Volume 2, Numéro 12, Décembre 2024

GeoVision

Revue du Laboratoire Africain de Démographie et des Dynamiques Spatiales

ISSN : 2707-0395

"Mieux comprendre l'espace"

Courriel: revuegeovision@gmail.com
Site web: www.revuegeovision.laboraddys.org
(+225) : 07 07 06 91 71/ 01 03 51 07 52
WhatsApp : +225 07 09 76 62 78

ADMINISTRATION DE LA REVUE

Directeur de publication : Pr MOUSSA Diakité, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Rédacteur en chef : Pr LOUKOU Alain François, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Rédacteur en chef adjoint : Dr ZAH Bi Tozan, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Chargé de Diffusion et de Marketing : Dr FOFANA Bakary, Géographe, LABORADDYS

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

Dr DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr FOFANA Bakary, Géographe, LABORADDYS

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Pr MOUSSA Diakité, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr BÉCHI Grah Félix, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

PhD : Inocent MOYO, University of Zululand (Afrique du Sud) / Président de la Commission des études africaines de l'Union Géographique Internationale (UGI)

Pr AFFOU Yapi Simplice, Université Félix Houphouët Boigny Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire)

Pr ALOKO N'guessan Jérôme, Université Félix Houphouët Boigny Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire)

Pr ASSI-KAUDJHIS Joseph P., Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr BIGOT Sylvain, Université Grenoble Alpes (France)

Professor J.A. BINNS, Géographe, University of Otago (Nouvelle-Zélande)

Pr BOUBOU Aldiouma, Université Gaston Berger (Sénégal)

Pr BROU Yao Télésphore, Université de La Réunion (La Réunion-France)

Pr Momar DIONGUE, Université Cheick Anta Diop (Dakar-Sénégal)

Pr Emmanuel EVENO, Université Toulouse 2 (France)

Pr KOFFI Brou Émile, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr KONÉ Issiaka, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr Nathalie LEMARCHAND, Université Paris 8 (France)

Pr Pape SAKHO, Université Cheick Anta Diop, (Dakar-Sénégal)

Pr SOKEMAWU Koudzo Yves, Université de Lomé (Togo)

Dr Ibrahim SYLLA, Université Cheick Anta Diop, (Dakar-Sénégal)

Pr LOUKOU Alain François, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr VEI Kpan Noel, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) ZAH Bi Tozan, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) DIOMANDÉ Béh Ibrahim, Université Alassane Ouattara (Bouaké- Côte d'Ivoire)

Dr (MC) SORO Nabegue, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) KOFFI Kan Émile, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) ETTIEN Dadja Zenobe, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr COULIBALY Seidou, Université Jean Lorougnon Guédé (Daloa-Côte d'Ivoire)

INDEXATIONS INTERNATIONALES

https://reseau-mirabel.info/revue/17310/Geovision

https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/150985

www.sudoc.fr/241026326

TOGETHER WE REACH THE GOAL

Journal details : http://sjifactor.com/passport.php?id=23386

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Dans le souci d'uniformiser la rédaction des communications, les auteurs doivent se référer aux normes du Comité Technique Spécialisé (CTS) de Lettres et Sciences Humaines/CAMES. En effet, le texte doit comporter un titre (Times New Roman, taille 12, Lettres capitales, Gras), les Prénom(s) et NOM de l'auteur ou des auteurs, l'institution d'attache, l'adresse électronique de (des) auteur(s), le résumé en français (250 mots), les mots-clés (cinq), le résumé en anglais (du même volume), les keywords (même nombre que les mots-clés). Le résumé doit synthétiser la problématique, la méthodologie et les principaux résultats. Le manuscrit doit respecter la structure d'un texte scientifique comportant : Introduction (Problématique ; Hypothèse compris) ; Approche méthodologique ; Résultats et Analyse ; Discussion ; Conclusion ; Références bibliographiques. Le volume du manuscrit ne doit pas excéder 15 pages, illustrations comprises. Les textes proposés doivent être saisis à l'interligne 1, Times New Roman, taille 11.

1. Les titres des sections du texte doivent être numérotés de la façon suivante : 1. Premier niveau (Times New Roman, Taille de police 12, gras) ; 1.1. Deuxième niveau (Times New Roman, Taille de police 12, gras, italique) ; 1.2.1. Troisième niveau (Times New Roman, Taille de police 11, gras, italique).

2. Les illustrations : les tableaux, les cartes, les figures, les graphiques, les schémas et les photos doivent être numérotés (numérotation continue) en chiffres arabes selon l'ordre de leur apparition dans le texte. Ils doivent comporter un titre concis, placé au-dessus de l'élément d'illustration (centré ; taille de police 11, gras). La source (centrée) est indiquée en dessous de l'élément d'illustration (Taille de police 10). Ces éléments d'illustration doivent être annoncés, insérés puis commentés dans le corps du texte.

3. Notes et références : 3.1. Éviter les références de bas de pages ; 3.2. Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, ainsi qu'il suit : -Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'auteur, année de publication, pages citées. Exemple : (B. FOFANA, 2021, p.28) ; -Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'Auteur (année de publication, pages citées). Exemple : B. FOFANA (2021, p.28).

4. La bibliographie : elle doit comporter : le nom et le (les) prénom (s) de (des) auteur(s) entièrement écrits, l'année de publication de l'ouvrage, le titre, le lieu d'édition, la maison d'édition et le nombre de pages de l'ouvrage. Elle peut prendre diverses formes suivant le cas :
- *pour un article :* LOUKOU Alain François, 2012, « La diffusion globale de l'Internet en Côte d'Ivoire. Évaluation à partir du modèle de Larry Press », in *Netcom*, vol. 19, n°1-2, pp. 23-42.

- *pour un ouvrage :* HAUHOUOT Asseypo Antoine, 2002, *Développement, aménagement, régionalisation en Côte d'Ivoire*, EDUCI, Abidjan, 364 p.

- *un chapitre d'ouvrage collectif* : CHATRIOT Alain, 2008, « Les instances consultatives de la politique économique et sociale », in Morin, Gilles, Richard, Gilles (dir.), *Les deux France du Front populaire*, Paris, L'Harmattan, « Des poings et des roses », pp. 255-266.

- *pour les mémoires et les thèses :* DIARRASSOUBA Bazoumana, 2013, *Dynamique territoriale des collectivités locales et gestion de l'environnement dans le département de Tiassalé*, Thèse de Doctorat unique, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, 489 p.- *pour un chapitre des actes des ateliers, séminaires, conférences et colloque* : BECHI Grah Felix, DIOMANDE Beh Ibrahim et GBALOU De Sahi Junior, 2019, Projection de la variabilité climatique à l'horizon 2050 dans le district de la vallée du Bandama, Acte du colloque international sur « *Dynamique des milieux anthropisés et gouvernance spatiale en Afrique subsaharienne depuis les indépendances* » 11-13 juin 2019, Bouaké, Côte d'Ivoire, pp. 72-88

- *Pour les documents électroniques* : INS, 2010, *Enquête sur le travail des enfants en Côte d'Ivoire*. Disponible à : http://www.ins.ci/n/documents/travail_enfant/Rapport%202008-ENV%202008.pdf, consulté le 12 avril 2019, 80 p.

Éditorial

Comme intelligence de l'espace et savoir stratégique au service de tous, la géographie œuvre constamment à une meilleure compréhension du monde à partir de ses approches et ses méthodes, en recourant aux meilleurs outils de chaque époque. Pour les temps modernes, elle le fait à l'aide des technologies les plus avancées (ordinateurs, technologies géospatiales, à savoir les SIG, la télédétection, le GPS, les drones, etc.) fournissant des données de haute précision sur la localisation, les objets et les phénomènes. Dans cette quête, les dynamiques multiformes que subissent les espaces, du fait principalement des activités humaines, offrent en permanence aux géographes ainsi qu'à d'autres scientifiques des perspectives renouvelées dans l'appréciation approfondie des changements opérés ici et là. Ainsi, la ruralité, l'urbanisation, l'industrialisation, les mouvements migratoires de populations, le changement climatique, la déforestation, la dégradation de l'environnement, la mondialisation, etc. sont autant de processus et de dynamiques qui modifient nos perceptions et vécus de l'espace. Beaucoup plus récemment, la transformation numérique et ses enjeux sociaux et spatiaux ont engendré de nouvelles formes de territorialité et de mobilité jusque-là inconnues, ou renforcé celles qui existaient au préalable. Les logiques sociales, économiques et technologiques produisant ces processus démographiques et ces dynamiques spatiales ont toujours constitué un axe structurant de la pensée et de la vision géographique. Mais, de plus en plus, les sciences connexes (sciences sociales, sciences économiques, sciences de la nature, etc.) s'intéressent elles aussi à l'analyse de ces dynamiques, contribuant ainsi à l'enrichissement de la réflexion sur ces problématiques. Dans cette perspective, la revue Géovision qui appelle à observer attentivement le monde en vue de mieux en comprendre les évolutions, offre aux chercheurs intéressés par ces dynamiques, un cadre idéal de réflexions et d'analyses pour la production d'articles originaux. Résolument multidisciplinaire, elle publie donc, outre des travaux géographiques et démographiques, des travaux provenant d'autres disciplines des sciences humaines et naturelles. Géovision est éditée sous les auspices de la Commission des Études Africaines de l'Union Géographique Internationale (UGI), une instance spécialement créée par l'UGI pour promouvoir le débat académique et scientifique sur les enjeux, les défis et les problèmes spécifiques de développement à l'Afrique. La revue est semestrielle, et parait donc deux fois par an (en anglais et en français).

