins ;
- L'amélioration de la qualité des services hospitaliers ;
- Le renforcement du secteur pharmaceutique ;
- La lutte contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale ;
- Le développement des formes et des modalités de financements alternatifs de la santé ;
- La mobilisation sociale ;
- Le développement des ressources humaines ;
- Le renforcement institutionnel.

On poursuivra les efforts dans le sens d'une amélioration de la capacité de gestion, en amplifiant la dynamique communautaire et une plus grande implication du secteur privé dans la fourniture des services de base. Dans les centres de santé de cercles on améliorera la gestion, la qualité de la référence et la contre référence en renforçant les infrastructures et en améliorant la formation du personnel. Dans le secteur hospitalier, on poursuivra les efforts ponctuels tendant à freiner la dégradation et on renforcera l'autonomie de gestion de même que le plateau technique ; on poursuivra l'amélioration du contrôle interne de même que la qualité des prestations. On créera des établissements spécialisés.

Des efforts seront faits pour hisser à un niveau élevé le contrôle de la qualité des médicaments, des aliments et du sang. Il faudra garantir une véritable accessibilité à des médicaments à des prix abordables partout ; faire la promotion des mécanismes alternatifs de financement de la santé et la prise en charge de la référence. L'accent sera mis sur la formation des ressources humaines. On procédera à un renforcement du cadre institutionnel et on introduira de nouvelles procédures de gestion et de financement. Des objectifs spécifiques du programme tendront à réduire la mortalité et la morbidité, améliorer l'accès et l'utilisation des services dans les centres fixes et au niveau communautaire, dynamiser l'information, l'éducation, la communication et la participation communautaire, lutter contre l'exclusion sociale et donner un nouvel élan à la promotion communautaire [7].

2. Organisation et fonctionnement du système sanitaire du Mali : [14]

La politique de santé du Mali est fondée sur les stratégies des Soins de Santé Primaires (SSP) définies lors de la Conférence d'Alma Ata en septembre 1978. La mise en œuvre des SSP a été renforcée par l'adoption en Septembre 1987 de l'Initiative de Bamako (IB), dont l'un des objectifs majeurs est de réduire la mortalité maternelle et infantile tout en rendant disponibles et accessibles géographiquement et financièrement les médicaments essentiels aux couches les plus défavorisées de la population. Les principes suivants ont été adoptés à cette fin : Recouvrement des coûts, système de santé de district, santé communautaire et contractualisation de l'offre de services de santé avec les Associations de Santé Communautaire (ASACO). En décembre 1990, fut adoptée la déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) qui constitue aujourd'hui le cadre de référence des interventions en matière de santé. En 1998, fut adopté le Plan décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007). Il est soutenu par une approche sectorielle et mis en œuvre à travers un programme quinquennal : le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). Le premier PRODESS, initialement prévu pour la période 1998-2002, s'est en fait étalé sur la période 1999-2004 car sa mise en œuvre a dû être retardée. Il a été suivi par le second PRODESS, qui est en cours de mise en œuvre depuis 2005 et sera prolongé jusqu'en 2011 afin de s'aligner sur le CSCRP. Le PRODESSII comportait deux composantes : Santé et Développement social [8].

La composante Santé comporte les sept volets suivants :

- **Volet 1** : Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires ;
- **Volet 2** : Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines ;
- **Volet 3** : Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux ;
- **Volet 4** : Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie ;
- **Volet 5** : Accessibilité financière, soutien à la demande et la participation ;
- **Volet 6** : Réforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de recherche
- **Volet 7** : Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation.

La politique sectorielle de santé et de population adoptée en 1990 par le gouvernement du Mali est basée sur la décentralisation de l'accès aux soins et la participation communautaire. Ses objectifs généraux entre autres :

- Etendre la couverture sanitaire ;
- Améliorer l'accès aux médicaments pour toutes les couches de la population. [8]

Le système sanitaire a trois niveaux de prise en charge :

⇒ **Le niveau opérationnel comprend deux échelons qui sont :**

Le premier échelon composé de **1241 CScom fonctionnels en 2015**, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) de même que les structures de santé parapubliques, confessionnelles, services de santé des armées, dispensaires et autres établissements de santé privés. Les données des ONG sont agrégées avec celles des CScom. Le PMA comprend : les soins curatifs, préventifs (santé de la reproduction, survie de l'enfant, vaccination) et promotionnels.

Le deuxième échelon ou première référence est constitué de **65 centres de santé de référence**. Il assure la prise en charge de la référence venant du premier échelon.

⇒ **Le niveau intermédiaire** : constitué de huit Etablissements Publics Hospitaliers ou EPH (Kayes, Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et l'hôpital Mère Enfant) assure la 2ème référence ;

⇒ **Le niveau central avec ses cinq EPH** (CHU du Point G, CHU du Gabriel TOURE, IOTA, CHU-OS, Hôpital du Mali) constitue la 3ème référence [8].

3. Santé communautaire au Mali : [9]

3.1 Historique :

En 1964, le Mali a opté pour l'extension des soins de santé de base. Entre 1966 et 1968, le 1^{er} plan Décennal des Services de Santé était en application. Il se donnait comme objectif la mise sur pied d'une pyramide sanitaire allant de l'équipe de santé de village jusqu'aux cadres supérieurs avec comme objectifs prioritaires les soins préventifs, l'éducation sanitaire, l'hygiène et les curatifs essentiels [9].

En septembre 1978, lors de la Conférence d'Alma Ata, la politique de Soins de Santé Primaires fut adoptée (SSP). La mise en œuvre des SSP a été renforcée par l'adoption en septembre 1987 de l'Initiative de Bamako (IB), dont l'un des objectifs majeurs est de réduire la mortalité maternelle et infantile tout en rendant disponibles et accessibles géographiquement et financièrement les

médicaments essentiels aux couches les plus défavorisées de la population. Cette stratégie n'a malheureusement pas permis d'atteindre les objectifs escomptés cause de l'insuffisance des moyens financiers et la centralisation de la conception des programmes. Les principes suivants ont été adoptés à cette fin : recouvrement des coûts, système de santé de district, santé communautaire et contractualisation de l'offre de services de santé avec les Associations de Santé Communautaire (ASACO). Vers la fin des années 1980, l'une des questions à l'ordre du jour était le chômage des jeunes médecins. Cette réalité a fait germer de nouvelles idées sur le terrain des expériences accumulées. Ainsi on abordait le problème d'une offre de soins de qualité par l'emploi des jeunes médecins dans les périphériques. A cela, il faut ajouter la volonté des communautés de se structurer en des associations qui prennent en charge la gestion de leurs problèmes de santé. Elles étaient confrontées déjà à des grandes difficultés sur le plan sanitaire. Parmi celles-ci, il est noté l'indisponibilité de médicaments essentiels, l'insuffisance des structures publiques, etc [9]. Il faut en outre rappeler que c'est suite à la 37^{ème} réunion régionale de l'OMS tenue à Bamako en 1987 appelée 'Initiative de Bamako', qu'une redynamisation des SSP fut adoptée et mise en application à travers le renforcement de la participation des communautés [9].

Cette redynamisation reposait sur les piliers suivants :

- Améliorer l'accès aux soins de santé primaires, définis dans le cadre d'un paquet minimum d'activités devant être réalisées par les services de santé de district ;
- Améliorer la qualité tant des soins que de l'accueil des usagers grâce à un personnel à nouveau dynamisé ;
- Favoriser la participation communautaire au financement des soins [10].

La recherche de solutions à ces difficultés est à l'origine du mouvement de santé communautaire. C'est à partir de 1989 que le premier centre de santé communautaire (CSCom), géré, non plus par l'Etat, mais par la communauté à travers une association de santé communautaire (ASACO) dont le pionnier demeure l'ASACOBAN (Association Santé Communautaire de Banconi) est inauguré et dès 1990 est créé un groupement d'intérêt économique (GIE) qui devait permettre d'assurer l'approvisionnement en médicaments génériques des centres communautaires. C'est une structure privée sans but lucratif, avec du personnel qu'elle recruterait. Du fait de la volonté de cette population et de la forte motivation du personnel, notamment le médecin, le centre de santé fut géré avec succès par les habitants regroupés en association (ASACOBAN, association pour la santé communautaire de Bankoni). L'organisation du centre et l'offre des prestations correspondant aux

attentes de la population étaient négociées entre le médecin et l'ASACO. Le système d'adhésion, mis en place (ne pouvait être adhérent que les habitants du quartier), induisait un tarif différencié. Au départ, les activités du centre de santé se réduisaient à la consultation curative, menée par le médecin chef du centre et à la vente de médicaments en génériques (grâce à un approvisionnement auprès du GIE). Sous la pression des habitants du quartier satisfaits par l'activité du centre, une maternité fut ouverte et une sage-femme recrutée. Le succès rencontré par ce premier centre de santé, établi dans un quartier pauvre de Bamako, a conduit à une explosion de demandes émanant d'autres quartiers de Bamako [10].

Apparu comme phénomène urbain, le mouvement de création des CSCom va progressivement s'étendre au monde rural grâce à un foisonnement sans précédent d'initiatives locales. Ce système de santé connut un engouement si important au sein des populations que l'Etat était obligé de les considérer à partir de 1991 comme un élément moteur de sa nouvelle politique de santé. A la suite de cette reconnaissance officielle, une structure d'envergure fut mise en place pour exécuter et coordonner au niveau national le PSPHR. Cela fut rendu possible avec l'aide des partenaires au développement (USAID, Banque Mondiale). Ce système visait principalement à réduire la mortalité infantile et maternelle [9].

Le PSPHR, pour atteindre ses objectifs a soutenu la création de nouveaux CSCom à travers des contributions financières, la construction ou la rénovation de locaux de centre d'alphabétisation, la mise à leur disposition d'un Paquet Minimum d'activités (PMA) (avec médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI) et matériels). Il encouragea aussi l'autonomie de gestion de ces centres et la prise en charge de leur coût de fonctionnement par les populations, grâce à la généralisation du système de tarification des prestations des services [9].

3.2 Centre de Santé Communautaire (CSCom) :

Selon l'article 3 de l'arrêté ministériel N94/MSSPA-MATS-MP du 21 Août 1994, le CSCom (Centre de Santé Communautaire) est une formation sanitaire de 1^{er} niveau, créée sur la base de l'engagement d'une population définie, et organisé au sein d'une Association de Santé Communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé. Il regroupe un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique, et dont la gestion est assurée par une association d'usagers, dénommée « ASACO » [11].

3.3 Association de Santé Communautaire (ASACO) [11] :

Une « ASACO » est une association privée sans but lucratif regroupant des habitants d'une même zone géographique (quartier urbain ou groupe de villages), dénommée « aire de santé », qui assure la gestion d'un centre de santé communautaire et conduit dans cette zone des activités de protection et de promotion de la santé.

Elle est liée à l'État par la signature d'une convention, qui l'engage à participer à la réalisation du service public de santé et précise les modalités de sa participation.

3.4 Notion d'aire de santé :

L'aire de santé est déterminée sur la base d'une population comprise entre 5000 et 10 000 habitants vivant dans un rayon de 15 kilomètres maximum autour d'un CSCom et ayant en commun des affinités d'ordre socio-anthropologique [12].

Un CSCom qui n'obéira pas à ces critères ne peut pas être viable, c'est à dire, ne peut ni assurer son fonctionnement, ni générer des moyens pour des investissements futurs. Par conséquent, le principe de l'autonomie qui sous-entend la création des CSCom ne sera pas assurée [13].

3.5 Mission des CSCom [9]:

Les CSCom ont pour mission :

- ❖ Gérer la mise en œuvre des actions socio - sanitaires au sein des populations ;
- ❖ Fournir des prestations curatives telles que : soins courants aux malades, dépistage et traitement des endémies locales, exploration para clinique courante ;
- ❖ Assurer la disponibilité des médicaments essentiels ;
- ❖ Développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile / planning familial/ Vaccination, Education pour la Santé) ;
- ❖ Initier et développer des activités promotionnelles (Hygiène-Assainissement, Développement Communautaire, Information Education Communication) ; et
- ❖ Promouvoir la participation communautaire dans la gestion des CSCom et la prise en charge des problèmes de santé de l'individu et de la collectivité.

3.6 Organisation et fonction des CSCom au Mali [14] :

Selon l'article 12 du décret n° 05 – 299 / P-RM du 28 juin 2005, les organes d'administration et de gestion des Centres de santé communautaires sont :

- ❖ le Conseil d'administration ;

- ❖ le Comité de gestion ;
- ❖ la Direction technique ;

• **Conseil d'administration :**

Selon l'article 13 du décret n° 05 – 299 / P-RM du 28 juin 2005, le Conseil d'administration a pour mission de veiller au bon fonctionnement du Centre de santé communautaire. A ce titre il est chargé :

- ❖ D'examiner et d'adopter les budgets - programmes annuels d'activités du Centre de santé communautaire ;
- ❖ De définir les mécanismes locaux de contribution des populations à la réalisation de ces programmes ;
- ❖ D'assurer le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes ;
- ❖ De recruter sur la base de contrats, le personnel nécessaire au fonctionnement du Centre de santé communautaire ;
- ❖ De rendre compte à l'assemblée générale de l'association de l'état de fonctionnement du Centre de santé communautaire.

L'article 14 et 15, nous disent que :

Le Conseil d'administration se réunit en session ordinaire une fois par semestre et en session extraordinaire chaque fois que de besoin. Le Conseil d'administration, élu par l'assemblée générale de l'association pour une durée de cinq (5) ans renouvelables, comprend :

- ❖ Un Président ;
- ❖ Un vice-président ;
- ❖ Un secrétaire administratif ;
- ❖ Un trésorier général ;
- ❖ Un trésorier général adjoint ;
- ❖ Deux secrétaires à l'organisation ;
- ❖ Deux commissaires aux comptes ;
- ❖ Deux commissaires aux conflits.

Sont membres de droit avec voix consultative :

- ❖ Le Préfet du cercle ou son représentant ;
- ❖ Le Maire de la commune ou son représentant ;

- ❖ Le Chef de quartier ou du village abritant le centre ;
- ❖ Le Chef du centre de santé communautaire ;
- ❖ Le Médecin-chef du district.

Le Conseil d'administration peut faire appel à toute personne en raison de sa compétence.

