

# Journal International des Sachants

REVUE SCIENTIFIQUE  
PLURIDISCIPLINAIRE



Journal International  
des Sachants



Fréquence  
**TRIMESTRIELLE**

ISSN-P : 3079-3009

ISSN-L : 3079-3017

[www.revuejds.net](http://www.revuejds.net)

[info@revuejds.net](mailto:info@revuejds.net)

**Volume 2,  
Numéro 1,  
Février 2026**





**Journal International  
des Sachants**



**Revue scientifique pluridisciplinaire**

**ISSN-P: 3079-3009**

**ISSN-L: 3079-3017**

**Site web: <https://revuejds.net/>**

**Email : [revuejds@gmail.com](mailto:revuejds@gmail.com)**

**Publié en Open Access**



**Abidjan, République de Côte d'Ivoire**

**ISSN-P: 3079-3009**

**ISSN-L: 3079-3017**

## INDEXATIONS ET REFERENCEMENTS INTERNATIONAUX

Pour toutes informations sur les indexations et référencements internationaux du **Journal International des Sachants (JDS)**, consultez les bases de données ci-dessous :



<https://sjifactor.com/passport.php?id=24370>



<https://journalseeker.researchbib.com/view/issn/3079-3009>



<https://ascidatabase.com/masterjournalist.php?v=3079-3009>



<https://ipindexing.com/journal-details/Journal-International-des-Sachants-/2526>



<https://www.entrevues.org/revues/journal-international-des-sachants/>

**Impact factor : SJIF 2026 : 5.329**

ISSN-P: 3079-3009

ISSN-L: 3079-3017

REVUE ELECTRONIQUE

## **Journal International des Sachants (JDS)**

**Revue Scientifique pluridisciplinaire**

ISSN-P: 3079-3009 (Print ou imprimé)

ISSN-L: 3079-3017 (Online ou en Ligne)

### **Equipe Editoriale**

Directeur de publication : Les Éditions Croco

Rédacteur en chef : SANOGO Tiantio Epouse BAMBA, INSAAC, Côte d'Ivoire

Chargé de diffusion et de marketing : ETTIEN N'Doua Etienne, UFHB, Côte d'Ivoire

Webmaster : KOUAKOU Kouadio Sanguen, UAO, Côte d'Ivoire

### **Comité Scientifique**

ADOUBI Thierry Hugues, Maître conférences, Université Alassane Ouattara ;

ALLABA Djama Ignace, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny ;

ASSEKA Tchoman François, Maître de conférences, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;

ASSUÉ Yao Jean-Aimé, Maître de Conférences, Géographie, Université Alassane Ouattara ;

BA Idrissa, Professeur Titulaire, Université Cheikh Anta Diop ;

BAKAYOKO Mamadou, Maître de Conférence, Université Alassane Ouattara ;

BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara ;

DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara ;

FAYE Valy, Maître de Conférences, Université Cheikh Anta Diop de Dakar ;

KAMARA Adama, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;

KAZON Diescieu Aubin Sylvère, Maître de Conférence, Université Félix Houphouët-Boigny ;

KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur titulaire, Université de San-Pedro ;

N'DAH Didier, professeur titulaire, Université d'Abomey-Calavi ;

OULAI Jean-Claude, Professeur titulaire, Communication, Université Alassane Ouattara ;

SARR Nissire Mouhamadou, Maître de Conférences, Université Cheikh Anta Diop ;

SILUE Oumar, Maître conférences, Université Alassane Ouattara ;

TOPPE Eckra Lath, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara ;

**ISSN-P: 3079-3009**

**ISSN-L: 3079-3017**

## **Comité de lecture**

AYENON Séka Fernand, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny ;  
 KANGA Kouakou Hermann Michel, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;  
 KAZON Diescieu Aubin Sylvere, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny ;  
 KONAN Koffi Syntor, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;  
 MAMADOU Bamba, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;  
 MEITÉ Ben Soualiou, Maître de Conférences, Université Félix Houphouët-Boigny ;  
 OZOUKOU Koudou François, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara ;  
 SIDIBÉ Moussa, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara ;  
 SILUE N'tchabétien Oumar, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara ;  
 TRAORE Amadou, Maître de Conférences, Université de Ségou

## **Comité de rédaction**

AHOUE Jean-Jacques, Assistant, Université de San-Pedro ;  
 ASSEKA Tchoman François Maître de conférences, Institut National Supérieur des Arts et de  
 l'Action Culturelle (INSAAC) ;  
 BALDÉ Yoro Mamadou, Maître-Assistant, FASTEF, Université Cheikh Anta Diop de Dakar ;  
 BAMBA Fatoumata, Maître Assistant, Université Péléforo Gon Coulibaly ;  
 BROU N'Goran Alphonse, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara ;  
 COULIBALY Wayarga, Assistant, Université Félix Houphouët-Boigny ;  
 COULIBALY Yallamoussa, Assistant, Université Alassane Ouattara ;  
 DAO Salifou, Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle  
 (INSAAC) ;  
 DJE Yao Lopez, Assistant, Université Alassane Ouattara ;  
 DJIGUE Sidjé Edwige Françoise, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara ;  
 DJOKOURI Innocent, Maître-Assistante, Université Péléforo Gon Coulibaly ;  
 GBOLA serge Arnaud, Maître Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action  
 Culturelle (INSAAC) ;  
 EHILE Kadja Olivier Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action  
 Culturelle (INSAAC) ;  
 GUEYE Yoro Emmanuel, Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action  
 Culturelle (INSAAC) ;

**ISSN-P: 3079-3009**

**ISSN-L: 3079-3017**

KAZIO Djidjé Jean-Jacques, Assistant, Université de Bondoukou ;  
KONE Kiyali, Maître Assistant, Université Péléforo Gon Coulibaly ;  
KONE Kpassigué Gilbert, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara ;  
KONE Tchima Rolland, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara ;  
KONE Tiégbè Gaston, Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;  
KOUAME Affoua Eugénie, Assistante, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny ;  
LOBA Léon Fabrice, Attaché de Recherche, Institut d'Histoire d'Art et d'Archéologie Africain (IHAAA) ;  
MOULARET Renaud-Guy Ahioua, Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;  
N'DAYE El Hadj Amadou Ba, Maître-Assistant, FASTEFA, Université Cheikh Anta Diop de Dakar ;  
SANOGO Tiantio épouse BAMBALY, Maitre-Assistante, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;  
SYLLA Makémoussa, Assistante, Université Alassane Ouattara ;  
TIE BI Galla Guy Rolland Maître-Assistant, Université Félix Houphouët-Boigny ;  
TOURE Gninin Aicha, Maître-Assistante, Université Félix Houphouët-Boigny ;  
TOURE Kignigouoni Dieudonné Espérance, Maitre-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;  
TRAORE Fanta, Assistante, Université Alassane Ouattara ;  
TRAORE Sogotienin Ramata, Maître-Assistant, Université Péléforo Gon Coulibaly ;  
YAO Elisabeth, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara ;  
YOKORE Zibé Nestor, Maître-Assistant, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle (INSAAC) ;  
ZABSONRE Moussa, Maître-Assistant, Université Yembila Abdoulaye Toguyeni.

## COORDINATEUR GENERAL DU NUMERO :

**AYENON Séka Fernand**  
Maître de conférences CAMES,  
Université Félix Houphouët-Boigny

.....

### Contacts JDS

Site web: <https://revuejds.net/>  
Email : [revuejds@gmail.com](mailto:revuejds@gmail.com)  
Tél. : + 225 0779360611 / 07480453267

.....

### Indexations et référencements internationaux :

**Sjifactor:** <https://sjifactor.com/passport.php?id=24370>

**ARI :** <https://journalseeker.researchbib.com/view/issn/3079-3009>

**ASCI:** <https://ascidatabase.com/master/journallist.php?v=3079-3009>

**IPIndexing:** <https://ipindexing.com/journal-details/Journal-International-des-Sachants-2526>

**Ent'revues:** <https://www.entrevues.org/revues/journal-international-des-sachants>

**Impact factor : SJIF 2026 : 5.329**

**ISSN-P: 3079-3009**  
**ISSN-L: 3079-3017**

## PRESENTATION DE JDS

**Le Journal International des Sachants (JDS)** est une revue scientifique pluridisciplinaire dédiée à la valorisation et à la vulgarisation des résultats de recherches innovantes, de découvertes de pointe et de productions scientifiques originales et pertinentes dans divers domaines scientifiques. Disposant de comité scientifique et de lecture, la revue **JDS** offre ainsi aux chercheurs du monde entier, une plateforme de publication de haute qualité en favorisant le partage des connaissances et de la collaboration au sein de la communauté scientifique.