La rédaction

AVERTISSEMENT

Le contenu des publications n'engage que leurs auteurs. La Revue Géovision ne peut, par conséquent, être tenue responsable de l'usage qui pourrait en être fait.

SOMMAIRE

ÉVOLUTION DE LA GESTION DES ARBRES DANS LES CHAMPS ET JACHÈRES DE LA COMMUNE DE DJOUGOU (NORD DU BENIN), VERS LA FIN DES PARCS AGROFORESTIERS TRADITIONNELS ? **Abidine KOUKPERE[1], Rodrigue HOUESSE[2]** **11**

IMPACT DE L'UTILISATION D'HERBICIDE DANS LES SAVANES SAHELIENNES. LE CAS DES SOLS AGRICOLES DANS LA PROVINCE DU LOGONE OCCIDENTAL AU TCHAD **Model DJEMON** **29**

URBANISATION ET VULNÉRABILITÉ SOCIOSANITAIRE ASSOCIÉE : EXEMPLE DE LA BILHARZIOSE A RICHARD-TOLL (SÉNÉGAL) **Massar Sène** **42**

DYNAMIQUE SPATIALE AGRICOLE DANS LES ZONES HUMIDES ET CONTEXTE CLIMATIQUE DANS LE DEPARTEMENT DE BOUAFLE **Kouadio Alain Joël N'GUESSAN[1], Kan Emile KOFFI[2], Grah Félix BECHI[3]** **58**

APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE ET GESTION DES OUVRAGES HYDRAULIQUES DANS LA COMMUNE DE OUESSÈ (DÉPARTEMENT DES COLLINES, BENIN) **Souleymane AFOUDA[1]*, Romaric OGOUWALE[1] et Joseph DJEVI[2]** **75**

SOCIO-ECONOMIC AND ENVIRONMENTAL STUDY OF THE EXPLOITATION OF RONE TREES (Borassus aethiopium Mart) IN THE SUB-PREFECTURE OF BOUNA IN THE SOUTH OF CHAD **ADAMOU YERIMA[1], MOUNDAKOM YANDI[2], KELGUE Salomon[3]** **90**

LES EXPORTATIONS DE BOIS DÉBITÉS AU PORT D'OWENDO : ORGANISATION LOGISTIQUE ET CONTRAINTES **Brice IBOUANGA** **102**

LES DETERMINANTS DE LA DENSIFICATION DEMOGRAPHIQUE DANS LA ZONE DENSE DE KORHOGO **EBIAN Jean Paul Enoh Koffi[1], ESSAN Kodjia Valentin[2], ALOKO-N'GUESSAN Jerôme[3]** **115**

ANALYSE DES DÉTERMINANTS SOCIO-ÉCONOMIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX DU CONCASSAGE MANUEL DE PIERRES À KORHOGO AU NORD DE LA CÔTE D'IVOIRE **ALLOU Tolla Koffi[1], KOULOMIAN Dao[2]** **129**

INSTITUT DE FORMATION ET D'EDUCATION FEMININE (IFEF) : QUEL APPORT POUR LES FEMMES DE LA VILLE DE PRIKRO ? **ASSUÉ Yao Jean-Aimé[1], KOUAKOU Adjoa Mauraine-Fabienne[2], CISSÉ Kané Vassouleymane[3]** **145**

PRATIQUE DES ACTIVITÉS RIZICOLES FACE AUX CONTRAINTES PLUVIOMÉTRIQUES DANS LA RÉGION DE SÉGOU (CENTRE DU MALI) **Lamine Boua COULIBALY** **155**

TERRITORIALISATION DE LA CONTESTATION DES ELECTIONS LOCALES EN COTE D'IVOIRE DE 2012 A 2023 **Adou Jean Marc Le Thoi ADJI[1], Kobenan Christian Venance KOUASSI[2], One Enoc GUEDE[3], Dadja Zénobe ETTIEN[4], Joseph Pierre ASSI-KAUDJHIS[5]** **168**

PÉRIURBANISATION ET ACCÈS AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE DANS L'ARRONDISSEMENT DE GLO-DJIGBE (COMMUNE D'ABOMEY-CALAVI AU SUD-BENIN) : DYNAMIQUES ACTUELLES ET PERSPECTIVES **BALOUBI Makodjami David** **183**

STRATÉGIES DES MARCHANDS FACE AUX CRISES ET INCERTITUDES DU COMMERCE DANS DEUX ZONES TRANSFRONTALIERES DU BENIN, NIGER ET NIGERIA **Mahaman Moustapha MAMADOU KONE [1]** **199**

RISQUES AGROCLIMATIQUES POTENTIELS DE LA CULTURE DU MAÏS DANS UN CONTEXTE DE CHANGEMENT CLIMATIQUE DANS LA RÉGION DU PORO (NORD DE LA CÔTE D'IVOIRE) **[1]Gueadan Guy Charles DOH *, [2]Dotchan BAMBA, [3] Kpaka Sabine DOUDOU DIOBO, [4] Narcisse Bonaventure ASSI-KAUDJHIS** **211**

QUELQUES TOPONYMES DE LA PROVINCE DE PONI. PREUVES INTRINSÈQUES DE L'EXPRESSION IDENTITAIRE ET D'UNE MÉMOIRE COLLECTIVE **YOUL Palé Sié Innocent Romain[1], TRAORÉ Daouda[2], KABORE Bernard[3]** **224**

MODE D'ACCÈS ET RECOURS AUX SOINS DE SANTÉ DANS LE VILLAGE DE DOUGOULAKORO (COMMUNE DE BAGUINÉDA-CAMP, MALI) **MALICK TIMBINE[1], ADAMA KONE[2], ISSA TOGOLA[3], MOUNÉROU DJIRÉ[4]** **234**

STRATÉGIE DE RÉSILIENCE DES PETITS PRODUCTEURS DE RIZ FACE AUX CHANGEMENTS CLIMATIQUES DANS LA PLAINE DE SATÉGUI-DÉRESSIA AU SUD DU TCHAD **ASSOUE Obed** **246**

HYDRAULIQUE MODERNE ET NOUVELLE TERRITORIALITÉ DANS LE DELTA DU FLEUVE SÉNÉGAL **Saliou KAMARA[1], Adrien COLY[2], Ndoumbé NDONGO[3], Philippe MARTIN[4]** **258**

ANALYSE DES EXTERNALITÉS NÉGATIVES DES ACTIVITÉS PORTUAIRES SUR L'ENVIRONNEMENT AU SUD DU BENIN **Sylvain AKIYO[1 et 2], Luc Ogousinya BIAOU CHABI[*2], Séraphin MOUZOUN[2], Benjamin ALLAGBE[2] et Ibouraïma YABI[1]** **275**

ANALYSE DES MODES DE GESTION DES BOUES DE VIDANGE EN COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO AU MALI **Yakouréoun DIARRA** **291**

ÉTAT DES LIEUX DES RESSOURCES NATURELLES ET IMPACTS DES SEUILS D'ÉPANDAGES SUR LA PARTIE OUEST DE LA VALLÉE DE MINAO, COMMUNE RURALE DE KALFOU **ISSAKA MAHAMAN Dalibou** **304**

AU CŒUR DES LOGIQUES D'ACTEURS AUTOUR DU BARRAGE DE SALBISGO AU BURKINA FASO : CAS DES USAGERS AGRICOLES **Frédéric BATIONO[1], Abdoul Rasmané ZONGO[2], Joël OUEDRAOGO[3], Yélézouomin Stéphane Corentin SOME[4]** **317**

PLACE DU TRAVAIL EN ÉQUIPE DANS LA CULTURE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS AU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO **Yaya TRAORE[1], Soungalo YAO[2], Adama DIABATE[3]** **332**