- **Comité de gestion :**

Selon les articles 16 et 17, le Comité de gestion veille à la bonne exécution des décisions du conseil d'administration. Il est chargé :

- ❖ Du suivi de la gestion du Centre de santé communautaire ;
- ❖ D'approuver le budget de fonctionnement mensuel du centre proposé par le chef du Centre de santé communautaire ;
- ❖ D'effectuer les dépenses obligatoires pour la bonne marche du centre ;
- ❖ De justifier auprès du Conseil d'administration les dépenses effectuées ;
- ❖ De statuer sur les sanctions disciplinaires du premier degré pour le personnel.

Il se réunit une fois par mois en session ordinaire et en session extraordinaire tant que de besoins.

Le Comité de gestion est élu par le Conseil d'administration parmi les membres avec voix délibérative et comprend :

- ❖ Un Président ;
- ❖ Un vice-président ;
- ❖ Un trésorier ;
- ❖ Un commissaire au compte ;
- ❖ Le chef du Centre de santé communautaire.

- **Direction technique :**

Selon l'article 18, la Direction technique du Centre de santé communautaire est assurée par un professionnel de la santé ayant au moins le niveau de technicien de santé. Il veille au bon fonctionnement du centre. Il a sous sa responsabilité le personnel du centre. Il tient les statistiques sur les activités techniques de l'aire de santé.

IV. LA MOTIVATION DU PERSONNEL DE SANTE :

1. Cadre Conceptuel [15] :

Le concept de motivation comme objet de recherche apparaît pour la première fois, semble-t-il, dans les travaux des psychologues Tolman (1932) et Lewin (1936). La famille, l'école, l'église, le parti politique sont autant de groupes sociaux qui intéressent les psychologues. Très rapidement, l'entreprise deviendra un sujet d'étude.

L'organisation scientifique du travail mise en place au cours de cette période laisse apparaître ses premières failles. On cherche en permanence à répondre à la question, comment rendre plus efficaces, individuellement et collectivement, les membres d'une entreprise ? Les psychologues des organisations répondent alors en demandant aux managers de s'intéresser, entre autres, à la motivation des salariés. Au plan individuel, la motivation serait le principal facteur de la performance au travail. Compte tenu des capacités de l'individu (intellectuelles, physiques, savoir-faire) et de l'organisation mise en place dans l'entreprise (technique, humaine, administrative), la motivation peut agir directement sur les performances individuelles des membres de l'entreprise. Le concept va dorénavant intéresser de plus en plus d'interlocuteurs dans les entreprises.

Cet intérêt pour la motivation au travail repose sur le principe que la réussite de l'entreprise dépend des performances collectives, elles même tributaires des performances individuelles. Les responsables du personnel, dirigeants, chercheurs vont se pencher sur la façon d'améliorer la motivation au travail des salariés. Travaux scientifiques, méthodes rationnelles, recettes magiques vont régulièrement relancer le débat sur la bonne façon de motiver les employés, soit en la suscitant, soit en la poussant. Les approches vont rapidement diverger, des courants théoriques, des écoles de pensée vont se constituer. L'accumulation de travaux théoriques et empiriques va conduire à l'élaboration de premières taxinomies. Avant de les présenter, essayons de définir le concept tel qu'il est aujourd'hui utilisé. Ce travail de définition est d'autant plus nécessaire que des concepts voisins sont venus le compléter pour tenter d'améliorer la compréhension de l'origine de l'efficacité individuelle et collective dans les organisations.

Mais en revanche, ils ajoutent encore à la complexité de par leurs caractéristiques voisines et leurs définitions qui tendent à se chevaucher. Nous pensons ici aux concepts de satisfaction au travail, d'implication organisationnelle, d'engagement dans le travail, de mobilisation du personnel.

Ainsi, comment définir la motivation au travail ? Les divergences perdurent dans la rédaction même de la définition. Celle qui nous est apparue la plus convaincante, car la plus représentative des apports des psychologues majeurs du domaine, est celle de Vallerand et Thill (1993, p.18) : « *Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* ». [15]

Cette définition met clairement en avant la difficulté d'observer directement la motivation d'une personne. Elle est un construit hypothétique, un type de comportement que tout individu est supposé pouvoir développer. Il s'agit d'un processus qui est déclenché à l'origine par l'action d'une force motivationnelle intérieure qui dépend de caractéristiques personnelles comme les besoins, les pulsions, l'instinct, les traits de personnalité.

Les psychologues s'accordent sur les caractéristiques de la motivation et distinguent quatre éléments constitutifs de ce construit :

- **Le déclenchement du comportement** : c'est le passage de l'absence d'activité à l'exécution de tâches nécessitant une dépense d'énergie physique, intellectuelle ou mentale.
- **La direction du comportement** : la motivation dirige le comportement dans le sens qu'il convient, c'est-à-dire vers les objectifs à atteindre. Elle est la force incitatrice qui oriente l'énergie nécessaire à la réalisation des buts à atteindre, les efforts pour réaliser de son mieux, selon ses capacités, le travail qui est attendu.
- **L'intensité du comportement** : la motivation incite à dépenser l'énergie à la mesure des objectifs à atteindre. Elle se manifeste par le niveau des efforts physiques, intellectuels et mentaux déployés dans le travail.
- **La persistance du comportement** : la motivation incite à dépenser l'énergie nécessaire à la réalisation régulière d'objectifs, à l'exécution fréquente de tâches pour atteindre un ou plusieurs buts. La persistance du comportement se manifeste par la continuité dans le temps des caractéristiques de direction et d'intensité de la motivation.

Il ressort de cette description du concept que la manifestation la plus proche de la motivation est l'ensemble des efforts déployés dans le travail dirigé avec intensité et de manière persistante vers des objectifs attendus. [15]

En résumé, la motivation au travail peut aussi se définir comme un processus qui active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs attendus.

La définition du concept étant posée, la façon dont la motivation est analysée par les théoriciens peut-être maintenant envisagée. Quelle est son origine, comment fonctionne-telle, comment, quand et dans quel sens varie-t-elle ? Telles sont les principales questions posées.

Avant d'entamer le panorama des théories de motivation, nous voulons, par la suite, définir des concepts voisins et clarifier les liens et les différences entre motivation, satisfaction, performance, stimulation.

- **La satisfaction** est le terme avec lequel la motivation a été le plus souvent confondue. La satisfaction fait référence aux sentiments éprouvés par l'individu dans une situation concrète de travail. La satisfaction est un indicateur de motivation.
- Il faut également distinguer la motivation de la performance. **La performance** fait référence au succès de l'action engagée. Elle se situe en aval de la motivation. Donc la motivation est une condition, mais non suffisante, nécessaire de la performance.
- **La stimulation** est souvent confondue avec la motivation. Le concept de la stimulation fait référence au stimulus externe qui nous pousse à agir. Et donc le comportement est analysé comme une réponse apportée par un individu soumis à un certain stimulus. Donc, on peut considérer la stimulation comme une sous-catégorie de la motivation, faisant référence à des motifs d'actions externes [16].

2. Taxonomie de la motivation [17] :

Ruth Kanfer développe une taxinomie qui intègre les dernières avancées des théories de la motivation et l'a fait reposer sur trois paradigmes :

1. Celui des besoins - mobiles - valeurs ;
2. Celui du choix cognitif ;
3. Celui de l'autorégulation - métacognition.

Cette taxinomie est reprise ici afin de parcourir les principales théories de la motivation appliquées à l'univers des organisations de travail.

3. Les théories des besoins - mobiles – valeurs [17] :

Elles tentent d'identifier les besoins, les mobiles et les valeurs qui sont à l'origine du comportement et de répondre à la question quelles sont les forces internes et externes qui agissent comme stimulus ?

3.1 La théorie des besoins de Maslow (1943) :

Abraham Maslow (1908-1970), psychologue américain, a présenté une théorie concernant la motivation des salariés. Il propose une théorie de hiérarchie des besoins à partir d'observations cliniques (Maslow, 1943). Pour l'auteur, la motivation de tout individu serait suscitée par la volonté de satisfaire des besoins (force interne). Dès lors que l'individu a cette volonté, il agit, il est motivé [17]. Maslow observe que l'individu hiérarchise ses besoins et cherche à les satisfaire selon un ordre de priorité croissante :

- **Besoins physiologiques** : (les besoins fondamentaux au maintien de la vie ou les besoins qualifiés de primaires : gîte, couvert, nourriture, eau, respiration, élimination, maintien de la température, repos et sommeil, articles essentiels à la survie...).
C'est le niveau le plus bas de la pyramide.
- **Besoins de sécurité** : (protection au niveau moral et physique : physique, psychologique, économique, abri, protection, sécurité).
- **Besoins sociaux** (ou besoins d'amour et d'appartenance) : le besoin d'être aimé, l'affection, l'appartenance à un groupe, les rapports sociaux).
Le troisième niveau de la pyramide de Maslow est représenté par les besoins sociaux.
- **Besoins de reconnaissances** (ou besoins d'estime de soi et de considération).
Le quatrième niveau est celui des besoins d'estime de soi (sentiment d'être utile, d'avoir de la valeur, confiance, point de départ de l'acceptation de soi, considération, respect des autres et par les autres, estime de la part des autres personnes et du développement de l'indépendance)
- **Besoins de réalisation de soi** (de progresser, de se développer, de s'épanouir, de devenir tout ce que nous sommes capables d'être.)

Une fois les quatre premiers niveaux des besoins satisfaits, nous pouvons accéder au sommet de la pyramide, c'est-à-dire arriver aux besoins d'actualisation de soi (réalisation de soi, désir de reconnaître, comprendre, organiser, développer ses valeurs, accroître ses connaissances, avoir une vie intérieure, etc.) et devenir ce que nous sommes [18].

La motivation à assouvir un type de besoin se prolonge tant que l'individu n'est pas parvenu à le satisfaire. Lorsqu'il arrive à ses fins, il trouve comme nouvelle motivation le désir de satisfaire une nouvelle classe de besoin, et ainsi de suite jusqu'au cinquième niveau de la hiérarchie, celui du besoin de réalisation de soi. Selon Maslow, les besoins d'un niveau supérieur ne constituent une source de motivation que si les besoins du niveau inférieur ont été satisfaits. Ces besoins disposent d'une organisation hiérarchique et peuvent être classés sur différents niveaux [18].

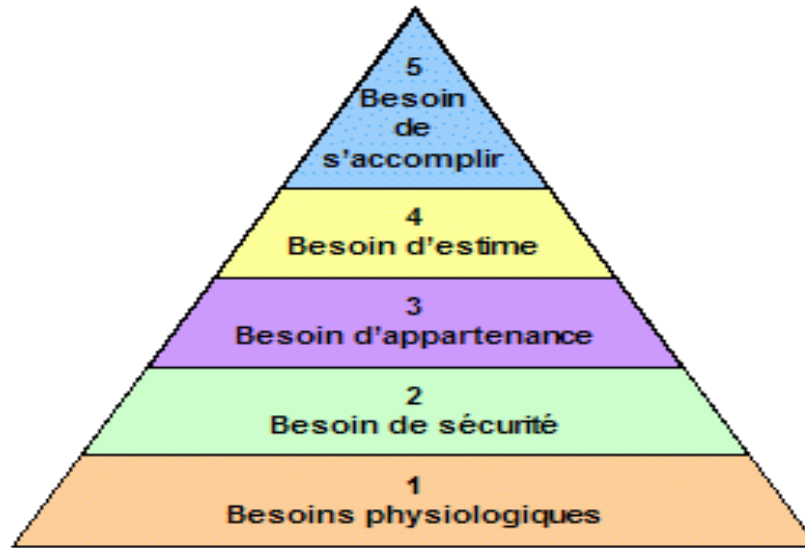


Figure 1 : La pyramide des besoins d'Abraham Maslow [18]

La pyramide comporte cinq niveaux de besoins qui sont par ordre croissant. Les besoins du premier niveau sont absolus, la personne cherchant d'abord à satisfaire les besoins fondamentaux pour s'élever ensuite. Par conséquent, avant de passer à ceux du niveau supérieur, un individu cherchera tout d'abord à satisfaire tous les besoins classés au niveau le plus bas. Par exemple, dans un moment où un individu est assuré de manger et de boire, il va chercher à garantir sa sécurité, par contre, il pourrait compromettre sa sécurité pour combler un besoin physiologique. Normalement, le cinquième besoin (la réalisation de soi) n'est pas possible si en premier lieu les besoins physiologiques ne sont pas satisfaits. De plus, le cinquième besoin est le plus large et est supposé être insatiable [18].

3.2 La théorie ERG (ERD) d'Alderfer :

La théorie ERD (ERG) est développée quelques années plus tard par C. Alderfer (1969).

Cette théorie suggère que la motivation de l'individu est provoquée par une tension (force interne), en l'occurrence la nécessité de satisfaire trois types de besoins [17] :

- **les besoins d'existence (E)** : C'est l'ensemble des besoins matériels ou des besoins physiologiques (la faim, la soif, etc.), y compris la recherche de sécurité (conserver son emploi). Ils correspondent aux deux premiers niveaux de la pyramide de Maslow (1943)
- **les besoins de rapports sociaux (R)** : Ce sont les besoins de relations interpersonnelles. L'être humain a besoin d'interaction, d'amour, d'appartenance à un groupe et de s'y faire reconnaître en son sein.
- **Besoins de développement personnel (D)** : Ce sont les besoins de se développer, et notamment de s'épanouir et d'utiliser les compétences que l'on possède. [18].

La théorie d'Alderfer propose une échelle de besoins classés en trois types sur un continuum allant du plus concret (besoins d'existence) au plus abstrait (besoins de développement individuel).

Contrairement à la théorie de Maslow, ce n'est pas une hiérarchie ; en aucun cas cette échelle des besoins ne signifie une préséance entre ces trois catégories de besoins d'où la théorie ERD d'Alderfer (ERG = Existence, Relatedness, Growth) qui est comme une adaptation de la théorie des besoins aux situations de travail [17].

3.3 La théorie du besoin de réalisation de McClelland [18] :

Il a proposé en 1961 sa théorie selon laquelle un des trois besoins qu'il a recensé prédomine chez chaque individu et influe sur sa motivation.

