

REPUBLIQUE DU BENIN

(RB)

@@@@@@

MINISTRE D'ETAT CHARGE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

@@@@@@@@@@@



UNIVERSITE D'ABOMEY - CALAVI

(UAC)

@@@@@@@@@@@@@@@@



FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTIONS

(FASEG)

@@@@@@@@@@@@@@@@

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION POUR L'OBSTENTION DE LA LICENCE

PROFESSIONNELLE

OPTION : Economie

SPECIALITE: Economie - Appliqué

**THEME**

L'INFLUENCE DES MOUVEMENTS DE GREVE SUR L'OFFRE DE SOINS DE SANTE DANS  
LES HOPITAUX DE ZONE : CAS DE L'HOPITAL DE ZONE D'ABOMEY-CALAVI/ SO-AVA

Réalisé et soutenu par:

Stéphane L. AZOGAN

&

Moussibahou AMIDOU

Sous la supervision de:

Maître de stage :

Directeur de mémoire

Mme TCHIAKPE Rosemonde

Dr SENOU Barthélémy

Chef service statistique de la Zone  
Sanitaire Abomey-Calavi Sô-Ava

Enseignant à la FASEG / UAC

Mai 2015

## **AVERTISSEMENT**

**LA FACULTE DES  
SCIENCES ECONOMIQUES  
ET DE GESTION  
D'ABOMEY-CALAVI,  
N'ENTEND DONNER  
AUCUNE APPROBATION NI  
IMPROBATION AUX  
OPTIONS EMISES DANS CE  
MEMOIRE. CES OPINIONS  
DOIVENT ETRE  
CONSIDEREES COMME  
PROPRES A LEURS  
AUTEURS.**

# **DEDICACES: 1**

Je dédie ce travail

- ✓ A mon aimable père AZOGAN Grégoire
- ✓ A tous mes amis et parents en occurrence mon très chère frère AGOH Francis Mermoz.
- ✓ A mes mères AHONOU Rosalie et HOUESSOU Micheline pour tous leurs soutiens matériels.

Stéphane Lonoudé AZOGAN

## **DEDICACES : 2**

Je dédie ce travail

- ✓ A mon feu père AMIDOU Younoussa
- ✓ A tous mes amis et
- ✓ A ma mère HOUNDENOU Cherifath.

Moussibahou AMIDOU

## **REMERCIEMENTS**

Le présent document a été réalisé par l'aide de plusieurs personnes. Ainsi il nous faut témoigner ce travail bien fait par la présente note.

Nos remerciements vont à l'endroit de :

- ✓ Professeur Charlemagne Babatoudé IGUE, le doyen de faculté des sciences Economiques et de Gestion (FASEG)
- ✓ A notre maître mémoire, Dr. SENOU Barthélémy qui a accepté diriger ce travail.
- ✓ A tout le corps Enseignant de la FASEG qui a contribué a notre formation qui nous a servi de base pour cette étude
- ✓ Aux Médecins Coordonnateur du bureau de zone de l'hôpital de zone d'Abomey – Calavi / Sô-Ava Monsieur
- ✓ A notre maître de stage Madame TCHIAKPE Rosemonde Chef service statistique de la Zone Sanitaire Abomey-Calavi /Sô-Ava qui nous a aidé à recueillir les informations nécessaires à notre étude
- ✓ Au chef service statistique de l'hôpital de zone Abomey – Calavi / Sô-Ava qui nous a fournis plus de rapport de travail de l'hôpital.

## **LISTE DES SIGLES**

ACE	: Agent contractuel d'Etat
AFP	: Agent sur financement permanent
AMS	: Agent Mesure Social
AOC	: Agent Occasionnel
APE	: Agent Permanent d'Etat
BZ	: Bureau de Zone
CDT	: Centre de Détection du Tuberculose
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNHNP	: Centre National Hospitalier Neuro – Psychiatrie
CNHPP	: Centre National Hospitalier Pneumo-phtisiologie
CNNU-HKM	: Centre Hospitalier National et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CODIR	: Comité de Direction du centre de santé
COGECS	: Comité de Gestion des Centre de Santé
CS	: Centre de Santé
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DGAP	: Division et Gestion Administrative et du Personnel
DNSP	: Direction Nationale de la Santé Publique
EEZS	: Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
Hbt	: Habitant
HZ	: Hôpital de Zone

HZ-AB/SA	: Hôpital de Zone Abomey- Calavi/Sô-Ava
ISA	: Ingénieur d'Application de la Statistique
LogIHosp	: Logiciel d'Information Hospitalière
MCZS	: Médecin Coordonnateur Zone Sanitaire
MDE	: Médecin Docteur d'Etat
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
ORL	: Oto – Rhino – Laryngologie
PEV	: Programme d'Evaluation Vaccinal
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PPS	: Politique de programmation Sanitaire
PVVIH	: Programme Virus de l'Immuno- Déficience Humanitaire
SAAE	: Service des Affaires Administratives et Economiques
SFE	: Sage-Femme d'Etat
SNIGS	: Système Nationale d'Information et de Gestion Sanitaire
SONEB	: Société Nationale des Eaux du Bénin
SS	: Système Sanitaire
UAC	: Université d'Abomey- Calavi
Unfp	: Fonds des Nations unies pour la population
UVS	: Union Villageoise de Santé
ZS - AB/ SA	: : Zone Sanitaire Abomey –Calavi/ Sô-Ava

## Liste des tableaux

<u>Tableau 1</u> : effectif du personnel par catégorie socioprofessionnelle.....	8
<u>Tableau 2</u> : Effectif du personnel par statut.....	8
<u>Tableau N°3</u> : Statut des agents ayant rempli nos questionnaires.....	29
<u>Tableau N° 4</u> : Situation conjugale des agents de l'HZ-AB/Sô-Ava .....	32
<u>Tableau N° 5</u> : Qualification des agents de l'HZ-AB/Sô-Ava .....	32
<u>Tableau N° 6</u> : l'expérience professionnelle des agents de l'HZ-AB/Sô-Ava .....	33
<u>Tableau N° 7</u> : Principales causes des grèves à l'HZ-AB/Sô-Ava .....	33
<u>Tableau N° 8</u> : les pratiques à risque aux patients .....	34
<u>Tableau N° 9</u> : pratique de la grève par les agents de l'HZ-AB/ Sô-Ava.....	34
<u>Tableau N° 10</u> : décès survenus à l'absence des agents.....	34

## **Liste des graphes**

**GRAPHIQUE 1** : Répartition du personnel par statut.....8

# **RESUME**

Cette étude consiste à analyser l'offre de soins de santé dans les hôpitaux de Zone : Cas de l'Hôpital de Zone d'Abomey Calavi / Sô-Ava dans le but de voir les conséquences de la grève sur cette dernière. Au terme de notre étude, les résultats obtenus nous montrent que l'hôpital de zone d'Abomey- Calavi / Sô- Ava, étant une structure de première référence, utilise plusieurs outils de travaux et offre plusieurs opportunités de travail à ses agents. Mais ces agents de santé vont en grèves causes des mauvaises conditions de travail et des irrégularités des salaires et primes. Ainsi, ces actions des agents réduisent la qualité et la complétude de leur fonction d'offre en donnant naissance à un fort taux de mortalité et de morbidité constaté ces dernières années. Pour alors corriger ces dysfonctions, il faut que les décideurs de l'hôpital de zone d'Abomey- Calavi / Sô- Ava mettent en place un système de contrôle de présence effective au poste des agents de santé, contrôler les outils de travail et faire des prévisions pour le changement de technologie les plus adaptées au système, veiller au règlement dans un délai requis des salaires et primes. Cela lui permettra de réduire les grèves et même atteindre ses objectifs fixés.

# **SOMMAIRE**

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU CADRE INSTITUTIONNEL DE LA ZS-AS .....	3
❖ SECTION 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'HZ-AB/SÔ-AVA .....	3
❖ SECTION 2 : Structure organisationnelle et déroulement du stage .....	10
CHAPITRE 2 : LE CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE ET DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	17
❖ Section 1 : Cadre théorique de l'étude.....	17
❖ Section 2 : la revue de littérature et méthodologie de recherche.....	19
<u>CHAPITRE 3</u> : PRESENTATION, ANALYSE DES DONNEES ET SUGGESTIONS.....	29
❖ <u>Section 1</u> : Présentation des données issues du questionnaire.....	29
❖ <u>Section 2</u> : Analyse des données, vérification des hypothèses et suggestions.....	31
CONCLUSION.....	36

## **INTRODUCTION**

Le développement et l'efficacité de toute entreprise passe par le consentement de ses ouvriers et par la relation professionnelle entre employeur et employés. Or, l'idéal pour tout employeur est d'avoir une entreprise efficace en vue de réaliser ses objectifs et d'en tirer le maximum de profit, étant un agent rationnel. Le système de santé n'échappe pas à cette condition. Ainsi selon l'OMS (2008), le système de santé peut être défini comme l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels et financiers) destiné à réaliser les objectifs d'une politique de santé. Il constitue un sous-système du système économique général et se trouve donc en concurrence avec les autres sous système en ce qui concerne l'affectation des ressources. Ce système de santé suppose l'existence de cadre stratégique de réglementation, un encadrement efficace et une attention particulière à la conception du système et à la transparence. L'enjeu du bon fonctionnement du système de santé est d'assurer la protection de la population face aux multiples maladies auxquelles cette dernière est confrontée (Foucault, 1994).

En effet, lorsque la maladie survient, elle affecte le bien être de la population et réduit le temps disponible pour le travail. Ainsi, pour jouer pleinement son rôle, le secteur de la santé est organisé sous forme pyramidale au Bénin (OMS, 2000). On distingue alors les DDS (Direction Départementale de la Santé) actuellement au nombre de six pour douze départements sont chargés de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé et d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements. Le CHD (Centre Hospitalière Départementale) constitue le centre de référence pour les cas référés par les hôpitaux de zones (pour ceux qui sont fonctionnels) ou par les centres de santé A ce niveau on retrouve comme structure de soins, le CNUU-HKM ; le CNHPP ; le CNHNP. Parmi ces centres figure l'HA-AB/Sô-Ava qui offre les prestations de services de soins à la population d'Abomey-Calavi et de ses environs. Elle gère quatre cent quatre-vingt-neuf (489) agents de toutes catégories et tous statuts confondus. Outre la dotation en ressources, la planification des activités, l'hôpital doit fonctionner selon une certaine cohésion entre les soignants d'un même service, entre les personnels des différents services, puis entre les soignants, les patients et leurs familles dans la mesure où « l'essentiel de l'activité est régi par des négociations entre structure administrative et activité soignante, entre catégories professionnelles, à l'intérieur même d'une catégorie professionnelle, entre monde professionnel et monde profane, entre le

monde de l'hôpital et le monde extérieur » (Carricaburu et Ménoret, 2004). Or, il est constaté que peu sont ces structures qui respectent toutes ses conditions. L'HZ-AB/Sô-Ava n'échappe pas à cette situation, faute de quelques dysfonctions au niveau de leur organisation et programmation.