FONCTIONS SOCIALES DU RITE D'INITIATION « ATIKIN DOU-DOU des ADEPTES DU VODOUN THRON KPETO DEKA ALAFIA CHEZ LES ADJA DE DOGB0 **TAKPE Kouami Auguste** **343**

LES SAVOIRS ANCESTRAUX DANS LA CONSERVATION : PROCESSUS D'ACQUISITION, EVOLUTION ET FACTEURS D'EROSION AU SEIN DES COMMUNAUTES RIVERAINES DE LA FORET CLASSEE DE KOUSMAR (NDIAFFATE, SENEGAL) **Biram NDOUR[1], Babacar DIOUF[2], Ramatoulaye DIALLO[3]** **355**

GESTION DES ACTIVITÉS HALIEUTIQUES AU GABON : CAS DE LA PÊCHE ILLÉGALE DANS L'ESTUAIRE DU KOMO **Aline Joëlle LEMBE BEKALE[1], Ismaël Réginald IBOUANGA[2]** **370**

CROISSANCE URBAINE ET AMÉNAGEMENT HYDRO-AGRICOLE A KONNI (NIGER), **MAHAMANE ABDOUL-KADER Moustapha [(*) (1)], HAROUNA KASSOUM Nazifi [(1)], IDRISSA BONDABA Tayabou [(2)], DAMBO Lawali [(3)]** **383**

DYNAMIQUES TERRITORIALES DE L'OFFRE DE SOINS DANS LA WILAYA DE CONSTANTINE, PRATIQUES ET REPRÉSENTATIONS DES POPULATIONS **Chiraz ZEGHDAR** **395**

MOBILITÉ PASTORALE DES ÉLEVEURS PEUL ET STRATÉGIES D'ACCÈS AUX RESSOURCES DANS LE DÉPARTEMENT DE KOUNGHEUL (SÉNÉGAL) **Mamadou Saidou DIALLO, Ibrahima Faye DIOUF** **410**

IMPACTS DES INDUSTRIES CHIMIQUES DU SÉNÉGAL (ICS) SUR LA PRODUCTION AGRICOLE DANS LES COMMUNES RIVERAINES (DÉPARTEMENT DE TIVAOUANE/REGION DE THIÈS), **Henri Marcel SECK.[1], El hadji Balla DIEYE[2], TIDIANE SANE [3] Bonoua FAYE[4]** **421**

ACCÈS À L'ÉNERGIE DANS LE PÉRIURBAIN DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU, BURKINA FASO **GANSAONRÉ Raogo Noël** **435**

ATOUTS ET PROBLÈMES DES MÉTIERS DE L'ARTISANAT DE SERVICE DANS LA COMMUNE DE BANTE AU CENTRE DU BENIN **Toundé Roméo Gislain KADJEGBIN** **450**

LA FEMME CONGOLAISE ET LA MISSION PROTESTANTE AU CONGO : LECTURE DE L'HYMNOGRAPHIE POST-COLONIALE (1947-1969). **Aris Cristel KIBAMBA KIKOULOU** **463**

LA RÉALITÉ MIXTE EN GÉOGRAPHIE ET AMÉNAGEMENT : UNE INNOVATION IMMERSIVE PERTINENTE ? **BAILLY ERIC[1], WHAL JULIEN[2], OKONEK NICOLAS[3]** **477**

CONTRIBUTION DE L'ENSEIGNEMENT/APPRENTISSAGE DE LA GEOGRAPHIE PHYSIQUE A L'EDUCATION AU DEVELOPPEMENT DURABLE DANS LES CLASSES DU SECONDAIRE AU GABON **Séverin EMANE MBA** **489**

ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE AUX SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS D'URGENCE (SONU) AU BURKINA FASO EN 2020 **Kinda Abdoul Aziz*[1], Cissé Kadari[1], Yugbare Belemsaga Danielle[1], Lougue Siaka[1], Nacanabo Relwemdé[1], Bandaogo Souleymane[1], Compaoré Rachidatou[1], Ouedraogo Henri Gauthier[1], Sory Issa[2], Aude Nikièma[3], Kouanda Séni[1,4].** **499**

ANALYSE DES EFFETS DE LA SÈCHERESSE ET DES INONDATIONS SUR LA CULTURE DU MAÏS DANS LA COMMUNE RURALE DE DIALAKOROBA AU MALI **Mamy DIARRA[1], N'Famara TRAORE[2], Sory Ibrahim BAH[3]** **517**

L'ADDICTION A INTERNET CHEZ LES ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA (CÔTE D'IVOIRE) : UNE RÉALITÉ **Kouamé Fréderic N'DRI[1], Barakissa SORO[2], Kone Ferdinand N'GOMORY[3], Dhédé Paul Éric KOUAME[4]** **528**

CONTRIBUTION DES STRUCTURES DE COLLECTE À LA GESTION DES DÉCHETS SOLIDES MÉNAGERS EN CÔTE D'IVOIRE : CAS DE LA VILLE DE BLOLÉQUIN **Evrard KPAE[1], VEI Kpan Noel[2], Kouassi Samuel KONAN[3]** **538**

EVOLUTION DE LA BIOMASSE DANS LES BASSINS D'APPROVIONNEMENT EN BOIS DE LA VILLE DE NIAMEY AU NIGER **MAHAMADOU MOUDI Rachid[1] IBRAHIM MOUSSA Saidou[2], SOULEY Kabirou [3]** **556**

PLACE DU TRAVAIL EN ÉQUIPE DANS LA CULTURE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS AU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO

Yaya TRAORE[1], Soungalo YAO[2], Adama DIABATE[3]

[1]Institut National de Formation en Sciences de la Santé (Bamako/Mali),
Tél : (00223) 89604444 ou 94057570, Email : yayaoumar28@gmail.com
[2]Institut National de Formation en Sciences de la Santé (Bamako/Mali),
Tél : (00226) 60721218, Email : soungalo.yao@yahoo.fr
[3]Institut Universitaire de Développement Territorial (Mali),
Tél : (00223)66760369 ou 78429298

Résumé

L'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients est un objectif majeur des réformes hospitalières et sa réussite dépend fortement du travail en équipe. Mais sa mise en œuvre dans nos hôpitaux soulève plusieurs questionnements. Il s'agissait d'analyser la place du travail en équipe dans l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients au service de réanimation et de soins intensifs du CHU-GT. Un devis de recherche descriptive qualitative exploratoire a été adopté. Les données collectées lors d'entrevues individuelles semi-dirigées à partir d'un échantillonnage non probabiliste de type intentionnel (choix raisonné) ont fait l'objet d'une analyse thématique selon l'approche de V. BRAUN et V. CLARKE (2006, p.77). Une insuffisance de connaissances théoriques sur le travail en équipe, la qualité des soins et la sécurité des patients est perçue chez le personnel. On note par ailleurs, une insuffisance de documents au niveau de la bibliothèque de l'hôpital et une vulgarisation limitée du guide pédagogique 2011 de l'OMS sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Enfin, deux modalités de perceptions du travail d'équipe se dégagent : une positive et une négative. La maîtrise du concept de travail en équipe permet aux agents de santé de prendre conscience de leur rôle au sein d'une équipe pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. À partir des insuffisances constatées, les services de soins du CHU-GTB doivent veiller sur la mise en place et le maintien des mécanismes de renforcement du travail en équipe.

Mots clés : Travail en équipe ; Amélioration ; Qualité des soins ; Sécurité des patients ; CHU-GT

PLACE OF TEAMWORK IN THE CULTURE OF QUALITY OF CARE AND PATIENT SAFETY AT THE GABRIEL TOURE CHU IN BAMAKO

Abstract

Improving the quality of care and patient safety is a major objective of hospital reforms and its success depends heavily on teamwork. However, its implementation in our hospitals raises several questions. The aim was to analyze the role of teamwork in improving the quality of care and patient safety in the intensive care and resuscitation department of the CHU-GT. An exploratory qualitative descriptive research design was adopted. The data collected during semi-directed individual interviews using non-probabilistic, intentional sampling (reasoned choice) were subject to a thematic analysis using the approach of V. BRAUN and V. CLARKE (2006, p.77). A lack of theoretical knowledge on teamwork, quality of care and patient safety is perceived among staff. There is also a lack of documents in the hospital library and limited popularization of the WHO 2011 educational guide on quality of care and patient safety. Finally, two ways of perceiving teamwork emerge: one positive and one negative. Mastering the concept of teamwork allows health workers to become aware of their role within a team to improve the quality of care and patient safety. Based on the shortcomings noted, the care services of the CHU-GTB must ensure the implementation and maintenance of mechanisms to strengthen teamwork.