**JDS** est une revue évaluée par des pairs (*blind peer review*) et en libre accès "*Open access*" relevant des Editions Croco. Il publie les articles dans le domaine des Sciences Humaines et Sociales ; Langues et littérature ; Art, patrimoine et culture ; Sciences du Langage et de la Communication ; Sciences Economiques et de Gestion ; Sciences politiques et Juridiques. Dans sa vision d'ouverture, **JDS** encourage la collaboration interdisciplinaire entre les chercheurs de tous les pays africains et du monde.

Les articles proposés doivent respecter la ligne éditoriale de la revue. Ils doivent être originaux et n'avoir jamais fait l'objet d'une acceptation pour publication dans une autre revue à comité de lecture. Ils sont soumis à une sélection initiale par l'éditeur, puis à un processus rigoureux d'évaluation par les pairs en double aveugle avant publication.

**ISSN-P: 3079-3009**

**ISSN-L: 3079-3017**



## **PROTOCOLE DE REDACTION DE JDS**

*Le Journal International des Sachants (JDS)* n'accepte que des articles inédits et originaux dans diverses langues notamment en allemand, en anglais, en espagnol et en Français. Le manuscrit est remis à deux instructeurs, choisis en fonction de leurs compétences dans la discipline. Le secrétariat de la rédaction communique aux auteurs les observations formulées par le comité de lecture ainsi qu'une copie du rapport, si cela est nécessaire. Dans le cas où la publication de l'article est acceptée avec révisions, l'auteur dispose alors d'un délai raisonnable pour remettre la version définitive de son texte au secrétariat de la revue

### **Structure générale de l'article :**

Le projet d'article doit être envoyé sous la forme d'un document Word, police Times New Roman, taille 12 et interligne 1,5 pour le corps de texte (sauf les notes de bas de page qui ont la taille 10 et les citations en retrait de 2 cm à gauche et à droite qui sont présentées en taille 11 avec interligne 1 ou simple). Le texte doit être justifié et ne doit pas excéder 18 pages. Le manuscrit doit comporter une introduction, un développement articulé, une conclusion et une bibliographie.

### **Présentation de l'article :**

- Le titre de l'article (15 mots maximum) doit être clair et concis. De taille 14 pts gras, il doit être centré.
- Juste après le titre, l'auteur doit mentionner son identité (Prénom et NOM en gras et en taille 12), ses adresses (institution, e-mail, pays et téléphones en italique et en taille 11)
- Le résumé (200 mots au maximum) présenté en taille 10 pts ne doit pas être une reproduction de la conclusion du manuscrit. Il est donné à la fois en français et en anglais (abstract). Les mots-clés (05 au maximum, taille 10pts) sont donnés en français et en anglais (key words)
- Le texte doit être subdivisé selon le système décimal et ne doit pas dépasser 3 niveaux exemples : (1. - 1.1. - 1.2. ; 2. - 2.1. - 2.2. - 2.3. - 3. - 3.1. - 3.2. etc.)
- Les références des citations sont intégrées au texte comme suit : (L'initial du prénom suivi d'un point, nom de l'auteur avec l'initiale en majuscule, année de publication suivie de deux points, page à laquelle l'information a été prise). Ex : (A. Kouadio, 2000 : 15).
- La pagination en chiffre arabe apparait en haut de page et centrée.
- Les citations courtes de 3 lignes au plus sont mises en guillemet français («...»), mais sans italique.

**N.B.** : Les caractères majuscules doivent être accentués. Exemple : État, À partir de ...

**ISSN-P: 3079-3009**

**ISSN-L: 3079-3017**

### Références bibliographiques

Ne sont utilisées dans la bibliographie que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, zone titre, lieu de publication, zone éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté entre guillemets et celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une presse écrite est présenté en italique. Dans la zone éditeur, on indique la maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2<sup>nde</sup> éd.).

Les références des sources d'archives, des sources orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page.

- Pour les sources orales, réaliser un tableau dont les colonnes comportent un numéro d'ordre, nom et prénoms des informateurs, la date et le lieu de l'entretien, la qualité et la profession des informateurs, son âge ou sa date de naissance et les principaux thèmes abordés au cours des entretiens. Dans ce tableau, les noms des informateurs sont présentés en ordre alphabétique
- Pour les sources d'archives, il faut mentionner en toutes lettres, à la première occurrence, le lieu de conservation des documents suivi de l'abréviation entre parenthèses, la série et l'année. C'est l'abréviation qui est utilisée dans les occurrences suivantes :

Ex. : Abidjan, Archives nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 1EE28, 1899.

- Pour les ouvrages, on note le NOM et le prénom de l'auteur suivis de l'année de publication, du titre de l'ouvrage en italique, du lieu de publication, du nom de la société d'édition et du nombre de page.  
Ex : LATTE Egue Jean-Michel, 2018, *L'histoire des Odzukru, peuple du sud de la Côte d'Ivoire, des origines au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, L'Harmattan, 252 p.
- Pour les périodiques, le NOM et le(s) prénom(s) de l'auteur sont suivis de l'année de la publication, du titre de l'article entre guillemets, du nom du périodique en italique, du numéro du volume, du numéro du périodique dans le volume et des pages.  
Ex : BAMBA Mamadou, 2022, « Les Dafing dans l'évolution économique et socio-culturelle de Bouaké, 1878-1939 », *NZASSA*, N°8, p.361-372.

**NB :** Le non-respect de ces recommandations ci-dessus conduit au rejet systématique du manuscrit.

## SOMMAIRE

### SECTION 1 : LANGUES & LITTERATURE

#### Etudes germaniques

1. **Umwandlung von Sprichwörtern in Slogans im Werbediskurs:  
eine Untersuchung einiger deutscher Slogans**  
Égni Stéphane Dieudonné ÉNIGNI & Eppié Augustine Michaela BONGBA ..... 1-17

#### Etudes hispaniques

2. **La Contrarreforma y la devoción popular en la España del Siglo de Oro**  
GONKALIE Gbana Francis ..... 18-31
3. **Políticas públicas y atención a las mujeres víctimas  
de violencia machista en España**  
Kassoum SORO..... 32-48
4. **Estética de lo abyecto en la familia de Pascual Duarte de Camilo José Cela**  
Oumar MANGANE..... 49-64
5. **El dilema cubano, entre “revolución” y apertura al mundo**  
Dogba Léonce BAWA..... 65-78
6. **La trahison comme acte de libération dans reivindicación  
del conde don Julián de Juan Goytisolo**  
Christine Abenan SIGNO..... 79-86
7. **La crisis económica de 2008 y su repercusión sociopolítica en España**  
Kouadio Stéphane-Yannick KONAN..... 87-98

#### Lettres Modernes

8. **« Miss lolos » de Frédéric Éhui Meiway :  
un discours hétérogène au service de l’expressivité**  
Bini Kouamé PRAO, Yao Gatien KONAN & Tchékpoho SORO ..... 99-111

### SECTION 2 : COMMUNICATION, ARTS, CULTURE ET PATRIMOINE

#### Sciences du langage et de la communication

9. **Industrialisation de la visibilité et reconfiguration du débat public  
dans l’émission Jakaarlo Bi**  
Alioune Badara GUEYE..... 112-127
10. **Appropriation des termes footballistiques en fulfulde  
au Nord-Cameroun : enjeux culturels**  
NGAOURI Landri & OLOWA Jean de Dieu..... 128-139
11. **Peuples Chamites versus Peuples Hébraïques :  
les Peuples de la Côte d’Ivoire**  
Ayé Clarisse HAGER-M’BOUA..... 140-163