McClelland propose trois catégories de besoin, sans aucune hiérarchie :

- **Le besoin d'accomplissement** (ou besoin de réussite, besoin de réalisation) : c'est l'envie de relever des défis, d'atteindre des objectifs, le besoin de se surpasser, de s'accomplir au-delà des normes établies, de se battre pour réussir ; C'est le besoin de relever des défis, d'atteindre des objectifs.
- **Le besoin d'affiliation** (ou besoins d'appartenance). C'est le besoin d'association interpersonnelle qui caractérise les individus qui passent une bonne partie de leur temps à réfléchir sur la façon de développer des relations amicales dans leur groupe ; En un mot c'est le besoin de s'associer à d'autres personnes.
- **Le besoin de puissance** (ou besoin de pouvoir). C'est le besoin d'avoir de l'influence sur ses pairs, d'être capable de les mobiliser vers un objectif précis, d'imposer aux autres un comportement qu'ils n'auraient pas adopté en temps normal.

La personnalité de chaque individu est marquée par la prédominance d'un des trois besoins qui sera la force motrice qui influera sur ses comportements [19].

3.4 La théorie de deux facteurs de Herzberg [6] :

Frederik Herzberg a élaboré une nouvelle théorie de la motivation qui s'intitule la théorie bi-factorielle. Selon cette théorie, les personnes sont influencées par deux catégories de facteurs en milieu de travail qui interviennent de manière très différente dans le mécanisme de la motivation. Herzberg a développé cette théorie de la motivation pendant ses recherches sur 200 techniciens et ingénieurs aux Etats Unis. Il leur demanda de raconter des incidents ou des événements qu'ils avaient vécus à l'usine ou au bureau et qui avaient augmenté ou diminué considérablement leur degré de satisfaction au travail.

Il a identifié deux catégories de facteurs :

Facteurs d'hygiènes ou extrinsèques : sont reliés surtout au contexte dans lequel s'accomplit la tâche.

- Le cadre physique de travail ;
- Le salaire;
- Les relations interpersonnelles ;
- La politique et la gestion de l'organisation ;

Facteurs de motivation ou intrinsèques : sont reliés surtout au contenu de la tâche.

- L'accomplissement;
- La responsabilité ;
- La formation ;
- La reconnaissance ;
- La réalisation [6].

D'après lui certains facteurs doivent être satisfaits pour éviter le mécontentement mais ils n'engendrent pas la satisfaction (**facteur d'hygiène**) et au contraire d'autres facteurs ne provoquent pas la démotivation lorsqu'ils ne sont pas satisfaits mais une fois satisfaits ils engendrent de la motivation (**facteurs moteurs**) :

- ❖ **Les facteurs d'hygiène** correspondent aux besoins les plus bas de la pyramide de Maslow à savoir les besoins physiologiques et les besoins de sécurité, ces facteurs ne sont pas source de satisfaction et n'influencent pas la vie psychologique.

❖ **Les facteurs de motivation** qui procurent une satisfaction sont nécessaires afin de motiver un employé à un rendement plus élevé. Ils incitent les individus à faire des efforts nécessaires pour satisfaire ses besoins. Ces facteurs se situent dans le haut de la pyramide. Cette analyse a conduit Herzberg à poser les principes de base de concept de l'enrichissement des tâches, qui conduit à donner plus de responsabilités et d'autonomie aux travailleurs. Cette théorie de motivation a montré que l'aspect financier n'est pas la seule source de motivation [20]. Maslow et Herzberg ont contribué à développer un discours sur la motivation des salariés fondé sur deux idées :

- ✓ La motivation passe par des facteurs intrinsèques : contenu de la tâche mais aussi système de reconnaissance et de récompense, valorisation des individus par le biais de responsabilités et d'autonomie accrues ;
- ✓ Mais tout ceci restera inutile si l'on ne commence pas par améliorer les conditions de travail, l'environnement matériel et physique de la tâche.

4. Les théories classiques de la motivation intrinsèque : [19]

4.1 Les théories de l'évaluation cognitive de Deci et Ryan :

La théorie de l'évaluation cognitive est due aux travaux de Deci et Ryan (1971, 1975, 1985). Leur hypothèse fondamentale est que la motivation intrinsèque serait suscitée par des besoins que chaque individu développe plus ou moins, ceux de se sentir compétent et autodéterminé. Le processus motivationnel dépendrait de tous les facteurs internes et externes qui pourraient influencer ces deux besoins. Chaque individu, à des degrés divers, cherche à satisfaire des besoins de compétence, c'est-à-dire, à développer ses capacités à interagir efficacement avec son environnement (de travail, relationnel, etc.). Cette capacité se développe par l'accumulation de connaissances et d'expérimentations lors de ses interactions avec son environnement mais aussi par la force de ce besoin qui l'incite à chercher à le maîtriser. Ce besoin agit de façon conjointe avec celui d'autodétermination. L'individu est également motivé par le besoin de se sentir autodéterminé, c'est-à-dire par le développement d'une capacité à pouvoir choisir dans le plus grand nombre de situations possibles. Pour satisfaire ce besoin, l'individu s'emploie à développer le locus de causalité interne qu'il perçoit. Il s'agit alors pour lui de développer sa perception d'être à l'origine de son comportement. Tant qu'il perçoit que son environnement guide ses choix, il perçoit en lui-même un locus de causalité externe. S'il perçoit un locus de causalité interne, il

perçoit alors son contexte (de travail) comme supportant son autonomie. En retour, son sentiment d'autodétermination s'accroît et renforce la motivation intrinsèque. Ainsi, les facteurs situationnels joueraient un grand rôle comme déterminants de la motivation intrinsèque. Si le contexte de travail amène l'individu à se sentir responsable de son comportement, à assumer les choix qu'il effectue, à développer son autonomie dans ses actes, il percevra un locus de causalité interne et un sentiment d'autodétermination. Enfin, lorsque ce contexte de travail renvoie vers l'individu un feed-back positif sur ses réalisations, ses performances, il renforce son sentiment de compétence et par conséquent sa motivation intrinsèque (El Akremi, 2000, Pelletier et Vallerand, 1993) [19].

4.2 La théorie des caractéristiques de l'emploi d'Hackman et Oldham : [21]

Hackman et Oldham (1975, 1976, 1980) ont développé un modèle sur les caractéristiques du travail qui influenceraient la motivation interne. Ils en ont identifié cinq qui influenceraient le niveau potentiel de motivation détenu par un emploi:

- **La variété de la tâche** : le nombre d'activités différentes ainsi que la diversité des aptitudes et des compétences qu'elles requièrent.
- **L'identité de la tâche** : la possibilité pour celui qui effectue un travail d'identifier le résultat.
- **La signification de la tâche** : la tâche doit être claire.
- **L'autonomie** : l'indépendance et la liberté dont jouit une personne qui travaille.
- **Le feed-back** : la possibilité d'avoir accès à des informations précises, faciles à comprendre sur la qualité et la quantité du travail effectué [21].

Ces cinq aspects vont être au cœur des tentatives d'enrichissement des tâches, on les retrouve aussi dans la manière dont on analyse un emploi puisque c'est à partir d'eux qu'on rendra ou non tel emploi plus attractif que tel autre.

5. Les théories de la justice organisationnelle et de l'équité (valeurs) [17] :

Dès le début des années 1960, Adams développe la théorie de l'équité, qui a connu depuis de nombreux prolongements. Selon Adams, tout individu au travail observe son environnement afin d'évaluer si le traitement qui lui est réservé est équitable ou non.

L'individu effectue le rapport entre les avantages qu'il retire de son emploi (Ap ou avantages personnels) et les contributions qu'il effectue pour l'organisation (Cp ou contributions personnelles) :

- **Les avantages (*outcomes*)** regroupent le salaire, les promotions, les conditions de travail, le statut, la reconnaissance, l'intérêt des tâches réalisées...
- **Les contributions (*inputs*)** comprennent la formation détenue, l'implication, l'ancienneté, le niveau de compétence, les efforts réalisés, les performances, l'expérience professionnelle détenue.

Le rapport personnel calculé par l'individu entre ses avantages et ses contributions lui permet d'établir le ratio A_p/C_p qu'il va ensuite comparer au ratio d'autres personnes, pour lesquels il évalue les avantages (A_a ou avantages des autres) par rapport aux contributions (ça ou contributions des autres). Ces deux ratios permettent à l'individu d'évaluer son sentiment de justice (ou d'injustice) à l'égard de sa situation dans l'entreprise.

Trois scénarios sont envisageables :

- **$A_p/C_p > A_a/C_a$:** situation d'iniquité (sur-équité). Si l'individu juge que son ratio est plus avantageux que celui des autres, on dit qu'il est 'sur payé'. *Cela peut faire naître des sentiments d'inquiétude et d'insécurité chez l'individu* (Thériault, 1983). Ce ressenti serait généralement temporaire. Pour son équilibre psychologique et éviter un sentiment de culpabilité, un individu ressentant un sentiment de sur-paiement changerait de référents afin de se comparer avec d'autres personnes aux caractéristiques se rapprochant davantage des siennes.
- **$A_p/C_p = A_a/C_a$:** situation d'équité. L'individu estime que le traitement qui lui est réservé est comparativement équitable par rapport à celui qui est réservé aux autres. Les rétributions qu'il obtient sont jugées justes par rapport aux contributions qu'il apporte.
- **$A_p/C_p < A_a/C_a$:** situation d'iniquité (sous équité). L'individu trouve que son ratio est inférieur à celui des autres, il s'estime 'sous payé'. Cela peut être dû à des contributions jugées élevées ou à des rétributions considérées comme trop faibles.

Adams précise en outre que l'individu compare sa situation par rapport à des individus de l'entreprise (équité interne) mais aussi à des personnes extérieures à l'entreprise (équité externe). Selon l'auteur, un traitement injuste aurait pour effet de démotiver les individus alors qu'un traitement juste a pour effet de motiver les individus en répondant à leur besoin de justice.

6. Les théories de la justice organisationnelle de Greenberg [18] :

Greenberg (1987, 1990) propose de distinguer deux dimensions de l'équité dans les organisations : la justice distributive et la justice procédurale (ou des processus).

Greenberg analyse la théorie de l'équité d'Adams comme apte à rendre compte du sentiment de justice distributive. Le sentiment d'équité crée une perception favorable de la justice distributive c'est-à-dire, le sentiment de justice à l'égard de l'attribution de récompenses par l'organisation (salaire, promotion, reconnaissance, responsabilités, etc.).

Greenberg propose de joindre à ce construit et à l'analyse qui en est faite, le sentiment de justice vis-à-vis des procédures et des processus mis en œuvre dans l'organisation : la justice procédurale. Elle concerne essentiellement des processus mis en place pour prendre les décisions d'attribution de récompenses tels que le système d'évaluation des performances, le processus d'avancement, les procédures d'appel des décisions et processus de participation aux prises de décisions. Selon la place qui est réservée à l'individu dans ces processus, il se sentira équitablement ou inéquitablement traité. Les processus où l'individu participe à la prise de décision, où il bénéficie d'une information, où il peut se justifier, donner une opinion, faire des réclamations, influenceraient positivement l'équité. Un autre aspect des processus qui influencerait l'équité est la façon dont ils sont mis en œuvre. L'arbitraire, la cohérence, la morale et l'éthique dans l'application des procédures, sont considérés comme des déterminants du sentiment d'équité.

7. Les théories du choix cognitif :

❖ La théorie des attentes (ou vie) de vroom (1964) [19] :

La théorie des attentes (ou VIE) stipule que les comportements des individus sont la résultante d'un choix conscient et raisonné, d'une sorte d'analyse coûts/bénéfices au sens strict du terme.

Selon Vroom donc, la force motivationnelle dépend :

- **L'attente (Expectation) :** c'est la croyance qu'à l'individu que des efforts accrus lui permettront d'augmenter sa performance au travail. Le terme « expectation » signifie que l'individu formule des attentes sur la probabilité d'atteindre un objectif de performance en fonction d'un certain niveau d'effort consenti dans son travail.
- **L'Instrumentalité :** c'est l'estimation de la probabilité que la performance attendue, prévue par l'individu, entraîne des conséquences et des résultats (des récompenses ou bien

des sanctions). Il est ici également question d'attente, cette fois-ci à propos des avantages et des sanctions qui résulteraient de l'atteinte ou non d'un objectif de performance.

8. Les théories de l'autorégulation – métacognition [18] :

8.1 Théorie des objectifs de Locke (1968) :

La théorie de la fixation des objectifs a été énoncée par Locke en 1968 puis reprise plusieurs fois par la suite. Elle stipule que la motivation au travail d'un individu sera plus importante si des objectifs lui sont fixés.

Selon Locke et afin d'optimiser son efficacité, un objectif doit revêtir plusieurs aspects :

- Être clair et précis, spécifique (cela facilite son atteinte) ;
- Être difficile mais réaliste (il constitue alors un défi motivant) ;
- Être accompagné d'un feed-back quant à son atteinte ;
- Être accompagné d'un soutien pour l'atteindre ;
- Avoir été établi en faisant participer tous les collaborateurs impliqués ;
- Être accompagné de récompenses lors de son atteinte.

Pour Locke, la difficulté de l'objectif renforce le niveau d'effort fourni et la persistance de celui-ci. En outre, si l'objectif est spécifique, il permet de concentrer l'attention et les efforts de l'individu, ce qui lui permet de développer des stratégies afin d'optimiser son travail. L'individu guidé par un objectif est ainsi plus performant qu'un individu livré à lui-même.

8.1 Les théories de l'autodétermination [17] :

Ces théories ont été énoncées par Deci et Ryan (1985). De ce point de vue, les individus sont motivés par le fait de se sentir compétents, capables d'arriver à leurs fins et de contrôler leurs comportements, bref, de se sentir autonomes. Selon les auteurs, l'individu doit atteindre une motivation intrinsèque qui permet une régulation interne de ses comportements, sans intervention extérieure (régulation externe). Ils distinguent trois cas de figure principaux :

- **L'amotivation ou absence de motivation.** Elle conduit à une non régulation de ses comportements par l'individu et donc à un manque de contrôle sur ceux-ci. On peut comparer ce cas à une sorte d'aliénation mentale.
- **La motivation extrinsèque.** L'individu est alors motivé par des interventions extérieures (récompenses ou sanctions) qui conditionnent ses comportements. Les auteurs recensent plusieurs stades dans la motivation extrinsèque, en fonction de la valorisation qu'a

l'individu de ses comportements. Moins il nécessite d'intervention extérieure, plus il s'autorégule et plus il tend vers une motivation intrinsèque.

