

## **Problématique de l’instabilité du personnel de santé en milieu rural : cas du district sanitaire de Ségou au Mali.**

**« Problem of the instability of health personnel in rural areas: case of the health district of Ségou in Mali ».**

**Bokary DIALLO**

Auteur principal

Enseignant-chercheur

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Bamako.

Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB).

Centre Universitaire en Recherche Economique et Sociale (CURES), Mali.

[bokarydiallofr@yahoo.fr](mailto:bokarydiallofr@yahoo.fr)

**Zakari Yaou KAKA**

Maître de Conférences Agrégé en Sciences de gestion

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Bamako.

Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB).

Centre Universitaire en Recherche Economique et Sociale (CURES), Mali.

**Houdou Attikou DIALLO**

Maître de Conférences en Sciences de gestion

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Bamako.

Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB).

Centre Universitaire en Recherche Economique et Sociale (CURES), Mali.

**Soboua THERA**

Doyen de la FSEG - Maître de Conférences en Sciences de gestion

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Bamako –(FSEG).

Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB).

Centre Universitaire en Recherche Economique et Sociale (CURES), Mali.

**Souleymane TRAORE**

Manager des Services de Santé – Institut National de Formation en Sciences de la santé (INFSS)  
– Bamako- Mali.

**Date de soumission :** 26/07/2020

**Date d’acceptation :** 07/08/2020

DIALLO B. & al. (2020). «Problématique du recrutement des personnes handicapées : cas des entreprises privées du District de Bamako » , Revue Internationale des Sciences de Gestion. « Volume 3 : Numéro 3 » pp : 943- 968.

## Résumé

L'instabilité du personnel de santé en milieu rural constitue un véritable problème de continuité des soins au Mali. Nous avons adopté une approche mixte (qualitative et quantitative) afin de nous permettre de mobiliser aussi bien les avantages du mode quantitatif que ceux du mode qualitatif. *Cette conduite aide à maîtriser le phénomène dans „toutes“ ses dimensions.* Ainsi, nous avons fait des entretiens semi-directifs et administré des questionnaires. Les agents, pour la plupart, détestent aller travailler en milieu rural. Les raisons sont essentiellement les mauvaises conditions du milieu rural.

Selon 40% des agents, les mauvaises conditions d'hébergement constituent la cause de leur démission. 70% des agents estiment que n'ayant pas leur conjoint (e) dans la même localité qu'eux, ils ne peuvent pas y rester. 80% trouvent qu'à cause des enfants sans leur père ou leur mère, ils sont obligés de rejoindre le ou la conjointe. 40% n'ayant pas accès à l'électricité estiment qu'ils n'y peuvent pas vivre.

13,3% n'avaient pas accès à l'eau potable dans leur commune et se voyaient exposés à des maladies dues à la mauvaise qualité de l'eau. 96,7% disaient qu'ils n'ont pas accès à l'Internet, chose sans laquelle ils ne peuvent plus vivre. 3% affirmaient qu'ils sont dans une zone d'insécurité et ils voyaient leur vie en danger chaque jour, d'où l'impérieuse nécessité de quitter. 60% estimaient qu'il n'existe pas de reconnaissance du travail bien fait par leurs supérieurs hiérarchiques, ce qui les décourageait d'y rester. Les logements étaient trop distants du lieu de travail, selon 46,7% des agents, et faute de moyens de déplacement, ils se rendaient péniblement au service. 46,7% affirmaient qu'ils n'ont pas accès à une route goudronnée, ce qui leur couperait du monde commercial. 93,3% déploraient la routinisation du travail. 86,7% se plaignaient de la surcharge du travail, d'autant plus qu'ils sont les seuls agents qualifiés du Centre de Santé Communautaire. 17% ont décidé de quitter, car ils ne s'entendaient pas avec les membres de l'Association de Santé Communautaire qui constituent leurs chefs hiérarchiques. 93% avaient de la difficulté de collaboration avec la Mairie et ne voulaient plus y rester.

**Mots clés** : instabilité ; milieu rural ; conditions de travail ; agents de santé ; Ségou.

## Abstract

The instability of health personnel in rural areas is a real problem of continuity of care in Mali.

We have adopted a mixed approach (qualitative and quantitative) in order to enable us to mobilize both the advantages of the quantitative mode and those of the qualitative mode.

This behavior helps to control the phenomenon in „all“ its dimensions. Thus, we conducted semi-structured interviews and administered questionnaires.

The agents, for the most part, hate going to work in rural areas. The reasons are mainly the poor conditions of the rural environment. According to 40% of staff, poor housing conditions are the cause of their transfer. 70% of agents believe that not having their spouse (e) in the same locality as them, they cannot stay there. 80% find that because of the children without their father or mother, they are forced to join the spouse. 40% who do not have access to electricity feel they cannot live there. 13.3% did not have access to drinking water in their municipality and saw themselves exposed to diseases due to poor water quality. 96.7% said they do not have access to the internet, something they cannot live without. 3% said they are in an insecure area and saw their lives in danger every day, hence the urgent need to leave. 60% felt that there was no recognition of a job well done by their supervisors, which discouraged them from staying there.

The accommodation was too far from the workplace, according to 46.7% of the agents, and due to a lack of means of transport, they struggled to reach the service. 46.7% said they do not have access to an asphalt road, which would cut them off from the business world. 93.3% deplored the routine of work. 86.7% complained about the overload of work, especially since they are the only qualified agents of the Community Health Center. 17% decided to leave because they did not get along with the members of the Community Health Association who constitute their hierarchical leaders. 93% had difficulty working with the Town Hall and no longer wanted to stay there.

**Keywords:** instability; rural environment; working conditions; health workers; Segou.

## Introduction

Dans le monde entier, l'instabilité du personnel de santé influe fortement sur l'atteinte des objectifs des soins de santé primaires.