- 12. Communication et Prospective pour une gestion durable des infrastructures d'utilité publique à l'Université Alassane Ouattara**  
DAGNOGO Gnéré Laetitia Blama &  
KOUAME-KONATE Aya Carelle Prisca..... 164-176
- 13. Précarité socio-économique et accès aux soins au CHU de Bouaké : apport de la communication sociale**  
Akissi Germaine KOUASSI & Nibé Dramane SILUÉ ..... 177-192
- 14. Typologies de phrases en tupuri : analyse syntaxique et usages sociolinguistiques**  
Jacqueline MAÏKAKE..... 193-205
- 15. Discursive Issues in Emmanuel Macron's Speeches on Leadership (2017-2022)**  
Ifedolapo Akinrinlola & Amos Iyiola..... 206-224

### Patrimoine, art, culture, cinéma & tourisme

- 16. La femme face à la tradition dans le film “ La jumelle” de Lanciné Diaby : entre combat et réalité de la femme**  
Olivier Kadja EHILE..... 225-236

## SECTION 3 : SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

### Archéologie

- 17. Stratégie coloniale et adaptations locales dans le royaume sanwi (sud-Côte d'Ivoire)**  
Ange Marius AKPO, TOURE Gninin Aïcha &  
ETTIEN N'Doua Etienne..... 237-250
- 18. Le littoral ivoirien : Berceau historique de l'Église catholique, inventaire patrimonial et perception contemporaine d'un héritage remarquable**  
ASSAKA Tatiana Larissa Sandrine &  
KIENON-KABORE Timpoko Hélène..... 251-267

### Histoire

- 19. Le dynamisme social du sexe féminin en Grèce classique Ve- IVe J.-C.**  
Fabrice OULAI..... 268-277
- 20. La politique étatique de la protection de l'environnement minier en Côte d'Ivoire (2000-2024)**  
Yhattey Hervé Thierry AGUIE..... 278-294
- 21. La Trajectoire de la filière industrielle du cycle au Burkina Faso, de 1963 à 2009**  
Eloge MIEHI & Richard Gouedan MEIGNAN ..... 295-311
- 22. L'espace rural à l'épreuve de l'exploitation forestière au Cameroun sous administration française (1921-1956)**  
Yannick ZO'OBO..... 312-321

- 23. Être de son temps ou s'affirmer comme monde.  
Les étudiants africains à Dakar (années 1950-1970)**  
Mamadou Yéro BALDE..... 322-339
- 24. La gestion coloniale de l'assainissement de la ville d'Aboisso, 1913-1926**  
N'GUESSAN ROKIA BOUBACARD ÉPOUSE ANOH,  
ESSEY Bonzou Ella épouse OHOUO & BAKAYOKO Nonama Rockya..... 400-414

### Géographie

- 25. Impacts de l'orpillage légal sur les écosystèmes préforestiers  
dans le département de Katiola (Centre-Nord ivoirien)**  
N'Gromma Florent KOUADIO..... 415-430
- 26.« Effets structurants » du Train Express Régional (TER)  
à Dakar (Sénégal)**  
Awa FALL..... 431- 452
- 27. Gestion intégrée des ressources en eau de la commune de Medina (Sénégal)**  
René Ndimag DIOUF..... 453- 464
- 28. Dynamique urbaine et développement économique à Korhogo  
(nord de la Côte d'Ivoire)**  
Konan Norbert KOFFI, Mariam DIOMANDE &  
Songuimadenin Siaka YEO..... 465-482
- 29. Mutation foncière et reconversion paysanne dans la sous-préfecture  
de Yamoussoukro**  
Achille Roger TAPE..... 483-496
- 30. Exposition au travail des enfants d'immigrants en milieu rural  
dans la sous-préfecture de Duékoué**  
Kouadio Arnaud Yao & GOHOUROU Florent..... 497-511
- 31. La morbidité infantile des infections respiratoires aiguës  
dans les districts sanitaires du V Baoulé de 2017 à 2022**  
SEDEHI Akissi Epiphane, TRA BI Zamblé Armand &  
KANGA Kouakou Hermann Michel..... 512-520

### Philosophie

- 32. Heidegger et la cybernétique : critique de la réduction  
de l'existence à la fonctionnalité**  
Mlan Kouakou Pierre ANZIAN..... 521-540
- 33. Essence de la pensée hobbesienne et rawlsienne dans  
la problématique du développement de l'Afrique**  
Kouadio Louis N'GUESSAN & Abraham Saint-Omer Koffi KOUAKOU..... 541-554
- 34. La palabre africaine : une expression de la démocratie**  
N'Guessan Jonas Kouassi..... 555-567

- 35. Cynisme politique et déshumanisation de l'homme dans le monde vécu aujourd'hui**  
Christophe ONGUENE ONGUENE..... 568-581
- 36. L'impérialisme extractiviste en Afrique**  
Kouadio YAO..... 582-597
- 37. L'oubli constitutif de la technique : déconstruire le paradigme technoscientifique**  
Gabriel VANNA..... 598-608
- 38. Quine et l'effondrement de l'épistémologie classique**  
Koffi Zahouo Alain & Koffi KOUASSI..... 609-622

### Anthropologie et sociologie

- 39. Le Togo dans le nouvel ordre géostratégique : diversification et enjeux de sécurité**  
Laré Batouth PENN..... 623-640
- 40. Entre racines ethniques et conscience nationale : dynamiques identitaires au Gabon contemporain**  
Steeve-Thierry BALONDJI..... 641-659
- 41. Les collectivités territoriales décentralisées et la gouvernance éducative à l'ère de la décentralisation au Cameroun**  
Simon Patou Simon..... 660-677
- 42. Motivation extrinsèque et performance scolaire en contexte ivoirien : une analyse du rendement des élèves de Troisième et de Terminale dans le département d'Alépé**  
AGUI Lobah Azouan Barthelemy & BLA Ypodé Guéaybomin Emmanuel..... 678-692
- 43. Représentations, croyances et pratiques sociales autour de la route et des accidents de la circulation en Côte d'Ivoire**  
KACOU Fato Patrice & GBOKO Kouadio Roger..... 693-706
- 44. Félix Houphouët Boigny et l'intégration des immigrés à Hiré, sud-ouest de la Côte d'Ivoire**  
Dabé Laurent OUREGA..... 707-725

### Criminologie

- 45. Délits Economiques à Lubumbashi : Enquête Proactive**  
MULUNDA TSHIEYA Lucien..... 726-737

**Psychologie**

- 46. Le rôle médiateur de la régulation émotionnelle entre stress et comportements à risque des mototaximens**  
Djiessi Makouam & Placide Mengoua..... 738-756
- 47. Modèles explicatifs du passage à l'acte des auteurs d'agression sexuelle : convergences, divergences, enjeux cliniques**  
Kaama Sandrine GOUNDJOA & Kaka KALINA..... 757-770
- 48. Vulnérabilité et résilience chez les enfants de mères dépressives : une étude qualitative en contexte hospitalier ivoirien**  
KOFFI Ekissi Jean Armel, Amalaman Franck Severin ANDO & KOFFI N'Guessan Williams..... 771-789

**Science de l'éducation**

- 49. Le système LMD au Mali : d'une adoption formelle à la quête d'une adaptation institutionnelle**  
Chiaka SAMAKÉ, Idrissa Soïba TRAORE & Mamadou KOUMARE ..... 790-804

**SECTION 4 : SCIENCES POLITIQUES ET JURIDIQUES****Sciences politiques et administratives**

- 50. La continuité des services publics administratifs à l'épreuve des théories et des faits : cas de la ville de Bukavu pendant l'occupation de l'AFC/M23**  
David CIZA, Pacifique Makuta MWAMBUSA,  
Joseph Munyabeni NYEMBO & Augustin Kahindo MUHESI ..... 805-813

**SECTION 5 : SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION**

- 51. Contribution du management participatif dans l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements publics hospitaliers de Bamako**  
Zoubeirou HAROUNA, BERTHÉ Soungalo & DICKO Albadia Abdoulaye.... 814-831
- 52. Audit interne et prévention de la fraude sur les recettes du service recouvrement de la mairie de Bouaké**  
Gningninri Augustin KONE..... 832-848

**SECTION 6 : GEOSCIENCES**

- 53. Caractérisation géochimique des roches du socle panafricain de Dan Issa (Sud-Maradi, Niger) par fluorescence X**  
Ousmane Loumoumba MOUSSA MAHAMAN, Karimou DIA HANTCHI,  
Rachid BOUBACAR OUMAROU & Yaou BAKOYE..... 849-868