Durant notre séjour dans l'HZ-AB/Sô-Ava, nos observations et entretiens avec les agents de santé de cette structure nous ont permis de comprendre qu'un système d'organisation et de programmation des agents de santé dans chaque service existe, mais ceci n'est pas doté d'un système de contrôle de présence perpétuelle des agents à leurs poste. Ceci alors nous amène à penser au problème en faisant des analyses de l'offre de soins dans le secteur de la santé en prenant comme thème d'étude « l'influence des mouvements de greve sur l'offre de soins de sante dans les hopitaux de zone : cas de l'hopital de zone d'abomey–calavi/ so-ava»

A travers ce thème, nous allons faire une analyse de la situation en vue de proposer quelques approches de solutions qui, nous pensons, seront pertinentes pour améliorer la politique d'organisation existante sans oublier de faire quelques suggestions pour ce qui concerne les manquent dans l'émergence de ce centre de santé.

Cet objectif sera développé en trois (03) chapitres dont :

Le premier fait un bref aperçu sur le cadre institutionnel de l'HZ-AB/Sô-Ava et le déroulement de notre stage dans l'enceinte de cette structure

Le second s'en charge de présenter le cadre théorique et méthodologique de l'étude ; de faire une analyse stratégique de cette structure de stage et aboutir sur le choix et justification des variables de décisions.

Le dernier est consacré à la présentation et à l'analyse proprement dite des données recueillies puis à la formulation des diverses approches de solutions dans le but d'attirer l'attention de l'administration en place dans ce centre sur les insuffisances à apporter à leurs politiques d'organisations et de programmation des agents dans les services.

## **CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU CADRE INSTITUTIONNEL DE LA ZS-AS**

Ce chapitre est présenté en deux sections dont la première se consacre de la présentation de l'HZ-AB/ Sô-Ava et la deuxième développe le déroulement de notre stage au sein de cette structure.

### **SECTION 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'HZ-AB/SÔ-AVA**

#### **PARAGRAPHE 1 : HISTORIQUE**

En début du troisième millénaire, le secteur de la santé est en train de connaître un grand réaménagement en matière de prestation de service. Il doit donc s'adapter aux différentes évolutions de la technologie afin de faire face aux besoins croissant sans cesse de la population ; c'est pour satisfaire la clientèle sur le plan de la protection socio- sanitaire que les zones sanitaires à caractère social ont été créées en république du Bénin. Le concept de la zone sanitaire a vu le jour suite à plusieurs réflexions et contacts fait par les pays africains. Ainsi, décision fut prise en 1995 de réorganiser la pyramide sanitaire en zones sanitaires.

La zone sanitaire est définie comme étant l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé de premier contact, appuyé par un hôpital de première référence dénommée hôpital de zone ; cette stratégie a l'avantage de rapprocher les services de la population desservie et de leur offrir des soins efficaces à moindre coût.

La structure ayant servie de cadre d'étude est l'HZ-AB/Sô-Ava. Il est situé dans le département de l'atlantique, à une trentaine de kilomètres de Cotonou ; il est implanté dans la commune d'Abomey-Calavi, arrondissement de Calavi et plus précisément dans la zone de culture agricole (ZOPAH).

Il a été construit en 2000 et a démarré ses activités le 18 Août 2005 après son inauguration le 12 Mai 2003 ; c'est un centre de santé de première référence dotée d'un plateau technique, de personnel et d'un ensemble de services spécialisés lui permettant d'assurer un paquet complémentaire d'activité. L'HZ-AB/Sô-Ava est un grand centre de santé qui met ses prestations au service de près de 548 684 habitants ; il s'étant sur une superficie d'environ six (06) hectares soixante-dix-sept (77) ares.

La zone sanitaire est créée par l'arrêté ministériel N° 2225/MSP/DC/SGM/CADZS du 10 Mars 2000 et est régie par les dispositions du décret N° 2002- 0113 du 12 Mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone qui le dotent de sa personnalité morale et de l'autonomie financière ; c'est un établissement publique à vocation sociale ; il est officiellement mise en service le 18 Août 2003 et a pour mission capitale la prise en charge des problèmes de santé et des cas de maladies graves / compliquées ; et dépasse ainsi de par son personnel et son plateau technique les compétences des centres de santé de premières échelon.

## **A. Situation démographique**

### **1- Situation géographique**

Située dans le Département de l'Atlantique, la ZS-AC/SA est l'une des sept (07) zones que comportent les Départements de l'Atlantique et du Littoral. Elle dessert une population de cinq cent Quarante-huit mille six cent quatre-vingt-quatre habitants (548684) et couvre une superficie de 868 Km<sup>2</sup>. Elle est limitée

- Au Nord par la Commune de Zè
- Au Sud par le Département du Littoral et l'Océan Atlantique
- A l'Est par les Communes d'Adjohoun, de Dangbo, des Aguégoués et Porto-Novo
- A l'Ouest par les Communes de Tori-Bossito et Ouidah

### **2- DONNEES DEMOGRAPHIQUES**

La Zone Sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava dessert une population estimée à cinq cent quarante-huit mille six cent quatre-vingt-quatre (548 684) habitants (projection 2012 RGPH 2000 selon INSAE). Pour le calcul des indicateurs de performance du secteur, le Ministère de la Santé utilise des groupes d'âge précis vers lesquels sont orientés les différents programmes et services offerts par les centres de santé, selon que l'on désire observer la surveillance épidémiologique ou la santé familiale.

### **3- DONNEES SOCIOCULTURELLES ET ECONOMIQUES**

La zone sanitaire est composée d'une multitude de groupes socioculturels à prédominance Aïzo, fon à Calavi et Toffin à Sô Ava. Ces groupes cohabitent pacifiquement avec la plupart des autres ethnies du pays faisant des arrondissements d'Abomey-Calavi, de Godomey et des environs, une zone cosmopolite.

Sur le plan religieux sont classés par ordre d'importance numérique, les religions traditionnelles, le christianisme et l'islamisme. On y rencontre aussi d'autres confessions religieuses qui prennent de plus en plus de l'ampleur. Notons que la majorité de la population est syncrétiste.

La Zone Sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava de par sa position géographique dispose de sites touristiques de renommée internationale : Ganvié, Sô-Tchanhoué, Sô-Zounko etc.

La pêche, l'élevage, l'agriculture, la cueillette, l'artisanat et le commerce sont les activités économiques pratiquées par les populations dans la Zone Sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava.

Dans la commune d'Abomey-Calavi, l'agriculture était la principale activité, mais de nos jours elle perd progressivement sa place en raison de la poussée démographique, de la vente des terres et de l'appauvrissement des sols. Dans la commune de Sô-Ava, la pêche est l'une des activités principales qui occupe toute la population et se pratique sous différentes formes.

La Zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô - Ava offre de nombreuses potentialités économiques, culturelles et touristiques.

C'est un vaste marché de consommation en raison de sa population qui double tous les cinq ans et fait accroître le chiffre d'affaire des investisseurs en un temps record.

Sur le plan traditionnel les communes de la Zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava sont régies par des cours royales. La commune d'Abomey-Calavi s'apparente à la cité historique d'Abomey dont elle tire d'ailleurs son nom. Elle donne accès à la cité lacustre de Ganvié qui accueille par an des milliers de touristes qui viennent du monde entier. On y découvre des parcs touristiques dont un musée ethnographique, des palais royaux, des couvents, des temples de pythons et surtout des forêts sacrés.

La commune d'Abomey-Calavi abrite la plus grande Université du Bénin (Université d'Abomey-Calavi) avec plus de vingt mille étudiants et bientôt le plus grand aéroport de l'Afrique de l'Ouest.

## **B. Relief et climat de l'HZ-AB/ SÔ-AVA**

### **1- Relief**

La Zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava fait partie du bassin sédimentaire côtier du Bénin. Son relief principalement composé de dépression est marqué par une bande sablonneuse. Elle abrite plusieurs cordons littoraux entrecoupés de cocoteraies et de marais ou lagune dominé par des plateaux à faibles altitudes qui constituent de véritables cadres de repos pour les touristes.

### **2- Climatologie**

A l'image du Bénin la Zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava a un climat chaud et humide à quatre saisons que sont:

- une grande saison de pluies d'avril à juillet ;
- une petite saison sèche d'août à septembre ;
- une petite saison pluvieuse d'octobre à novembre ;
- une grande saison sèche de décembre à mars.

Ce climat de type équatorial est caractérisé par une chaleur intense et une forte humidité. Cette zone dispose de ce fait, d'un couvert végétal riche et varié avec une dense végétation qui devient de plus en plus clairsemée par endroit du fait de la pression démographique. On y découvre la mangrove à palétuviers rouges favorable à la reproduction des poissons. A l'arrière-plan de la mangrove se développe la prairie, véritable pâturage. A cela s'ajoute un rideau de cocotiers avec une savane constituée de tecks, de palmiers à huile et autres.

Les températures moyennes mensuelles varient entre 27 et 31 degrés centigrades. Les écarts entre le mois le plus chaud et le mois le moins chaud ne dépassent pas 3,2 degrés.

## **PARAGRAPHE 2 : ACTIVITES, RESSOURCES ET ORGANISATION**

## **A. Activités**

Pour atteindre ses objectifs, l'HZ-AB/Sô-Ava mène plusieurs activités socio sanitaires qui se concrétisent sur le terrain par une gamme de prestations de service qu'il offre à sa clientèle.

### **1- Les activités principales**

L'HZ-AB/Sô-Ava est une structure à vocation sociale qui mène au profit des populations des activités variées ; il a pour obligation de relayer les centres de santé de commune et d'arrondissement du fait de sa compétence et de son plateau technique. Il constitue un centre de référence aussi bien pour sa zone sanitaire que pour celle d'Allada/Zè/ Toffo.

Les différentes activités qui s'y mènent sont :

- Les consultations
- Les hospitalisations
- Les interventions chirurgicales
- Les accouchements assistés
- Les examens de laboratoires et de radiologies
- La planification familiale
- La communication pour un changement de comportement

### **2- Les activités secondaires**

Il est à noter que l'hôpital dispose également d'un service social intervenant au niveau de l'EEZ qui apporte un soutien considérable en matière d'assistance aux patients.

## **B. Ressources et organisation du personnel**

Les ressources sont indispensables au bon fonctionnement d'une entreprise. L'HA-AB utilise plusieurs ressources pour atteindre ses objectifs.