Aujourd'hui, les gestionnaires sont surtout obnubilés par la dimension financière et la rentabilité d'une unité de direction. La recherche de gains de productivité est le moteur de l'activité économique de toute institution ; or, la gestion des ressources humaines peut aider cette dernière à améliorer son rendement grâce à l'action directe qu'elle exerce sur les salariés conscients de cette réalité.

D'après DEPERE et MEIGNANT [19], « les changements majeurs auxquels on a assisté à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle et incertitude croissante caractérisant les économies ont eu pour effet de modifier sensiblement les conditions de réussite des établissements sanitaires, obligeant plusieurs d'entre eux à réviser leur mode de gestion de même que leur structure organisationnelle ».

En raison de la position privilégiée dont il jouit au sein de l'établissement, le service des ressources humaines est aujourd'hui en mesure de favoriser des gains de productivité et d'accroître la capacité de prise en charge d'un établissement sanitaire.

L'instabilité du personnel de santé joue un grand rôle dans le rendement ou dans l'amélioration de qualité des services rendus. La performance de l'organisation repose essentiellement sur la stabilité et le rendement qualitatif des employés.

Il est possible pour des organisations d'avoir les mêmes technologies et les personnes qualifiées, mais dès lors que la stabilité du personnel est différente, les résultats seront aussi différents.

Il est vrai que la stabilité de toute institution progresse grâce à son capital humain bien traité, de sorte que tout le personnel se sente satisfait par les conditions de travail offertes par l'employeur. Seule une entreprise éminemment bien gérée traite l'intelligence et les capacités humaines comme les ressources à développer activement et consciemment. En effet, malgré la disponibilité des capacités financières et matérielles suffisantes ; on n'aura des succès qu'à condition que le personnel accepte de s'identifier à l'établissement, et décide de contribuer activement à son essor.

Au demeurant, le personnel mal géré devient automatiquement moins performant, et c'est l'organisation qui en souffre puisque la concurrence et la compétitivité deviennent impossibles à soutenir à cause du personnel ne répondant pas aux exigences et besoins modernes.

Pour YVES FREDELIC [20], les pouvoirs publics ont un rôle important à jouer dans la

progression à l'amélioration de la stabilité du personnel. Cependant, ce sujet est abordé en soulignant que « certains acteurs institutionnels sont susceptibles d'aider à prendre conscience des conditions de travail à travers le développement d'information à destination des salariés, notamment par les syndicats et par l'Etat ou encore les associations; le mouvement des infirmières en France à la fin de 1991, montre que la perception des conditions de travail s'est trouvée améliorée à travers des modifications de l'environnement de travail ».

Ces éléments permettent de dire que l'instabilité du personnel de santé relève d'une question politique et sociale au cas où l'Etat doit intervenir. Dans la même logique, il apparaît que, dans le même pays en voie de développement, le chemin reste toujours long car à l'insuffisance des agents qualifiés s'ajoutent les problèmes d'ordre financiers, matériels et sociopolitiques.

Le Mali a pris conscience de la pénurie du personnel dans le secteur sanitaire. C'est pourquoi, avec sa réforme de la santé qui a été engagée, le gouvernement cherche à :

- accélérer le développement des ressources humaines ;
- bonifier le personnel existant par une politique de formation ;
- attirer davantage les ressources humaines par l'amélioration des conditions de travail et des salaires.

Le développement de la stabilité du personnel de santé s'aligne avec l'idée de condition de travail du personnel de santé et le progrès des établissements de santé du pays en général.

Le personnel qui travaille dans de bonnes conditions atteint facilement l'objectif de l'organisation et la fidélisation du personnel. Dans ce contexte, les institutions sanitaires autant que d'autres doivent reconnaître l'importance qui devrait être attribuée à l'organisation du travail pour que les employés travaillent dans des conditions favorables.

➤ **Questions de recherche :**

○ **Question principale :**

Quels sont les facteurs liés à l'instabilité du personnel en milieu rural dans le district sanitaire de Ségou ?

○ **Questions spécifiques :**

Quels sont les caractéristiques sociodémographiques du personnel de santé du district sanitaire de Ségou?

- Quels sont les facteurs explicatifs liés à l'instabilité du personnel de santé en milieu rural?

- Quelles sont les solutions/stratégies susceptibles de stabiliser le personnel de santé en milieu rural ?

➤ **OBJECTIFS DE L'ETUDE :**

○ **Objectif général :**

Analyser l'instabilité du personnel de santé en milieu rural dans le district sanitaire de Ségou

○ **Objectifs spécifiques.**

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques du personnel des CSCOM ruraux;

- Déterminer les facteurs explicatifs de l'instabilité du personnel de santé en milieu rural;

- Proposer les solutions/stratégies susceptibles de stabiliser le personnel de santé en milieu rural.

➤ **HYPOTHESES :**

Les hypothèses à nos questions ont été formulées comme suit:

**H1:** l'instabilité du personnel de santé en milieu rural dépend des caractéristiques sociodémographiques du personnel des CSCOM ruraux;

**H2:** le manque de formation en management des responsables est l'un des facteurs explicatifs de l'instabilité du personnel de santé ;

**H3:** la motivation du personnel de santé permet de le stabiliser en milieu rural.

## **1. Méthodologie**

Notre positionnement épistémologique est positiviste et notre approche est hypothético-déductive.

### **1.1. Collecte des données**

#### **1.1.1. Méthode de collecte**

Étant donné que notre étude a pour objet de quantifier et de qualifier les variables personnelles, sociales et celles liées au travail, nous avons utilisé l'approche mixte (quantitative et qualitative).