## **Contribution du management participatif dans l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements publics hospitaliers de Bamako**

**Zoubeirou HAROUNA**

*Chargé de recherche,  
Centre National de Transfusion Sanguine,  
Email : [zousecret06@yahoo.fr](mailto:zousecret06@yahoo.fr) ;*

**BERTHÉ Soungalo**

*Enseignant-chercheur,  
Universités des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB)  
Institut Universitaire de Développement Territorial (IUDT)  
Email: [berthesoungalo1986@yahoo.fr](mailto:berthesoungalo1986@yahoo.fr)*

&

**DICKO Albadia Abdoulaye**

*Doctorant,  
Institution Privée d'Enseignement Supérieur  
et de Recherche Interdisciplinaire,  
(Groupe SUP DE CO DAKAR),  
Email : [albadia\\_d@yahoo.fr](mailto:albadia_d@yahoo.fr)*

**Date de soumission** : 12-11-2026

**Date de publication** : 28-02-2026

### **Résumé**

Cette étude cherche à explorer l'apport du management participatif dans le processus de l'amélioration de la qualité des soins. Pour atteindre nos objectifs, nous avons adopté une approche qualitative exploratoire et une étude documentaire accompagnée par des entretiens semi-directifs auprès des professionnels des trois grands EPH de Bamako à savoir le CHU Gabriel TOURE, le Point G et l'hôpital du Mali. L'analyse croisée des données nous a permis d'identifier cinq axes majeurs qui influencent la qualité des soins. Il s'agit de la perception du management participatif, des pratiques observées du management participatif, des dimensions internes du management participatif, des effets du management participatif et des contraintes du management participatif dans les hôpitaux.

Les résultats montrent que des mécanismes sont mis en place dans les hôpitaux mais que la mise en œuvre pose un énorme problème. Toutefois des dispositions particulières locales émergent par les responsables des hôpitaux. Il ressort aussi de nos investigations que le management participatif joue un rôle prépondérant dans le processus du renforcement de la qualité des soins dans ces EPH. Ainsi, l'étude recommande le renforcement des compétences managériales des responsables hospitaliers, l'institutionnalisation des cadres de dialogue social, l'intégration du management participatif dans les outils de pilotage de qualité.

**Mots clés** : Contribution, Management, Participatif, Qualité, Etablissements Publics Hospitaliers



## **Contribution of participative management to improving the quality of care in public hospitals in Bamako.**

### **Abstract**

This study seeks to explore the contribution of participatory management to the quality improvement process in healthcare. To achieve our objectives, we adopted an exploratory qualitative approach and a documentary study supplemented by semi-structured interviews with professionals from the three major public hospitals in Bamako: the Gabriel Touré University Hospital, the Point G Hospital, and the Mali Hospital. Cross-analysis of the data allowed us to identify five major areas influencing the quality of care: the perception of participatory management, observed participatory management practices, the internal dimensions of participatory management, the effects of participatory management, and the constraints of participatory management in hospitals. The results show that mechanisms are in place in hospitals, but their implementation poses a significant challenge. However, specific local arrangements are emerging among hospital administrators. Our investigations also reveal that participatory management plays a leading role in the process of improving the quality of care in these public hospitals. Therefore, the study recommends strengthening the managerial skills of hospital administrators, institutionalizing frameworks for social dialogue, and integrating participatory management into quality management tools.

**Keywords :** Contribution, Management, Participatory, Quality, Public Hospital Establishments

### **Introduction**

Les établissements publics à caractère hospitaliers sont des structures publiques de santé créées par la loi n°03-022 du 14 juillet 2003. Ils sont dotés d'une personnalité morale et d'une autonomie de gestion administrative et financière. Leurs missions principales sont la mise en œuvre de la politique nationale de santé notamment en assurant le diagnostic, le traitement, la surveillance des malades, la formation et la recherche dans le domaine de la santé publique. Situés au troisième niveau de la pyramide sanitaire, ces établissements jouent un rôle important dans les politiques de santé au Mali où le secteur fait face à des nombreux défis liés à la surcharge du travail, au manque de personnel qualifié, à l'insuffisance des ressources matérielles et financières et aux modes de gouvernance.

B. Sidibé (2023) reconnaît que l'amélioration de la qualité des soins fournis par ces EPH et les pratiques managériales ne peuvent pas être dissociées. Ainsi l'une des pratiques managériales le mieux adoptée reste le management participatif. Selon, A. Amar (2002), le management participatif est une approche managériale qui fait intégrer les collaborateurs dans le processus de prise de décision stratégique valorisant ainsi leurs expériences et leurs connaissances pour optimiser la performance organisationnelle. Ces auteurs s'accordent à dire que le management participatif peut

favoriser la motivation du personnel, renforcer la cohésion sociale, inciter l'innovation au sein des CHU.

Ainsi les sciences sociales aperçoivent les CHU comme des organisations complexes, caractérisées par une pluralité d'acteurs de domaines différents puis les travaux de M. Croizier et E. Friedberg (1977) mettent en évidence que leur fonctionnement doit se reposer sur des jeux d'acteurs, des rapports de pouvoir et des marges de manœuvres formelles. Pour cela une gouvernance fortement centralisée tend à rigidifier les pratiques, à limiter les initiatives professionnelles et à générer des tensions internes dans les hôpitaux.

De même dans le New Public Management, les réformes hospitalières privilégient la performance, la rationalisation des coûts et le contrôle des résultats (C. Hood, 1991). Selon l'auteur, cette nouvelle théorie a permis d'introduire des outils de gestion et des indicateurs de performance d'une part et d'autre part elle a démontré la faible en compte des dimension humaines, relationnelle et professionnelle dans le secteur hospitalier.

Pour corriger cette insuffisance, la gouvernance publique contemporaine ont misés sur le New Public Service pour valoriser la participation des agents publics dans l'action publique (R.B. Denhardt, 2000). C'est dans ce cadre que le management participatif intervient comme un mode de gestion fondé sur la responsabilité, la reconnaissance et la prise en comptes des salariés dans les prises des décisions. Selon P. Kim et al, (2002), A. Amar (2002), il favorise la confiance organisationnelle, la cohésion des équipes dans les organisations.

Cependant, dans les établissements publics maliens, ce mode de gouvernance reste encore peu pris en compte par les responsables et sa mise en œuvre effective suscite de nombreux défis. De même, les initiatives observées restent souvent ponctuelles, informelles et dépendantes de la volonté des décideurs. Dès lors la problématique de cette étude peut être formulée comme suit : Dans quelle mesure le management participatif contribue-t-il à améliorer la qualité des services hospitaliers au Mali ?

Ainsi, le présent article vise à expliquer comment le management participatif peut contribuer à l'amélioration de la qualité des services dans les établissements publics hospitaliers au Mali. Pour se faire, nous identifierons et étudierons d'abord les pratiques existantes dans les EPH, puis dégagerons leurs impacts sur la qualité des services fournis aux usagers enfin nous proposerons des recommandations. Ainsi, une enquête sera menée auprès d'un échantillon de quinze (15)

professionnels de santé (médecins, infirmiers et cadres administratifs) et six (06) usagers repartis entre les trois grand EPH à savoir le CHU Gabriel TOURE, le Point G et l'hôpital du Mali.

L'enquête se fera à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif, cela nous permettra d'aborder les thèmes relatifs à la perception du management participatif, aux différentes pratiques mises en place ainsi que leurs défis et impacts sur la qualité des soins fournis aux populations. L'analyse des contenus des discours permettra de déterminer le niveau de la contribution du management participatif à la qualité des soins.