- **La motivation intrinsèque.** Dans ce cas, l'individu s'autorégule, il est guidé par son besoin de compétence et d'autodétermination qui le pousse à s'améliorer, le tout sans intervention extérieure. [17]

En conclusion, ces descriptions théoriques nous permettent de tirer diverses conclusions au niveau de la pratique. D'abord, nous pouvons retenir que la motivation dépend de l'individu. Donc, l'activité professionnelle permet de satisfaire des besoins très variés. La possibilité de satisfaire ces besoins est une source de motivation au travail. Ces satisfactions dépendent du rôle de la personne, et du contenu de son travail. Elles dépendent également de la valeur qu'accorde le travailleur à ces satisfactions. Ensuite, nous pouvons retenir que la motivation dépend aussi de l'environnement. En effet, il apparaît indispensable de faire correspondre la culture organisationnelle, les conditions de travail, et la politique du personnel. Ces paramètres rassemblés permettent de tenir compte, à la fois, de ce que recherchent et valorisent les membres du personnel, et des moyens choisis pour stimuler la motivation. La connaissance des priorités des ressources humaines devient plus que nécessaire. Elle permet d'adapter sa politique de motivation. Ces théories nous ont permis de mieux comprendre comment pouvait naître la motivation, comment elle pouvait disparaître et de quels paramètres elle dépendait en général. Même si ces théories s'avèrent trop simples pour définir un phénomène aussi compliqué que la motivation.

À partir de la revue de littérature menée dans le cadre de ce travail, il se dégage plusieurs réflexions quant à la motivation de l'individu au travail.

La première qui vient à l'esprit, est le caractère mouvant de la motivation individuelle. Il n'existerait apparemment aucune règle universelle d'intervention sur la motivation au travail. Des considérations culturelles, démographiques et sociales doivent être tenues en compte pour évaluer les dynamiques motivationnelles. Chaque situation doit donc être évaluée à sa propre valeur.

D'ailleurs, un retour au cadre théorique de Herzberg démontre des tendances et non des mécanismes absolus et systématiques. Chaque facteur, a causé dans une certaine mesure l'effet contraire chez d'autres sujets dans un contexte particulier.

L'aspect d'équilibre dynamique entre les trois facteurs déterminants de la motivation au travail sont : l'individu, la tâche et l'organisation. Chaque approche met en relief un des axes de cette

triade. La théorie d'Herzberg suggère que l'axe « individu-tâche » est la base de cette représentation, cela illustre que c'est à partir de cette relation qu'existe la motivation réelle. Bref, le modèle d'Herzberg est simple, permet d'aller chercher l'essentiel et peut être utilisé pour intervenir sur le contexte motivationnel.

Herzberg s'est largement inspiré des travaux d'Abraham Maslow (1943) sur la motivation au travail (hiérarchie des besoins fondamentaux de l'être humain). Mais, il a rejeté la notion de la hiérarchie des besoins. Pour lui, plusieurs besoins peuvent se manifester concurremment, alternativement ou circonstanciellement.

Il propose deux groupes de facteurs :

Les facteurs d'insatisfaction concernent essentiellement l'environnement du travail. Ce sont les facteurs d'hygiène ou extrinsèques. Ils correspondent à des facteurs qui agissent préventivement, car ces facteurs empêchent les épidémies de sévir comme le disait Herzberg. Lorsque ces facteurs ne sont pas correctement remplis, les individus sont insatisfaits. En effet, l'insatisfaction obère la motivation et polarise sur les revendications.

Herzberg, de tous ses travaux, induit une théorie générale sur la nature humaine et sa propension au travail. Sa théorie dualiste, distingue deux catégories de besoins : les besoins physiologiques, associés aux facteurs d'hygiène, et les besoins psychologiques, associés aux facteurs de motivation. Ceci le conduit à poser les principes de bases du concept de l'enrichissement du travail.

METHODOLOGIE

V. MÉTHODOLOGIE :

Nous avons suivi la méthodologie suivante au cours de ce travail.

1. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale qui s'est déroulée sur une période de 13 mois allant de Mars 2018 à Avril 2019.

2. Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le district de Bamako précisément au niveau des neuf (9) CSCom de la commune IV. Elle a consisté à récolter les données à l'aide d'un questionnaire.

3. Population d'étude :

Elle a porté sur certains personnels de santé des différents CSCom de la commune IV.

3.1 Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

- ❖ le personnel de santé permanent présent dans les CSCom au moment de l'enquête ;

3.2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude:

- ❖ Le personnel administratif ;
- ❖ Les stagiaires ;

4. Type d'échantillonnage :

Pour le choix de notre échantillon, nous avons utilisé la méthode non-probabiliste de type raisonné par quota.

5. Taille de l'échantillon :

Nous avons fait le choix de représenter les cinq (5) catégories de personnel de santé habituellement rencontrés dans ces centres de santé communautaire : les médecins (n=2), les sages-femmes (n=4), les infirmiers (n=3), les techniciens de laboratoire (n=3) et les aides-soignants (n=3).

6. Collecte et analyse des données :

- **Collecte des données :**

Pour la collecte des données, nous avons utilisé un questionnaire qui a été adressé au personnel de santé. Nous sommes passés au niveau de chaque CSCom pour administrer le questionnaire individuellement.

- **Analyse des données :**

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du :

- ❖ Microsoft Word version 2013 pour la saisie ;
- ❖ SPSS version 22 pour l'analyse statistique.

7. Les variables de l'étude :

Les variables étudiées étaient les facteurs de motivation. Pour cela, nous avons utilisé les éléments de la théorie bi-factorielle de Herzberg [6].

Facteurs intrinsèques ou facteurs de motivations :

- L'accomplissement ;
- La reconnaissance ;
- La responsabilité ;
- La formation continue ;

Facteurs extrinsèques ou d'hygiène :

- Le salaire ;
- Disponibilité des équipements ;
- Répartition des tâches ;
- Les relations interpersonnelles ;
- Les conditions physiques de travail...

8. Confidentialité et l'éthique :

L'anonymat et la confidentialité ont été garantis pour l'ensemble des informations recueillies, la fiche d'enquête était individuelle et ne portait pas l'identité du personnel de santé.

RESULTATS

VI. RESULTATS :

Au cours de cette enquête, les résultats obtenus ont fait l'objet d'une répartition conformément aux objectifs spécifiques.

1. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Tableau I : Répartition des enquêtés par centre selon le sexe

Centres	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
CSCom 1	5	6	11
CSCom 2	2	8	10
CSCom 3	3	8	11
CSCom 4	1	7	8
CSCom 5	2	8	10
CSCom 6	3	7	10
CSCom 7	2	3	5
CSCom 8	4	7	11
CSCom 9	2	4	6
Total	24 (29%)	58 (71%)	82 (100%)

Le sexe féminin était le plus représenté soit 71% avec un sexe ratio de 0,41.

Tableau II: Répartition des enquêtés par centre selon l'âge

Centres	Age			Total
	[25 – 35ans[	[35 – 45ans[	+45ans	
CSCom 1	6	5	0	11
CSCom 2	4	6	0	10
CSCom 3	4	4	3	11
CSCom 4	5	3	0	8
CSCom 5	5	3	2	10
CSCom 6	6	4	0	10
CSCom 7	4	1	0	5
CSCom 8	6	5	0	11
CSCom 9	2	4	0	6
Total	42 (51%)	35 (43%)	5 (6%)	82 (100%)

Dans notre étude, la tranche d'âge [25-35ans[était la plus représentée soit 51% qui comportait les deux sexes.

Tableau III : Répartition des enquêtés par centre selon l'ancienneté

Centres	Ancienneté /ans				Total
	[0 – 5ans[	[5 – 10ans[	[11 – 15ans[	+15ans	
CSCom 1	3	5	3	0	11
CSCom 2	3	2	5	0	10
CSCom 3	1	6	3	1	11
CSCom 4	2	5	1	0	8
CSCom 5	2	6	1	1	10
CSCom 6	4	5	1	0	10
CSCom 7	1	3	1	0	5
CSCom 8	4	6	1	0	11
CSCom 9	2	2	2	0	6
Total	22 (27%)	40 (49%)	18 (22%)	2 (2%)	82 (100%)

Presque la moitié du personnel enquêté avait une ancienneté située entre [5-10ans[soit 49%.

Tableau IV : Répartition des enquêtés par centre en fonction du type de contrat.

Centres	Contrat		Total
	CDI	CDD	
CSCom 1	8	3	11
CSCom 2	9	1	10
CSCom 3	7	4	11
CSCom 4	8	0	8
CSCom 5	6	4	10
CSCom 6	9	1	10
CSCom 7	4	1	5
CSCom 8	9	2	11
CSCom 9	4	2	6
Total	64 (78%)	18 (22%)	82 (100%)

Au cours de notre enquête, le contrat à durée indéterminé était le type de contrat de travail le plus représenté dans les différents centres de santé soit 78%.

Tableau V : Répartition des enquêtés par centre selon le statut matrimonial

Centres	Statut matrimonial			Total
	Célibataire	Marié(e)	Veuf (ve)	
CSCom 1	2	8	1	11
CSCom 2	1	8	1	10
CSCom 3	1	9	1	11
CSCom 4	2	6	0	8
CSCom 5	0	10	0	10
CSCom 6	1	9	0	10
CSCom 7	0	5	0	5
CSCom 8	3	8	0	11
CSCom 9	2	4	0	6
Total	12 (15%)	67 (82%)	3 (3%)	82 (100%)

La majorité de nos enquêtés dans les différents centres était mariée soit 82%.

Tableau VI : Répartition des enquêtés par centre selon la qualification

Centres	Statut Professionnel					Total
	Médecin	Sage-femme	Infirmier	Techniciens Laboratoire	Aides-Soignants	
CSCom 1	1	3	3	3	1	11
CSCom 2	1	3	2	2	2	10
CSCom 3	2	4	3	2	-	11
CSCom 4	1	3	2	1	1	8
CSCom 5	1	4	2	2	1	10
CSCom 6	2	3	4	1	-	10
CSCom 7	1	1	3	-	-	5
CSCom 8	2	2	2	3	2	11
CSCom 9	1	1	2	1	1	6
Total	12 (15)	24 (29%)	23 (28%)	15 (18%)	8 (10%)	82(100%)

Les sages-femmes et les infirmiers étaient majoritaires avec une proportion respective de 29% et de 28 % dans les différents centres.

2. Facteurs intrinsèques de la motivation du personnel de santé :

2.1 Analyse en fonction du CSCom :

Tableau VII : Répartition des enquêtés par centre selon leur participation à la prise de décision.

Centres	Participation à la prise de décision		Total
	Oui	Non	
CSCom 1	2	9	11
CSCom 2	4	6	10
CSCom 3	3	8	11
CSCom 4	1	7	8
CSCom 5	2	8	10
CSCom 6	1	9	10
CSCom 7	2	3	5
CSCom 8	3	8	11
CSCom 9	1	5	6
Total	19 (23%)	63 (77%)	82 (100%)

Il ressort de notre étude que la majorité du personnel enquêté ne participait pas à la prise de décision au travail soit 77%.

Tableau VIII : Répartition des enquêtés par centre selon la possibilité de prendre des initiatives personnelles au travail

Centres	Possibilité de prendre des initiatives		Total
	Oui	Non	
CSCom 1	3	8	11
CSCom 2	6	4	10
CSCom 3	6	5	11
CSCom 4	3	5	8
CSCom 5	3	7	10
CSCom 6	4	6	10
CSCom 7	1	4	5
CSCom 8	4	7	11
CSCom 9	2	4	6
Total	32 (39%)	50 (61%)	82 (100%)

Au cours de notre enquête plus de la moitié du personnel enquêté n'avait pas la possibilité de prendre des initiatives nécessaires dans l'accomplissement de leur tâche soit 61%.

Tableau IX : Répartition des enquêtés par centre en fonction du développement personnel à travers des formations

Centres	Développement personnel		Total
	Oui	Non	
CSCom 1	8	3	11
CSCom 2	8	2	10
CSCom 3	11	0	11
CSCom 4	3	5	8
CSCom 5	5	5	10
CSCom 6	8	2	10
CSCom 7	5	0	5
CSCom 8	6	5	11
CSCom 9	6	0	6
Total	60 (73%)	22(27%)	82 (100%)

La majorité des enquêtés dans les différents centres avait bénéficié des formations pour leur développement personnel soit 73%.

Tableau X : Répartition des enquêtés des centres par rapport au travail réalisé

Centres	Travail réalisé		Total
	Oui	Non	
CSCom 1	6	5	11
CSCom 2	9	1	10
CSCom 3	8	3	11
CSCom 4	6	2	8
CSCom 5	8	2	10
CSCom 6	6	4	10
CSCom 7	4	1	5
CSCom 8	9	2	11
CSCom 9	5	1	6
Total	61 (74%)	21 (26%)	82 (100%)

Plus de la moitié de nos enquêtés était satisfaite du travail réalisé soit 74%.

Tableau XI : Répartition des enquêtés des centres en fonction de la reconnaissance au travail

Centres	Reconnaissance au travail		Total
	Oui	Non	
CSCom 1	2	9	11
CSCom 2	8	2	10
CSCom 3	3	8	11
CSCom 4	4	4	8
CSCom 5	5	5	10
CSCom 6	8	2	10
CSCom 7	0	5	5
CSCom 8	4	7	11
CSCom 9	3	3	6
Total	37 (45%)	45 (55%)	82 (100%)

Ce tableau nous montre que 55% des enquêtés n'avaient eu aucune reconnaissance au travail.

2.2 Analyse en fonction du sexe :

Tableau XII : Répartition des enquêtés par sexe en fonction de leur participation à la prise de décision

Sexe	Participation à la prise de décision		Total
	Oui	Non	
Masculin	4 (17%)	20 (83%)	24 (100%)
Féminin	15 (26%)	43 (74%)	58 (100%)

La majorité des enquêtés du sexe féminin et masculin a affirmé ne pas être associée à des prises de décision soit respectivement 74% et 83%.

Tableau XIII: Répartition des enquêtés par sexe en fonction de la possibilité de prendre des initiatives

Sexe	Possibilité de prendre des initiatives		Total
	Oui	Non	
Masculin	15 (63%)	9 (37%)	24 (100%)
Féminin	17 (29%)	41 (71%)	58 (100%)

Plus de la moitié du sexe masculin avait la possibilité de prendre des initiatives à 63%. Par contre 71% du sexe féminin n'avait pas cette possibilité.

Tableau XIV : Répartition des enquêtés par sexe selon le développement personnel à travers des formations

Sexe	Développement personnel		Total
	Oui	Non	
Masculin	19 (79%)	5 (21%)	24 (100%)
Féminin	41 (71%)	17 (29%)	58 (100%)

La majorité du personnel enquêté avait bénéficié des formations pour leur développement personnel au travail respectivement soit 71% pour le sexe féminin et 79% pour le sexe masculin.