Pour mieux collecter les données, nous avons exploré les documents administratifs et les dossiers du personnel dans les centres de santé. Ensuite, nous avons élaboré un questionnaire qui a mis plusieurs étapes dans sa construction et sa validation afin de quantifier et d'explorer les facteurs d'instabilité. C'est ainsi, nous nous sommes référés, dans un premier temps, à la littérature, au modèle théorique établi et à l'avis de notre encadreur. Ensuite, nous avons pris l'avis des personnels qui ont exercé dans le milieu rural ainsi que de certains responsables. Pour clarifier

certaines concepts non compréhensibles et juger le temps de remplissage, et le niveau de compréhension des questions, le questionnaire avait auparavant été soumis en guise de test à certains personnels au niveau du District Sanitaire de Markala. Enfin nous avons administré le questionnaire, après sa formulation, à tout le personnel des centres de santé ruraux qui ont été mutés en dehors de leur service habituel en 2016, 2017 et 2018, soit 30 personnels, sous la voie hiérarchique.

### **Approche qualitative**

Afin d'approfondir et de compléter l'analyse des variables liées à l'instabilité et d'étudier la perception du personnel de santé ainsi que les responsables sur ce problème, nous avons utilisé l'approche mixte quantitative et qualitative.

#### **1.1.2. Techniques de collecte**

**Tableau II: Techniques et outils de collecte des données :**

<b>Techniques</b>	<b>Outils</b>	<b>Cibles</b>
<b>Enquête individuelle</b>	Questionnaires	Personnel de santé en milieu rural qui a été muté
<b>Entretien individuel semi-directif</b>	Guide d'entretien	Responsable du district sanitaire de Ségou
<b>Exploitation de documents (technique documentaire)</b>	Fiches de dépouillement	Les documents administratifs : Archives, rapports au niveau du système d'information sanitaire du C.S.Réf de Ségou

#### **1.1.3. Echantillonnage :**

- **la méthode d'échantillonnage** probabiliste a été utilisée pour faciliter l'obtention de la taille de la population d'une trentaine de personnes.
- **La méthode non probabiliste** avec la technique de choix raisonné a permis d'interviewer les responsables du district sanitaire.

Sites de la recherche catégorie	Centres Santé Référence	Niveaux aires santé	Structures Privées	Total
Médecin Santé Publique	1			1
Médecin Pédiatre		1		1
Médecin Nutritionniste		1	0	1
Médecins Généralistes	5	11	8	24
Assistants Médicaux	3			3
Sages-femmes	9	18	8	35
Infirmiers d'Etat	6	6	8	20
Techniciens de Santé	8	29	11	48
Techniciens de Laboratoire	5	3	6	14
Techniciens d'hygiène	3	0	0	3
Gestionnaire	2	1	0	2
Techniciens d'hygiène	4	0	0	4
Gérants dépôt pharmaceutique	2	35	1	38
Matrones	4	37	3	44
Chauffeurs	4	0	1	5
Manœuvres	5	33	5	43
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>175</b>	<b>31</b>	<b>272</b>

#### **1.1.4. Aspects éthiques et déontologiques :**

Avant toute collecte de données nous avons tenu à nous entretenir avec le médecin chef du district sanitaire Ségou en présentant une lettre d'autorisation d'enquête au sein de son district afin d'obtenir son approbation. Nous lui avons, à cet effet expliqué les objectifs et les procédures de l'enquête. A la suite son accord, l'enquête a pu démarrer. Tous les participants ont été inclus dans l'étude après leur consentement libre et éclairé. Les entretiens se sont déroulés en toute courtoisie dans le respect des sensibilités individuelles et de la confidentialité.

#### **1.2. Traitement des données :**

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux ou de graphiques avec le logiciel SPSS Statistiques Version 20.0.

#### **1.3. Analyse des données :**

Les analyses se sont portées sur les facteurs explicatifs de l'instabilité du personnel de santé en milieu rural; avec le logiciel SPSS Statistiques Version 20.0.

#### **1.4. Positionnement épistémologique**

Notre positionnement épistémologique est l'interprétativisme, car cette étude permet d'expliquer les facteurs de l'instabilité du personnel de santé en milieu rural du district sanitaire de Ségou. Cette méthode permet aussi de dégager les impacts de l'instabilité du personnel de santé sur la vie des populations.

**L'interprétativisme :** la réalité est essentiellement mentale et perçue – hypothèse phénoménologique et le sujet et l'objet étudié sont fondamentalement indépendants – hypothèse d'interactivité – (Schwandt, 1994). De par ces propositions, l'objectif du chercheur n'est plus de découvrir la réalité et les lois la régissant, mais de développer une compréhension de cette réalité sociale. Ainsi, l'activité scientifique n'est pas de portée extérieure à elle, mais consiste à développer une compréhension de la réalité sociale qu'expérimentent les sujets étudiés. L'objet d'une recherche interprétativiste consiste à appréhender un phénomène dans la perspective des individus participant à sa création, en fonction de leurs langages, représentations, motivations et intentions propres (Hudson et Ozanne, 1988).

#### **1.5. Approche et types d'étude**

##### **1.5.1. Approche inductive**

L'induction est une opération logique allant de la particularité à la généralité (connexion

ascendante). Le chemin va du niveau spécifique au niveau plus général, des individus aux espèces, des faits aux lois. Les règles de la méthode inductive reposent sur deux lois selon lesquelles : - Dans les mêmes circonstances, les mêmes causes produisent les mêmes effets ; - Ce qui est vrai de plusieurs parties énumérées d'un sujet, est vrai pour tout ce sujet universel. Nous avons adopté une méthode mixte, c'est-à-dire qualitative et quantitative.

Cette approche est une combinaison des deux précédentes. Elle permet au chercheur de mobiliser aussi bien les avantages du mode quantitatif que ceux du mode qualitatif. Cette conduite aide à maîtriser le phénomène dans toutes ses dimensions.