## **1. Revue de littérature**

### **1.1. Le management participatif**

Le management participatif est une forme de gestion fondée sur l'implication active des salariés dans la prise de décision. Cette pratique permet de valoriser les connaissances et les expériences optimisant la performance organisationnelle (A. Amar, 2002). Il se repose sur la décentralisation de l'autorité et la valorisation des savoirs issus du terrain (H. Mintzberg, 1989). En effet, c'est une approche qui favorise la motivation, la créativité et l'appropriation des décisions. Pour Schein (2010), elle favorise un sentiment d'appartenance à une classe sociale et permet aux salariés de renforcer leur confiance et leur loyauté envers leur organisation (P. Kim et al, 2022). Dans le contexte hospitalier, M. Diop et A. Sow (2019) démontrent qu'un établissement hospitalier qui adopte un management participatif a plus de chance d'enregistrer des meilleurs résultats en termes de performance organisationnelle et de gestion des conflits. Cela est confirmé dans les travaux de Z. Maïga (2022) qui souligne que l'appropriation locale des décisions dans les hôpitaux renforce le sentiment d'engagement et limite les résistances aux réformes.

Le principe de management participatif est de laisser la possibilité à chacun de s'exprimer verbalement et dans l'action (M.G Douglas, 1960, R. Linker, 1967, K. Lewin, 1951). L'objectif est d'impliquer au maximum chaque personne ainsi que le groupe dans les prises de décisions. Il permet de donner la possibilité à chaque employé de s'exprimer ou de participer à la construction des objectifs et des plans d'actions. Par conséquent le management participatif responsabilise les individus, les équipes et permet donc leur grande implication dans la gestion opérationnelle. Cependant, il est basé sur trois dimensions. L'autonomie, la communication interne et la confiance.

## **1.2. L'autonomie**

Elle vise à donner plus de responsabilité aux salariés et aux équipes dans les prises de décisions. Ainsi, l'autonomie est apparue comme un facteur déterminant pour le développement participatif des salariés et garantit l'efficacité et l'efficience dans la production. Pour Deci et Ryan (2000), l'autonomie désigne la perception par un salarié qu'il est à l'origine de ses actes et décisions. Dans le milieu sanitaire, elle se manifeste par la délégation de pouvoir aux équipes, la participation des salariés aux prises des décisions. Une étude corrélationnelle entre autonomie des infirmiers et qualité des soins perçus de A. M. Zainab et al. (2021) montre qu'il existe bel et bien une relation entre un niveau d'autonomie et le niveau de qualité de soins selon les patients. Cependant, l'autonomie est vécue comme liée à la pratique clinique de tous les jours, mais est souvent limitée par la structure organisationnelle (O. Oshodi et al, 2019). Les résultats de l'étude que les auteurs ont menés sur la perception et expériences de l'autonomie auprès de 48 infirmiers au Royaume-Uni montrent que l'autonomie était plus centrée sur l'environnement immédiat que sur les instances décisionnelles au niveau hospitalier.

## **1.3. La communication interne**

Qu'elle soit ascendante ou descendante, la communication interne est indispensable à la dynamique participative des salariés. Elle a pour rôle de partager les priorités et les objectifs stratégiques, d'anticiper et résoudre les conflits, de motiver et de mobiliser les équipes. Dans son mémoire de fin d'étude, Z. Maiga (2018) constate que la communication interne est faible dans les hôpitaux de Bamako, ce qui constitue un frein à l'engagement des agents de santé. La communication interne inclut entre autres les réunions hebdomadaires, le partage des notes administratives et des feedbacks réguliers. Dans les EPH, la qualité des soins dépend de la qualité de communication entre professionnels et patients. Cependant il existe plusieurs fonctions de la communication interne dans les hôpitaux parmi lesquelles nous pouvons citer : la fonction informationnelle, la fonction coordinationnelle et la fonction motivationnelle.

La fonction informationnelle dans les hôpitaux vise à circuler l'information. Elle est importante pour la cohérence organisationnelle et la prise de décision collective (H. Mintzberg, 1989) et prend en compte les politiques internes, l'application des procédures, la modification des planifications.

De même pour la fonction coordinationnelle de la communication interne, elle s'attache à coordonner les actions des différents acteurs, services et unités afin d'assurer une cohérence

opérationnelle dans la réalisation des objectifs. Cette fonction est surtout intéressante dans la mise en œuvre des processus de qualité des soins (A. Donabedian, 1980) dans la communication structurée pour les meilleurs résultats cliniques (M. Kruk et al., 2018).

Quant à la fonction motivationnelle de la communication interne, elle fait référence à l'engagement, la reconnaissance, l'adhésion et l'implication des acteurs. Cette fonction montre que la satisfaction du besoin d'autonomie, de compétence et de relation est un puissant déterminant de la motivation intrinsèque (E. Deci & R. M. Ryan, 2000) et essentielle pour inspirer et mobiliser les équipes (Bass, B. M., 1990).

Par ailleurs plusieurs chercheurs estiment qu'il y a un lien étroit entre la communication interne et la qualité des soins. Selon A. Donabedian (1980), le processus de soins de qualité nécessite une communication claire, fiable et continue entre les acteurs. Toutefois la qualité des soins ne dépend pas uniquement des compétences techniques ou des ressources matérielles mais aussi de la qualité des interactions organisationnelles à travers la communication interne. Ainsi la qualité de soins dans les pays à revenu faible et intermédiaire est fortement conditionnée par la capacité des organisations de santé à assurer une communication efficace entre professionnels (M. Kruk et al., 2018). Dans les hôpitaux, la communication permet d'éviter les risques liés aux erreurs de soins, à la rupture de continuité et aux conflits interprofessionnels.

#### **1.4. La confiance**

Elle est la dimension la plus importante du management participatif. En milieu sanitaire, elle se manifeste par la coopération, la coordination et la responsabilisation des équipes. Toutefois sans confiance aucune initiative participative ne peut réellement s'enraciner ni prospérer (H. Mitzberg, 1989). Dans les hôpitaux, la confiance se manifeste d'une part entre les managers et les techniciens et d'autre part entre les techniciens et les patients. Elle permet une meilleure circulation de l'information (H. Laschinger et al., 2024), une implication des équipes dans les décisions stratégiques (B. Alimo-Metcalfe, 2001). Par ailleurs, selon plusieurs chercheurs, le faible niveau de confiance entre les managers et les agents de santé peut nuire sur la qualité des soins fournis aux patients. Ainsi, le manque de clarté et de transparence dans les décisions, l'absence de reconnaissance créent un climat de méfiance et de suspicion dans la gestion hospitalière. Pour cela une bonne pratique de leadership et un cadre de reconnaissance équitables doivent être mise en place pour mieux renforcer la confiance.

### **1.5. La qualité de soins**

La qualité de soins est la mesure dans laquelle les professionnels de la santé fournissent à la population des services de santé de qualité à la hauteur des souhaits. Elle englobe l'efficacité, la sécurité, la satisfaction du patient et la continuité des services. Ainsi dans le rapport de l'OMS en 2018, la qualité de soins consiste à fournir aux patients des services de santé les plus appropriés pour produire les meilleurs résultats possibles, compte tenu des ressources disponibles. En effet, l'augmentation du taux de mortalité, la perte de confiance dans le système de santé sont entre autres les lacunes dans la qualité de soins selon M. E. Kruk, et al. (2018). Dans les hôpitaux publics la qualité de soins est caractérisée par trois dimensions.

#### **1.5.1. La sécurité des soins**

Elle est la capacité pour une structure sanitaire d'éviter les erreurs lors de la prise en charge d'un patient. Selon l'OMS (2018) la sécurité des soins consiste à prévenir les risques et les erreurs lors de la prestation des services de santé. En effet, la complexité des procédures médicales, la vulnérabilité des patients, les mauvaises conditions de travail et le risque élevé d'infections sont les raisons fondamentales pour assurer la sécurité des soins dans les hôpitaux. La qualité de soins est un indicateur indispensable pour l'image de l'hôpital et en lien direct avec la compétence professionnelle, la disponibilité des ressources et la culture organisationnelle (A. Donabedian, 1980).

#### **1.5.2. L'accessibilité aux soins**

L'accessibilité aux soins est la capacité pour les hôpitaux de prendre en charge les patients sans problème avec sécurité, efficacité et continuité. Pour l'OMS (2006), elle est une disposition par laquelle un patient obtient un soin de santé dont il a besoin sans obstacles financiers, géographiques, sociaux ou culturels. Cependant l'accessibilité aux soins recouvre non seulement la proximité physique des structures de soins et le coût de la prestation mais aussi la disponibilité du personnel qualifié et le temps mis pour être pris en charge.