Tableau XV : Répartition des enquêtés par sexe par rapport au travail réalisé

Sexe	Travail réalisé	Total
------	-----------------	-------

	Oui	Non	
Masculin	10 (42%)	14 (58%)	24 (100%)
Féminin	51 (88%)	7 (12%)	58 (100%)

La majorité du sexe féminin était satisfaite à la réalisation de leur travail accompli soit 88%. Par contre plus de la moitié du sexe masculin n'était pas satisfaite soit 58%.

Tableau XVI : Répartition des enquêtés par sexe en fonction de la reconnaissance au travail

Sexe	Reconnaissance au Travail		Total
	Oui	Non	
Masculin	5 (21%)	19 (79%)	24 (100%)
Féminin	32 (55%)	26 (45%)	58 (100%)

Ce tableau nous montre que 79% du sexe masculin n'ont pas de reconnaissance au travail. Par contre 55% du sexe féminin l'ont reçu.

2.3 Analyse en fonction de l'âge :

Tableau XVII : Répartition des enquêtés par tranche d'âge selon la participation à la prise de décision

Tranche d'âge	Participation à la prise de décision		Total
	Oui	Non	
[25-35ans[	9 (21%)	33 (79%)	42 (100%)
[35-45ans[	6 (17%)	29 (83%)	35 (100%)
+45 ans	4 (80%)	1 (20%)	5 (100%)

La majorité de la tranche d'âge comprise entre [25-45ans[ne participait pas à la prise de décision au travail soit 81%.

Tableau XVIII : Répartition des enquêtés par tranche d'âge selon la possibilité de prendre des initiatives

Tranche d'âge	Possibilité de prendre des initiatives		Total
	Oui	Non	
[25-35ans[	12 (29%)	30 (71%)	42 (100%)
[35-45ans[	15 (43%)	20 (57%)	35 (100%)
+45ans	5 (100%)	0	5 (100%)

Les enquêtés dont l'âge était +45 soit 100% avaient tous la possibilité de prendre des initiatives à l'accomplissement de leur tâche.

Tableau XIX : Répartition des enquêtés par tranche d'âge par rapport au développement personnel à travers des formations

Tranche d'âge	Développement personnel		Total
	Oui	Non	
[25-35ans[	31 (74%)	11 (26%)	42 (100%)
[35-45ans[	26 (74%)	9 (26%)	35 (100%)
+45 ans	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)

La majorité de la tranche d'âge [25-45ans[avait bénéficié des formations pour leur développement personnel soit 74%.

Tableau XX: Répartition des enquêtés par tranche d'âge par rapport au travail

Tranche d'âge	Réalisation du travail		Total
	Oui	Non	
[25-35[ans	36 (86%)	6 (14%)	42 (100%)
[35-45[ans	22 (63%)	13 (37%)	35 (100%)
+ 45ans	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)

La majorité des enquêtés dont l'âge était compris entre [25-45ans[était satisfait de sa réalisation au travail soit 75%.

Tableau XXI : Répartition des enquêtés par tranche d'âge en fonction de la reconnaissance au travail

Tranche d'âge	Reconnaissance au Travail		Total
	Oui	Non	
[25-35ans[	22 (52%)	20 (48%)	42 (100%)
[35-45ans[	15 (43%)	20 (57%)	35 (100%)
+ 45 ans	0	5 (100%)	5 (100%)

La majorité des enquêtés des différentes tranches d'âge ne recevait pas de marque de reconnaissance.

2.4 Analyse en fonction de la profession :

Tableau XXII : Répartition des enquêtés par profession selon la participation à la prise de décision

Profession	Participation à la prise de décision		Total
	Oui	Non	
Médecin	12 (100%)	0	12 (100%)
Sage-femme	3 (12%)	21 (88%)	24 (100%)
Infirmier(e)	2 (9%)	21 (91%)	23 (100%)
Techniciens de Laboratoire	2 (13%)	13 (87%)	15 (100%)
Aide-Soignant(e)	0	8 (100%)	8 (100%)

Tous les médecins participaient à la prise de décision par contre aucun aide-soignant n'était associé dans la prise de décision.

Tableau XXIII : Répartition des enquêtés par profession selon la possibilité de prendre des initiatives

Profession	Possibilité de prendre des initiatives		Total
	Oui	Non	
Médecin	7 (58%)	5 (42%)	12 (100%)
Sage-femme	8 (33%)	16 (67%)	24 (100%)
Infirmier(e)	8 (35%)	15 (65%)	23 (100%)
Techniciens de Laboratoire	6 (40%)	9 (60%)	15 (100%)
Aide-Soignant(e)	3 (37%)	5 (63%)	8 (100%)

Plus de la moitié des médecins avaient la possibilité de prendre des initiatives soit 58%. Par contre la majorité des sages-femmes n'avait pas cette possibilité soit 67%.

Tableau XXIV : Répartition des enquêtés par profession par rapport au développement personnel à travers des formations

Profession	Développement personnel		Total
	Oui	Non	
Médecin	10 (83%)	2 (17%)	12 (100%)
Sage-femme	18 (75%)	6 (25%)	24 (100%)
Infirmier(e)	18 (78%)	5 (22%)	23 (100%)
Techniciens de Laboratoire	11 (73%)	4 (27%)	15 (100%)
Aide-Soignant(e)	3 (38%)	5 (62%)	8 (100%)

Il ressort de notre enquête que 75% des sages-femmes et 78% des infirmiers avaient bénéficié de formations pour leur développement personnel.

Tableau XXV : Répartition des enquêtés par profession par rapport au travail réalisé

Profession	Travail réalisé		Total
	Oui	Non	
Médecin	12 (100%)	0	12 (100%)
Sage-femme	18 (75%)	6 (25%)	24 (100%)
Infirmier(e)	16 (70%)	7 (30%)	23 (100%)
Techniciens de Laboratoire	10 (67%)	5 (33%)	15 (100%)
Aide-Soignant(e)	5 (63%)	3 (37%)	8 (100%)

Ce tableau nous montre que tous les médecins étaient satisfaits de leur réalisation au travail soit 100%.

Tableau XXVI : Répartition des enquêtés par profession en fonction de la reconnaissance au travail

Profession	Reconnaissance au Travail		Total
	Oui	Non	
Médecin	5 (42%)	7 (58%)	12 (100%)
Sage-femme	14 (58%)	10 (42%)	24 (100%)
Infirmier(e)	7 (30%)	16 (70%)	23 (100%)
Techniciens de Laboratoire	6 (40%)	9 (60%)	15 (100%)
Aide-Soignant(e)	5 (63%)	3 (37%)	8 (100%)

Plus de la moitié des sages-femmes recevaient des marques de reconnaissance soit 58%.

2.5 Analyse en fonction de l'ancienneté :

Tableau XXVII: Répartition des enquêtés par ancienneté selon la participation à la prise de décision

Ancienneté	Participation à la prise de décision		Total
	Oui	Non	
< 5 ans	1 (5%)	21 (95%)	22 (100%)
[5-10ans[	4 (10%)	36 (90%)	40 (100%)
[10-15ans[	12 (67%)	6 (33%)	18 (100%)
+15ans	2 (100%)	0	2 (100%)

La majorité des enquêtés dont l'expérience était comprise [5-10ans[ne participait pas à la prise de décision au service soit 90%.

Tableau XXVIII : Répartition des enquêtés par ancienneté selon la possibilité de prendre des initiatives

Ancienneté	Possibilité des initiatives		Total
	Oui	Non	
< 5 ans	3 (24%)	19 (86%)	22 (100%)
[5-10ans[	14 (35%)	26 (65%)	40 (100%)
[10-15ans[	13 (72%)	5 (28%)	18 (100%)
+1 ans	2 (100%)	0	2 (100%)

Plus de la moitié de nos enquêtés qui avait une ancienneté comprise entre [10-15ans[avaient la possibilité de prendre des initiatives au service respectivement à 72%.

Tableau XXIX : Répartition des enquêtés par ancienneté par rapport au développement personnel à travers des formations

Ancienneté	Développement personnel		Total
	Oui	Non	
< 5 ans	17 (77%)	5 (23%)	22 (100%)
[5-10ans[	29 (73%)	11 (27%)	40 (100%)
[10-15ans[	13 (72%)	5 (28%)	18 (100%)
+15ans	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)

La majorité des enquêtés des différentes tranches d'ancienneté avait bénéficié des formations pour leur développement personnel.

Tableau XXX: Répartition des enquêtés par ancienneté par rapport au travail réalisé

	Réalisation du travail		Total
	Oui	Non	
< 5 ans	19 (86%)	3 (14%)	22 (100%)
[5-10 ans[	26 (65%)	14 (35%)	40 (100%)
[10-15ans[	14 (78%)	4 (22%)	18 (100%)
+15 ans	2 (100%)	0	2 (100%)

La majorité des enquêtés des différentes tranches d'anciennetés était satisfaite de leur réalisation au travail.

Tableau XXXI : Répartition des enquêtés par ancienneté en fonction de la reconnaissance au travail

Ancienneté	Reconnaissance au Travail		Total
	Oui	Non	
< 5 ans	13 (59%)	9 (41%)	22 (100%)
[5-10ans[	16 (40%)	24 (60%)	40 (100%)
[10-15ans[	8 (44%)	10 (56%)	18 (100%)
+15ans	0	2 (100%)	2 (100%)

Plus de la moitié des enquêtes dont leur ancienneté était moins de 5ans ont reçu de reconnaissance soit 59%.

3. Facteurs extrinsèques de la motivation du personnel:

3.1 Analyse en fonction du CSCom :

Tableau XXXII : Avis des enquêtés par centre en fonction du niveau de salaire

Centres	Niveau de salaire			Total
	Bon	Acceptable	Insuffisant	
CSCom 1	0	2	9	11
CSCom 2	0	3	7	10
CSCom 3	1	1	9	11
CSCom 4	0	0	8	8
CSCom 5	2	1	7	10
CSCom 6	1	3	6	10
CSCom 7	0	0	5	5
CSCom 8	2	2	7	11
CSCom 9	0	1	5	6
Total	6 (7%)	13 (16%)	63 (77%)	82 (100%)

Les enquêtés ont trouvé insuffisant le niveau de salaire soit 77% et cela est valable pour tous les centres.

Tableau XXXIII : Répartition des enquêtés par centre en fonction de la gestion du CSCom

Centres	la gestion		Total
	Oui	Non	
CSCom 1	4	7	11
CSCom 2	4	6	10
CSCom 3	5	6	11
CSCom 4	3	5	8
CSCom 5	3	7	10
CSCom 6	4	6	10
CSCom 7	2	3	5
CSCom 8	4	7	11
CSCom 9	2	4	6
Total	31 (38%)	51 (62%)	82 (100%)

Plus de 62% des enquêtés trouvaient mauvaise la gestion du CSCom et cela a été constaté dans tous les centres.

Tableau XXXIV : Avis des enquêtés par centre selon le cadre physique de travail

Centres	Cadre physique de travail			Total
	Agréable	Passable	Désagréable	
CSCom 1	3	7	1	11
CSCom 2	5	5	0	10
CSCom 3	3	7	1	11
CSCom 4	2	5	1	8
CSCom 5	5	4	1	10
CSCom 6	7	3	0	10
CSCom 7	4	1	0	5
CSCom 8	2	7	2	11
CSCom 9	2	4	0	6
Total	33 (40%)	43 (52%)	6 (8%)	82 (100%)

Le cadre physique du travail était passable soit 52% dans les différents centres.

Tableau XXXV : Répartition des enquêtés par centre en fonction de la disponibilité des équipements

Centres	Disponibilité des équipements		Total
	Oui	Non	
CSCom 1	5	6	11
CSCom 2	5	5	10
CSCom 3	3	8	11
CSCom 4	5	3	8
CSCom 5	2	8	10
CSCom 6	7	3	10
CSCom 7	1	4	5
CSCom 8	4	7	11
CSCom 9	4	2	6
Total	36 (44%)	46 (56%)	82 (100%)

L'indisponibilité des matériels nécessaires a été évoquée dans tous les centres soit 56%.

Tableau XXXVI: Avis des enquêtés par centre en fonction de la charge des tâches au travail

Centres	Charge des tâches au travail		Total
	Acceptable	Non acceptable	
CSCom 1	7	4	11
CSCom 2	5	5	10
CSCom 3	8	3	11
CSCom 4	6	2	8
CSCom 5	3	7	10
CSCom 6	6	4	10
CSCom 7	2	3	5
CSCom 8	4	7	11
CSCom 9	4	2	6
Total	45 (55%)	37 (45%)	82 (100%)

Plus de la moitié de nos enquêtés dans les différents centres ont affirmé que la charge des tâches était adaptée au travail soit 55%.

Tableau XXXVII : Avis des enquêtés par centre en fonction de la relation interpersonnelle

Centres	Relation interpersonnelle			Total
	Bonne	Passable	Mauvaise	
CSCom 1	5	6	0	11
CSCom 2	6	4	0	10
CSCom 3	6	5	0	11
CSCom 4	5	3	0	8
CSCom 5	4	5	1	10
CSCom 6	8	2	0	10
CSCom 7	1	4	0	5
CSCom 8	3	5	3	11
CSCom 9	6	0	0	6
Total	44 (54%)	34 (41%)	4 (5%)	82 (100%)

Plus de la moitié des enquêtés dans les différents centres avaient de relation passable soit 41%.

3.2 Analyse en fonction du sexe :

Tableau XXXVIII : Avis des enquêtés par sexe en fonction du niveau de salaire

Sexe	Niveau de salaire			Total
	Bon	Acceptable	Insuffisant	
Masculin	0	4 (17%)	20 (83%)	24 (100%)
Féminin	6 (10%)	9 (16%)	43 (74%)	58 (100%)

Il ressort de notre étude que 83% du sexe masculin et 74% du sexe féminin trouvaient le niveau de salaire insuffisant.

Tableau XXXIX : Avis des enquêtés par sexe en fonction de la gestion du CSCom

Sexe	la gestion du CSCom		Total
	Bonne	Mauvaise	
Masculin	7 (29%)	17 (71%)	24 (100%)
Féminin	24 (41%)	34 (59%)	58 (100%)

Il ressort de cette étude que 71% du sexe masculin et 59% du sexe féminin trouvaient mauvaise la gestion du CSCom.