### **1- Ressource humaine**

La principale et la plus complexe des ressources d'une structure sont constituées de son personnel, du potentiel et de la performance de ce dernier. Conscient de cette vérité, l'HZ-AB utilise un certain nombre de personne de diverses catégories et divers statuts ; il s'agit des agents émergeant au budget national ou à celui de l'hôpital ; ils sont composés du personnel :

- Médical

- Paramédical
- Administratif
- D'entretien
- De soutien

Ils sont au nombre de quatre cent quatre-vingt-neuf (489) repartis dans les tableaux ci-dessous :

**Tableau 1 : effectif du personnel par catégorie socioprofessionnelle.**

CATEGORIES	A	B	C	D	E	TOTAL
EFFECTIFS	<b>46</b>	<b>135</b>	<b>92</b>	<b>175</b>	<b>41</b>	<b>489</b>

**Source:** Service GRH ZS, 2013

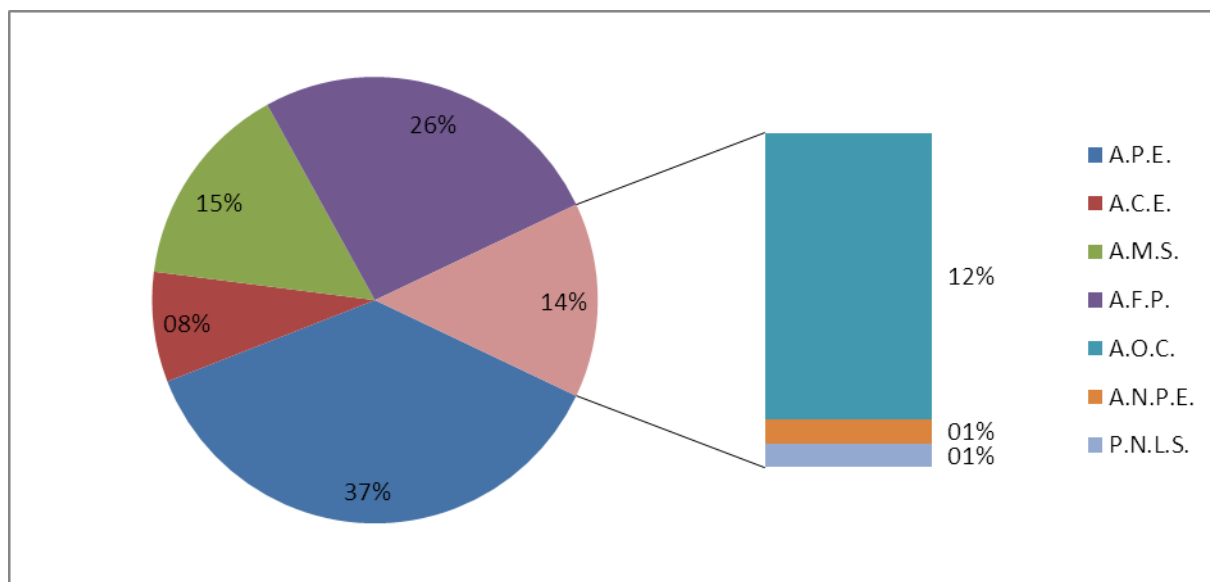
**Tableau 2 : Effectif du personnel par statut.**

STATUT	EFFECTIF	POURCENTAGE
<b>A.P.E.</b>	<b>181</b>	<b>37%</b>
<b>A.C.E.</b>	<b>39</b>	<b>08%</b>
<b>A.M.S.</b>	<b>73</b>	<b>15%</b>
<b>A.F.P.</b>	<b>127</b>	<b>26%</b>
<b>A.O.C.</b>	<b>59</b>	<b>12%</b>
<b>A.N.P.E.</b>	<b>5</b>	<b>01%</b>
<b>P.N.L.S.</b>	<b>5</b>	<b>01%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>489</b>	<b>100%</b>

**Source :** S.A.A.E. / D.G.A.P, 2013

Cette répartition est représentée par le graphique suivant :

### **GRAPHIQUE 1 : Répartition du personnel par statut**



**Source : Données de S.A.A.E. / D.G.A.P, 2013**

Il ressort de ce graphique que le personnel en service à l'HZ-AB est en majorité composé d'A. P. E. (37%) et A. F. P. (26%), la deuxième tendance comprend les A. M. S. (15%), les A. O. C. (12%), les A. C. E. (08%) puis viennent les A. N. P. E. et P.N.L.S représentant chacun 1% du personnel.

### **2- RESSOURCES MATERIELLES**

Elles sont progressivement mise en place en fonction des besoins des populations cibles ; ainsi, l'HZ-AB dispose actuellement pour l'accomplissement de ses activités :

- D'infrastructures composées de bâtiments
- D'équipements médico – techniques
- De matériel roulant (motos, 02 ambulances, 02 véhicules de supervision et 02 véhicules de fonction)
- D'un groupe électrogène relais.

Signalons que le centre est électrifié et doté de source d'eau potable (SO.N.E.B)

### **3- RESSOURCES FINANCIERES**

La gestion des ressources financières est d'autant plus importante que celle des ressources humaines dans une organisation. En tant qu'établissement jouissant d'une autonomie, les ressources financières de cet hôpital de zone sont essentiellement composées des :

- Recettes provenant des prestations de l'hôpital (soins médicaux, soin chirurgicaux, accouchements assistés, hospitalisation, examens de laboratoire et de radiologie et autres actes)
- Subvention annuelle de l'Etat
- Dons et l'aides des partenaires

#### **SECTION 2 : Structure organisationnelle et déroulement du stage**

##### **PARAGRAPHE 1 : Structure organisationnelle et analyse stratégique de l'environnement**

Pour mieux coordonner se activités et mieux situer les responsabilités afin d'atteindre ses objectifs, une unité sociale sérieuse a besoin de mettre en place un système performant ; pour ce faire, l'HZ-AB s'est doté d'une structure organisationnelle et des attributions présentées ci-dessous. Avant d'aborder la mission assignée à chaque organe de gestion, précisément qu'au sommet de ce dispositif se trouve le ministère de la santé qui est l'autorité de tutelle ; sous cette tutelle existe un comité de santé et un CODIR.

#### **A. Structure organisationnelle**

##### **1- Comité de Santé**

C'est l'organe suprême de décision de l'HZ-AB/Sô-Ava. C'est l'organe qui décide de la politique de gestion. Pour sa composition, on peut noter :

- Médecin coordonnateur
- Directeur HZ
- COGECS
- Représentantes élues des associations /groupements de femmes

- Représentants des partenaires
- Représentants élus ou des ONG
- Représentant élu secteur sanitaire privé social ou à vocation humanitaire
- Représentant élu secteur sanitaire privé libéral
- Représentants élus du personnel
- Représentant permanent du DDS

## **2- Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire (EEZS)**

- Médecin Coordonnateur
- Directeur HZ
- MC/CS
- Chefs services médicaux et para médicaux de l'HZ
- Responsables soins infirmiers
- Responsables soins obstétricaux
- Responsable du PEV et de la surveillance épidémiologique
- CAR
- Technicien action sociale
- Technicien de l'hygiène et assainissement
- Responsable Statistique

## **3- COMITE DE DIRECTION DE CENTRE DE SANTE (CODIR)**

**Le CODIR** est un organe consultatif obligatoire. Il est composé comme suit :

- Président : Directeur Général
- Vice- président : Directeur Général Adjoint

- Les membres
  - Les directeurs techniques de la structure
  - Un représentant du personnel.

Le CODIR est constitué pour les décisions importantes telles que l'élaboration du budget et de la politique général de la structure. Il peut également être consulté sur toutes affaires que le directeur général lui soumet. Il peut être aussi saisi par la majorité absolue de ses membres.

Dans tous les cas l'ordre du jour doit être précis et communiqué au préalable aux membres. Mais dans le cadre de la rédaction de ce travail de recherche, nous allons nous intéresser non pas à toutes les directions mais essentiellement à quelques-unes :

- **La direction générale**

Elle est l'organe chargée de la mise en application des décisions prises par les organes décisionnelles. En outre, elle coordonne et centralise les activités de toutes les directions techniques de santé. Elle a à sa tête la directrice générale nommée par décret sur proposition du conseil d'administration pour une durée de cinq (05) ans renouvelable une fois. Il est assisté d'un directeur adjoint nommé par arrêté ministériel sur proposition du directeur général et après avis du conseil d'administration.

- **La direction des études et de planification**

Elle est chargée de :

- Elaborer le plan d'organisation du système de santé
- Les normes de décisions et standards dans le domaine de la santé
- Planifier les investissements, les faire réaliser après élaboration des termes de référence
- Etude technique d'exécution des systèmes de santé
- Analyser, traiter les statistiques et suivre les indicateurs de performances

- Elaborer les perspectives de développement pour le centre de santé
- Mettre à jour la cartographie des objectifs de chaque année ; engage l'hôpital dans de nouvelles techniques de travail, dans la protection de la santé des patients et fait la gestion administrative des plans d'actions.

#### **4- Fonctionnement**

La hiérarchie étant définie, il s'avère primordiale que les attributions soient bien connus afin que l'autorité soit respectée et que les diverses responsabilités soient bien définies/ situées.

##### **▪ La directrice**

Elle est nommée par arrêté du ministre en charge de la santé et doit être titulaire d'un diplôme postuniversitaire en gestion des services de santé ou en administration hospitalière avec 05 ans d'expérience ; ainsi, elle

- Assure l'exécution des décisions prises par le comité de santé à qui elle rend compte ; elle est contrôlée par cet organe
- A autorité sur tout le personnel employé par l'hôpital

##### **▪ Le chef service des affaires administratives et économique**

Il est nommé par un arrêté du ministre de la santé et est chargé dans son service de la :

- Facturation des droits de l'hôpital de zone
- Tenue de la comptabilité matière
- Gestion des malades et des statistiques

##### **▪ Les chefs de services médicaux et techniques**

Ils sont chargés des activités des services ci-après :

- Médecine interne
- Pédiatrie
- Chirurgie
- Gynécologie et obstétrique
- Exploration diagnostique

- Imagerie médicale
- Pharmacie
- L'infirmier général

Il s'occupe

- Du suivi des services de soins, de la bonne exécution des soins prescrits
  - Du suivi des autres personnels soignants et auxiliaires
  - De la formation continue
  - Il participe aux supervisions des agents et aux activités de monitoring semestriel
- **La commission médicale consultative (C. M. C)**

La CMC est un organe qui est consulté sur les principales situations concernant les activités de santé, la répartition, l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et médico- techniques. Elle est composée des chefs services médicaux.

- **Le comité d'hygiène et de sécurité (C.H.S)**

Il est prévu à l'intérieur de l'hôpital de zone un comité d'hygiène et de sécurité conformément aux textes en vigueur ; ainsi, l'hôpital de zone s'occupe :

- Des questions relatives à l'hygiène à la gestion des déchets en milieu hospitalier
- De la salubrité du centre
- De la sécurité du régime alimentaire des malades.

Ce comité mène des actions visant à améliorer les conditions de travail de l'hôpital.

## **B. ANALYSE STRATEGIQUE**

La mondialisation de l'offre et de la demande ; la réduction du temps et de l'espace, les turbulences économiques, politiques, sociales et technologiques accroissent fortement le nombre d'action qu'une structure doit mener. Ainsi, l'HZ-AB/Sô-Ava en tant que structure sanitaire ayant pour objet l'assainissement, l'approvisionnement en eau et la santé de la population doit être attentive aux menaces et opportunités de son environnement économique et social et déterminer ses capacités de réactions compte tenu de ses forces et faiblesses.