#### **1.5.3. La satisfaction du patient**

La satisfaction correspond à la réponse positive aux attentes et aux valeurs du patient. Elle doit prendre en compte le respect du patient, la qualité de communication et l'environnement de soin. Selon A. Donabedian (2018) la satisfaction du patient est considérée comme un indicateur majeur de la qualité de soins. Cependant, il existe plusieurs facteurs qui peuvent influencer la satisfaction du patient. Il s'agit entre autres la qualité de relation entre le patient et le médecin, la clarté et la

qualité de la communication, le temps accordé au patient et la disponibilité du médecin...La satisfaction est une marque essentielle du respect de la dignité humaine à l'hôpital (D. Berwick, 2011). Toutefois la surcharge du travail du personnel, la désinformation, la faible disponibilité des ressources financières et matérielles sont des situations qui peuvent mettre en péril la satisfaction du patient (M. Diop et A. Sow, 2019)

### **1.6. Etablissements publics hospitaliers**

Considérés au troisième niveau de la pyramide sanitaire, les établissements publics hospitaliers constituent l'épine dorsale du système de santé au Mali. Selon la loi hospitalière 2002 révisée en 2011 et le PRODESS 2023, ces établissements ont pour missions principales d'assurer l'accès équitable à des soins de qualité pour l'ensemble de la population, de garantir la continuité de service de santé et de participer à la formation et à la recherche en santé. Aussi, la loi hospitalière a permis d'améliorer l'autonomie de gestion dans les hôpitaux, de garantir la responsabilité des directeurs et de renforcer la gestion accès sur les résultats. Cependant la gouvernance de ces établissements reste confrontée à des défis liés aux ressources financières, matérielles et humaines pour satisfaire les besoins de la population en termes de la santé.

## **2. Méthodes et matériels**

L'approche qualitative exploratoire basée sur les entretiens individuels de type semi-directif et la recherche documentaire ont été exclusivement retenus. Cette démarche permet d'examiner de façon claire les perceptions, les pratiques et les expériences des professionnels de santé concernant le management participatif et son influence sur la qualité des soins dans les hôpitaux. Elle est mieux adaptée pour comprendre un processus social complexe à travers les points de vue des acteurs et utile pour explorer les phénomènes peu documentés dans leur contexte naturel (M.B. Miles & Huberman, 1994 ; P. Paillé & A. Mucchielli, 2016).

L'outil utilisé est le guide d'entretien. En effet, le choix de cet outil s'explique dans le but d'avoir des informations fiables et approfondies. Aussi, les entretiens semi-directifs se sont déroulés du 01 au 31 juillet 2025 dans trois établissements publics hospitaliers à savoir le CHU Gabriel TOURE, le CHU Point G et l'Hôpital du Mali. Le choix de ces EPH se justifie par non seulement leur position dans la pyramide sanitaire du Mali mais aussi leur niveau de fréquentation des patients dans le cadre des urgences, de la pédiatrie, de la médecine générale.

L'échantillonnage par commodité a été choisi pour enquêter auprès des médecins, cadres, syndicats, personnels et patients. Aucun quota n'était pas fixé d'avance et le nombre d'enquête a été déterminé en utilisant la technique de la saturation. Nous avons limité à 20 acteurs dont 05 Médecins, 05 cadres administratifs, 04 techniciens, 03 membres du syndicat et 03 patients conformément à la recommandation de A. Mucchielli (2005) selon laquelle un échantillon qualitatif diversifié mais limité permet de garantir la richesse des données sans saturation excessive. Aussi les acteurs sont choisis selon leur position centrale dans l'organisation hospitalière, leur rôle stratégique, leur contribution directe à la qualité et à la continuité des soins.

Les thèmes débattus portaient sur 05 axes à savoir : la perception du management participatif, ses dimensions, les expériences concrètes de participation, l'impact du management participatif sur la qualité de soins, les difficultés et les perspectives. Toutefois en plus du guide d'entretien semi-directif, pour mieux approfondir notre recherche, nous avons fait aussi une analyse documentaire porté sur les rapports, les textes et la littérature scientifique sur le management participatif dans le milieu hospitalier.

Concernant la méthode d'analyse, elle a été faite sous la forme d'une analyse thématique de contenu des discours livrés par chaque répondant lors des entretiens conformément à celle inspiré par V. Braun & V. Clarke (2000). Cette méthode a permis de structurer de manière rigoureuse les données issues des entretiens semi-directif et de la recherche documentaire en lien avec les axes analytiques définis par les objectifs de recherche. Elle se justifie par la nature exploratoire et compréhensible de l'étude qui vise d'une part de comprendre les perceptions, d'analyser les discours et d'autre part mettre en évidence les expériences vécues des différents acteurs hospitaliers. Pour garantir la rigueur et la transparence du processus analytique, l'analyse thématique a été conduite de manière systématique en suivant de façon claire les six phases proposées par V. Braun et V. Clarke (2000) à savoir :

- La familiarisation avec les données qui consistait à faire la transcription intégrale des entretiens semi-directif et à la lecture des verbatims ;
- Le code initial qui nous a permis de fragmenter les données tout en conservant leur contexte ;
- La recherche des thèmes pour regrouper les axes de discussion conformément à nos objectifs de recherche ;



- La révision des thèmes pour fusionner les ressemblances pour éviter les redondances ;
- La définition et la nomination des thèmes pour faciliter la compréhension et la lisibilité des résultats ;
- La rédaction et interprétation pour illustrer les analyses des résultats.

Sur le plan éthique, nous avons pris les soins de chercher les autorisations des services, de garder l'anonymat des enquêtés en utilisant les initiales de leurs prénoms et nom suivis de la spécialité et leurs institutions avec leur consentement éclairé.

### **3. Résultats**

Les résultats sont obtenus à l'issue des entretiens semi-directifs menés auprès de 20 acteurs hospitaliers (médecins, cadres de l'administration, techniciens, syndicats, patients) et une analyse documentaire rigoureuse. Ces méthodes ont permis de comparer les discours des praticiens et les rapports institutionnels dans le domaine du management participatif. Ainsi cinq thématiques ont été prouvées.

#### **3.1. Perception du management participatif dans les EPH**

La plupart de nos interviewés trouvent que le management participatif est une méthode qui consiste à prendre en compte les employés dans les prises des décisions les concernant. En effet le management participatif constitue un style de gestion qui se repose sur la confiance, la communication et la délégation permettant aux agents d'être autonome dans l'exercice de leur fonction. Ainsi, pour certains cadres et techniciens, elle apparaît comme une nouvelle stratégie qui permet de moderniser et de faciliter la gestion des EPH. Dans cette stratégie, il s'agit de donner la parole aux autres pour qu'ils puissent donner leur avis sur le fonctionnement des activités quotidiennes. Selon un cadre du CHU Gabriel TOURE : « ...participer à une réunion n'est pas seulement remplir la liste de présence mais il faut prendre la parole pour proposer, argumenter et faire pour sentir que votre voie compte ».

Quant aux patients, ils considèrent le management participatif comme un moyen pour améliorer la qualité de soins qui leurs sont fournis dans les hôpitaux. « ...Mon souhait est de ne pas perdre trop de temps quand je viens voir mon médecin dit un patient en convalescence au CHU du point G ». Par ailleurs les syndicalistes interrogés trouvent que c'est un droit pour les salariés d'être pris en compte dans les prises de décisions mais qui reste instrumentalisé et même symbolique.

«... Des fois, on nous consulte seulement pour la forme mais les décisions sont prises à un autre niveau nous dit un membre du syndicat de l'Hôpital du Mali ».

L'analyse documentaire faite à ce niveau insiste que la participation active des acteurs est un élément essentiel dans la transformation des hôpitaux publics. Cependant, ces principes restent peu visibles dans les hôpitaux.

### **3.2. Pratiques participatives dans les hôpitaux**

Elles sont l'ensemble des méthodes et approches de gestion permettant d'associer le personnel des hôpitaux dans la planification et la prise de décision afin de garantir la qualité des soins fournis aux patients. Les résultats montrent qu'il existe plusieurs pratiques participatives dans les hôpitaux mais limitées et peu institutionnalisées.

Verbatim « ...Chez nous il existe un comité de gestion qui se réunit une fois dans le mois où tous les chefs de service et le syndicat prennent part » nous dit un cadre du CHU Gabriel TOURE.