Les deux approches ne s'opposent donc pas. Elles se complètent: L'approche qualitative, par observation, par entretien, permet de récolter énormément d'informations. Cependant la durée d'une enquête qualitative limite son recours à des sujets de recherche pour lesquelles on dispose de peu d'informations. L'enquête qualitative sera choisie dans une phase exploratoire d'un nouveau sujet de recherche. Elle permet de développer une théorie et relève donc d'un processus inductif. Cependant ce qui fait la force de l'approche qualitative (profondeur des entretiens) est source de faiblesses (durée de l'entretien) : on ne peut interroger qu'une faible partie des individus.

### 1.5.2. Type d'étude :

C'est une étude descriptive, qui porte les données rétrospectives :

- **descriptive** : notre étude porte sur la description des agents de santé ayant été mutés au niveau du district sanitaire de Ségou, car les données recueillies ont été utilisées pour décrire les facteurs de l'instabilité du personnel en milieu rural dans le district sanitaire de Ségou
- **Rétrospective** : (s'agissant des données de trois dernières années : de 2016 à 2018).

### 2. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période de trois ans allant du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2018.

### 3. Population d'étude

Notre population d'étude est constituée par l'ensemble du personnel des centres de santé communautaire ruraux du district sanitaire de Ségou qui ont été mutés entre 2016, 2017 et 2018.

## 2. RESULTATS

L'étude s'est déroulée au niveau du district sanitaire de Ségou. Elle a intéressé le personnel des Cscoms fonctionnels.

Elle a permis de mesurer les indicateurs pour chaque niveau et les résultats sont présentés selon les outils.

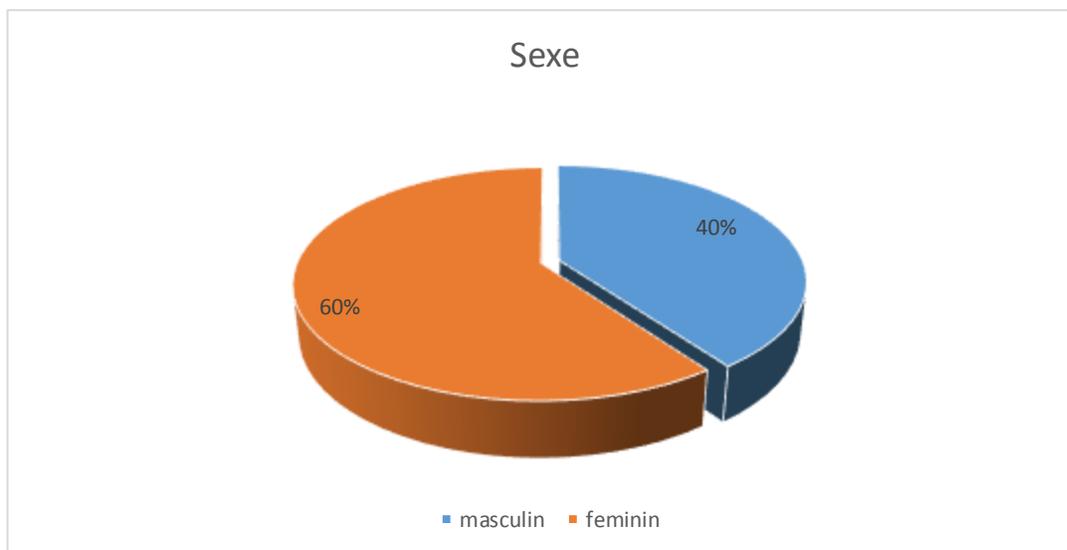
### 2.1. Caractéristiques sociodémographiques du personnel des CSCOM ruraux :

**Tableau III:** Répartition des agents de santé en fonction de la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage(%)
31-40 ans	17	56,7
41-60 ans	13	43,3
<b>Total</b>	30	100,0

La tranche d'âge de 31 à 40 ans était la plus représentée, soit 56,7%, avec un âge moyen de 35,5 ans.

**Figure n° 3:** Répartition des agents de santé selon le sexe

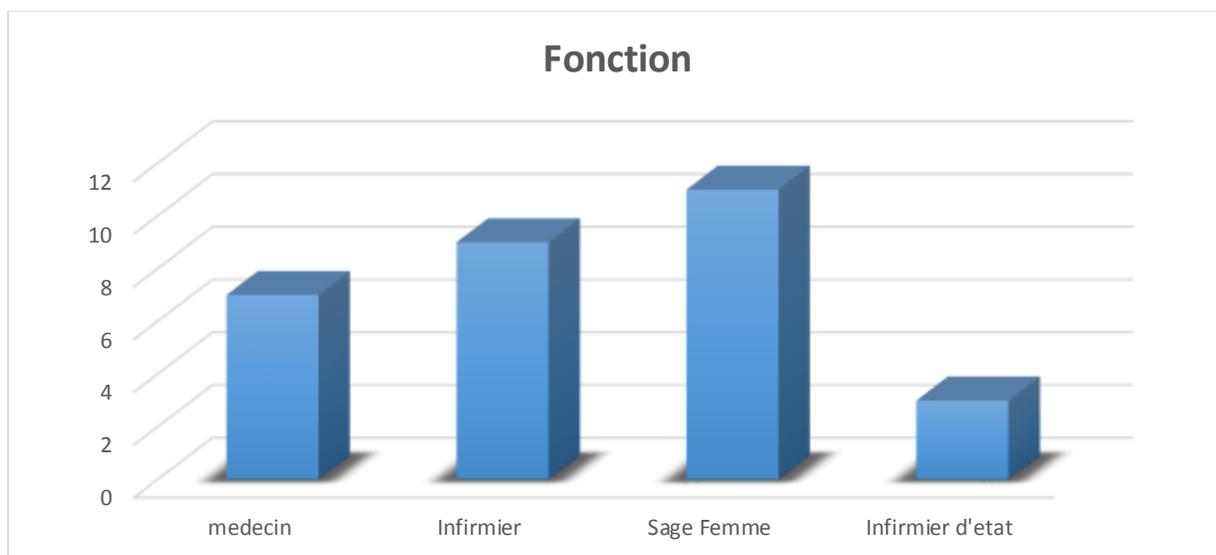


**Tableau IV:** Répartition des agents de santé en fonction de la formation académique.

Formation académique	Effectifs	Pourcentage
Doctorat	7	23,3
TSS	14	46,7
TS	9	30,0
<b>Total</b>	30	100,0

Parmi les agents de santé enquêtés, les technicien supérieur de santé (TSS) étaient les plus représentés, soit 46,7%.