Keywords: Teamwork ; Improvement ; Quality of care ; Patient safety ; CHU-GT

Introduction

La sécurité du patient est un principe fondamental qui anime tout professionnel de santé (B. SANDRIN, 2013, p.45). Néanmoins, de nombreuses publications rappellent l'importance des risques associés à la prise en charge des patients et le fait qu'ils ne sont pas aujourd'hui correctement maîtrisés. La fréquence élevée des évènements indésirables associésà des soins (EIAS) est liée à la nature particulièrement complexe de l'activité des soins qui doittout à la fois utiliser des technologies de pointe, un maillage organisationnel important, de multiples compétences humaines et s'adapter aux besoins individuels des patients. En France en 2017, la Haute Autorité en Santé (HAS) notait le bilan de quelques évènements indésirables associés aux soins à savoir un retard de prise en charge 15% ; chute du patient 14% ; problème opératoire ou technique 13% et des erreurs médicamenteuses de 10%. Dans les pays en développement particulièrement en Afrique subsaharienne, la qualité des soins est jugée insuffisante (C. OUEDRAOGO, S. GUENNE, B. SOMDA, 2015, p.273). Cependant cet écart est plus lié aux capacités organisationnelles qu'aux niveaux de développement des différents pays (JP. BELLON et B. Gardette, 2010, p.178). En effet selon PJ. PRONOVOST et SM. BERENHOLTZ (2006, p.14), au cours de ce siècle, le plus grand défi d'amélioration des soins de santé ne résidera probablement pas en la découverte de nouveaux traitements, mais plutôt en la réorganisation des processus de soins. Ce qui ne permet pas un bon fonctionnement du travail en équipe dans les services. La sécurité des patients est donc mise à rude épreuve. Les conséquences d'une telle situation est l'augmentation de la prévalence des évènements indésirables liés aux soins. Selon le rapport d'évaluation de la performance du Centre Hospitalier Universitaire du Point G (CHU-GT), on note un taux de satisfaction des usagers de 65% en 2019 (Agence national d'évaluation des hôpitaux du Mali) contre 47% en 2018. Ce taux reste toujours inférieur aux normes recommandées par OMS qui est de 80%. Les raisons de la non-satisfaction évoquées étaient le mauvais accueil, le non-respect des patients, la mauvaise hygiène des salles d'hospitalisation et des toilettes, la mauvaise communication des agents de santé (M. BAGAYOGO, 2020, p.65).

Au regard des causes racines, le travail en équipe devrait contribuer énormément à la sécurité des patients. L'engagement des membres d'une équipe serait un atout important et pourra permettre aux patients de participer activement aux soins afin d'éviter les EIAS. D'où la présente étude portant sur la place du travail en équipe dans la culture de la sécurité des patients : cas du service de réanimation et de soins intensifs du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE. Cette étude est d'un intérêt capital car elle contribue à identifier les solutions pour surmonter les obstacles du travail en équipe et aider les décideurs du CHU-GT à améliorer la collaboration entre les équipes soignantes. En revanche, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée directement à la place du travail en équipe dans la sécurité des patients au CHU Gabriel TOURE dans le contexte d'un hôpital de référence. Il devient alors pertinent de mener cette recherche sur la place du travail en équipe dans la sécurité des patients au service de réanimation et de soins intensifs du CHU Gabriel TOURE. Cette étude pourrait apporter davantage de connaissances sur les perceptions du travail en équipe. Au plan pratique, notre étude pourrait permettre l'identification et la mise en œuvre d'interventions efficaces pour la sécurité des patients. La question centrale que cette recherche a tenté de répondre afin d'atteindre son objectif est la suivante : Quelle est la place du travail en équipe dans l'amélioration de la sécurité des patients au service de réanimation et de soins intensifs au CHU-GT ? De cette question principale découlent les questions spécifiques suivantes :

- le faible niveau de connaissances théoriques sur le travail en équipe influence-t-il la sécurité des patients ?
- les perceptions qu'ont le personnel de santé sur le travail en équipe déterminent-t-elles leur participation à la sécurité des patients ?
- les relations de communication qu'entretiennent les patients avec le personnel de santé déterminent-t-elles leur participation dans l'amélioration de la sécurité des patients ?

Pour ce faire, cette étude s'est fixée comme objectif général d'étudier la place du travail en équipe dans l'amélioration de la sécurité des patients au service de réanimation et de soins intensifs du CHU-GT. Plus spécifiquement, il s'agit de :

- évaluer les connaissances du personnel de santé sur le travail en équipe ;

- analyser la perception du personnel de santé sur le travail en équipe ;
- analyser les relations de communication entre le personnel de santé et les patients.

Pour atteindre ses objectifs, la recherche entreprise s'est proposée de vérifier l'hypothèse générale suivante : le travail en équipe dans le service de réanimation et de soins intensifs n'est pas favorable à la sécurité des patients. Cette hypothèse générale se décline en trois hypothèses spécifiques à savoir :

- le faible niveau de connaissances théoriques sur le travail en équipe influence la sécurité des patients ;
- les perceptions qu'ont le personnel de santé sur le travail en équipe déterminent leur participation à la sécurité des patients ;
- les relations de communication qu'entretiennent les patients avec le personnel de santé déterminent leur participation dans l'amélioration de la sécurité des patients.

Le présent article comprend trois parties. La première correspond l'approche méthodologie utilisée, la deuxième aborde les résultats et leurs analyses et la troisième présente la discussion des résultats.

1. Approche méthodologique

Cette partie sera consacrée à l'approche méthodologique utilisée. Elle s'articulera autour du type d'étude, de l'échantillonnage, de la procédure de recrutement de la population cible, des méthodes de collecte des données, des procédures d'analyse des données, des critères de scientificité et enfin les considérations éthiques.

1.1.Type d'étude

C'est une étude qualitative, transversale à visée descriptive. Les unités d'analyse sont les connaissances des agents de santé du travail d'équipe, les représentations des agents de santé du travail d'équipe et la communication entre ces agents et les patients. Notre démarche de recherche empirique a consisté à enquêter sur la place du travail d'équipe dans l'amélioratione la culture de la sécurité des patients auprès des agents de santé et les patients sélectionnées de façon aléatoire, dans le but d'en tirer une description précise et une interprétation en profondeur. En effet, cette étude de cas nous a permis d'avoir une connaissance en profondeurde la place du travail d'équipe dans l'amélioration de la culture de la sécurité des patients. Pournotre étude, nous avons utilisé un ensemble de propositions théoriques pour orienter la collectedes données et l'analyse. Notre démarche vise à appréhender les connaissances des agents de santé du travail d'équipe, leurs perceptions du travail d'équipe ainsi que la communication de ces agents de santé avec les patients dans l'environnement de soins. Dès lors que nous avons saisi ces trois dimensions chez les agents de santé, nous avons eu la possibilité de connaitre la place du travail d'équipe dans l'amélioration de la culture de la sécurité des patients.

1.2.Echantillonnage et population d'étude

1.2.1. *Echantillonnage*

Un échantillonnage par choix raisonné a été privilégié pour tenter de reproduire le plus fidèlement possible la population cible de notre étude en tenant compte de sa caractéristique. Nous avons sélectionné les agents de santé et les patients à même de nous renseigner suffisamment sur nos objectifs de départ de recherche. L'échantillon a été constitué de manièreà obtenir une exhaustivité et une plus grande diversité des participants.

1.2.2. *Population d'étude*

La population à l'étude a concerné l'ensemble des agents de santé qui sont actuellement au service de réanimation et de soins intensifs du CHU-GT et l'ensemble des patients ou accompagnants qui étaient présents en service de réanimation et de soins intensifs au moment de l'enquête. La population d'étude a été constituée des agents de santé et les patients ou accompagnants quirépondaient à nos critères d'éligibilité.

1.3.Critères de sélection

Au niveau des agents de santé, ont été inclus à notre étude, les chefs d'équipe et qui étaient présents au moment de l'enquête, les membres d'équipe et qui étaient présents au moment de l'enquête, le surveillant d'unité de service et le chef de service. Au niveau des patients/accompagnants, ont été inclus à notre étude, les patients hospitalisés dans le service au moment de l'enquête et qui ont donné leur consentement éclairé. Les patients/accompagnants ayant refusé d'y participer ainsi que les agents

de santé ayant moins d'une année de service n'ont pas été inclus dans notre étude.

1.4.Taille de l'échantillon

Nous avons sélectionné notre échantillon en nous fondant sur les critères d'inclusion ci-dessuscités. La taille de notre échantillon a été restreinte. P. ADLER et A. FONTANA (1987, p.217) conseillent un échantillon compris entre 12 et 60 personnes à enquêter pour une étude qualitative. Nous avonschoisi un échantillon théorique de dix agents de santé et de cinq patients/accompagnants.