Tableau XL : Avis des enquêtés par sexe en fonction du cadre physique de travail

Sexe	Cadre physique de travail			Total
	Agréable	Passable	Désagréable	
Masculin	11 (46%)	10 (42%)	3 (13%)	24 (100%)
Féminin	22 (38%)	33 (57%)	3 (5%)	58 (100%)

La majorité du sexe masculin trouvait agréable le cadre physique au travail soit 46%.

Plus de 57% du sexe féminin le trouvait passable.

Tableau XLI : Répartition des enquêtés par sexe en fonction de la disponibilité des équipements de travail

Sexe	Disponibilité des équipements		Total
	Oui	Non	
Masculin	14 (58%)	10 (42%)	24 (100%)
Féminin	22 (37%)	36 (62%)	58 (100%)

La majorité du sexe féminin évoquait l'indisponibilité des équipements soit 62%. Par contre plus de la moitié du sexe masculin disait le contraire soit 58%.

Tableau XLII : Avis des enquêtés par sexe en fonction de la charge des tâches au travail

Sexe	Charge des tâches au travail		Total
	Acceptable	Non acceptable	
Masculin	11 (46%)	13 (54%)	24 (100%)
Féminin	34 (59%)	24 (41%)	58 (100%)

Il ressort de notre étude que 59% du sexe féminin trouvait acceptable la charge au travail.

Tableau XLIII : Avis des enquêtés par sexe en fonction de la relation interpersonnelle

Sexe	Relation interpersonnelle			Total
	Bonne	Passable	Mauvaise	
Masculin	9 (37%)	15 (63%)	0	24 (100%)
Féminin	35 (60%)	19 (33%)	4 (6%)	58 (100%)

La majorité du sexe féminin avait de bonnes relations soit 60%. Par contre 63% du sexe masculin avait une relation passable.

3.3 Analyse en fonction de tranche d'âge:

Tableau XLIV: Avis des enquêtés par tranche d'âge en fonction du niveau de salaire

Tranche d'âge	Niveau de salaire			Total
	Bon	Acceptable	Insuffisant	
[25-35ans[	4 (10%)	8 (19%)	30 (71%)	42 (100%)
[35-45ans[	2 (6%)	5 (14%)	28 (80%)	35 (100%)
+ 45 ans	0	0	5 (100%)	5 (100%)

L'insuffisance du niveau de salaire a été évoquée par le personnel des différences tranche d'âge.

Tableau XLV : Avis des enquêtés par tranche d'âge par rapport à la gestion du CSCom

Tranche d'âge	la gestion du CSCom		Total
	Bonne	Mauvaise	
[25-35ans[	18 (43%)	24 (57%)	42 (100%)
[35-45ans[	12 (33%)	23 (67%)	35 (100%)
+ 45ans	1 (20%)	4 (80%)	5 (100%)

La majorité des enquêtés des différentes tranches d'âge trouvait mauvaise la gestion du CSCom.

Tableau XLVI : Avis des enquêtés par tranche d'âge en fonction du cadre physique de travail

Tranche d'âge	Cadre physique de travail			Total
	Agréable	Passable	Désagréable	
[25-35ans[	19 (45%)	22 (52%)	1 (3%)	42 (100%)
[35-45ans[	13 (37%)	18 (51%)	4 (11%)	35 (100%)
+ 45 ans	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)	5 (100%)

La majorité de nos enquêtés trouvait passable le cadre physique de travail : 52% pour la tranche d'âge [25-35ans[; 51% pour la tranche [34-45ans[et 60% pour +45ans.

Tableau XLVII : Répartition des enquêtés par âge en fonction de la disponibilité des équipements de travail

Tranche d'âge	Disponibilité des équipements		Total
	Oui	Non	
[25-35ans[	15 (36%)	27 (64%)	42 (100%)
[35-45ans[	21 (60%)	14 (40%)	35 (100%)
+ 45ans	0	5 (100%)	5 (100%)

Il ressort de cette étude que la majorité du personnel de la tranche d'âge comprise entre [25-35ans[a évoquée l'indisponibilité des équipements au travail soit 64%.

Tableau XLVIII : Avis des enquêtés par tranche d'âge par rapport à la charge des tâches au travail

Tranche d'âge	Charge des tâches au travail		Total
	Acceptable	Non acceptable	
[25-35ans[	19 (45%)	23 (55%)	42 (100%)
[35-45ans[	23 (66%)	12 (34%)	35 (100%)
+ 45 ans	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)

Plus de la moitié des enquêtés de la tranche d'âge comprise entre [25-35ans[trouvait que la charge des tâches n'était pas adaptée soit 55%.

Tableau XLIX : Avis des enquêtés par tranche d'âge en fonction de la relation interpersonnelle

Tranche d'âge	Relation interpersonnelle			Total
	Bonne	Passable	Mauvaise	
[25-35ans[	23 (55%)	17 (40%)	2 (5%)	42 (100%)
[35-45ans[	18 (51%)	15 (43%)	2 (6%)	35 (100%)
+ 45 ans	3 (60%)	2 (40%)	0	5 (100%)

Plus de la moitié de nos enquêtés dont l'âge était +45ans avait de bonnes relations interpersonnelles soit 60%.

3.4 Analyse en fonction de la profession :

Tableau L: Avis des enquêtés par profession en fonction du niveau de salaire

Profession	Niveau de salaire			Total
	Bon	Acceptable	Insuffisant	
Médecin	0	0	12 (100%)	12 (100%)
Sage-femme	2 (8%)	4 (17%)	18 (75%)	24 (100%)
Infirmier(e)	3 (13%)	6 (26%)	14 (61%)	23 (100%)
Techniciens de Laboratoire	1 (7%)	2 (13%)	12 (80%)	15 (100%)
Aide-Soignant(e)	0	1 (%)	7 (%)	8 (100%)

La majorité des enquêtés des différents corps professionnels trouvait insuffisant le niveau de salaire.

Tableau LI : Avis des enquêtés par profession en fonction de la gestion du CSCom

Profession	La gestion du Cscom		Total
	Bonne	Mauvaise	
Médecin	4 (34%)	8 (67%)	12 (100%)
Sage-femme	11 (46%)	13 (54%)	24 (100%)
Infirmier(e)	13 (57%)	10 (43%)	23 (100%)
Techniciens de Laboratoire	2 (13%)	13 (87%)	15 (100%)
Aide-Soignant(e)	1 (12%)	7 (88%)	8 (100%)

Plus de la moitié des infirmiers trouvaient bonne la gestion du CSCom soit 57%.

Tableau LII : Avis des enquêtés par profession en fonction du cadre physique de travail

Profession	Cadre physique de travail			Total
	Agréable	Passable	Désagréable	
Médecin	2 (17%)	6 (50%)	4 (33%)	12 (100%)
Sage-femme	14 (58%)	9 (38%)	1 (4%)	24 (100%)
Infirmier(e)	10 (43%)	12 (52%)	1 (4%)	23 (100%)
Techniciens de Laboratoire	6 (40%)	9 (60%)	0	15 (100%)
Aide-Soignant(e)	1 (12%)	7 (88%)	0	8 (100%)

La majorité des sages-femmes trouvait agréable le cadre physique de travail soit 58%.

Ce taux était similaire à l'appréciation des infirmiers soit 52%.

Tableau LIII: Répartition des enquêtés par profession par rapport à la disponibilité des équipements de travail

Profession	Disponibilité équipements		Total
	Oui	Non	
Médecin	3 (25%)	9 (75%)	12 (100%)
Sage-femme	10 (42%)	14 (58%)	24 (100%)
Infirmier(e)	11 (48%)	12 (52%)	23 (100%)
Techniciens de Laboratoire	5 (23%)	10 (67%)	15 (100%)
Aide-Soignant(e)	7 (88%)	1 (12%)	8 (100%)

Plus de 45% des infirmiers ont affirmé que les matériels étaient disponibles.

Tableau LIV : Avis des enquêtés par profession en fonction de la charge des tâches au travail

Profession	Charge des tâches au travail		Total
	Acceptable	Non acceptable	
Médecin	5 (42%)	7 (58%)	12 (100%)
Sage-femme	15 (63%)	9 (37%)	24 (100%)
Infirmier(e)	16 (70%)	7 (30%)	23 (100%)
Techniciens de Laboratoire	6 (40%)	9 (60%)	15 (100%)
Aide-Soignant(e)	3 (37%)	5 (63%)	8 (100%)

Il ressort de notre étude que 58% des médecins ont affirmé que la charge des tâches n'était pas adaptée au travail.

Tableau LV: Avis des enquêtés par profession en fonction de la relation interpersonnelle

Profession	Relation interpersonnelle			Total
	Bonne	Passable	Mauvaise	
Médecin	5 (42%)	7 (58%)	0	12 (100%)
Sage-femme	12 (50%)	9 (37%)	3 (13%)	24 (100%)
Infirmier(e)	12 (52%)	10 (43%)	1 (5%)	23 (100%)
Techniciens de Laboratoire	9 (60%)	6 (40%)	0	15 (100%)
Aide-Soignant(e)	6 (75%)	2 (25%)	0	8 (100%)

Au cours de notre étude plus 52% des infirmiers avaient de bonnes relations interpersonnelles.

3.5 Analyse en fonction de l'ancienneté :

Tableau LVI: Avis des enquêtés par ancienneté en fonction du niveau de salaire

Ancienneté	Salaire			Total
	Bon	Acceptable	Insuffisant	
< 5 ans	4 (18%)	5 (23%)	13 (59%)	22 (100%)
[5-10ans[	2 (5%)	6 (15%)	32 (80%)	40 (100%)
[10-15ans[	0	2 (11%)	16 (89%)	18 (100%)
+ 15 ans	0	0	2 (100%)	2 (100%)

L'insuffisance du niveau de salaire a été évoquée par plus de la moitié du personnel des différentes tranches d'ancienneté.

Tableau LVII: Avis des enquêtés par ancienneté par rapport à la gestion du CSCom

Ancienneté	la gestion du CSCom		Total
	Bonne	Mauvaise	
< 5 ans	12 (55%)	10 (45%)	22 (100%)
[5-10ans[	13 (32%)	27 (68%)	40 (100%)
[10-15ans[	6 (33%)	12 (67%)	18 (100%)
+ 15ans	0	2 (100%)	2 (100%)

La majorité des enquêtés dont l'ancienneté était plus de 5ans trouvait mauvaise la gestion du CSCom soit 45%.

Tableau LVIII : Avis des enquêtés par ancienneté en fonction du cadre physique de travail

Ancienneté	Cadre physique de travail			Total
	Agréable	Passable	Désagréable	
< 5 ans	11 (50%)	11 (50%)	0	22 (100%)
[5-10ans[	17 (42%)	21 (53%)	2 (5%)	40 (100%)
[10-15ans[	4 (22%)	10 (56%)	4 (22%)	18 (100%)
+15ans	1 (50%)	1 (50%)	0	2 (100%)

Plus de la moitié du personnel enquêté dont l'ancienneté était comprise entre [5-10ans[trouvait passable le cadre physique de travail soit 53%.

Tableau LIX: Répartition des enquêtés par ancienneté en fonction de la disponibilité des équipements de travail

Ancienneté	Disponibilité des équipements		Total
	Oui	Non	
< 5 ans	17 (77%)	5 (23%)	22 (100%)
[5-10ans[	11 (27%)	29 (73%)	40 (100%)
[10-15ans[	8 (44%)	10 (56%)	18 (100%)
+ 15ans	0	2 (100%)	2 (100%)

Plus de la moitié des enquêtés dont l'ancienneté était moins de 5ans évoquaient l'indisponibilité des équipements de travail soit 77%.

Tableau LX: Répartition des enquêtés par ancienneté en fonction de la charge des tâches au travail

	Charge des tâches au travail		Total
	Oui	Non	
< 5 ans	13 (59%)	9 (41%)	22 (100%)
[5-10ans[	17 (42%)	23 (58%)	40 (100%)
[10-15ans[	13 (72%)	5 (28%)	18 (100%)
+ 15ans	2 (100%)	0	2 (100%)

Au cours de notre étude, la majorité du personnel enquêté qui avait une ancienneté comprise entre [5-10 ans[ont affirmé que la charge des tâches n'était pas adaptée au travail soit 58%.

Tableau LXI: Avis des enquêtés par ancienneté en fonction de la relation interpersonnelle

Ancienneté	Relation interpersonnelle			Total
	Bonne	Passable	Mauvaise	
< 5 ans	12 (55%)	7 (32%)	3 (17%)	22 (100%)
[5-10ans[	24 (60%)	16 (40%)	0	40 (100%)
[10-15ans[	6 (33%)	11 (61%)	1 (6%)	18 (100%)
+ 15 ans	2 (100%)	0	0	2 (100%)

Il ressort de notre étude que 60% des enquêtés dont l'ancienneté était comprise entre [5-10ans[avaient de bonnes relations interpersonnelles.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale de type raisonné par quota allant de Mars 2018 à Avril 2019 auprès du personnel de santé dans les CSCom de la commune IV. Elle a porté sur un échantillon de 82 agents de santé (les médecins, les sages-femmes, les techniciens de laboratoire, les infirmiers et les aides-soignants) de tous les sexes confondus.

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire auto-administré inspiré de la théorie bi-factorielle de Herzberg.

2. Limites et difficultés de l'étude :

Durant notre étude nous nous sommes heurtés à certaines limites et difficultés qui se sont résumées principalement à :

- Une collaboration insuffisante du personnel ;
- Certains personnels ont refusé de participer à l'enquête ;

3. Caractéristiques socio-démographiques :

La majorité du personnel faisant partie de l'échantillon d'étude était du sexe féminin avec un sexe ratio de 0,41. Cette prédominance du sexe féminin s'explique par le fait que dans certaines unités telles que la maternité, il n'y a que des femmes. Ces résultats étaient similaires à ceux obtenus par SOUMANA, M. (2003) [22], qui avait trouvé 54,1 % du sexe féminin qui prédominait avec un ratio de 1,8.