**Figure 4 :** Répartition des agents de santé selon leurs fonctions.



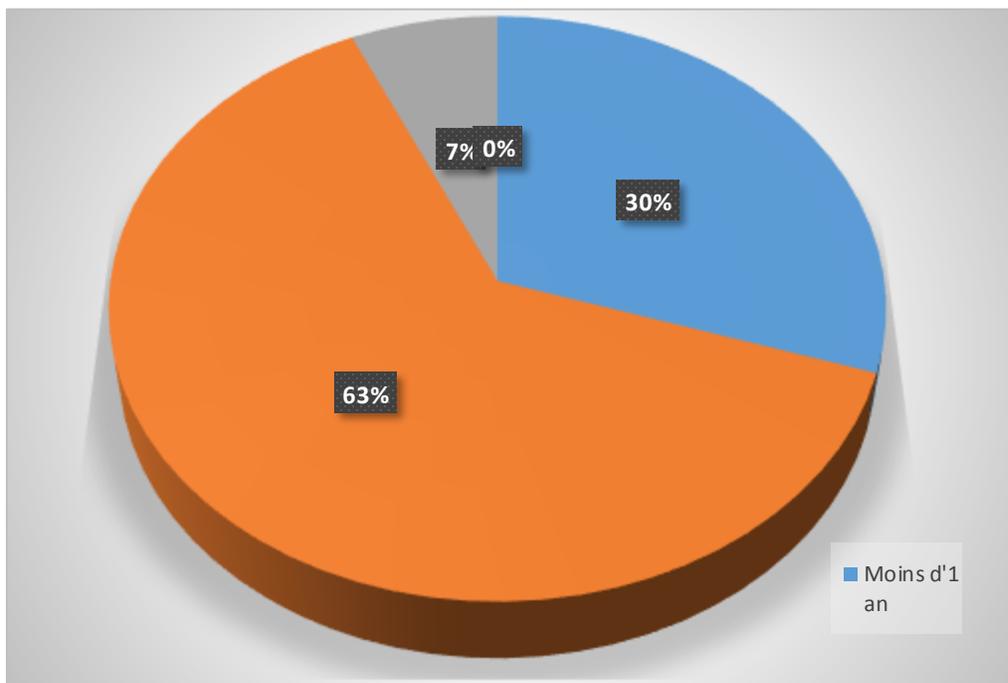
Parmi les agents de santé enquêtés, les sages-femmes étaient les plus représentées, soit 36,7%.

**Tableau V:** Répartition des agents de santé en fonction de la demande de mutation.

Demande de mutation	Effectifs	Pourcentage
Oui	24	80,0
Non	6	20,0
<b>Total</b>	30	100,0

Parmi les agents de santé enquêtés, 80% avaient rédigé la demande de mutation.

**Figure 5:** Répartition des agents de santé en fonction du nombre d'année au dernier service



Parmi les agents de santé enquêtés, le nombre d'année au dernier service étaient entre 2 à 5 ans soit 63,3% avec une moyenne de 3,5 ans.

**Tableau VI:** Répartition des agents de santé selon le nombre d'année en activité.

Nombre d'année en activité	Effectifs	Pourcentage
<b>Inférieur à 4 ans</b>	2	6,7
4 à 10 ans	<b>18</b>	<b>60,0</b>
<b>Supérieur à 10 ans</b>	10	33,3
<b>Total</b>	30	100,0

Parmi les agents de santé enquêtés, 60% avaient une expérience de 4 à 10 ans avec une moyenne de 7 ans.

## SECTION 2 : FACTEURS EXPLICATIFS DE L'INSTABILITE DU PERSONNEL DE SANTE EN MILIEU RURAL :

**Tableau VII:** Répartition des agents de santé selon le type de service.

Type de logement	Effectifs	Pourcentage
Logement service	<b>12</b>	<b>40,0</b>
<b>Logement propre</b>	9	30,0
<b>Logement à loyer</b>	9	30,0
<b>Total</b>	30	100,0

Le logement de service était le type de logement le plus représenté avant la mutation soit 40%

**Tableau VIII:** Répartition des agents de santé selon la présence du/de la conjoint (e)

Vivre avec conjoint(e)	Effectifs	Pourcentage
<b>Oui</b>	9	30,0
Non	<b>21</b>	<b>70,0</b>
<b>Total</b>	30	100,0

Parmi les agents de santé enquêtés, 70% n'avaient pas leur conjoint(e) sur le lieu de travail.

**Tableau IX:** Répartition des agents de santé selon le statut

Avoir des enfants	Effectifs	Pourcentage
Oui	24	80,0
Non	6	20,0
<b>Total</b>	30	100,0

Parmi les agents de santé enquêtés, 80% avaient des enfants.

**Tableau X:** Répartition des agents de santé selon la présence de leurs enfants

Vivre avec des enfants	Effectifs	Pourcentage
<b>Oui</b>	5	21
Non	19	79
<b>Total</b>	24	100,0

La majorité des agents de santé n'avait pas son/ses enfant (s) avec elle sur le lieu de travail soit 79%.