1.5.Techniques et outils de collecte de données

1.5.1. *Technique de collecte des données*

La technique de collecte de données utilisées pour conduire cette étude a été l'entretien semi structuré. Cette technique a été choisie du fait de son caractère flexible. L'entretien semi- structuré nous a permis de recentrer les enquêtées sur nos thèmes et sous thèmes et de poser desquestions de relances avec flexibilité afin de permettre à l'enquêtée d'approfondir ses idées et propos sur nos sous-thèmes. Nous avons choisi cette technique parce qu'elle nous a permis d'une part de recueillir des informations dans un temps imparti et d'autre part, elle nous a permisd'introduire les trois thèmes principaux de l'étude dans un ordre plus ou moins bien déterminé.En effet, l'entretien a porté sur la connaissance des agents de santé, leurs représentations du travail d'équipe et leurs relations de communication avec les patients dans l'environnement desoins. Cette technique a été conduite de sorte à donner un champ libre aux participants et à l'amener à donner le maximum d'informations sur notre thématique.

1.5.2. *Outils de collecte*

- Le guide d'entretien

Un guide d'entrevue a été élaboré à partir des concepts et des construits issus de la recension des écrits afin que les données à collecter concourent à l'atteinte effective des objectifs de l'étude. Le guide d'entretien s'est articulé autour de trois (3) sections. Ces trois thèmes ont concerné les connaissances des agents de santé du travail d'équipe, les représentations du travaild'équipe par les agents de santé et les relations que les agents de santé entretiennent avec les patients pendant leur prise en charge. Pour ce qui est de la connaissance des agents de santé, nous avons posé des questions portant sur la définition du travail d'équipe, les avantages du travail d'équipe, les caractéristiques d'une équipe efficace, les tâches du leader d'équipe et lesobstacles au travail d'équipe. Aussi, un entretien a été fait avec les agents de santé afin de déterminer leurs représentations. Enfin, nous avons questionné les patients sur lesrelations qu'elles entretiennent avec les soignants dans l'environnement de soins. La durée moyenne des entretiens a été de 35 mn. Des questions de relance nous ont permis de recadrer les propos des participantes à l'étude de sorte à s'assurer que tous les concepts de la recherche ont bien été couverts.

- Le journal de bord

Un journal de bord a été utilisé comme un support pour se rappeler des participants et des contextes de l'entrevue. Nous avons consigné les observations, les non-dits, les sentiments ressentis, le climat de l'entrevue, le contexte de l'entrevue (la gestuelle, la posture, la voix, l'expression faciale, l'heure de l'entrevue, le lieu de l'entrevue).

1.6.Validation des outils de collecte des données

Les outils de collecte ont été soumis à l'appréciation de notre directeur et de notre co-directeurde mémoire. Un pré-test des instruments a lieu dans le service des urgences. Il s'est déroulé auprès de deux patients et de cinq agents de santé qui présentaient des caractéristiques similairesà la population éligible. A l'issue de ce pré-test nous avons retravaillé certains aspects portant sur la simulation de l'ensemble des instruments de collecte des données.

1.7.Analyse des données

Avant de commencer l'analyse à proprement dit, le premier travail a consisté à réunir l'ensemble de matériel qui a servi à l'analyse. Nous avons réuni tous les documents du journal de bord et des données de l'enregistrement. Les données recueillies en langue vernaculaire dioula ont été traduites en français par un interprète et retranscrite par le chercheur. Nous avonsconduit une analyse transversale des données en nous inspirant du modèle de V. BRAUN et V. CLARKE (2006, p.77). L'analyse des données a été manuelle. L'analyse thématique des données collectées s'est faite suivant six étapes selon ces auteurs. Elle est une pratique d'analyse appropriée pour les entretiens semi-directifs. Les six phases de l'analyse thématique se schématisent comme suit :

- premièrement, les entretiens enregistrés à l'aide du dictaphone ont été transcrits intégralement et immédiatement après chaque entretien sous forme de verbatim codé desorte à ce qu'il ne soit pas possible d'identifier aucun participant dans l'optique d'en faire une base de données pour l'analyse. Par la suite, nous avons procédé à l'écoute desenregistrements, en simultané avec la lecture du texte transcrit, pour la vérification de la concordance des propos recueillis. Aussi, nous avons relié les transcriptions du débutà la mi-temps des analyses. Les propos de chaque participant ont fait l'objet de restitution immédiatement pour les valider auprès de chaque participant. En plus, les données transcrites de tous les entretiens ont été lues à plusieurs reprises afin de dégagerles premières idées avant d'être comparées aux données générées par le journal de bord.Nous avons identifié des phrases clés dans les verbatim et noté les idées émergentes del'analyse dans les marges de la matrice ;
- deuxièmement, nous avons procédé à un codage exhaustif des thèmes à l'étude que sontles connaissances des agents de santé, les représentations des agents de santé du travaild'équipe et leurs relations avec les patients dans l'environnement de soins. Aussi, nousavons effectué un sous codage des sous thèmes qui ont émergé des verbatim ; parallèlement nous avons codé les données issues du journal de bord ;
- troisièmement, nous avons fait un regroupement des différents codes et sous code pourla mise en exergue par découpage des unités de sens. Après cela, nous avons procéderà la classification et à la catégorisation en sous thèmes des unités de sens présentant une signification commune puis nous avons regroupé par thèmes généraux. Une synthèse aété faite à la suite de cette analyse. Les similitudes et les différences émergentes ont faitl'objet de discussion et de comparaison en rapport avec la littérature scientifique existante pour en retenir les codes probants.
- quatrièmement, les thèmes potentiels élaborés ont été lus et relus en vue de leur raffinement. Certains thèmes ont été regroupés ou séparés et d'autres thèmes ont été créés. À la suite de cette analyse, nous avons fait une synthèse afin de faire des comparaisons. Ainsi, les similitudes et les différences émergeantes ont été discutées et comparées à la littérature scientifique pour ne retenir que les codes probants ;
- cinquièmement, nous avons effectué des regroupements thématiques de façon cohérentetout en respectant la justesse des propos recueillis et en adéquation avec ce qui est d'uneimportance capitale pour les perceptions du travail d'équipe par les agents de santé. Une fois, les représentations thématiques complètes et satisfaisantes, chacun des thèmes ontété renommés définitivement et ont été retenus pour l'étude ;
- la sixième étape a été consacrée à la présentation des résultats découlant de l'analyse thématique des données. Des extraits pertinents issus des données recueillies ont été servis pour l'illustration des interprétations et les résultats pendant la discussion.

1.8.Critères de rigueur scientifique

La valeur d'une recherche scientifique repose sur l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes (M. DRAPEAU, 2004, p.79). Notre travail de recherche a abordé quatre critères de scientificité : la crédibilité, la confirmabilité et la transférabilité.

1.8.1. La crédibilité

Dans le cadre de notre étude, nous avons d'abord réévalué les informations collectées en relisant la transcription tout en écoutant l'enregistrement de chaque participant permettant ainsi de nous assurer qu'il a une cohérence entre ce qui est dit et ce qui est transcrit. Aussi, nos outils de collecte des données ont été soumis à notre directeur de recherche. Enfin, nous avons fait preuve de réflexivité dans nos investigations.

1.8.2. La confirmabilité

Dans notre étude, nous avons pris conscience que nos préjugés personnels et intellectuels, nos propres valeurs, nos préférences et nos idéaux sont susceptibles d'avoir des effets sur le processus de la recherche, les interprétations, les résultats et les conclusions. Pour minimiser ces présupposés, nous avons fait appel à la réflexivité pendant l'entretien semi-structuré. Nous avons soumis nos

interprétations à notre directeur et co-directeur pour une revalidation. Pour terminer, nous avons confronté les points de vue des différents participants dans le but de savoir s'il y a des variabilités entre les points de vue.

1.8.3. La transférabilité

Dans ce travail d'investigation, nous avons fait une étude de cas et nous avons décrit de façon détaillée le contexte de notre étude. En effet, nous avons décrit suffisamment notre cadre et champ d'étude. Les résultats de notre étude pourraient être applicables théoriquement à d'autres CHU Maliens qui présentent des caractéristiques similaires. Une diffusion de nos résultats autant auprès de la communauté scientifique que des professionnels et de la clientèle sera envisagée (des publications dans des journaux scientifiques ; présentations orales lors de conférences nationales et internationales ; présentations orales dans le milieu de l'étude).