## **1- OPPORTUNITE ET FORCES**

Les centres de santé, contribuant à l'amélioration de la santé publique de la population ouvert, font la priorité du gouvernement. Cela lui permet de bénéficier plusieurs subventions de l'Etat. A cet effet, tous les pays confrontés au difficile problème de reconstitution de développement et de décollage ont accordés à leur système sanitaire plusieurs droits. Aussi, à cause de sa situation géographique, dans le pays, l'HZ-AB/Sô-Ava bénéficie de fréquentes visites des partenaires sociaux. Ce qui l'amène à gagner de la part de ces derniers plusieurs fonds de financement pour les activités de supervision, de monitoring ; des enquêtes ; et les matériaux de travail. Etant aussi un centre général de la commune d'Abomey-Calavi, il bénéficie alors de droit qui lui donne un regard un peu plus élevé. Ceci lui permet d'avoir plus de financement pour la réalisation de ses projets.

## **2- MENACES ET FAIBLESSES**

A côté de tous ces facteurs positifs cités ci-dessus, quelques facteurs constituent un obstacle au bon fonctionnement et à la prospérité de ce centre de santé. On peut numéroter entre autre :

- Les coûts de prestation élevés
- Manque des matériaux de travaux efficaces
- L'état vertueux des meubles et des salles de consultation
- La fraude de quelques patients qui s'évadent en cours de traitement
- Manque d'une bonne ambiance entre les personnels de santé eux-mêmes

## **PARAGRAPHE 2 : DEROULEMENT DU STAGE**

### **A. TRAVAUX EFFECTUES**

Le stage s'est déroulé dans l'enceinte même du centre de santé de l'HZ-AB/Sô-Ava pour une durée normale de trois mois. Ceci nous a permis de mettre en application les connaissances théoriques acquises au cours de notre cursus universitaire.

Ainsi, nous avons eu à parcourir :

Le service statistique de l'hôpital où nous avons fait l'enregistrement des rapports mensuels dans le logiciel de Système Nationale d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS), et fait aussi les complétudes de ses rapports.

Le service statistique de la pédiatrie où nous avons aussi manipulé le Logiciel d'Information Hospitalière (LogIHosp) en enregistrant les rapports de la consultation, d'hospitalisation, de gynécologie et de la médecine.

Le bureau du chef service de la pédiatrie où nous avons eu à remplir les fiches navettes qui seront envoyées au service statistique de la pédiatrie. Aussi nous avons enregistré les dossiers des patients au registre.

Le bureau de zone de l'hôpital où nous avons eu à collecter les rapports des différents centre de santé et à participer à la tabulation des données de monitoring, des enquêtes et des restitutions des résultats aux partenaires.

## **B. LES DIFFICULTES RENCONTRES**

Au cours de la réalisation de ces activités, nous avons rencontrés d'énormes difficultés dont les plus importants sont :

- L'absence aux postes des APE, ACE et AMS de l'HZ-AB/ Sô-Ava pendant les heures de rendez-vous, ce qui nous a retardé dans la collecte des données statistiques.
- La non-disponibilité des statistiques récentes due à la mise à jour tardive des statistiques annuelles, dans la mesure où le bilan des activités de l'année précédente ne se publie qu'à la fin de l'année en cours.
- Le non disponibilité des personnes ressources capables de répondre à toutes nos questions de recherche.

Ces difficultés énumérées traduisent quelques limites et insuffisances à notre travail.

## **CHAPITRE 2 : LE CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE ET DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE**

Ce chapitre porte sur la problématique de recherche, les objectifs de l'étude et aboutir à la méthodologie de recherche et finir par les techniques d'analyse des données.

### **Section 1** : Cadre théorique de l'étude

#### **Paragraphe 1**: Problématique et intérêt de l'étude

##### **A. PROBLEMATIQUE**

Les institutions sanitaires du Bénin présentent d'énormes handicaps qui entravent l'équilibre de la fonction d'offre de soins. Selon OMS (2008), le système de soins au Bénin est caractérisé par l'état vétuste des bâtiments et équipements, l'insuffisance du personnel qualifié et la non disponibilité permanente des médicaments dans les centres de santé. Sambiani (2000) souligne que les professionnels de santé sont entre eux-mêmes confrontés à des conflits internes se traduisant par l'embouteillage, les surcharges excessifs, la mauvaise organisation des services. Par ailleurs, la situation sanitaire du Bénin est caractérisée par une prédominance des affections tropicales avec de fréquentes épidémies (choléra au SUD et méningite au NORD). Le paludisme est l'affection la plus dominante, il représente à lui seul plus du tiers des motifs de consultations et d'hospitalisations dans les structures sanitaires publiques. Le paludisme est suivi par les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques.

Dans cette foulée, surgissent des problèmes liés aux dysfonctions rencontrées dans les centres de santé ; du coup, la grève est devenue un phénomène fréquemment observé ces dernières années. Les agents vont souvent en grève pour réclamer leur droit, d'autres viennent en retard leur permettant de se vaquer à d'autres travaux. Cela a d'énormes conséquences comme la hausse de la mortalité et de la morbidité en milieu hospitalier qui a connu une progression en dents de scie ces dernières années. Tout ceci explique que l'organisation au sein du système est en dysfonction.

Selon Hellregel (2000), « la motivation est une prédisposition d'agir d'une façon orientée vers un objectif spécifique ». Ceci montre qu'un agent motivé se donne au travail et atteint ses objectifs fixés, mais un personnel démotivé produit toujours un mauvais rendement. Ce qui réduit l'efficacité de la structure. En plus, le secteur de la santé étant un

secteur très capital et sensible, quand les agents sont démotivés ou absent au poste, on s'inquiète car il cause d'énormes dégâts (OMS, 2000).

C'est alors pour proposer quelques actions correctrices à ces dysfonctionnements que cette étude a pour thème : « L'influence des mouvements de grève sur l'offre de soins de santé dans les hôpitaux de zone : cas de l'hôpital de zone d'Abomey- Calavi/ sô-ava ». En effet, si plusieurs études ont été déjà menées sur l'HZ-AB/Sô-Ava, aucune d'elles ne s'est intéressée directement au problème d'assiduité et à la présence obligatoire d'au moins quelques agents de santé dans le centre de santé permanemment. Un SS ne se limite pas au côté institutionnel du système (« l'offre »), mais il inclut la population qu'il vise dans son action (« les besoins » et « la demande »). Ce système doit être conçu et analysé en fonction de ses objectifs à savoir bien évidemment l'amélioration de la santé de la population, mais aussi l'équité ; la capacité de répondre aux attentes légitimes des communautés, le respect de la dignité de même que le financement équitable. Pour y arriver, l'objectif principal de cette étude est de voir les conséquences de la grève sur l'offre de soins à l'HZ-AB/Sô-Ava. Il en ressort alors deux questions spécifiques qui suivent :

- ✓ Quels sont les principales causes des mouvements de grèves au sein de l'HZ-AB/Sô-Ava ?
- ✓ Quelle est l'influence des mouvements de grève sur l'offre de soins sanitaire de l'HZ-AB/Sô-Ava?

## **B. INTERET DE L'ETUDE**

Le présent sujet trouve sa justification, au niveau de la communauté scientifique, dans le besoin de renforcement du système de santé (SS) et se propose de contribuer à la réflexion engagée pour la recherche de solutions adéquates aux problèmes identifiés en vue de permettre l'amélioration de la santé des patients qui représentent le facteur indispensable dans le développement de tout pays.

Cette étude permettra d'attirer l'attention des responsables de l'HZ-AB/Sô-Ava sur l'importance de la motivation et la nécessité d'assurer une bonne gestion des temps de présence au poste et de mettre à la connaissance des ouvriers l'importance de leur présence au poste. Ceci permettra de stimuler le personnel à fidéliser leurs ouvriers, les ouvriers à l'assiduité au travail et de pouvoir augmenter le rendement du centre de santé.

## **Paragraphe 2 : Objectifs et Hypothèses**

### **A. OBJECTIFS**

Les objectifs de l'étude sont d'ordres généraux et spécifiques

#### **1- Objectif générale**

L'objectif général de cette étude est d'analyser les conséquences de la grève sur l'offre de soins à l'HZ-AB/Sô-Ava afin de proposer des solutions aux éventuels dysfonctionnements constatés.

#### **2- Objectif spécifique**

De façon spécifique cette étude permettra de :

- présenter les principales causes des mouvements de grève au sein de l'HZ-AB/Sô-Ava
- montrer l'influence de la grève sur l'offre de soins sanitaire de l'HZ-AB/Sô-Ava.

### **B. Hypothèses**

Pour mener notre étude, les hypothèses ci-après sont émises :

H1 : Les agents de santé de l'HZ-AB/Sô-Ava ne travaillent pas dans de très bonnes conditions.

H2 : Les mouvements de grève des agents de santé influencent négativement l'offre de soins sanitaire de l'HZ-AB/Sô-Ava.

## **Section 2 : la revue de littérature et méthodologie de recherche**

### **Paragraphe 1 : la revue de littérature**

#### **A. DEFINITION DE QUELQUES CONCEPTS**

##### **1- La notion de grève**

« “La **grève** est depuis le XIX<sup>e</sup> siècle une action collective consistant en une cessation concertée du travail par les salariés d'une entreprise, d'un secteur économique, d'une catégorie professionnelle ou par extension de toute autre personne productive, souvent à l'initiative de syndicats.

Le mot français « grève » tire son nom de la place de Grève à Paris. Cette place, située en bord de Seine sur la rive droite devant l'hôtel de ville, était un des principaux points d'accostage des bateaux, car bordée d'une plage de sable.

Grève tournante : grève concertée entre tous ou une partie des salariés qui se relaient pour faire grève de façon que les effectifs de travail ne soient jamais au complet sans trop de pertes de salaire.

Grève perlée : se traduit par un ralentissement volontaire de l'activité.

Grève du zèle : consiste à appliquer les règlements dans leurs moindres détails.

Grève sauvage : cessation collective, volontaire et concertée du travail, en dehors de toute consigne syndicale, par des salariés refusant d'astreindre leurs revendications au seul cadre de leurs préoccupations professionnelles.

Grève générale : grève regroupant l'ensemble ou la grande majorité des travailleurs d'un pays autour des mêmes revendications principales.

Grève solidaire : cessation collective du travail d'une partie des salariés visant à soutenir, par solidarité, les revendications d'une autre catégorie de travailleurs en grève.

Piquets de grève : les grévistes se réunissent devant le lieu de travail.

Grève avec occupation : conflit collectif du travail au cours duquel les salariés grévistes occupent les locaux.

La grève au finish: Le désir affiché est de mener la grève dans la durée (par piquet de grève ou tout autre moyen), le terme finish désignant de manière elliptique l'obtention des revendications, ou la faillite de l'entreprise.' » (Antonio, 2012)

L'abus de droit: emploi du droit hors de sa fonction sociale.