**Tableau XI:** Répartition des agents de santé en fonction de l'accès à l'électricité.

Electricité dans la commune	Effectifs	Pourcentage
Oui	18	60,0
Non	12	40,0
<b>Total</b>	30	100,0

Parmi les agents de santé enquêtés, 60% avaient de l'électricité dans leur commune.

**Tableau XII:** Répartition des agents de santé en fonction de l'accès à l'eau potable.

Eau potable dans la commune	Effectifs	Pourcentage
Oui	20	66,66
Non	10	33,33
<b>Total</b>	30	100,0

Parmi les agents de santé enquêtés, 66,66% avaient de l'eau potable dans leur commune.

**Tableau XIII:** Répartition des agents de santé en fonction de l'accès à l'internet.

Internet dans la commune	Effectifs	Pourcentage
Oui	1	3,3
Non	29	96,7
<b>Total</b>	30	100,0

Parmi les agents de santé enquêtés, 96,7% n'avaient pas d'internet dans leur commune.

**Tableau XIV:** Répartition des agents de santé selon la distance entre le logement et le lieu de travail.

Distance entre logement et le travail	Effectifs	Pourcentage
<b>Inférieur à 1km</b>	13	43,3
1-3 km	14	46,7
<b>3-10 km</b>	3	10,0
<b>Total</b>	30	100,0

La distance entre le logement et le lieu de travail étaient entre 1 et 3 km soit 46,7%.

**Tableau XV:** Répartition des agents de santé selon le type de route.

Type de route	Effectifs	Pourcentage
Goudronné	6	20,0
<b>Partiellement goudronné</b>	<b>16</b>	<b>53,3</b>
<b>Non goudronné</b>	8	26,7
<b>Total</b>	30	100,0

La majorité des agents de santé empruntaient la route partiellement goudronnée soit 53,3%.

**Tableau XVI:** Répartition des agents de santé selon la distance entre le lieu de travail et l'hôpital le plus proche.

Distance entre le travail et l'hôpital	Effectifs	Pourcentage
10 à 30 km	17	56,7
30 à 60 km	8	26,7
supérieur à 60km	5	16,7
<b>Total</b>	30	100,0

La distance entre le lieu de travail et l'hôpital le plus proche étaient entre 10 à 30 km soit 56,7%.

**Tableau XVII:** Répartition des agents de santé en fonction de la sécurité de la commune.

Sécurité de la commune	Effectifs	Pourcentage
Oui	18	60
Non	12	40
<b>Total</b>	30	100,0

Selon les agents de santé enquêtés, 60% avaient la sécurité garantie dans leur commune.

**Tableau XVIII:** Répartition des agents de santé selon la délégation des tâches des supérieurs hiérarchiques.

Délégation des tâches	Effectifs	Pourcentage
<b>Oui</b>	12	40,0
<b>Non</b>	<b>18</b>	<b>60,0</b>
<b>Total</b>	30	100,0

Parmi les agents de santé enquêtés, 60% n'avaient pas de délégation des tâches des supérieurs hiérarchiques.

**Tableau XIX:** Répartition des agents de santé selon la reconnaissance des supérieurs

Reconnaissance des supérieurs hiérarchiques	Effectifs	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>20</b>	<b>66,66</b>
<b>Non</b>	10	33,33
<b>Total</b>	30	100,0

hiérarchiques.

Parmi les agents de santé enquêtés, 66,66% avaient une reconnaissance des supérieurs hiérarchiques.

**Tableau XX:** Répartition des agents de santé selon la routine au travail.

Routine dans le travail	Effectifs	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>28</b>	<b>93,3</b>
<b>Non</b>	2	6,7
<b>Total</b>	30	100,0

Parmi les agents de santé enquêtés, 93,3% étaient dans la routine au travail.

**Tableau XXI:** Répartition des agents de santé selon la charge du travail.

Charge du travail	Effectifs	Pourcentage
Oui	26	86,7
Non	4	13,3
<b>Total</b>	30	100,0

Parmi les agents de santé enquêtés, avaient la charge au travail soit 86,7% des cas.

**Tableau XXII:** Répartition des agents de santé selon la possibilité de création et

Création et d'innovation dans le travail	Effectifs	Pourcentage
Oui	13	43,3
Non	17	56,7
<b>Total</b>	30	100,0

d'innovation.

Parmi les agents de santé enquêtés, 56,7% n'enregistraient ni création et innovation au travail.

**Tableau XXIII:** Répartition des agents de santé en fonction du travail d'équipe.

Travail d'équipe	Effectifs	Pourcentage
Oui	29	96,7
Non	1	3,3
<b>Total</b>	30	100,0

La majorité des agents de santé avaient un travail d'équipe soit 96,7%.

**Tableau XXIV:** Répartition des agents de santé selon la difficulté de collaboration avec l'ASACO.

Difficulté de collaboration avec ASACO	Effectifs	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>25</b>	<b>83,3</b>
Non	5	16,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Parmi les agents de santé enquêtés, 83% avaient de difficulté de collaboration avec l'ASACO. **En définitive, les facteurs explicatifs de l'instabilité du personnel de santé en milieu rural ont été les suivants :**

Selon 40% des agents, les mauvaises conditions d'hébergement constituent la cause de leur de mutation.

70% des agents estiment que n'ayant pas leur conjoint (e) dans la même localité qu'eux, ils ne peuvent pas y rester.

80% trouvent qu'à cause des enfants sans leur père ou leur mère, ils sont obligés de rejoindre le ou la conjointe.

40% n'ayant pas accès à l'électricité estiment qu'ils n'y peuvent pas vivre.

13,3% n'avaient pas accès à l'eau potable dans leur commune et se voyaient exposés à des maladies dues à la mauvaise qualité de l'eau.

96,7% disaient qu'ils n'ont pas accès à l'Internet, chose sans laquelle ils ne peuvent plus vivre.