1.9.Considérations éthiques

Nous avons travaillé de sorte à respecter deux règles d'usage éthique à savoir l'obtention de l'autorisation du conseil scientifique et de perfectionnement de l'INFSS et l'autorisation du directeur général du CHU-GT. Pour assurer l'éthique de la recherche, nous avons veillé au respect de trois valeurs essentielles que sont : le consentement écrit libre, éclairé et volontaire, la confidentialité et l'anonymat. D'abord, nous avons veillé au respect du consentement éclairéet volontaire des participants et participantes. Pour ce faire, avant de réaliser les enquêtes de terrain, toutes les participantes à l'étude ont pris connaissance de la note d'information des participants et du formulaire de consentement éclairé et volontaire. Les enquêtés ont adhéré à l'étude librement sans contrainte et sans une compensation quelconque. Les objectifs et le but de l'étude ont été expliqués de façon détaillée aux participants et participantes à l'étude. Ensuite, nous avons assuré l'effectivité de la confidentialité. C'est ainsi que l'ensemble des enregistrements et des formulaires de consentement ont été mis sous clé dans un bureau accessible uniquement par l'auteur. Du reste, l'accès aux données brutes n'est permis que pourl'auteur et ses directeurs académiques, tous tenus au secret professionnel. Aucune autre personne n'a accès aux outils de collecte des données. Enfin, l'anonymat est un aspect non moins important pour assurer l'éthique. Ainsi, un code anonyme a été attribué à chaque participante et participant et nul ne peut remonter l'information jusqu'à attribué les propos recueillis auprès des enquêtés en dehors des personnes ressources de la recherche. En effet, lesinformations collectées ont fait l'objet d'un traitement et d'une analyse de façon anonyme en attribuant un code à chaque participant. Ainsi, une liste comportant les différents noms des participantes et participants, leurs coordonnées a été établie. Pour garantir l'anonymat, une codification d'identification unique a été attribuée à chacune des répondantes et répondants dans le but de dissimuler leur identité à l'aide de cette liste. Nous avons codifié les participanteset participants pour assurer l'anonymat. C'est alors que les agents de santé ont été numérotéesde 01 à 10 et les patients accompagnants de 11 à 15. Les résultats ont été présentés de manière à ce que les participantes et participants ne puissent pas être identifiés.

2. Résultats et analyse

2.1. Caractéristiques socioprofessionnelles et démographiques des enquêtés

Parmi les quinze (15) participants, nous dénombrons dix (10) agents de santé, deux (02) patients et trois (03) accompagnateurs. La répartition des participants selon le genre est de neuf (09) participants de sexe féminin et six (06) de sexe masculin. L'ancienneté dans les emplois, pour les agents de santé varie d'un (01) an à vingt et cinq (25) ans. Quant à l'ancienneté dans le service de réanimation et de soins intensifs, elle va d'un (01) à vingt (20) ans.

2.2. Connaissances théoriques du personnel de santé sur le travail en équipe

2.2.1. Définition du travail d'équipe

La méconnaissance de la définition du travail d'équipe par le personnel de santé a été constatée par l'ensemble du personnel. Les propos de quelques professionnels de santé en témoignent : l'enquêté **ENQ_2.AS.M** « *(…) merci, je vais essayer, pour moi, c'est la cohésion du groupe ».* **ENQ_4.AS.F** « *bon* **(***…) chez moi c'est le travail en groupe ».* **ENQ_6.AS.F** « *ok* **(***…) chez moi c'est le travail ensemble ».*

2.2.2. Caractéristiques d'une équipe de travail efficace

Les caractéristiques d'une équipe de travail efficace ne sont pas maitrisées par bon nombre de personnels de santé. Cette insuffisance de connaissances peut influencer la bonne marche d'un travail en équipe dans le service de réanimation et de soins intensifs. Ainsi, les propos suivant nous expliquent cette insuffisance : *« Chacun doit faire son travail selon moi »* **ENQ_3.AS.M**.

2.2.3. Avantages d'un travail en équipe

La méconnaissance des avantages liés au travail en équipe par certains personnels de santé a été constatée. Cela peut jouer sur leur adhésion totale au travail en équipe. Quelques propos d'un certain nombre de personnel de santé en témoignent. **ENQ_1.AS.F** l'a souligné en ces mots **: (***...) franchement, je ne maitrise pas bien, mais je pense qu'on peut citer : la consolidation des liens et l'entraide, (pause).* **ENQ_3.AS. M** : *« (...) ok je vais essayer, pour moi, on peut avoir, se corriger mutuellement et on peut se reposer aussi »,*

2.2.4. Tâches d'un membre de l'équipe de travail

La bonne connaissance des ses tâches au sein d'une équipe permet au membre d'être efficace. Cependant l'insuffisance de connaissances de ses tâches dans une équipe peut jouer sur le bon fonctionnement de l'équipe. À travers notre enquête, nous avons constaté que bon nombre de personnels de santé n'arrivent pas à dire exactement leurs tâches au sein de l'équipe, les propos de l'enquêté **ENQ_5.AS.M** sont illustratifs, « *(...) pour moi, il n'y a pas de tâches connues, c'est le chef d'équipe qui me dit ce que je dois faire ».*

2.2.5. Obstacles au travail d'équipe

L'enquêté **ENQ_2.AS.M :** *« (...) je peux citer le manque de matériels ».*

2.2.6. Sécurité du patient

L'étude montre que la plupart du personnel de santé du service de réanimation et de soins intensifs disent que c'est leur première fois d'entendre parler du terme sécurité des patients. En témoignent les définitions de certains participants : l'enquêté **ENQ_6.AS.F :** *« (...) c'est un nouveau mot pour moi, mais je vais essayer : c'est protéger le malade »,* **ENQ_4.AS.F** *« (...) ça c'est nouveau, pour moi c'est la surveillance des malades »* l'enquêté **ENQ_2.AS.M** *« (...) oh, c'est ma première fois d'entendre ce mot, mais je pense que c'est éviter un danger à un malade »*

2.3. Perceptions du personnel de santé sur le travail en équipe

Dans les services de santé, le travail en équipe est indispensable pour prodiguer des soins de qualité aux patients. Cependant au cours de ce travail en équipe, le personnel de santé se fait une représentation mentale au sein de leur équipe. Cette représentation se déroule depuis la prise de service de l'agent. La satisfaction des agents renverrait à un sentiment agréable vécu par eux au sein du service. L'appréciation positive des agents se rapportent aux jugements positifs portés sur leur vécu. Cette satisfaction concerne le management de leur chef d'équipe et le comportement de leurs coéquipiers. Ainsi, l'enquêté **ENQ_5.AS.M** dit : « *Pour moi, le chef doit nous assister beaucoup ».* Certains agents trouvent également important qu'ils s'entraident mutuellement dans l'équipe. En témoignent les propos de l'enquêté **ENQ_2.AS.M :** *« Pour un travail correct, on doit s'aider beaucoup ».* En outre, certains agents attribuent énormément de la valeur au bon suivi de leurs prestations afin de les corriger. Les agents aiment *« on doit savoir ce qu'on fait, est bon ou pas »* **ENQ_4.AS.F**. Certains agents de santé ont une appréciation relativement mitigée ou nuancée des comportements de certains de leurs collaborateurs. En témoignent les propos de l'enquêté **ENQ_1.AS.F** *: « (...), moi, ma perception est que certains collaborateurs traitent nous autres d'inférieurs, donc ils n'ont rien à apprendre de nous (...) ».* Cela crée un sentiment désagréable et une image abstraite négative chez cette catégorie de personnel de santé. Des discours des agents de santé, il ressort une insuffisance dans la ponctualité de certains membres des équipes de travail. Des agents de santé admettent difficilement que d'autres soient toujours en retard. C'est ainsi que l'enquêté **ENQ_10.AS.F** indique : *« (...) souvent certains membres manquent de ponctualité, car ils comptent sur les autres (...) ».*

Certains agents de santé trouvent parfois que le temps de contact avec leur chef de service est trop court. Ils ont abordé le fait que cela ne leur permet pas de profiter beaucoup de ses connaissances. L'enquêté **ENQ_3.AS.M** affirme : *« Parfois, le chef de service manque de disponibilité pour nous encadrer ».* Nous nous rendons compte que les enquêtés ont d'une certaine exigence en ce sens qu'ils souhaitent

avoir une collaboration à la hauteur de leurs attentes et par ricochet veulent une amélioration dans la formation continue. La non satisfaction aux exigences des enquêtés leur permet de se faire une image négative. Des agents de santé ont émis des sentiments sur les actes posés par leurs ainés dans le cadre du travail en équipe. Ils ont une appréciation positive des actes qui leurs sont posés par leurs ainés. Les propos de l'enquêté **ENQ_6.AS.F** l'illustre assez bien : *« (…) j'ai un sentiment positif du travail en équipe, car dans notre équipe, on apprend beaucoup des ainés et cela me permet de bien soigner (…).* Globalement pour le travail en équipe, les agents de santé parviennent à une représentation fidèle de la réalité de leurs comportements et actes. Seulement, ils ont des réactions différentes au traitement en fonction de leur catégorie. Néanmoins cela peut vouloir dire aussi que dans le service, les responsables du service ne créent pas les conditions de mise en confiance à travers des petits débriefings. Ainsi, les agents de santé se font aussi bien une image positive qu'une image négative des actes qui sont posés au sein de leur équipe.