## **2- Notion de système de santé**

Selon le rapport de santé de l'OMS (2000), le système de santé se définit comme « les services de santé officiels, y compris la prestation par des professionnels de soins médicaux individuels, se situent manifestement à l'intérieur de ces limites. Il en va de même des actions des guérisseurs traditionnels et de toutes les formes de médication, qu'elles soient ou non prescrites par un prestataire, ainsi que des soins à domicile qui constituent 70 % à 90 % de l'ensemble des soins. Des activités traditionnelles de santé publique comme la promotion de la santé et la prévention des maladies, et d'autres interventions favorables à la santé comme

l'amélioration de la sécurité routière et de l'environnement font aussi partie d'un tel système, mais les mesures qui ont un objectif principal autre que la santé. » (OMS, 2000).

Les systèmes de santé ont pour fonction alors de veiller à ce que les patients soient traités avec respect (la qualité) et conformément aux droits de l'homme (l'équité). « On entend par système de santé la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires » (OMS, 2004).

**La qualité**, est « la capacité de répondre aux attentes de la population dans des domaines autres que celui de la santé reflète la nécessité de respecter la dignité et la liberté des personnes ainsi que la confidentialité de l'information » (OMS, 2000).

**L'équité** est le « sens de la justice, de l'impartialité » (Larousse, 2013). Dans notre sens ici, l'équité reflète de la capacité des agents de santé à traiter tous les patients en égalité de droit.

## **B. Synthèse des études antérieures**

L'analyse des dysfonctions au sein des systèmes de santé a été l'objet de plusieurs grandes études internationales. Les études qui abordent ce sujet ont porté sur les dysfonctions et le taux de mortalité en milieu hospitalier réalisées par des auteurs formés en médecine. Ainsi, les ouvrages consultés abordent le sujet dans sa dimension médicale et clinique. Nous avons essayé de les classer en deux grandes catégories : celles qui attribuent ce dernier à la qualité des services de soins offerts aux patients et celle qui l'attribuent à l'organisation des agents de santé eux-mêmes.

### **1- Les études qui attribuent les dysfonctions du système sanitaire aux conditions de travail**

Dès lors, il paraît clair que les pratiques et conduites à risque qui provoquent le décès des patients hospitalisés trouvent également leur origine dans la précarité salariale. Cependant, selon Friedmann (1961) les attitudes au travail dépendent aussi de « rapports du travailleur avec les diverses collectivités dont il est membre ». Il ressort que le travail sera efficace à travers le comportement des agents. En effet, la dégradation des relations professionnelles porte également un coup à la collaboration, à la complémentarité des rôles entre les soignants ; elle amenuise la promptitude et l'intégrité des soins : la défaillance de la fonction d'intégration contribue donc au phénomène de la mortalité hospitalière.

Dans le cadre de la rédaction de son mémoire dans le domaine d'ISA, Francine C. (2010) a étudié les facteurs qui influencent l'utilisation des contraceptions modernes par les femmes de Yaoundé. Il évoque par la méthode de la segmentation le non disponibilité des intrants, le milieu de vie des patients, l'âge et la capacité de motivation des agents de santé qui empêchent les femmes de Yaoundé à adopter la contraception moderne.

Utilisant la même méthode que ce dernier, Denis R. (2004), dans le domaine de l'analyse économique, tourne ses regards vers les facteurs influençant le système sanitaire en France. Pour lui le sexe, l'âge et l'état de santé des patients jouent sur l'efficacité du système sanitaire.

Dans son mémoire, Salongo P. M. (2005) par une méthode déductive étudie les facteurs déterminants pour faciliter l'accès aux soins des populations du Congo. Ce fut dans le domaine de l'Economie de la santé avec pour variable le comportement des ménages, le coût des prestations sanitaires et la qualité des services sanitaires. Ici, il montre que les ménages eux-mêmes ne sont pas excités à faire recours au centre de santé. Aussi les coûts des prestations de services de santé sont élevés. Or les ménages ont un pouvoir d'achat très faible. Ce qui les empêche de pouvoir recourir aux centres de santé de leur localité et préfèrent les méthodes traditionnelles qui sont selon eux efficaces et de moindre coûts.

Dans l'article intitulé déclaration d'incidents aux soins intensifs, Diby et alii (2004) analysent les causes de décès des patients en milieu hospitalier, plus particulièrement dans les services de soins intensifs.

Ils constatent que la fiabilité du système de santé est aujourd'hui une demande sociale forte. Chaque incident grave est médiatisé et l'erreur humaine évoquée. En effet, dans le domaine de la santé, « l'attention du public et des professionnels a été renforcée sur les risques encourus à l'hôpital, suite à la publication du rapport de l'Institut de médecine » (Kohn et alii, 1999). Ce rapport estimait qu'entre 44 000 et 98 000 décès étaient liés à des erreurs médicales pour le seul secteur hospitalier aux Etats-Unis. L'erreur médicale se plaçant ainsi entre la troisième et la huitième cause de mortalité hospitalière. De ce fait, la sécurité représente la dimension prioritaire sur laquelle la démarche qualité doit porter ses efforts.

Si la complexité des activités de soins est universellement admise, remarquent-t-ils, l'évolution des techniques et des processus de soins, dans les services de soins intensifs participe à ce système complexe. En effet, les services de soins intensifs se caractérisent par

une activité quantitativement et qualitativement variable, nécessitant des capacités d'adaptation importantes, aux flux et aux urgences. De plus dans chaque situation les soins aux patients peuvent requérir des compétences multiples et spécialisées. Dans les services de soins intensifs les incidents sont courants. Un incident étant défini ici comme «tout événement qui a diminué (ou aurait pu diminuer) la sécurité des patients ou/et la qualité des soins et /ou nuit au bon fonctionnement du service» (Runcimann, 1993). Dans ce contexte, l'élimination de la mortalité hospitalière passe par la garantie de la sécurité du patient, et la sécurité du patient interpelle les hôpitaux à éviter les incidents. L'auteur suggère alors que face à l'ampleur du problème, des efforts d'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins sont à mettre en œuvre.

Dans une approche similaire, Takongomo et alii (1993) ont étudié la mortalité hospitalière en milieu chirurgical au CHU de Yaoundé. Cette étude vise à faire une mise au point sur les principales causes de mortalité dans le service de chirurgie en vue de proposer des améliorations dans la gestion du personnel et du matériel et de donner des soins de meilleure qualité.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 6615 dossiers de malades admis de 1982 à 1992 dans le service de chirurgie générale du CHU de Yaoundé. L'analyse a montré qu'il y avait 208 décès, soit un taux de mortalité de 3,14 % en moyenne, avec une évolution croissante pendant la période de l'étude. Les principales causes initiales de décès étaient entre autres les cancers pour 36,5 % et les traumatismes pour 22,6 %. Cependant, partant du constat selon lequel 58,6% des décès étaient survenus entre 18 h du soir et 8 h du matin, les auteurs évoquent une insuffisance dans la continuité des soins. La surveillance des malades doit donc être renforcée par une sensibilisation du personnel infirmier. Quand, à la survenue de 58,6 % des décès entre la tombée de la nuit (18 h) et le matin (8 h) s'ajoute celle de 22,5 % des décès moins de 24 heures après l'admission, les auteurs évoquent une insuffisance dans la qualité des soins. Devant l'absence de description des circonstances ultimes de décès dans les dossiers, la conclusion de cette étude était l'institution d'un audit médical régulier dans chaque service, ce qui permettra de faire un suivi plus précis de la mortalité.

## **2- Les études qui attribuent les dysfonctions du système sanitaire à l'organisation des agents de santé.**

Dans une approche de l'économie de santé, Alain (2004) a étudié l'efficacité des soins de santé au Burkina-Faso par une méthode explicative. Il évoque comme variable le fonctionnement du système sanitaire au Burkina-Faso et la motivation des agents de santé dans les hôpitaux. Selon lui les soins de santé bien qu'ils évoluent, ils ne respectent pas encore les normes. Cela est dû à ce que les agents de santé n'ont pas en premier lieu les matériaux de travail et note aussi un manque de qualification des agents de santé.

L'étude effectuée dans les hôpitaux du réseau BDOM- Kinshasa en 2004 sur les coûts annexes des soins d'hospitalisation des malades relève que « l'accès des malades aux soins de santé est en relation inverse avec la taille des formations sanitaires qu'ils fréquentent : les malades commencent par fréquenter les formations médicales les plus proches et les plus petites, avant d'être transférés dans celles qui sont les plus éloignées pour un meilleur suivi. Par ailleurs, plus la formation n'est petite, plus les malades des catégories pauvres sont à même d'y supporter les coûts des soins » (Edinam, 2011). Mais il s'agit vraisemblablement des soins d'une moindre qualité, avec un personnel médical moins qualifié et donc moins onéreux.

Au TOGO les observations faites par les soignants sur le déroulement de l'activité médicale dans les services du CHU lèvent le voile sur une pluralité de conduites et pratiques à risque pour les patients, qui s'y opèrent. Selon l'ordre de grandeur des statistiques illustrées dans le tableau, 42% des enquêtés ont observé le refus d'administration de soins, 34% en ont observé l'administration hâtive, et 30% ont observé des interventions tardives de soignants.

A ces pratiques Edinam K. A. pour sa maîtrise en sociologie 2011 dans la catégorie: Arts, Philosophie et Sociologie au Togo ajoute l'administration précoce de soins palliatifs (28%), les diagnostics incomplets (24%), les soins inachevés (22%) et les désertions du service (22%). On notera que la précocité des soins palliatifs va à l'encontre des visions de l'OMS (2002) qui recommande que ces soins soient exclusivement administrés aux sujets malades en fin de vie, dont la pathologie dépasse toute tentative de guérison. En dernier ressort, viennent le mépris des règles d'hygiène (16%), les maladresses de manipulation d'instruments de soin causant des lésions (14%), la distance qui sépare le poste de surveillance des patients (14%) et la réutilisation d'un kit d'intervention à usage unique

(12%). Il remarquera que les fréquences de ces dernières pratiques sont nettement inférieures à celles des deux premières catégories ; néanmoins, s'agissant de la vie humaine, ils n'en demeurent pas moins négligeables.

Aussi Mayo (1933) pense que la fatigue exprime l'incapacité ressentie par le travailleur à continuer à exercer son rôle. Cela explique la multiplication des erreurs médicales de la part des soignants : administration de produits en surdose, réutilisation d'un kit d'intervention à usage unique, maladresse de manipulation des instruments

Dans cette optique, Steers et Rhodes (1978) soutiennent que dans une organisation, de piètres relations professionnelles réduisent la satisfaction et l'assiduité des employés au travail. Par extension, la moindre qualité des relations professionnelles selon Quick (1997), contribue à l'affaiblissement de l'institution à long terme.