3% affirmaient qu'ils sont dans une zone d'insécurité et ils voyaient leur vie en danger chaque jour, d'où l'impérieuse nécessité de quitter.

60% estimaient qu'il n'existe pas de reconnaissance du travail bien fait par leurs supérieurs hiérarchiques, ce qui les décourageait d'y rester.

Les logements étaient trop distants du lieu de travail, selon 46,7% des agents, et faute de moyens de déplacement, ils se rendaient péniblement au service.

46,7% affirmaient qu'ils n'ont pas accès à une route goudronnée, ce qui leur couperait du monde commercial.

93,3% déploraient la routinisation du travail.

86,7% se plaignaient de la surcharge du travail, d'autant plus qu'ils sont les seuls agents qualifiés du Centre de Santé Communautaire.

17% ont décidé de quitter, car ils ne s'entendaient pas avec les membres de l'Association de Santé Communautaire qui constituent leurs chefs hiérarchiques

93% avaient de difficulté de collaboration avec la Mairie et ne voulaient plus y rester.

## CHAPITRE III : COMMENTAIRE ET DISCUSSION

### SECTION 1 : COMMENTAIRES

La stabilité des ressources humaines doit être l'aspiration majeure de toute structure de santé qui souhaite la pérennité. La ressource humaine constitue le socle de développement de toute structure sanitaire. Au cours de notre étude,

cela pourrait s'expliquer par le fait que le cycle de formation des agents de santé est long. Le sexe féminin était prédominant. Ceci pourrait s'expliquer par le fait nous avons recensé plus de femme dans notre étude ; Le Technicien supérieur de santé (TSS) était le plus représenté. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le TSS englobe plusieurs spécialités. La sage-femme était l'agent de santé la plus représentée, la majorité avait rédigé la demande de mutation. Le nombre d'année au dernier service était entre 2 à 5 ans avec une moyenne de 3,5 ans et les agents de santé avaient une expérience de 4 à 10 ans avec une moyenne de 7 ans. Ceci pourrait s'expliquer par un déplacement par rapprochement des conjoints des sages-femmes et une présence de plusieurs années dans ce district.

Le logement de service était le type de logement le plus représenté avant la mutation. Les agents de santé n'avaient pas leur conjoint(e) sur le lieu de travail et la majorité n'avaient pas ses enfants avec elle.

L'électricité et l'eau potable n'étaient pas accessibles dans leur commune. la sécurité n'y étaient pas garantie dans leur commune, les tâches étaient délégué et avait une reconnaissance des supérieurs hiérarchiques.

En plus du manque de création et d'innovation, le travail s'effectuait selon un rythme et une charge excessive.

Le personnel était en travail d'équipe et avaient de difficulté de collaboration avec l'ASACO et avec la Mairie.

## **SECTION 2 : DISCUSSION**

Pour Huguiet et al, (1998), la discussion doit répondre à trois objectifs qui sont liés entre eux : (1) atteinte des objectifs, (2) jugement de la qualité et de la validité de nos résultats, (3) comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

### **2.1. Atteinte des objectifs**

Après tous ces travaux de recherche (élaboration du protocole, l'enquête et l'analyse des données), nous affirmons l'atteinte des objectifs que nous nous étions fixés au début de notre étude intitulée l'instabilité du personnel de santé en milieu rural du district sanitaire de Ségou.

### **2.2. Jugement de qualité et de validité de nos résultats :**

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

#### **➤ Les limites de l'étude :**

Notre étude a eu quelques limites Car, il est important de noter que notre étude dépend de la crédibilité et de la fiabilité des informations recueillies auprès des populations cibles et des documents exploités.

#### **➤ Les critiques objectives du travail concernant tous les chapitres :**

Les différents chapitres abordés dans l'étude nous ont donné la possibilité d'apprécier le bon déroulement des travaux de l'étude. Le respect du protocole, de la démarche méthodologique, de la collecte des données, du traitement et de l'analyse des données a permis d'atteindre nos objectifs.

### **2.3. Comparaison avec les résultats des autres auteurs ayant travaillé dans les domaines similaires:**

#### **➤ Caractéristiques sociodémographiques du personnel des CSCOM ruraux**

Au cours de notre étude, nous avons recensé 30 agents de santé, parmi ceux-ci, la tranche d'âge de 31 à 40 ans était la plus représentée soit 56,7%, avec un âge moyen de 35,5 ans. Ce résultat est différent de celui de **Josué MURENGEZI**, dans son étude à KIGALI qui a trouvé 15,2% pour la tranche d'âge de 36 à 45 ans.

Le sexe féminin était prédominant avec une sex-ratio de 0,66. Ce résultat est similaire à celui de **Josué MURENGEZI** qui a trouvé 54,4% pour le sexe féminin.

Le Technicien supérieur de santé (TSS) était le plus représenté soit 47%. Ce résultat est supérieur à celui de **Josué MURENGEZI** qui a trouvé 15,2% pour le TSS.

Les sage-femme était l'agent de santé la plus représentée soit 36,7%. En même temps 80% de sages-femmes avaient rédigé la demande de mutation.

Le nombre d'année au dernier service étaient entre 2 à 5ans soit 63,3% avec un moyen de 3,5 ans et 60% avaient une expérience de 4 à 10 ans avec un moyen de 7ans.

## CONCLUSION

L'étude des facteurs de l'instabilité du personnel de santé en milieu rural du district sanitaire de Ségou, nous a permis de mettre en lumière l'importance et l'étendue du problème de l'instabilité du personnel de santé en milieu rural. Derrière le problème de l'instabilité, nous avons relevé des facteurs sociaux-démographiques et ceux liés au travail. Face à la persistance de cette nous ne pourrions logiquement évoquer l'accroissement de la disparité entre agents de santé en milieu rural et urbain sans nous appesantir sur les facteurs d'instabilité du personnel en milieu rural.