Verbatim « ... En dehors du comité de gestion, nous avons la réunion de direction, les réunions de service et les staffs techniques sont des pratiques qui existent chez nous » selon un technicien interrogé à l'Hôpital du Mali.

Toutefois, la prise en compte des avis donnés par le personnel dans ces rencontres reste très limitée et certaines décisions prises sont à peine appliquées.

Verbatim : « ...Dès fois nous prenons une décision lors des réunions de comité de gestion, mais l'application et le suivi de cette décision reste un dilemme », d'exit un membre du syndicat du CHU Point G.

Avec les nouvelles techniques de l'information et de la communication, d'autres pratiques participative telles que la mise en place des boîtes à suggestion pour les usagers, la création des groupes WhatsApp pour le personnel font leur apparition dans les hôpitaux. Ces mécanismes permettent non seulement de donner la parole aux patients mais aussi et surtout aux autres personnels qui ne prennent pas part aux différentes réunions de leur permettent de donner leur avis sur leur service respectif.

Verbatim « ... Je ne participe pas aux réunions du comité des gestions ou de direction mais s'il y a un problème dans notre service, je participe aux discussions sur notre groupe WhatsApp même si parfois nos idées ne sont pas prises en compte » selon un technicien du CHU Gabriel TOURE.

L'analyse documentaire faite à ce niveau confirme l'existence de ces mécanismes participatifs mais leur application dépend de la qualité de leadership et de la gouvernance locale. Elle souligne également une discordance totale entre les dispositifs prévus et leur applicabilité. Cependant ces pratiques doivent être encouragées par les politiques de qualité des soins mises en place par les autorités compétentes et les partenaires de la santé.

### **3.3. Dimensions internes du management participatif**

Les dimensions sont des styles de gestions qui peuvent favoriser l'implication du personnel dans la prise de décision. Trois dimensions interne sortent dans nos discussions avec les enquêtés. Il s'agit de la communication interne, de l'autonomie et de la confiance.

#### **3.3.1. Communication interne**

La communication interne constitue l'une des bases fondamentales du management participatif dans les hôpitaux. Elle facilite la circulation de l'information entre la direction et le personnel (administratif et médical). Bien qu'elle se concrétise par la tenue des réunions et des concertations à tous les niveaux, la communication est jugée d'une part peu suffisante selon nos interviewés et d'autre part peu transparente et généralement descendante. Un Médecin du Point G nous dit : verbatim « ...parfois rien n'est formalisé et il y a trop d'informations orales et informelles ».

Dans la plupart des cas, la communication est descendante et manque de circulation formelle car peu de compte rendu et de feedback sont faits aux salariés. Cependant les textes consultés mentionnent bien l'importance de la communication horizontale, mais aucun indicateur structuré ne permet d'en évaluer l'effectivité dans les hôpitaux maliens.

#### **3.3.2. Autonomie**

L'autonomie est la capacité d'un agent ou d'une équipe à prendre une décision devant une situation complexe sans faire intervenir la hiérarchie. Selon plusieurs agents interrogés, elle implique non seulement la confiance mais aussi la responsabilité. Aussi l'autonomie dans ces hôpitaux se heurte à plusieurs contraintes qui sont d'ordres organisationnelles, structurelles et culturelles. Selon nos répondants l'autonomie en tant que dimension interne du management n'est qu'un fait mais pas une réalité. Ainsi un médecin de CHU Gabriel TOURE nous dit : verbatim « ..... face à certaines situations, je prendre ma responsabilité sans attendre les ordres même si parfois cette décision ne serait pas approuvée par la hiérarchie, mais sa reflète qu'à même à une autonomie ».

Cette catégorie d'autonomie est souvent invisible dans les grandes décisions stratégiques mais reste important dans le bon fonctionnement de l'hôpital. Aussi bien que dans ces hôpitaux les agents se permettent de prendre certaines initiatives et la reconnaissance de la hiérarchie reste faible. Cela marque un découragement chez les initiateurs. Verbatim « ... Même quand on prend une initiative pour débloquer un problème, on peut te rappeler à l'ordre avec une demande d'explication à l'appui. C'est vraiment déplorable et décourageant... » dénote un technicien de l'Hôpital du Mali.

Ces discours montrent un réel écart entre la volonté pour les agents de prendre certaines décisions autonomes et la nature de la réaction de la hiérarchie. Toutefois, il faut que l'autonomie en tant dimension interne de management participatif joue un rôle essentiel dans la qualité des soins fournis par les EPH. Cependant sa mise en œuvre dépend de la qualité du mode de gouvernance hospitalière.

### **3.3.3. La confiance**

La confiance est une ressource sociale qui facilite la coopération en permettant une meilleure coordination des interactions entre les acteurs (M. Laurent, et al. 2018). D'après nos interviewés le climat de confiance est perçu comme un peu fragile. En effet, il existe plusieurs agents qui ont peur de s'exprimer librement par craintes de représailles. Ceux qui d'ailleurs freinent leur participation libre dans la vie active des hôpitaux. Un membre du syndicat du CHU Gabriel TOURE nous déclare : verbatim « ...Proposer une amélioration dans les activités est parfois vu comme une forme de contestation... ».

Cependant, il faut noter que la confiance est un sentiment de fiabilité propre à chacun. Elle ne s'attribue pas mais elle se ressent de façon individuelle et favorise l'initiative, la responsabilité de tous, chacun à son niveau et en toute autonomie. Cette confiance doit exister d'une part entre les soignants eux-mêmes et d'autre part entre les soignants et les patients. Verbatim « Je suis plus confiant lorsqu'on m'écoute attentivement. Au faite, la confiance me donne la patience d'exit un patient à l'Hôpital du Mali ».

La confiance joue un rôle capital chez les patients, car plus ils se sentent écoutés, plus ils font confiance aux soignants.

### **3.3.4. Les effets du management participatif sur la qualité des soins**

Le management participatif a pour objectif d'impliquer les agents dans le processus de prise des décisions favorisant ainsi la qualité des soins. Selon plusieurs répondants, ce style de management

impacte directement sur la qualité des soins fournis aux patients à travers notamment la communication et la satisfaction.

Ainsi l'unanimité, les répondants affirment que la communication entre d'une part les agents et d'autre part entre les agents et les patients constitue un point positif du management participatif observé dans les hôpitaux. Cet état de fait est décrit à travers les réunions et les staffs qui se font dans les services. Verbatim « Tous les problèmes de notre service sont discutés lors de la réunion hebdomadaire et il n'y a pas de tabou dans les discussions nous dit un médecin du CHU Gabriel TOURE » Cela crée non seulement une confiance entre les agents, mais favorise une meilleure coordination des activités et augmente l'efficacité des hôpitaux. Partant de cela, la satisfaction des patients doit être au cœur des préoccupations des hôpitaux. A ce titre, elle dépendra d'une part des relations de convivialité entre les soignants et les soignés et d'autre part de la qualité de soins fournie aux soignés.

Toutefois, il a été constaté aussi qu'il existe des liens particuliers entre le management participatif et la qualité des soins à travers une meilleure coordination entre les équipes, une réduction des erreurs grâce aux échanges professionnelles et l'amélioration de la satisfaction des patients. D'ailleurs un patient de CHU Point G nous dit verbatim « je me sent mieux traité depuis que mon médecin me demande nos avis lors de nos conversations ».

#### **3.4. Les Contraintes du management participatif.**

Les Etablissements Publics Hospitaliers sont des structures sanitaires très complexes où des responsabilités sont engagées. Ce qui constitue un véritable problème pour la mise en place d'un management participatif. A ce niveau, les résultats montrent plusieurs obstacles parmi lesquels nous avons notés : l'absence des textes normatifs, le manque de formation adéquate en leadership, la centralisation des décisions, l'existence d'une culture managériale autoritaire. « Dans ce contexte particulier, déléguer un pouvoir n'est pas facile parce qu'il y a une responsabilité qui est engagée vis-à-vis des autorités nous dit un cadre du CHU Point G ».

Cependant, il existe plusieurs leviers pour contre carrer ces obstacles. En effet, il s'agit pour les responsables d'être ouvert au dialogue d'abord, ensuite d'avoir confiance et d'impliquer d'avantages les agents dans la gestion des services, enfin de sensibiliser les patients à leurs droits.