2.4. Relations de communication entre le personnel de santé et les patients

Le manque ou l'insuffisance de communication entre praticien et patient ne permet pas aux agents de santé d'avoir toutes les informations concernant les patients. En effet, il résulte un vide d'information qui est souvent préjudiciable au patient. Dans le cas spécifique des services de réanimation et soins intensifs, cela ne permet pas au professionnel de santé de savoir si le malade a mangé ou a pris ses médicaments avant les soins ou encore présente une affection générale associée. Le déficit de communication de la part des agents de santé fut mentionné par l'enquêter **ENQ_11.P.M :** « *(…) mais si le praticien ne prend pas le soin de demander si le monsieur a bien mangé avant de faire le soin, si après j'ai des vertiges pendant les soins, c'est une erreur de la part de l'agent de santé, ça relève par exemple des insuffisances de communication au niveau de l'agent. ».* L'enquêté **ENQ_7.AS.F** a ajouté en ces termes « **(***…) il y a des patients aussi qui peuvent venir et puis il y a des moments aussi où même on n'oublie même de leur dire de manger avant ».* Et l'enquêté **ENQ_12. P. F** de renchérir en disant : **«** *(…) le plus souvent les gens (…) négligent ce côté. L'infirmier rentre seulement et dit « il faut te coucher » et on commence à piquer ».* Certains accompagnants malades interrogés ont insisté sur le fait qu'ils ne sont pas suffisamment impliqués dans leur prise en charge. Quand on considère les dires des participants, nous pouvons comprendre que certains malades n'apprécient pas les approches de soins de certains agents de santé. L'enquêté **ENQ_15.P.M** déclare que : « *Certains agents de santé ne demandent pas mon avis avant de poser un geste sur moi, ils disent que le médecin a dit de te faire ça ».* L'enquêtée **ENQ_14.AC.F** témoigne en ce sens : « *en tout cas pour moi, je suis accompagnante, tu vois depuis hier on ne me dit pas ce dont souffre ma mère, je suis inquiète ».* Cependant certains patients pensent que leurs relations de communication avec certains agents de santé sont bonnes. C'est le cas de l'enquêté **ENQ_13.AC.M** qui affirme que : « *Moi, je trouve que certains agents de santé communiquent bien avec moi, je trouve que c'est bon car ils viennent me donner les nouvelles de mon frère malade* ». Des discours des patients et accompagnants, il se dégage aussi une relation de partenariat avec le personnel de santé. Certains pensent que les agents de santé devraient plus devenir leur partenaire. Les propos de l'enquêtée **ENQ_15.P.M** l'illustre bien, quand elle déclare : « *(…) je considère que l'on devrait même être partenaire avec les soignants (…) ».* Certains patients suggèrent que les prises de décision les concernant soient réalisées de façon consensuelle. C'est le cas de l'enquêté **ENQ_15.P.M** qui annonçait : *« (…) il faut que je puisse aider mon docteur à bien me soigner (rire) ».*

3. Discussion

3.1. Connaissances des agents de santé sur le travail en équipe

3.1.1. Connaissances des agents de santé sur la définition du travail en équipe

Les résultats de notre étude révélaient que les connaissances des agents de santé sur la définition du travail en équipe est insuffisante car se limitant par le fait de travailler ensemble. Alors que la maitrise de la définition du travail en équipe permet aux agents de prendre conscience de la place du travail en équipe dans l'amélioration de la culture de la sécurité des patients. RW. SWEZEY et EE. SALAS (1992, p.29), affirmait qu'un membre d'une équipe de travail doit connaitre la définition du travail en équipe qui est un ensemble identifiable de deux personnes ou plus qui interagissent de manière dynamique, interdépendante et adaptative vers un but/objectif/une mission commun(e) et valorisé(e), qui se sont chacune vu affecter des rôles et fonctions spécifiques et dont la durée du mandat au sein de l'équipe est

limitée. Dans notre contexte, en dehors de la formation initiale, ce sont les formations continues qui pourraient être considérés comme la source d'information potentielle sur le travail en équipe des agents de santé.

3.1.2. Connaissances des agents de santé sur les caractéristiques d'une équipe de travail efficace.

Le bon travail, le respect mutuel et le fait que chacun doit faire son travail sont les caractéristiques d'une équipe efficace citées respectivement en première, deuxième et troisième position par les agents de santé dans notre étude. Pourtant la connaissance des caractéristiques d'une équipe efficace est indispensable pour le bon fonctionnement d'une équipe de santé voire la culture de la sécurité des patients. Selon S. COLSON et S. GENTILE (2012, p.283), « les membres de l'équipe doivent connaitre les caractéristiques d'une équipe efficace : un but commun ; des objectifs mesurables ; un leadership efficace et la résolution des conflits ; une bonne communication ; une bonne cohésion et un respect mutuel ; la surveillance de la situation ; l'auto évaluation ; l'adaptabilité ». L'insuffisance de connaissance parfaite de ces caractéristiques pourrait s'expliquer par le fait que dans notre contexte nous avons, l'insuffisance de documents dans les bibliothèques des hôpitaux et l'insuffisance dans la vulgarisation du guide de l'OMS sur la sécurité des patients. A la lumière de nos résultats, il faut dire que les connaissances des agents de santé sur les caractéristiques d'une équipe efficace pourraient influer sur la sécurité des patients.

3.1.3. Connaissance des agents de santé de leurs tâches au sein de l'équipe

L'étude a montré que la plupart des chefs d'équipe ne connaissent pas exactement leurs tâches au sein de leur équipe. Ils citent entre autres les soins infirmiers, le contrôle de leurs membres et la diffusion des consignes comme tâches à exécuter. Cependant pour qu'une équipe fonctionne de façon coordonnée, il faut que le chef de l'équipe maitrise ses tâches pour être efficace. À ce niveau, l'OMS note que « le leader d'équipe efficace doit connaitre ses tâches : déléguer les tâches ou confiant des missions ; conduire des briefings, des réunions en petit comité et des débriefings ; inviter les membres de l'équipe à s'exprimer librement et à poser des questions ; organiser des activités de formation et d'amélioration pour l'équipe ; être une source d'inspiration pour les autres membres de l'équipe et maintenant une culture de groupe positive ». L'insuffisance dans la connaissance de leurs tâches s'expliquerait par le fait que, les chefs d'équipes ne sont pas régulièrement formés sur leurs rôles. Pour terminer, il se pourrait qu'une partie de ces chefs d'équipe ne pratique pas l'autoformation.

3.1.4. Connaissance des agents de santé des obstacles au travail d'équipe

L'étude a montré que les agents de santé citent de façon superficielle les obstacles au travail d'équipe. Les obstacles cités par certains agents de santé sont : le manque de matériels, la paresse et le fait de se ridiculiser. Pourtant leur parfaite maîtrise permet, à certains membres d'équipe, d'éviter certains comportements qui pourraient entraver le bon fonctionnement de leur équipe voire la sécurité des patients. L'OMS recommande la maîtrise de ces obstacles par tout agent de santé travaillant dans le domaine des soins. C'est ainsi que dans son guide sur la sécurité des soins, il stipule que « La connaissance des obstacles au travail d'équipe est aussi recommandée par l'OMS par les membres d'équipe, ce sont : changements de rôles, évolutions dans les structures de soins, hiérarchie en santé, nature individualiste des soins de santé, instabilité des équipes, une définition des rôles ambiguë ; le manque de coordination explicite ; des défauts de communication ». Cette insuffisance de connaissances parfaite de ces obstacles pourrait s'expliquer par le fait que dans notre contexte la notion du travail d'équipe, comme outil indispensable à la sécurité des patients, n'est pas suffisamment appliquée dans nos structures de soins.