Dans notre étude, nous avons essayé d'identifier les facteurs liés à l'instabilité du personnel de santé en milieu rural du district sanitaire de Ségou. Ensuite, nous sommes attelés l'ampleur de ladite instabilité afin de permettre aux décideurs d'agir sur ce problème majeur.

Parmi les facteurs qui agissent sur l'instabilité du personnel en milieu rural, nous avons identifié dans le district sanitaire de Ségou, au moyen de l'approche quantitative, des facteurs personnels constitués par le profil du personnel, l'âge, du conjoint, le fait d'avoir des enfants, la formation de base et l'ancienneté.

De même, nous avons trouvé des facteurs sociaux qui sont : la collaboration entre le personnel et l'ASACO, le fait d'avoir des enfants scolarisés, la présence de l'internet, la distance entre le lieu du travail et le logement, le centre urbain le plus proche pour la prise en charge des cas compliqués.

Enfin, nous avons identifié des facteurs liés au travail représentés par la sécurité du personnel, la charge du travail, la routine, le travail d'équipe, la communication avec les supérieurs et les collègues.

Pour garantir une meilleure stabilité du personnel, notre étude nous a montré trois approches de changement du comportement du personnel à savoir : l'approche par contrôle, l'approche par gestion et l'approche par promotion.

Notre étude, nous a également ouvert une piste pour des études et de recherches plus approfondies qui pourront nous offrir des solutions adaptées et réalistes pour le problème de gestion des ressources humaines, d'autant plus que la communauté internationale (l'OMS en tête) a pris conscience de l'urgence fait néfaste aux efforts de développement.

### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

#### A. Ouvrages :

[10]Bilodeau, H. (1986), Etude des facteurs de stabilité des médecins québécois en région éloignée, Mémoire pour obtention de grade de maître en science. Université Montréal. Canada.

[13]Bloor, K. & Maynard, A. (2003), Planning human resources in health care: towards an economic approach, an international comparative review. Canadian health services Foundation University of York. P. (1-27).

[11]Bourgueil, Y., Mousquès,J., Tajahmadi , A. (2006), Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Institut de Recherche et Documentation Economie de Santé .France, Biblio. N°1635, P. (7-69.)

[12]Calman, N. & Hauser, D. (2004), U.S. Policies to Address Physician Misdistribution. The Institute for Urban Family Health, P. (1-15).

[19] DEPERE, R., et MEIGNANT, A., *Qualité de la formation ressources Humaines*, éd. Liaison, Paris, 1994.

[8]Hayesa, L. J., Palla, O.L., Duffield, C. et al. (2006), Nurse Turnover: A literature review, International Journal of Nursing Studies, Volume .43, P (237–263).

[21]INTERAYAMAHANGA, R., *Cours de méthodologie de recherche scientifique en sciences sociales*, LiC I/SA/J, UL.K., 2007.

[9] Iverson R.D., (2000) , An event history analysis of employee turnover: The case of hospital employees in Australia, *Resource Management Review*, Volume 9, N° 4, P.(397 – 418)

[5]Morrell, K.,Clarke, J.L.,Wilkinson, A. (2001), Unweaving leaving : the use of models in the management of employee Turnover, *International Journal of Management Reviews*, Volume 3,Issue 3,P.( 219-244).

[1]Rolfè, B., Leshabari, S., Rutta, F. et al. (2008), The crisis in human resources for healthcare and the potential of a retired' workforce: case study of the independent midwifery sector in Tanzania, *Health Policy and Planning Advance*, P (1-8).

[6]Sempowski, I. P., Godwin M., Seguin R. (2002), Physicians who stay versus physicians who go: results of a cross-sectional survey of Ontario rural physicians, *Canadien journal of rural medicine*, Volume. 7(3), 173-9.

[7]Tai ,T.W. C. , Bame , S. I., Robinson C. D. (1998), Review of nursing Turnover research, 1977-1996, *Soc. Sci. Med.* Vol. 47, No. 12, P (1905-1924).

[20]YVES FREDELIC L., Introduction à l'analyse des organisations, 2<sup>e</sup> éd.Economica, Paris, 200

### **B. Revues scientifiques :**

[16] Baumann et al. (2001), Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système. Synthèse pour politiques soumis à la Fondation Canadienne de la Recherche sur les Soins de Santé.

[15]Bilodeau, H. & Leduc, N. (2003), Les mesures gouvernementales québécoises d'incitation à la pratique médicale en régions éloignées ou isolées. Actes du colloque: Les ressources humaines du système de santé : perspectives locales et régionales". Situations et expériences à l'étranger. Cahiers de sociologie et de démographie médicale

[17]Couffinha, A. I. Gabrielli,V. L., Mousquès , J.(2002), Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001. Bulletin d'économie de la santé, N°61.Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Economie de la Santé. France.

[14]Zina. M. D. et al. (2007), Factors in Recruiting and Retaining Health Professionals for Rural Practice, National Rural Health Association. Vol. 23, N°. 1. P. (62-71).

C. Documents techniques:

[23]Josué MURENGEZI Analyse des conditions de travail du personnel médical en milieu rural, mémoire online, biologie et médecine, 2009 ; 37p

[18]Martin, M.C, (2005), Ressources individuelle et collective et la santé des femmes au Maroc, thèse, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé .Université de Montréal.

[3]MINISTERE DE LA SANTE DU MALI,

Enquête démographique de santé IV 2006-2007.

[22]N'DIAYE H. Evaluation de la gestion des vaccins dans le district sanitaire de Ségou, mémoire, 2005 ; 69 :9p

**D. Webographie :**

[2]Annuaire statistique du Mali, 2014: <https://www.google.com/url.sa>.

Consulté le 21/01/2019.

[4] Futura sciences. (2005), disponible chez

<<http://www.uwex.edu/ces/cced/economie/turn.cf>. [19 /08 /20