De façon générale, les résultats indiquent de façon claire que le management participatif joue un rôle très important dans l'amélioration de la qualité soins fournie aux patients, mais reste insuffisant

dans son application. Des efforts locaux sont faits mais ne font pas des effets durables sur la satisfaction des patients. Pour cela il faut nécessaire l'engagement des responsables, les managers des EPH et l'implication des agents dans les prises des décisions.

#### **4. Discussions**

Les résultats issus de cette étude suscitent des discussions relatives d'une part à la perception et aux dimensions du management participatif et d'autre part à ses effets dans les EPH.

Au titre de sa perception dans les EPH de Bamako, l'analyse montre une forte aspiration des EPH au management participatif pour améliorer la performance organisationnelle, conformément aux travaux de R. Likert (1976), Blake & Mouton et A. Mucchieilli (2014) qui considèrent le management participatif comme un levier fondamental pour améliorer la cohésion sociale et la performance organisationnelle.

L'étude montre également que les dimensions de la communication, de l'autonomie et de la confiance constituent un élément essentiel pour le dynamisme participatif des équipes engagées et améliorent la cohésion sociale à leurs seins. Ces résultats corroborent les travaux de H. Mintzberg (1998), E. Schein (2010), E. Deci & R.M. Ryan (2000), et P. Paillé et A. Mucchieilli (2016) pour qui la qualité d'une communication interne, l'autonomie et la confiance renforcent le climat social et la cohésion organisationnelle, la transparence, la motivation intrinsèque et la qualité au travail.

Toutefois l'analyse montre aussi que l'améliorations de la qualité des soins est fortement conditionnée à l'implication des agents dans les prises de décision. Ce qui entraîne une meilleure coordination, une baisse des erreurs et une satisfaction accrue des patients. Ces résultats sont confirmés dans les travaux de A. Donabedian (2003) et M. Kurt et al. (2018) selon lesquels la qualité de soins dépend non seulement de la compétence technique mais aussi de la qualité organisationnelle et relationnelle du système hospitalier.

#### **5. Recommandations**

Afin de renforcer le management participatif dans les établissements publics hospitalier, gage de l'amélioration de la qualité des soins, l'étude recommande :

- Renforcer la communication et le dialogue interne en mettant en place des cadres réguliers et permanents d'échanges entre le personnel technique, administratif et les instances représentatives du personnel ;

- Mettre en place des programmes de formation en management et leadership des responsables des différents services ;
- Valoriser l'autonomie et la responsabilité des agents à travers la délégation de certaines responsabilités opérationnelles pour renforcer leur implication dans la gestion des services ;
- Elargir le comité de gestion aux membres des comités consultatifs ;
- Promouvoir l'équité, la transparence et la confiance à travers la publication des rapports de performance.

### **Conclusion**

Cette étude avait pour objectif d'expliquer comment le management participatif contribue à l'amélioration de la qualité des soins dans les EHP de Bamako plus précisément au CHU Gabriel TOURE, CHU Point G et à l'Hôpital du Mali. Pour cela une approche qualitative appuyée par un guide d'entretien semi-directif avait été choisie. Ce guide a été adressé à une quinzaine de personnels techniques, administratifs et syndicaux des structures retenues. Les résultats montrent que le management participatif constitue un levier essentiel dans l'amélioration de la qualité des soins et la performance organisationnelle des EPH. Aussi, il favorise un climat de confiance, une communication interne fluide et une autonomie accrue, lorsqu'il est bien compris et mise en œuvre par les managers. De plus l'analyse documentaire faite à cet effet confirme que les EPH souffrent encore d'un manque de dialogue et d'une centralisation accrue des décisions. Selon A. Donabedian (1980), ces limites du management participatif compromettent d'une part la satisfaction des patients qui demeure un indicateur important dans les hôpitaux et d'autre part la qualité des soins. Néanmoins, des initiatives sont prises de façon locale à travers la mise en place des instances représentatives du personnel telles que le comité de gestion, le comité d'hygiène et de sécurité au travail, la délégation du personnel.

### **Références bibliographiques**

AL-MASHAQBEH Zainab et al., 2021, *The relationship between autonomy and quality health care among staff nurses*, Menoufia Nursing Journal V6

AMAR Anne, 2002, « Autonomie et responsables dans les organisations publiques : vers un nouveau modèle de management participatif », *Revue française de gestion*, 28(141), 85-98.

AVEDIS Donabedian, 1980, *La qualité des soins : Approche et évaluation* Genève, OMS

BEVERLY Alimo-Metcalfé, 2001, « Leadership et confiance dans les soins de santé », *Revue des services de santé et de recherche en politique*, 6(3), 144-150.

DIOP Mamadou. & SOW Awa, 2019, « Management participatif et qualité des soins dans les hôpitaux sénégalais : Une approche de performance collective », *Revue Dakar Médical*, 64(2), 45-60

DONALD Berwich M, 2011, « The science of improvement », *Journal of the American Medical Association*, 306(7), 850-851

DOUGLAS McGregor, 1960, *The human side of entreprise*, New York, McGraw-Hill

EDGAR H. Schein, 2020, *Culture organisationnelle et leadership*, Paris, Pearson

EDWARD L. Deci, & RICHARD M. Ryan, 2000, « Le self determination theory », *Les fondement de la motivation humaine. Dans Vallerand, R. J., & Thill, E. E. (dir.), Introduction à la psychologie de la motivation*, (p. 237-288). Paris : Etudes Vivantes.

HENRY Mintzberg, 1989, *Le management : voyage au centre des organisations*, Paris, Editions d'Organisation

HOOD Christopher, 1991, *A public management for all season?* *Public Administration*, 69(1), 3-19.

KIM P. S., PARK Chul-Kyu, PARK Hey Jin, 2002, *Participatory management and trust in government*, Evidence from South Korea, *Public Administration Review*, 62(2), 231-241.

KRUK Margaret E. et al., 2018, *Des systèmes de santé de haute qualité à l'ère des objectifs de développement durable*, *The Lancet Global Health*, 6(11), 1196-1252.

LASCHINGER Heather et al., 2014, « Leadership authentique confiance dans la direction et performance au travail chez les infirmiers », *Revue de gestion infirmière*, 22(5), 529-539

LAURENT Michel et al., 2018, « La confiance interpersonnelle en milieu hospitalier : Une proposition de lecture la proximité », *Gestion et management public*, 2018/3 vol.7, n°1

LEWIN Kurt, 1951, *Field theory in social science*, New York, Harper & Row.

LIKERT Rensis, 1967, *The Human organization: Its management and value*, New York, McGraw-Hill

MAIGA Zoumana, 2018, *La motivation du personnel et performance hospitalière au CHU Gabriel TOURE*, Mémoire de Master, Université de Bamako



MAIGA Zoumana, 2022, « Gestion hospitalière et gouvernance collaborative au Mali », *Revue Malienne de Santé Publique*, 8(1), 77-92

MICHAEL B. Miles et A. MICHAEL Huberman, 1994, *Analyse des données qualitatives*, 1<sup>ère</sup> édition De Boeck Université

MICHEL Croizier., & EHARD Friedberg, 1977, *L'auteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Edition du Seuil.

MORRIS Bernard Bass, 1990, *From transactional to transformation leadership*, New York, Free Press

MUCCHIELLI Alain, 2005, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Arman Colin.

OLUYINKA Oshodi et al., 2019, *Registered Nurses' perception and experience of autonomy*, A descriptive phenomenological study, BMC Nursing

ORGANISATION Mondiale de la Santé, 2018, *Cadre pour la sécurité des patients*, Genève.

PAILLÉ Pierre. & MUCCHIELLI Alain, 2016, *Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, (4<sup>e</sup> Edition), Paris, Armand Colin

ROBERT B. Denhardt et JANET V. Denhardt, 2000, *The Nex Public Service: Serving rather than steering*, Public Administration Review, 60(6), 549-559.

VIRGINIA Braun, & VICTORIA Clarke, 2006, *L'analyse thématique ; une méthode accessible pour identifier, analyser et rapporter des thèmes dans les données qualitatives*, 3(2), 77-101.