### 3- **Critique de la revue de littérature**

Nous constatons que les études qui mettent en cause les dysfonctions du milieu de soin se limitent à un service particulier et ne permettent donc pas d'appréhender la totalité des défaillances des centres de soins. Bien que ces études évoquent l'erreur médicale, les problèmes d'adaptation, d'insuffisance dans la continuité et une mauvaise qualité des soins, le point des ressources matérielles, financières et humaines sur lesquelles fonctionnent les institutions de soins elles n'ont pas fait cas de l'absence des agents de santé à la garde. Par ailleurs, les conditions de travail, l'aspect relationnel du fonctionnement des hôpitaux sont aussi négligés. Dans cette perspective, les conditions et les réalités du milieu d'hospitalisation des malades décédés sont négligées. Ce qui nous amène à penser à ce problème d'efficacité de la santé.

#### **Paragraphe 2 : Cadre méthodologique de recherche**

Toute recherche suppose une méthode et un ensemble de techniques d'investigations. Pour Pinto et Grawitz (1971), la méthode est un ensemble d'opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre et les vérifie. Ainsi, pour atteindre nos différents objectifs, nous avons adoptés une méthodologie organisée de la façon suivante :

## **A. Techniques de recherche**

### **1- La pré-enquête**

Selon Raymond Boudon (1969), la pré-enquête permet au chercheur de se départir des idées préconçues. Les agents de santé nous ont servis de personnes ressources notamment dans la reconnaissance du milieu d'étude, les démarches qui autorisent l'accès aux données statistiques puis certaines informations susceptibles de nous guider dans notre recherche.

La pré-enquête nous a aussi permis d'estimer les résultats de la ZS-AB/SA à travers les notes de service et les discussions des accompagnateurs des patients.

### **2- La recherche documentaire**

Elle s'est avérée nécessaire pour mesurer la progression du phénomène au niveau national et au sein de l'organisation sanitaire d'Abomey-Calavi / Sô-Ava.

Elle nous a aussi permis de passer en revue les travaux déjà réalisés sur le thème, de dégager les méthodologies déjà empruntées, et les théories économiques qui expliquent mieux le phénomène, compte tenu du contexte dans lequel se situe le sujet. Elle nous a permis en outre d'avoir un aperçu sur notre zone d'étude, les différents services qui la composent, ceux qui sont concernés par le phénomène et la répartition du personnel soignant par service.

## **B. Univers de l'enquête**

C'est l'ensemble des individus concernés par l'enquête. Il s'agit ici des agents de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava.

### **1- Le groupe cible prioritaire**

Elle se compose particulièrement du personnel soignant issu des services pédiatries. Ils ont habileté à fournir des informations relatives aux pratiques à risques qui surviennent dans l'activité médicale et les conditions dans lesquelles ces pratiques se produisent.

### **2- Méthode d'échantillonnage**

A travers les observations nous avons constatés quelques inégalités qui aggravent la mortalité hospitalière. Nous avons donc opté pour la méthode d'échantillonnage par lot comme le souligne Berthier (2006) : « dans l'organisation de la collecte des informations, on attache une attention particulière au mode de recueil et au choix de l'échantillon ». 75 agents ont été retenus et qui ont reçus les questionnaires, mais 54 ont remplis le questionnaire. Le tableau suivant présente leur statut.

**Tableau N°3 : Statut des agents ayant remplis nos questionnaires.**

Eléments	Effectif	Pourcentage
APE	20	37%
ACE	5	09%
AMS	8	15%
AFP	12	22%
AOC	9	17%
TOTAL	54	100%

**Source** : enquête du mois de janvier 2015 réalisée par nous-mêmes.

On constate que les APE représentent 37% et les ACE 9%

### 3- Administration du questionnaire

L'administration des questionnaires s'est faite dans l'enceinte du centre de la ZS - AB/ SA, plus précisément à la pédiatrie. Afin d'amener les soignants à pouvoir se prononcer sur nos questions sans réticence, nous nous sommes fait passer pour un chercheur désireux de recueillir des informations sur les conditions de travail qui conduisent aux grèves répétitives du personnel soignant, et l'accès aux soins de la ZS - AB/ SA.

Nous profitons des heures libres qui séparent les visites matinales des soignants aux malades des heures de pause pour effectuer la collecte des données. Nous avons opté pour le mode d'administration indirecte afin d'amener, les enquêtés à se prononcer plus sur les questions ouvertes, enrichissant ainsi les données recueillies.

## C. Méthode de traitement des données

### 1- Choix et justification des variables

#### Les variables de l'étude

Selon Grawitz (1969), il faudrait que les variables soient en nombre suffisant et que les plus importantes soient retenues et définies sans confusion pour que l'hypothèse soit vérifiable. Dans le cadre de la présente étude, nous avons retenu les variables suivantes :

La catégorie professionnelle : cette variable permet de situer les défaillances constatées par rapport aux différentes catégories de personnel soignant.

L'expérience professionnelle : elle renseigne sur l'ancienneté du soignant dans le métier et explique certaines de ses attitudes ; elle conditionne aussi la facilité avec laquelle le

soignant exécute son rôle, étant donné qu'à force d'effectuer les mêmes gestes, il finit par s'y habituer.

La motivation du personnel : l'engagement total des soignants dans l'administration des soins contribue à la guérison des patients. La non- motivation des agents est donc synonyme de désintéressement de ceux-ci vis-à-vis de leurs rôles. Cette attitude engendre aussi la mortalité hospitalière du fait de la négligence des rôles par les soignants.

Les grèves du personnel soignant : elles traduisent la discontinuité des prestations de soins et remettent en cause leur intégrité.

La situation conjugale : elle permet d'évoquer les problèmes personnels qui jouent sur les agents et qui réduisent leur motivation.

Les conditions de travail : ceci permet de monter les facteurs de motivation des agents de santé.

## **2- Méthode de dépouillement du questionnaire**

Le dépouillement du questionnaire s'est fait à la main. La quantification des données qualitatives selon la fréquence des réponses similaires, la construction de tableaux montrant l'interaction entre certaines variables et leur influence sur le phénomène étudié sont aussi notre activité. Les logiciels Word et Excel ont ensuite servi à la construction des tableaux, aux opérations statistiques et à la saisie des données.

## **3- Méthode de vérification des hypothèses**

Les conditions de validation de nos hypothèses se présentent comme suit :

L'hypothèse N°1 sera vérifiée si nous avons des réponses négatives supérieures à 50% pour les questions 5, 6 et 11.

L'hypothèse N°2 sera vérifiée si nous avons des réponses négatives supérieures à 50% pour les questions 7, 8, 9 et 17.

### **D. Approche théorique**

Après toute analyse, pour la vérification du bienfondé du problème étudié la théorie d'étude des données et de l'exploitation des différentes réponses obtenues sur le questionnaire administré aux agents de santé et des différents entretiens sera retenue.

### **CHAPITRE 3 : PRESENTATION, ANALYSE DES DONNEES ET SUGGESTIONS**

Ce chapitre présente le résultat de nos enquêtes, un bref commentaire des données obtenues et quelques suggestions sur les insuffisances constatés.

#### **Section 1 : Présentation des données issues du questionnaire**

Il s'agit de présenter les résultats des questionnaires sous forme de tableaux.

#### **Tableau N° 4 : Situation conjugale des agents de l'HZ-AB/Sô-Ava**

Modalités	Marié	Célibataire	Total
Effectifs	37	17	54
Pourcentages	69%	31%	100%

**Source:** Enquête du mois de Mars 2015 réalisée par nous-mêmes.

Ce tableau nous restaure que 69% des agents de santé d'l'HZ-AB/Sô-Ava sont mariés contre 31% célibataires.

#### **Tableau N° 5: Qualification des agents de l'HZ-AB/Sô-Ava**

Modalités	BEPC	BAC	BAC+	Total
Effectifs	21	16	17	54
Pourcentages	39%	30%	31%	100%

**Source:** Enquête du mois de Mars 2015 réalisée par nous-mêmes.

Ce tableau montre que 39% et 30% des employés de l'HZ-AB/Sô-Ava ont respectivement un niveau inférieur ou égale au BEPC et BAC et 31% un niveau supérieur au BAC

#### **Tableau N° 6 : l'expérience professionnelle des agents de l'HZ-AB/Sô-Ava**

Modalités	[0 à 5 ans [	[5 à 10 ans [	[10 à 15 ans [	[15 ans et + [	Total
Effectifs	39	9	2	4	54
Pourcentages	72%	17%	4%	7%	100%

**Source:** Enquête du mois de Mars 2015 réalisée par nous-mêmes.

De ce tableau ressort que 72% ; 17% ; 4% et 7% des agents ont respectivement une expérience professionnelle comprise entre les intervalles de [0 ; 5 ans [ ; [5 ; 10 ans [ ; [10 ; 15 ans [ et [15ans et + [.

**Tableau N° 7 : Principale causes des grèves à l'HZ-AB/Sô-Ava**

Modalités	Conditions de travail	Salaire	Abstention	Totale
Effectifs	31	19	4	54
Pourcentages	57%	35%	7%	100%

**Source:** Enquête du mois de Mars 2015 réalisée par nous-mêmes.

De ce tableau ressort que 57% des agents soutiennent leurs mouvements de grève par les mauvaises conditions de travail, tandis que 35% réclament leur niveau bas de salaire et 7% ne se dénoncent pas sur la question.

**Tableau N° 8 : les pratiques à risque aux patients**

Modalités	Grève	Négligence	Fatigue	Autres	Totale
Effectifs	33	6	7	8	54
Pourcentages	61%	11%	13%	15%	100%

**Source:** Enquête du mois de Mars 2015 réalisée par nous-mêmes.

Ce tableau retrace que 61% ; 11% et 13% des agents reconnaissent respectivement que les mouvements de grève ; la négligence des patients et la fatigue des agents sont des pratiques à risque pour les patients et 15% ajoutent d'autres facteurs comme le pouvoir d'achat des patients, le retard de recours aux soins etc.

**Tableau N° 9 : pratique de la grève par les agents de l'HZ-AB/ Sô-Ava**

Modalités	Oui	Non	Abstention	Totale
Effectifs	52	0	2	54
Pourcentages	96%	0%	4%	100%

**Source:** Enquête du mois de Mars 2015 réalisée par nous-mêmes.

De ce tableau ressort 96% d'agents qui pratiquent les mouvements de grève contre 0% qui ne le pratiquent pas. A ceci vient s'ajouter 4% des agents qui ne se prononcent pas sur la question.

**Tableau N° 10 : décès survenus à l'absence des agents**

Modalités	Oui	Non	Abstention	Totale
Effectifs	29	22	3	54
Pourcentages	54%	41%	6%	100%

**Source:** Enquête du mois de Mars 2015 réalisée par nous-mêmes.

De ce tableau, on a 54% des agents qui ont vécu le décès des patients en leur absence, 41% qui n'en ont pas vécu et 6% qui ne se prononcent pas sur cette question.