Selon l'âge, la tranche d'âge la plus représentée parmi le personnel ayant participé à l'enquête était comprise entre [25-35ans[soit 51%. Cette forte représentativité de jeunes pourrait s'expliquer par le fait de leur recrutement. Ces résultats étaient similaires à ceux trouvés par Ndiawar, D. au Sénégal en 2017 dans son étude portant sur l'étude managériale des déterminants de la sous-fréquentation d'un service de médecine où 75% de son échantillon avait une tranche d'âge comprise entre [30-34ans[, soit une moyenne de 33,25 ans avec des extrêmes de 34 à 39 ans [23]. Les mariés étaient les plus représentés au cours de notre étude soit 88%. L'expérience professionnelle de notre étude était comprise entre [5-10ans[soit 49%. Nos résultats étaient à ceux obtenus par MACAMANZI, A,L en 2014 au Togo avait eu des résultats similaires aux nôtres concernant le statut matrimonial avec 71% et 47% pour ceux qui avaient une ancienneté

professionnelle comprise entre [5-10ans[dans son étude portant sur l'Amélioration de la motivation au travail des personnels de la santé, facteur clé de la performance [24].

4. Les facteurs intrinsèques de la motivation au travail :

- Par rapport à la prise de décision, l'enquête a relevé que 77% du personnel ne participaient pas à la prise de décision au travail. Cela pourrait s'expliquer par le fait que c'est le directeur technique du centre et l'administration (ASACO) qui prenaient les décisions. Ces résultats étaient similaires à ceux de MACAMANZI, A,L en 2014 au Togo où 55% ne participaient pas à la prise de décision [24]. Plus de 68% du sexe féminin n'étaient pas impliqués dans la prise de décision. Les enquêtés dont la tranche d'âge était comprise entre [25-45ans[ne participaient pas à la prise de décision au travail soit 81%. Par contre le personnel dont l'ancienneté au service était comprise entre [5-10ans[participait soit 90%. Tous les médecins participaient à la prise de décision.
- En ce qui concerne les initiatives personnelles, l'étude a relevé que 61% du personnel enquêté ne pouvait pas prendre des initiatives dans le cadre de l'amélioration au service. Cela pourrait se justifier par le fait que chaque unité a un responsable qui a la possibilité de prendre des initiatives. Ces résultats étaient contradictoires à ceux de HAINGA, B. en 2012 au Maroc où 71% gêneraient de satisfaction sur la question de prendre des initiatives [25]. Il ressort de cette étude que 71% du sexe féminin n'avaient pas cette possibilité. Nous avons constatés que la majorité du personnel qui avait une ancienneté comprise entre [10-15ans[avait cette possibilité soit 72%. Le personnel dont l'âge était +45 l'avait aussi soit 100%. Plus de la moitié des médecins avait la possibilité de prendre des initiatives à 58%.
- Par rapport à la formation, le taux de la satisfaction d'avoir bénéficié de formations pour le développement personnel était à 73%. Ces résultats étaient similaires à ceux de NAMOUS, M (2008) au Maroc où 61% étaient satisfaits [16]. Le sexe féminin était majoritairement à 71%. Nous avons constaté que la majorité du personnel dont l'ancienneté était moins de 5ans était satisfaite d'avoir bénéficié de formations soit 77%. La majorité de la tranche d'âge comprise entre [25-35ans[avait aussi bénéficié cette formation soit 74%. Il ressort de notre enquête que 75% des sages-femmes avaient bénéficié de formations pour leur développement personnel.
- En ce qui concerne au travail bien fait (travail réalisé), plus de la moitié du personnel enquêté soit 74% étaient satisfaits de leur réalisation au travail. Au cours de cette étude, la majorité du sexe féminin était aussi satisfaite soit 88%. Le personnel enquêté dont l'expérience au service

était moins de 5ans était satisfaite au travail soit 86%. Par contre peu de personnel enquêté de la tranche d'âge comprise entre [35-45ans[n'était pas satisfaite soit 37%. Au cours de cette enquête, 15% de médecins étaient satisfaits de leur réalisation.

- Par rapport à la reconnaissance au travail, 55% du personnel enquêté n'avaient eu aucune marque de reconnaissance au travail dont 23% étaient du sexe masculin. Au cours de cette activité, le personnel enquêté de la tranche d'âge comprise entre [25-35ans[soit 52% recevait des marques de reconnaissance. Par contre aucun enquêté qui avait +15ans d'ancienneté n'a reçu aucune reconnaissance. Plus de la moitié des sages-femmes ont reçu des marques de reconnaissance à 58%.

5. Les facteurs extrinsèques de la motivation au travail :

- Sur le plan salarial, 77% du personnel enquêté trouvaient insuffisant le niveau de salaire au cours de l'étude. Ces résultats étaient similaires à ceux de MACAMANZI, A,L en 2014 au Togo où 91% trouvaient insuffisant le salaire [24]. Cette insuffisance a été évoquée par plus de la moitié du personnel enquêté des différentes tranches d'âge. et aussi tous les médecins. Par contre la majorité du personnel enquêté dont l'âge était compris entre [25-35ans[trouvait insuffisant le salaire à 71%. Plus de la moitié, soit 71%, du sexe masculin et 59% du sexe féminin trouvaient insuffisants le niveau de salaire.

- En ce qui concerne la politique et la gestion du CSCom : elles étaient mauvaises soit 62% du personnel enquêté et cela a été constaté dans tous les centres.

Il ressort de notre étude que 57% des infirmiers ont affirmé que la politique et la gestion du CSCom étaient bonnes. Cette politique de gestion était appréciée par la majorité du sexe masculin soit 71%. Plus de la moitié du personnel enquêté qui avait [5-10ans[d'expérience au service trouvait mauvaises la politique et la gestion du CSCom soit 68%. Par contre, 43% de la tranche d'âge comprise entre [25-35ans[les trouvaient bonnes.

- Par rapport à l'adaptation des tâches au travail, 45% du personnel enquêté évoquaient l'inadaptation des tâches au travail parmi lesquels 9% étaient des médecins. Il ressort de notre étude que 55% du personnel enquêté qui avaient une tranche d'âge comprise entre [25-35ans[se plaignaient de cette inadaptation. De même 58% du personnel enquêté qui avaient une ancienneté de service comprise entre [5-10ans[se plaignaient.

Parmi les enquêtés qui trouvaient mauvaises la charge des tâches, 29% étaient du sexe féminin.

- Notre enquête a relevé que l'indisponibilité des matériels nécessaires au travail a été évoquée par le personnel enquêté dans tous les centres soit 56% dont 44% étaient de sexe féminin. Cette indisponibilité des matériels au service a été signalée par la majorité des infirmiers soit 52%. Par contre 64% du personnel enquêté de la tranche d'âge comprise entre [25-35ans[se plaignaient aussi de la non disponibilité des équipements de travail.

La plupart des enquêtés qui trouvaient acceptable la disponibilité des équipements avaient moins de 5ans d'ancienneté soit 77%.

- En ce qui concerne le cadre physique de travail : il était passable soit 52% du personnel enquêté. Cela pourrait s'expliquer par le manque d'hygiène des toilettes, l'aération et l'équipement du bureau, les bruits et l'éclairage... Ces résultats étaient similaires à ceux de NIJIMBERE, C (2015) au Sénégal où 54% trouvaient le cadre physique mauvais [26]. Moins de la moitié du sexe masculin le trouvait passable soit 40%. Il ressort de notre enquête que plus de la moitié du personnel enquêté dont l'ancienneté était comprise entre [5-10ans[trouvait passable le cadre physique au travail soit 53%. Plus de 37% des enquêtés dont la tranche d'âge était comprise entre [35-45ans[le trouvaient agréable.

Plus de la moitié des médecins disaient que la charge des tâches au travail n'était pas adaptable à 58%.

- En ce qui concerne la relation interpersonnelle, 54% du personnel enquêté les avaient au moment de l'étude. Plus de la moitié du personnel enquêté dont l'âge était +45ans avait de bonnes relations soit 60%. Au cours de cette étude, 63% du sexe masculin avait une relation passable. Plus de la moitié des infirmiers avait de bonnes relations soit 52% et aussi de même 60% du personnel enquêté dont l'ancienneté était comprise entre [5-10ans [avaient de bonnes relations interpersonnelles.

CONCLUSION

VIII. CONCLUSION :

En guise de conclusion nous dirons, à titre de rappel que notre étude portait sur la motivation du personnel de santé des Centres de Santé communautaire de la commune IV du district de Bamako, Mali. Pour cela nous avons choisis neuf (9) centres de santé communautaire.

Pour y parvenir nous avons procédé à une analyse descriptive transversale de type raisonné par quotas sur les variables les plus reconnues par le personnel de santé et cela nous a permis de dégager les facteurs de motivation et d'hygiène concordant au modèle d'Herzberg.

La présente étude a permis d'identifier les facteurs de motivation au travail du personnel de santé et les autres facteurs auxquels ils sont sensibles dans les différents centres de santé communautaire.

La connaissance des facteurs de motivation et des facteurs d'hygiène peut permettre, d'une part de renforcer les éléments à l'origine de la motivation au travail, et d'autre part d'agir sur les facteurs d'insatisfaction.

Les principaux facteurs de motivation qui sont perçus de façon stimulante pour le personnel de santé dans les CSCom étaient : la formation, travail réalisé, la charge des tâches au travail, la relation interpersonnelle, le cadre physique de travail.

Par contre le personnel était sensible aux facteurs suivants : le niveau de salaire, participation à la prise de décision, possibilité de prendre des initiatives, la politique et la gestion du CSCom, la disponibilité des équipements, avancement en grade, les œuvres sociales.

L'identification de ces facteurs permet d'envisager des actions correctrices, dans la mesure du possible, afin de motiver le personnel pour qu'il agisse conformément aux intérêts des centres de santé communautaire.

En somme, nous disons que la motivation n'est pas simple à appréhender, ni à mesurer, ni à définir. Chaque individu étant par essence unique, ses motivations le seront également et évolueront avec lui.

RECOMMANDATIONS

IX. RECOMMANDATIONS :

Ministère des Finances :

- Améliorer la grille salariale du personnel de santé.

Aux Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et A l'ASACO (administration) :

- Formation des responsables en gestion des ressources humaines ;
- Améliorer le cadre physique de travail ;
- Elaborer et mettre en place un système de reconnaissance ;
- Rendre disponibles les équipements de travail ;
- Récompenser le travail bien fait du personnel de santé ;
- Opérer une distribution équitable des tâches ;
- Réviser la politique et la gestion du CSCom ;
- Instaurer un soutien financier à l'intention du personnel ;

A L'ENDROIT DU PERSONNEL :

- Développer une véritable culture organisationnelle au sein du centre ;
- Exécuter son travail avec sérieux, loyauté, dévouement et honnête.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

X. REFERENCES :

- [1] **Taylor, FW.** La direction scientifique des entreprises. Paris: Marabout, 1911.
- [2] **Peretti, JM.** Ressources humaines et gestion des personnes. Paris : Vuibert, 1977.
- [3] **SANKHO L-G.** (2014). Appréciation de la satisfaction au travail du personnel infirmier du centre hospitalier régional HEINRICH LUBKE DIOURBEL. Mémoire de fin d'études. Page 8
- [4] **Roussel, P.** (Toulouse), L'interdisciplinaire de recherche sur les ressources humaines et l'emploi. La motivation au travail: concept et théories [Internet].LIRHE, Université sciences sociales de Toulouse;2000 [document consulté le 18 Mai 2018]. Disponible sur:
<http://www.lesclesdelamotivation.fr>
- [5] **Rapport Final, EVALUATION DE LA SANTE COMUNAUTAIRE AU MALI** Avril 2017
- [6] **HERZBERG, F.** « le travail et la nature de l'homme », Paris, 1978.
- [7] **Pr Dembélé (2004)** « système de santé publique au Mali, d'hier à aujourd'hui »
- [8] **Diarra A, (2013)**, « déterminants, enjeux et perceptions de l'émigration des médecins au mali », p. 54-58
- [9] **Mamadou Kani KONATE, al.**(2003) politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au mali étude de cas en milieu urbain et rural. Page (7-14)
- [10] **Audibert, M, al.**(2005). Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives. Région Afrique Département du développement humain Document de travail. Page 7
- [11] **Gouvernement du Mali** (1994) Arrêté ministériel N94/MSSPA-MATS-MP du 21 Août 1994
- [12] **KASSAMBARA D.** évaluation du centre de santé communautaire de Sabalibougou II en commune v du district de Bamako. Thèse de Médecine. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ; 2014. Page 8

[13] **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, Travailler ensemble pour la Santé – Rapport sur la santé dans le monde 2006, Genève : OMS

[14] **Mamadou Kani KONATE, al.,**(2003) politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au mali étude de cas en milieu urbain et rural.

[15] **Xavier Montserrat** « comment motiver » édition d'organisation. P : 39,40

[16] **NAMOUS M., (2008)**. Les facteurs de motivation au travail des ressources humaines du Centre Hospitalier Provincial Ibn Zohar Marrakech. Maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Publique.

[17] **ROUSSEL, P.,(2000)**. LA MOTIVATION AU TRAVAIL - CONCEPT ET THÉORIES. LIRHE, Université Toulouse I - Sciences Sociales. Page 1-14

[18] **AN, Y., (2013)**. Motivation des salariés en Chine : établir un climat motivant dans l'entreprise. ÉCOLE DOCTORALE ABBÉ GRÉGOIRE. Thèse. Page 59-93

[19] Les fiches outils du Master Management des Ressources Humaines de l'IAE de Toulouse. Page 2-6

[20] **SANDRA MICHEL** « peut-on gérer les motivation »collection GESTION.P :22

[21] **Claude lévy-laboyer** « la motivation dans l'entreprise modèles et stratégie » Éditions d'organisations page : (167-168)

[22] **SOUMANA, M.** Etude analytique des activités du Cscm de Bacodjicoroni.2003. Faculté de Pharmacie de Bamako, Mali.

[23] **N'Diawar Diagne., (2017)**, « Etude managériale des déterminants de la sous fréquentation du service de médecine au centre de sante Elisabeth Diouf de Golf », Mémoire de master, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Page N°2.

[24] **MACAMANZI, A,L.** (2014). Amélioration de la motivation au travail des professionnels de la santé, facteur clé de performance : Exemple du centre hospitalier universitaire Sylvanus olympio de Lomé (TOGO). Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion.

[25] **HAINGA, B.** (2012). Facteurs de motivation des ressources humaines de l'hôpital Al farabi. Institut national d'administration sanitaire au Maroc.

[26] **NIJIMBERE, C** (2015). Impact de stratégies de motivation adoptées par les établissements publics de santé du Sénégal sur leur performance : cas de l'hôpital général de grand Yoff (HOGGY) Sénégal.