3.2. Représentations du travail en équipe par les agents de santé

3.2.1. Représentations valorisantes du travail en équipe

Les résultats de l'enquête ont montré que des agents de santé sont satisfaits de l'ambiance de travail au sein de leur équipe. Cette satisfaction influencerait positivement la perception de ces agents du travail d'équipe. En effet, nos résultats ont révélé que certains agents de santé apprécient positivement le travail en équipe car ils apprennent énormément aussi avec leurs ainés d'équipe. Aussi, des agents jugent positivement les conseils reçus pour des soins de qualité aux patients. Pour F. BEAUREGARD (2006, p.32), les perceptions peuvent être positives ou négatives et sont étroitement liées à l'interprétation des attitudes verbales et non verbales qu'en font les individus impliqués dans un processus. Dans le même

sens, M. DUMONT (2011, p.171) déclare que la perception est un processus de gain d'informations effectué à partir de stimuli environnementaux et corporels y compris les processus émotionnels qui leur sont liés, les modifications produites par l'expérience et la pensée. Ainsi, la perception serait un processus et une donnée intégrante de l'individu, un processus cognitif et émotionnel de sélection et d'interprétation, à l'aide des expériences antérieures, de données recueillies à partir de stimuli externes et internes à l'individu. Il nous parait pertinent que les chefs d'équipe identifient et connaissent les éléments de satisfaction de leur membre d'équipe afin de pouvoir améliorer le fonctionnement de leur équipe de travail. Un intérêt considérable est de plus en plus accordé à l'appréciation des agents de santé de l'ambiance du travail au sein de leur équipe car ceci permet de privilégier les intérêts des patients. En outre, la satisfaction des agents est un élément fondamental à leur participation à des prises de décisions au sein des équipes de travail et contribuer à la qualité des soins voire la sécurité des patients.

3.2.2. Représentations négatives du travail en équipe

Les résultats de notre étude ont révélé des éléments de non satisfaction de certains agents de santé du travail en équipe car certains membres d'équipe traitent les autres d'inférieurs et parfois le chef de service manque de disponibilité pour leur encadrement. Pour E. GALIPEAU (2011, p.17), la perception serait un processus émotionnel de sélection et d'interprétation de stimuli à l'aide d'expériences antérieures constituant à son tour une nouvelle donnée de la personne. Somme toute, le personnel soignant devrait œuvrer à l'amélioration de son attitude et son comportement dans le milieu de soins pour une meilleure prise en charge des patients.

3.3. Communication entre les agents de santé et les patients/accompagnants

Les résultats de l'étude ont montré que les patients ou les accompagnants attribuent une importance à la communication durant leur parcours de soins. M. ALFONSI, FD. AMARO et M. ANTHONY (2016, p.27) le confirment lorsqu'ils stipulent que : « Une représentation partagée de la situation du service et des besoins des patients, une adaptabilité au plan de soins et à ses évolutions, un esprit d'équipe et une confiance mutuelle débouchent sur une performance de l'équipe et sur la sécurité des patients ». Disons, d'abord, que les patients évoquent beaucoup le temps de l'écoute pendant les traitements. C'est un moment où les patients souhaitent pouvoir se livrer ou mentionner leurs souhaits. Cet instant d'écoute est une façon pour ses patients de se libérer de quelque chose et de la confier au personnel de santé. La capacité du personnel de santé à communiquer implique la possibilité à se faire comprendre des patients ou accompagnants mais, avant tout de déchiffrer ce que les patients ou accompagnants veulent leur dire. Il faut se demander si dans le service de réanimation et de soins intensif, le personnel de santé est vraiment disposé à tout entendre des patients qui sont souvent dans des états non stables. Ensuite, les patients ou les accompagnants sont souvent demandeurs d'explications sur le diagnostic, les traitements ou les résultats des examens paracliniques. Pour ce qui est du diagnostic, nous estimons qu'il est important que celui-ci soit clairement énoncé aux patients ou à leurs accompagnants avec leur consentement. En effet, poser un diagnostic précis nécessite parfois des examens complémentaires et qui méritent d'être expliqués aux patients. En outre, les patients sont souvent très demandeurs d'explications à propos des traitements dont elles bénéficient. C. VINCENT et A. STAINES (2016, p.219) le confirment lorsqu'ils disent : « La transmission structurée permet de façon systématique l'échange des informations relatives au patient, en cas de transfert de responsabilité, lors des transitions et transferts de service, en incluant une revue des enjeux de sécurité ». Par ailleurs, disons que dans le cadre de la prise en charge des patients, le personnel de santé devrait faire preuve de négociation et de persuasion. Enfin, disons que la communication du personnel de santé en réanimation et de soins intensifs devrait viser à répondre aux émotions des patients et les accompagnants, à établir une relation de confiance et à favoriser leur sécurité.

Conclusion

Notre étude a porté sur la place du travail en équipe dans la culture de la sécurité des patients au service de réanimation et de soins intensifs du CHU-GT. L'objectif était d'étudier la place du travail en équipe dans l'amélioration de la sécurité des patients au service de réanimation et de soins intensifs du CHU-GT. Bien que cette étude comporte certainement des insuffisances, elle a permis, grâce à la méthode de collecte de données qui est l'entrevue semi-dirigée, de mettre en évidence le travail en équipe dans le service de réanimation et de soins intensifs dans cet hôpital. Ces entrevues ont permis aux agents de

santé de décrire le travail en équipe, la sécurité des patients, de donner leurs perceptions sur le travail d'équipe ainsi que leur relation de communication avec les patients/accompagnants. Les résultats de notre recherche montrent que les agents de santé ont des insuffisances de connaissances théoriques sur le travail en équipe, des insuffisances dans leur relation de communication avec leurs patients/accompagnants et ont aussi quelques représentations négatives du travail en équipe dans le dit service du CHU-GT en raison d'une insuffisance de management d'équipe et d'insuffisances en communication interpersonnelle. L'analyse des données démontrent aussi que certains agents de santé donnent une appréciation positive du travail en équipe et de son impact sur la qualité des soins voire la sécurité des patients. Cette étude exploratoire est l'une des premières études conduite dans les services cliniques des centres hospitaliers universitaires du Mali. De ce fait, elle constitue une étude pionnière. Elle pourrait se révéler utile à des projets de recherches similaires et de nombreux autres chercheurs pourraient éventuellement s'en servir, soit pour approfondir certains aspects de la problématique abordée, soit pour explorer la même thématique dans d'autres établissements hospitaliers du Mali ou partout ailleurs en Afrique. À partir des insuffisances constatées sur la place du travail en équipe dans la culture de la sécurité des patients, des suggestions ont été formulées en vue de mettre en place et de maintenir des mécanismes de renforcement du travail en équipe au sein des services de soins du CHU-GT.

Références bibliographiques

ADLER Patricia, ADLER Peter, 1987, *Membership roles in field research*, University of Colorado, University of Denver, 95 p.

BAGOYOGO Moussa, 2020, Rapport d'évaluation de la performance du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE de Bamako, 80 p.

BEAUREGARD François, 2006, « Représentations sociales des parents et des enseignants de leurs rôles dans l'intégration scolaire d'un élève dysphasique en classe ordinaire au primaire », in *Revue des sciences de l'éducation*, 545 p.

BRAUN Virginia, CLARKE Victoria, 2006, Using thematic analysis in psychology, Qualitative Research In Psychology, 101p.

DARVEAU Fréderic, 2016, Étude descriptive des perceptions de soutien, d'habilitation et de reconnais sance favorisant la mobilisation organisationnelle au ministère de l'Éducation Nationale et de l'alphabétisation du Burkina Faso, 249 p.

DRAPEAU Martin, 2004, Les critères de scientificité en recherche qualitative, 86 p.

DUMONT Marguérite, 2011, Étude descriptive des perceptions d'infirmières en regard de l'implantation thérapeutique infirmier (PTI) dans leur pratique quotidienne, Université du Québec à Trois-Rivières, 160 p.

GALIPEAU Roséline, 2011, Modélisation de facteurs associés à une perception d'insuffisance lactée, Thèse de doctorat unique, Université de Montréal, Canada, 171p.

GARDETTE VIRGINIE, 2010, « Principes d'une démarche d'assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles », 21 p.

Haute Autorité de Santé, 2013, « Sécurité du patient », 6 p.

PRONOVOST Peter, GOESCHEL Christine, 2006, Creating High Reliability in Health Care Organizations. Health Services Research, 1617 p.

SIDIBE Lassina, 2017, *Implantation de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'organisation mondiale de la santé à l'hôpital national Blaise Compaoré*, Mémoire de master en sciences infirmières, Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Santé et de l'Éducation (IFRISSE), 88 p.

STAINES Anthony, BARALON Christian, FARIN Alexandre, 2016, « TeamSTEPPS : des outils de travail en équipe pour la sécurité des patients, Risques & Qualité », 13 p.