## **Section 2 : Analyse des données, vérification des hypothèses et suggestions**

Cette section est consacrée à l'analyse critique des résultats obtenus et à la vérification de nos hypothèses émises dans le chapitre précédent.

### **Paragraphe1 : Analyse des données et vérification des hypothèses**

#### **A. Analyse des données**

Ceci est consacré aux commentaires sur les tableaux précédents.

#### **1- Par rapport aux principales causes des grèves à l'HZ-AB/Sô-Ava**

Selon le tableau N°4, 69% des agents sont mariés contre 31% célibataires. La situation conjugale étant l'un des facteurs qui jouent sur la motivation du personnel, les agents pourront donner le meilleur d'eux-mêmes s'ils sont libérés dans leur conscience. Car les problèmes de la famille jouent sur la conscience des agents. Ceci démotive parfois les agents et les empêche de donner le meilleur d'eux-mêmes bien qu'ils ont envie de travailler.

Du tableau N°5, 39% des agents ont un niveau inférieur ou égal au BEPC ; 30% un niveau inférieur ou égal au BAC et 31% ont plus que le BAC. Ceci vient vérifier la qualification des agents du centre de l'HZ-AB/Sô-Ava. Il montre alors que peu d'agents sont qualifiés dans ce centre. On peut dire alors que ce centre souffre d'un manque de personnel qualifié. Cela fait partie aussi des raisons de grève de ce centre.

Le tableau N°6 nous présente 72% d'agents ayant une expérience professionnelle inférieur à 5 ans ; 17% une expérience compris entre 5 et 10 ans et le reste une expérience supérieur à 10 ans. Ce tableau vient appuyer le tableau précédent pour montrer que la plupart des agents de l'HZ-AB/Sô-Ava sont de nouveaux agents. Or, il faut une certaine expérience dans le domaine pour pouvoir donner le meilleur de lui-même. Ceux-ci jugent alors difficile le travail puis suivent la décision des anciens pour aller en grève. Ceci donne raison aux observations des hôpitaux morts

Le tableau N° 7 montre que 57% des agents de l'HZ-AB/Sô-Ava se basent sur les mauvaises conditions de travail, la pénurie des ressources matérielles et humaines pour aller en mouvement de grève, tandis que les 37% restants qui se sont prononcés sur la question se basent sur les raisons d'irrégularités des salaires et primes. Ces raisons viennent confirmer la déclaration précédente en ce que ce sont les nouveaux qui trouvent plus les conditions de travail difficiles, mais les anciens se basent sur les irrégularités des salaires et primes.

## **2- Par rapport aux effets de la grève sur l'offre de soins à l'HZ-AB/Sô-Ava**

A partir du tableau N° 8, 61% des agents de santé de l'HZ-AB/Sô-Ava pensent que la grève est un phénomène qui porte atteinte gravement à la vie des patients ; d'où à la qualité de leur service rendu. En plus de la grève, 11% ajoutent la négligence des patients par les agents de santé ; 13% la fatigue générée par les mauvaises conditions de travail et 15% d'autres facteurs comme la démotivation, le surcharge, etc. Ceci montre que la grève enlève à la complétude des actions ou activités de l'HZ-AB/Sô-Ava et les agents eux-mêmes en sont conscient mais n'ont pas d'autres choix.

Le tableau N° 9 montre que 96% des agents enquêtés à l'HZ-AB/Sô- Ava vont en mouvements de grève contre 4% qui s'abstiennent sur la question. Ceci vient ajouter aux informations précédentes que presque tous les agents entrent en mouvement de grève. Ceci explique les hôpitaux morts constatés. Or de ce qui précède, ce facteur réduit la complétude et l'efficacité des services de ce centre. Ceci explique que les grèves massives des agents de santé de l'HZ-AB/Sô-Ava l'empêchent d'atteindre ses objectifs et d'accomplir sa mission de pourvoyeur de soins à la population de Calavi et environs.

Le tableau N° 10 nous montre que 54% des agents de l'HZ-AB/Sô-Ava ont vécu au moins une fois un cas de décès de patients cause de leur absence au poste contre 40% écartés de ce phénomène. Ceci vient aussi ajouter à la première information une vérification

complète. Il va sans contredire que les mouvements de grève s'en vont jusqu'à couper la vie aux patients. Ceci empêche cet hôpital à accomplir parfaitement et à fond sa fonction de pourvoyeur de soins efficace aux populations de Calavi et environs.

Au terme de notre enquête, nous avons pu avoir comme facteurs essentiels qui poussent les agents de l'HZ-AB/Sô-Ava à aller en mouvement de grève :

- La pénurie des matériaux
- Le manque de personnel qualifié
- Le manque d'expérience professionnelle chez les nouveaux agents jugeant le travail difficile et dépasse le salaire
- Les mauvaises conditions de travail

Dans le sens des conséquences de la grève à l'HZ-AB/Sô-Ava, on note que la grève :

- Entraîne la négligence des patients par les agents de santé
- Réduit la complétude et la puissance des soins offerts par les services de santé à la population
- Empêche l'HZ-AB/Sô-Ava d'atteindre son objectif de pourvoyeur de soins efficaces aux patients.

Bref, l'HZ-AB/Sô-Ava fait des efforts afin de pouvoir satisfaire la population de Calavi et ses environs ; toute fois, plusieurs facteurs restent à ajouter. C'est ainsi que nos suggestions viendront améliorer les faiblesses constatées.

## **B. Vérification des hypothèses**

Cette partie est chargée de confirmer ou infirmer nos hypothèses émises au chapitre2

Hypothèse 1 : les agents de santé de l'HZ-AB/Sô-Ava ne travaillent pas dans les bonnes conditions. L'analyse des données du tableau N° 7 montre que ce système souffre d'une insuffisance de matériels performants et de personnels qualifiés. Ainsi, 57% des agents enquêtés se basent sur la raison des mauvaises conditions de travail et de manque de matériaux de travail pour justifier leurs mouvements de grève. D'où la vérification de l'hypothèse N° 1.

Hypothèse 2 : tous les travailleurs de l'HZ-AB/Sô-Ava vont presque en mouvement de grève. Or, selon le tableau N° 8, les agents pensent que la grève peut couper la vie aux patients. A cela, le tableau N° 10 vient confirmer que ce n'était pas une affirmation gratuite ;

mais 54% des agents enquêtés ont vécu des décès de patients, conséquence de leur absence au poste (mouvement de grève). Ce qui enlève une partie à l'efficacité du système de santé de l'HZ-AB/Sô-Ava. Ceci vient confirmer l'hypothèse N° 2.

## **Paragraphe 2 : suggestions et conditions de mise en œuvre**

### **A. Suggestions**

L'HZ-AB/Sô-Ava dispose d'un système de programmation des agents de santé. Mais l'analyse que nous venons de faire sur la base des résultats obtenus par nos enquêtes montre alors la nécessité de proposer quelques suggestions qui loin d'être des solutions adéquates, pourraient contribuer à l'amélioration du système d'organisation au sein de ce centre en vue d'atteindre ses objectifs fixés.

Par rapport aux conditions de travail, il faut :

- mettre en place un système de contrôle permanent de l'état des outils de travail. Cela leur permettrait de savoir leurs besoins en vue de faire la demande.
- Faire l'inventaire des matériaux de travail par mois ou par trimestre en vue de renouveler les outils de travail.
- Renforcer le système par des agents qualifiés dans chaque domaine.

Par rapport aux mouvements de grève, nos suggestions seront envers les agents de santé eux-mêmes ; il faut :

- A défaut de rien se contenter des matériaux présents pour réduire les mouvements de grève.
- Avoir le courage quand bien même les conditions sont difficiles, sachant qu'ils ont une fonction noble à l'humanité.
- Réduire les mouvements de grève pour sauver la vie des patients.

Outre les observations sur le système de santé de l'HZ-AB/Sô-Ava, nos suggestions aussi seront d'ordre général. Ainsi :

- La direction devait assurer une bonne circulation des informations, notamment en rapport avec la réception des notes de services par les agents lorsqu'elles sont émises. Il va falloir expliquer le bien fondé des relations entre employés et employeur sur l'atteinte des objectifs fixés. Cela permettrait d'assurer la bonne circulation de l'information en vue de tenir compte des besoins estimés.

- Les décideurs de l'hôpital et la direction devront penser à mettre en place un système de contrôle de présence effective des agents aux postes et aux services d'accueil des patients.
- Le gouvernement doit prévoir toutes les années les nouvelles technologies de travail dans le domaine sanitaire. Ce qui permettra de réduire les difficultés rencontrées au cours de l'exécution des fonctions sanitaires.

### **B. Conditions de mise en œuvre**

Pour réduire prochainement l'effet des grèves sur l'efficacité de son système, l'HZ-AB/Sô-Ava doit résoudre d'énormes problèmes par la mise en œuvre de nos suggestions précédentes. Cependant, nous proposons quelques actions à l'HZ-AB/Sô-Ava pour rendre efficace son système. Il faut que :

- Le noyau de décision de l'HZ-AB/Sô-Ava se rende compte de la nécessité de la mise en place d'un système de permanence et d'accueil des patients.
- L'administration fasse de temps en temps des plaidoyers auprès des autorités hiérarchiques sur la nécessité de renforcement de leurs ressources humaines et de remplacement des matériaux de travail.
- Les agents eux-mêmes travaillent avec le matériel présent quand bien même les conditions sont difficiles sachant qu'un travail bien fait de leur part ajoute une gloire à leur fonction.

# CONCLUSION

Créé depuis 2000, l'HZ-AB/Sô-Ava est un centre de santé de première référence pour les populations de Calavi et environs. Il comprend plusieurs services et personnels spécialisés lui permettant d'assurer l'ensemble de ses activités. Il demeure une structure à vocation qui mène au profit des populations de Calavi et ses environs sa compétence. Ceci en obligation de relayer les centres de communes et d'arrondissements. Il dispose de plusieurs ressources dont les ressources humaines, matérielles et financières qui sont des facteurs indispensables à la réalisation de ses objectifs. Ainsi, la préoccupation principale de l'hôpital est de mobiliser ses ressources en vue de mener à bien ses activités et d'atteindre ses objectifs. Mais on constate une irrégularité dans la présence effective de la ressource humaine aux postes. Ceci nous amène à penser au thème de : «L'influence des mouvements de grève sur l'offre de soins de santé dans les hôpitaux de zone : cas de l'hôpital de zone d'Abomey– Calavi/ sô-ava».

Les études effectuées et les enquêtes réalisées ont permis de recueillir des informations émanant des agents sur le thème. Cela a permis de constater que l'HZ-AB/Sô-Ava n'est pas efficace dans sa fonction, conséquence de plusieurs facteurs que sont :

- Les mauvaises conditions de travail (pénurie de matériel et personnel)
- Les grèves répétées des travailleurs

A ces facteurs, quelques suggestions sont apportées. Il s'agit de :

- La mise en place des réunions de dialogue entre travailleurs et administrations
- La mise en place d'une politique de contrôle trimestrielle ou mensuelle des matériaux de travail.
- La mise en place d'une politique d'inventaire et de sa soumission aux autorités hiérarchiques de leurs besoins matériels.
- La mise en place d'une politique de contrôle des agents aux postes en vue de réduire le phénomène d'hôpitaux morts et veiller à la présence d'au moins quelques agents permanents dans tous les services du centre.