ANNEXE

LES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRE (CSCOM) :

- **CSCom 1 : ASACOSEK** (Sébénikoro, Kalabanbougou)
- **CSCom 2 : ASACOLA I** (Lafiabougou Secteur 3)
- **CSCom 3 : ASACOLA B5** (Lafiabougou Secteur 5, Bougoudani, Taliko)
- **CSCom 4 : ASACOLA II** (Lafiabougou Secteur 1 et 2)
- **CSCom 5 : ASACODJIP** (Djicoroni Para, Abdoulayebougou, Flabougou, Mariambougou, Troukabougou)
- **CSCom 6 : ASACOSEKASI** (Sébénikoro Extension, Kalabanbougou, Sibiribougou)
- **CSCom 7 : ASACOLABASAD** (Lassa, Sanakoro)
- **CSCom 8 : ASACODJENEKA** (Djicoroni Para, Djenekabougou, Saint Damien, Piste)
- **CSCom 6 : ASACOHAM** (Hamdallaye Est)

MOTIVATION DU PERSONNEL SANITAIRE DANS LES CSCOM : CAS DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO

FACULTE DE PHARMACIE (FAPH)

QUESTIONNAIRE :

SESSION IPROFIL SOCIO-PROFESSIONNEL

1) Etes-vous...

Un homme Une femme

2) Pourriez-vous situer votre âge ?

Moins de 24 ans De 25 à 29 ans
 De 30 à 34 ans De 35 à 39 ans
 De 40 à 44 ans

3) Etes-vous...

Célibataire Marié(e)
 Divorcé(e) Veuf (ve)

4) Etes-vous personnel...

Médecin Techniciens de Laboratoire
 Sage femmes Aides-soignants
 Infirmiers

5) Nombre d'années de service ?

De 2 ans à 4ans De 5 à 7 ans
 De 8 à 10 ans De 11 à 13 ans

6) Etes-vous...

Fonctionnaire de l'Etat
 Agent payé par l'ASACO
 Fonctionnaire des Collectivités territoriales
 Personnel payé sur ressources propres des communes
 Contractuel des collectivités territoriales (agents dits PPTE)
 Agent payés par des ONG

SESSION II : FACTEURS DE MOTIVATION

- 1) Participez-vous à la prise de décisions dans votre service ?
 - Oui, Commenter :.....
 - Non, Pourquoi

- 2) Avez-vous la possibilité de prendre des initiatives dans votre travail en vue de l'amélioration ?
 - Oui, Commenter :
 - Non, Pourquoi :

- 3) Avez-vous bénéficié de formations pour votre développement personnel ?
 - Oui, Commenter :.....
 - Non, Pourquoi :.....

- 4) Etes-vous satisfait de votre niveau de salaire ?
 - Oui, Commenter :.....
 - Non, Pourquoi :.....

- 5) Que pensez-vous de la gestion du CSCom ?
 - Bonne, Commenter :.....
 - Mauvaise, Pourquoi :.....

- 6) Reçois-tu des marques de reconnaissance pour ta contribution au travail ?
 - Oui, Commenter :
 - Non, Pourquoi :

- 7) Comment trouvez-vous votre cadre physique de travail ? (bruit, éclairage, odeur)

Très agréable Agréable
Passable Désagréable

8) Avez-vous des équipements /matériels nécessaires pour accomplir votre travail ?

Oui, Commenter :

Non, Pourquoi :

9) Les tâches sont-elles bien réparties dans votre service ?

Oui, Commenter :

Non, Pourquoi :

10) Que pensez-vous de vos relations avec vos collègues ?

Très bonne Bonne
Passable Mauvaise

11) Etes-vous satisfait à la réalisation de ton travail au service ?

Oui, Commenter :.....

Non, Pourquoi :.....

Décret 05-299 Conditions de création des Cscm

-=-=-=-=-

Un Peuple – Un But – Une Foi

Secrétariat général du gouvernement

-=-=-=-=-

Décret n° 05 – 299 / P-RM du 28 juin 2005

Fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres

de santé communautaires (Cscm)

Le Président de la République,

Vu la Constitution ;

Vu la loi n° 02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé ;

Vu la loi n° 93-008 du 11 février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des

collectivités territoriales et ses textes modificatifs ;

Vu la loi n° 95-034 du 12 avril 1995 portant Code des collectivités territoriales en République du

Mali et ses textes modificatifs ;

Vu la loi n° 04-038 du 5 août 2004 relative aux associations ;

Vu le décret n°02-314 / P-RM du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités locales des niveaux commune et cercle en matière de santé ;

Vu le décret n° 04-140/P-RM du 29 avril 2004 portant nomination du Premier Ministre ;

Vu le décret n° 04-141/P-RM du 02 mai 2004, modifié portant nomination des membres du gouvernement

Statuant en Conseil des Ministres,

Décète :

Article 1er : Le présent décret fixe les conditions de création et les principes fondamentaux de

fonctionnement des Centres de santé communautaires.

Chapitre 1 : Des conditions de création des centres de santé communautaires

Article 2 : Le Centre de santé communautaire (Cscocom) est une formation sanitaire de premier

niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une

Association de santé communautaire. Il a vocation d'assurer le service public de santé au niveau de l'aire de santé pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé

de cette population et la fourniture du paquet minimum d'activités (PMA). A cet effet, il est chargé :

- de fournir des prestations curatives telles que les soins courants aux malades, le dépistage et

le traitement des endémies locales, les explorations para – cliniques courantes ;

- d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels en DCI ;

- de développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile, planning familial vaccination, éducation pour la santé) ;

- d'initier et de développer des activités promotionnelles (hygiène, assainissement, développement communautaire, information, éducation et communication).

République du Mali

Primature

Décret 05-299 Conditions de création des Cscm

Article 3 : Il ne peut être créé qu'un seul Centre de santé communautaire par aire de santé et conformément à la carte sanitaire.

Article 4 : Seules les associations déclarées ayant pour objet le développement de la santé communautaire, dénommées « Associations de santé communautaires » peuvent créer et faire

fonctionner des Centres de santé communautaires (Cscm).

Article 5 : Pour être habilitée à créer et faire fonctionner un Centre de santé communautaire, l'Association de santé communautaire (Asaco) doit remplir les conditions ci-après :

- se conformer à la carte sanitaire du cercle ou de la commune du district de Bamako ;
- être organisée en Association de santé communautaire déclarée disposant d'un récépissé ;
- compter un nombre d'adhérents égal à au moins 10 % de la population de l'aire de santé ;
- être propriétaire, ou affectataire, d'un site pouvant abriter le Centre de santé communautaire

ou le cas échéant, disposer d'un local pouvant y servir.

Article 6 : L'Association de santé communautaire désirant créer un Centre de santé communautaire adresse une demande au maire de la commune du lieu d'implantation du centre sous le couvert du médecin-chef de cercle, ou de la commune du District de Bamako, territorialement compétent.

Article 7 : Le dossier de demande de création comprend :

- une demande timbrée à 100 F ;
- la copie du récépissé de déclaration de la création de l'Association de santé communautaire ;
- trois (3) copies des statuts et du règlement intérieur de l'Association de santé communautaire ;
- une note de présentation du projet comportant une étude sommaire de faisabilité qui décrit les activités à réaliser, les installations techniques et équipements existants ou prévus ;
- un plan de financement du Centre de santé communautaire.

Article 8 : L'autorisation de créer le Centre de santé communautaire est accordée par le maire

de la commune, après avis favorable du Médecin-chef du Cercle, ou de la Commune du District

de Bamako, du lieu d'implantation.

Toutefois, lorsque l'aire de santé que doit couvrir le Centre de santé communautaire s'étend sur

plusieurs communes, la délivrance de l'autorisation est conditionnée à la signature d'une convention de coopération sanitaire intercommunale conclue par les communes concernées sur

autorisation de leurs organes délibérants respectifs.

Article 9 : La convention de coopération sanitaire porte sur :

- la détermination du lieu d'implantation du Centre de santé communautaire ;
- l'engagement des communes signataires à accomplir ensemble les démarches et formalités

en vue de l'obtention du financement de la construction et de l'équipement du Centre de santé

communautaire, la mise en place du fonds de roulement pour la constitution du stock initial de

médicaments essentiels.

Chapitre 2 : Des principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de santé communautaires

Article 10 : Conformément aux dispositions du décret n° 02- 314 / PRM du 24 juin 2002 fixant

les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités locales des niveaux commune et cercle, en matière de santé, l'Association de santé communautaire signe une convention d'assistance mutuelle avec le maire de la commune du lieu d'implantation du Centre

de santé communautaire.

Article 11 : La convention définit les engagements réciproques de la commune et de l'Association de santé communautaire, notamment :

- les possibilités d'allocation de subventions pour le financement des activités de santé ;

Décret 05-299 Conditions de création des Cscm

- la contribution de la commune à la prise en charge de certains agents du Centre de santé communautaire ;
- la dotation en médicaments essentiels en DCI, en équipements et moyens logistiques (matériel roulant) ;
- le financement des travaux de construction du Centre de santé communautaire ;
- le suivi et le contrôle de la gestion du Centre de santé communautaire ;
- le concours de l'Association de santé communautaire dans la mise en oeuvre du plan communal de santé, la lutte contre la vente illicite des médicaments, la lutte contre les catastrophes et les épidémies,

La convention précise également les obligations de collaboration du Centre de santé communautaire avec le Centre de santé de référence du cercle ou de la commune.

Article 12: Les organes d'administration et de gestion des Centres de santé communautaires sont :

- le Conseil d'administration ;
- le Comité de gestion ;
- la Direction technique.

Article 13 : Le Conseil d'administration a pour mission de veiller au bon fonctionnement du Centre de santé communautaire. A ce titre il est chargé :

- d'examiner et d'adopter les budgets - programmes annuels d'activités du Centre de santé communautaire ;
- de définir les mécanismes locaux de contribution des populations à la réalisation de ces programmes ;
- d'assurer le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes ;
- de recruter sur la base de contrats, le personnel nécessaire au fonctionnement du Centre de santé communautaire ;
- de rendre compte à l'assemblée générale de l'association de l'état de fonctionnement du Centre de santé communautaire.

Article 14 : Le Conseil d'administration se réunit en session ordinaire une fois par semestre et

en session extraordinaire chaque fois que de besoin.

Article 15 : Le Conseil d'administration, élu par l'assemblée générale de l'association pour une

durée de trois (3) ans renouvelable, comprend :

- un Président ;
- un vice-président ;
- un secrétaire administratif ;
- un trésorier général ;
- un trésorier général adjoint ;
- deux secrétaires à l'organisation ;
- deux commissaires aux comptes ;
- deux commissaires aux conflits.

Sont membres de droit avec voix consultative :

- Le Préfet du cercle ou son représentant ;
- le Maire de la commune ou son représentant ;
- le Chef de quartier ou du village abritant le centre ;
- le Chef du centre de santé communautaire ;
- le Médecin-chef du cercle ou de la commune.

Le Conseil d'administration peut faire appel à toute personne en raison de sa compétence.

Décret 05-299 Conditions de création des CscCom

Article 16 : Le Comité de gestion veille à la bonne exécution des décisions du conseil d'administration. Il est chargé :

- du suivi de la gestion du Centre de santé communautaire ;
- d'approuver le budget de fonctionnement mensuel du centre proposé par le chef du Centre de santé communautaire ;
- d'effectuer les dépenses obligatoires pour la bonne marche du centre ;
- de justifier auprès du Conseil d'administration les dépenses effectuées ;
- de statuer sur les sanctions disciplinaires du premier degré pour le personnel.

Il se réunit une fois par mois en session ordinaire et en session extraordinaire tant que de besoins.

Article 17 : Elu par le Conseil d'administration parmi les membres avec voix délibérative, le Comité de gestion comprend :

- un Président ;
- un vice président ;
- un trésorier ;
- un commissaire au compte ;
- le chef du Centre de santé communautaire.

Article 18 : La Direction technique du Centre de santé communautaire est assurée par un professionnel de la santé ayant au moins le niveau de technicien de santé. Il veille au bon fonctionnement du centre. Il a sous sa responsabilité le personnel du centre. Il tient les statistiques sur les activités techniques de l'aire de santé.

Article 19 : Le Maire de la commune du lieu d'implantation décide de la fermeture du Centre de

santé communautaire après consultation et avis technique du Médecin-chef du cercle ou de la

commune du District de Bamako abritant le centre.

Toutefois, lorsque l'aire de santé que doit couvrir le centre de santé communautaire s'étend sur

plusieurs communes, la fermeture du Centre de santé communautaire ne peut être décidée que

par délibérations conformes des Conseils communaux concernés.

Article 20 : La proposition de fermeture est présentée par le Maire de la commune du lieu d'implantation du Centre de santé communautaire ou l'un quelconque des Maires des communes de l'aire de santé. Dans ce cas, le premier conseil communal saisi communique, dans un délai d'un mois, la proposition aux autres conseils communaux concernés qui doivent

faire connaître leur décision dans un délai de trois mois au plus.

Article 21 : La fermeture d'un Centre de santé communautaire ne peut être décidée que si les conditions d'exploitation appréciées par rapport à l'état des infrastructures, la qualité des équipements ou le niveau de qualification du personnel ne sont plus de nature à garantir la qualité des soins.

La décision de fermeture ne peut être prise qu'après consultation du Médecin-chef territorialement compétent et du préfet et après une mise en demeure écrite de l'Association de santé communautaire restée sans suite pendant plus de trois mois.

Chapitre 3 : Des dispositions finales

Article 22 : En cas de dissolution de l'association de santé communautaire, la mission de service public du Centre de santé communautaire doit être préservée par l'autorité assurant la tutelle technique de l'aire de santé.

Article 23 : Le Ministre de la santé et le Ministre de l'administration territoriale et des collectivités

locales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui abroge

toutes dispositions antérieures contraires et sera enregistré et publié au Journal officiel.

Décret 05-299 Conditions de création des Cscm

Bamako, le 28 juin 2005

Le Président de la République,

Le Premier ministre,

Amadou Toumani TOURE

Ousmane Issoufi MAIGA

Le Ministre de l'administration

Le Ministre de la santé,

territoriale et des Collectivités locales,

Mme MAIGA Zeïnab Mint YOUNA

Kafougouna KONE

Décret 05-299 Conditions de création des Cscm

Etude de la motivation du personnel de santé : Cas des neuf (9) CSCom de la commune IV du district de Bamako

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- **D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.**
- **D'exercer dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.**
- **De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et de sa dignité humaine.**
- **En aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.**
- **Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.**
- **Que je sois couverte d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.**

Je le jure.