Loin d'être exhaustive, nous croyons que la liste ci-dessus présentée peut permettre à l'administration de l'hôpital de réajuster sa politique d'organisation, de programmation et de mettre en place un service de contrôle de permanence. Comme la motivation du personnel est un facteur indispensable à l'efficacité de tout système, les facteurs qui le dissoutes nécessitent une permanente amélioration.

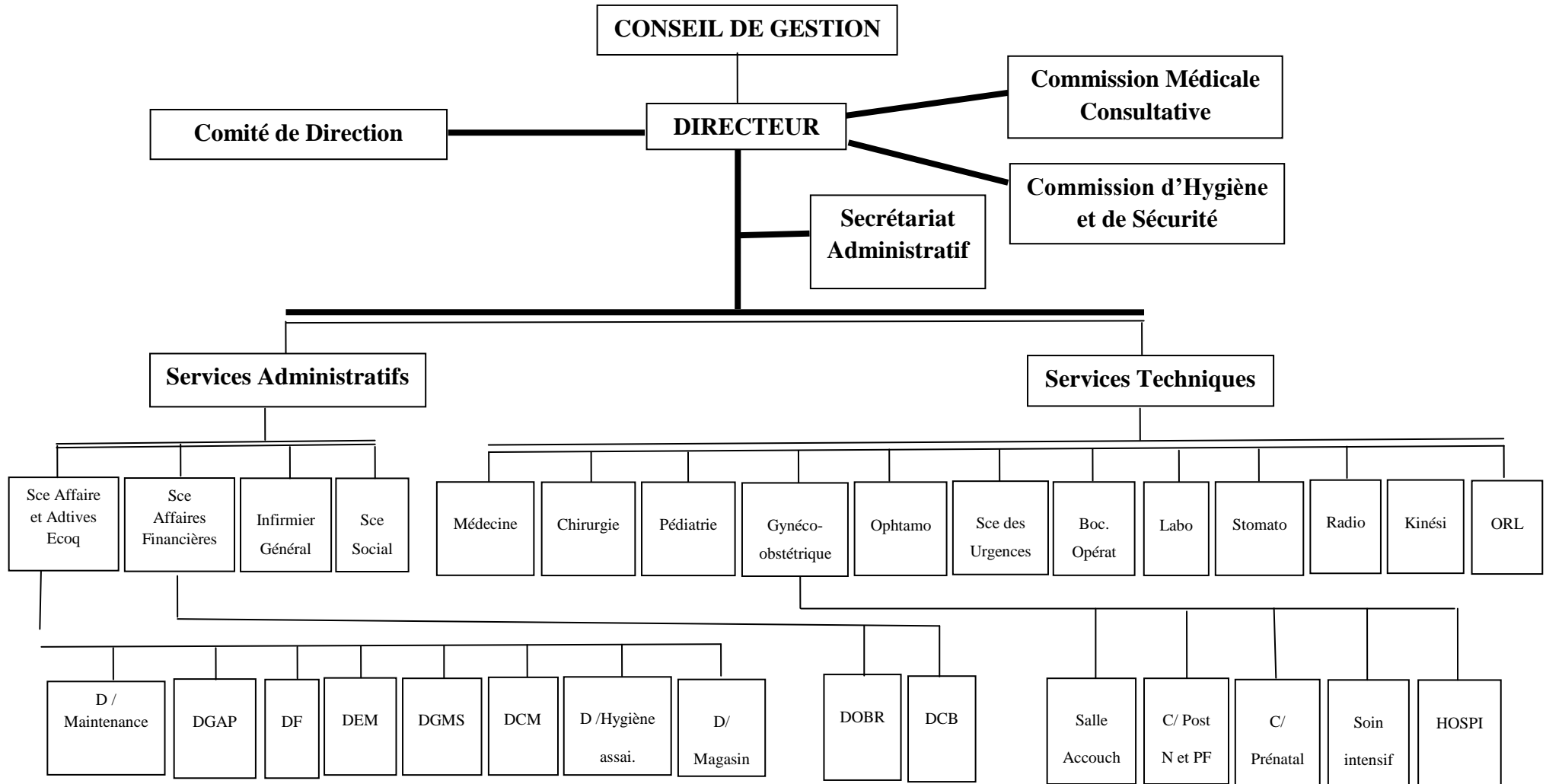
Nous pensons que ces analyses critiques et suggestions permettront à l'HZ-AB/Sô-Ava en générale et au personnel en particulier de réfléchir au problème de grève en vue de trouver une solution et retracer l'efficacité du système de l'HZ-AB/Sô-Ava.

## BIBLIOGRAPHIE

- Antonio G. S. (2012) « Etat Espagnol: la grève général », *A l'encontre la brèche*, **08** (3), 2
- Boubacar B. (2008) *Mortalité maternelle: cause et facteurs favorisant déterminés par l'autopsie verbale dans le département de Bakel*, Université cheikh Anta Diop, Master de recherche
- CHAUVENET A. (1978), *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, PUF.
- Dossou A. G. (2009) *Gestion des dossiers des patients de l'ONG Equilibre Bénin: cas des handicapés du programme handi-insertion*, Institut international de management (IIM-Bénin) - Master II en planification et gestion des projets
- Edinam K. A. (2011) *Etudes des fonctions de l'institution de soins et mortalité hospitalière au chu campus de Lomé*, Université de Lomé - Maitrise en sociologie
- Franklin B. D. (2005) *La déperdition des soins prénatals au Tchad*, IFORD/Université de Yaoundé II - DESS en démographie
- GOFFMAN E. (1968), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, éd. de Minuit.
- Hermann B. (2007) *Soins préventifs et baisse de la mortalité infantile au Burkina Faso*, IFORD - DESS
- Pacifique M. S. (2005) *Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kadutu, province du Sud Kivu - RD Congo*, Université de Kinshasa - Maitrise en Santé Publique / Economie de la Santé
- Philippe B. (1992) « le rôle des conventions dans le système de santé », *science sociale et de santé*, **10** (1), 5-44
- Sorel Francine C. K. (2010) *Analyse des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes en union du Cameroun*, Ingénieur d'Application de la Statistique
- Valery M. T. K. (2006) *Analyse de déterminants de la mortalité infanto juvénile au Cameroun*, Institut Sous régional de Statistique et d'Economie Appliqué - Ingénieur Statisticien

## ANNEXE 1

### ORGANIGRAMME DE L'HOPITAL DE ZONE D'ABOMEY- CALAVI



**ANNEXE2**

**QUESTIONNAIRE D'ENQUETE**

**SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'ENQUETE**

N°	QUESTIONS	REPONSES ET CODES	Passez à
01	Sexe	M.....1 F.....2	
02	Quel est votre âge ?	.....	
03	Quelle est votre situation conjugale ?	Célibataire.....1 Marié.....2 Divorcé.....3	
04	Quelle est votre catégorie professionnelle?	Médecin.....1 Infirmier.....2 Etudiant hospitalier.....3 Autres (préciser).....4	
05	Quelle est votre qualification ?	Doctorat.....1 Diplôme d'infirmier.....2 Diplôme de psychologie médicale..3 BAC +5.....4 Autres (préciser).....5	
06	De combien d'années d'expérience professionnelle disposez-vous ?	0-5 ans.....1 6-11 ans.....2 12-20 ans.....3 21-29 ans.....4	

**SECTION 2 : REALITES DE LA PRATIQUE MEDICALE AU HZ-AC/SA :**  
**CONDUITES ET PRATIQUES A RISQUE POUR LES PATIENTS**

<i>N°</i>	<i>QUESTIONS</i>	<i>REPOSES ET CODES</i>	<i>Passez à</i>
07	D'après les observations faites du déroulement des prestations de soins, quelles sont les pratiques à risque pour les malades que vous percevez?	..... ..... ..... .....	
08	Partant des observations précédentes, on en déduit que les soignants adoptent parfois des conduites à risque pour les malades. Quelles sont les pratiques à risque pour les malades qu'il vous est arrivé d'adopter personnellement malgré votre amour du travail bien fait?	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	
09	auriez-vous pu soigner des patients, mais qui malheureusement sont décédés?	Oui.....1 Non.....2	Si 2 aller à Q11
10	Pour combien avez-vous débuté les traitements avant le décès ?	Préciser le nombre (estimation par défaut) .....	

**SECTION 3 : LES SOURCES DES PRATIQUES ET CONDUITES A RISQUE**  
**POUR LES MALADES**

<i>N°</i>	<i>QUESTIONS</i>	<i>REPOSES ET CODES</i>	<i>Passez à</i>
11	Quelles sont les conditions de travail qui constituent un obstacle au déroulement de l'activité médicale à HZ-AB/SA ?	Pénurie de matériel.....1 Manque de personnel.....2 Irrégularité de salaire et prime.....3 Autres (préciser).....4	

12	Quelles sont les contraintes (situations embarrassantes) de la pratique médicale qu'engendrent les mauvaises conditions de travail ?	fatigue.....1 surcharge.....2 démotivation.....3 Autres (préciser).....4
13	Quelles sont selon vous, les entraves à la circulation de l'information pendant l'administration de soins aux patients ?	..... ..... ..... .....
14	Par quels moyens l' HZ- AB/SA vous exhorte-t-il à éviter le décès des malades hospitalisés ?	sensibilisation.....1 recyclage.....2 autres (préciser).....3
15	Quels sont selon vous les entraves à la correction des dysfonctions ?	..... .....
16	Quels sont les problèmes personnels auxquels vous êtes confrontés, et que vous ressentez jusqu'au service ?	..... ..... ..... .....
17	Quels effets ces évènements produisent-ils sur votre activité ?	Déconcentration .....1 Manque de dynamisme.....2 Désintéressement pour le métier...3 Autres (préciser).....4

## **TABLE DES MATIERES**

<u>Intitulées</u>	Pages
AVERTISSEMENT.....	i
DEDICACE: 1 .....	ii
DEDICACE: 2 .....	iii
REMERCIEMENTS .....	iv
LISTE DES SIGLES .....	v
Liste des tableaux .....	vii
Liste des graphes .....	viii
RESUME.....	ix
SOMMAIRE.....	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU CADRE INSTITUTIONNEL DE LA ZS-AS .....	3
SECTION 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'HZ-AB/SÔ-AVA .....	3
PARAGRAPH 1 : HISTORIQUE .....	3
A. Situation démographique .....	4
1- Situation démographique .....	4
2- DONNEES DEMOGRAPHIQUES .....	4
3- DONNEES SOCIOCULTURELLES ET ECONOMIQUES .....	4
B. Relief et climat de l'HZ-AB/ SÔ-AVA .....	6
1- Relief .....	6
2- Climatologie .....	6

PARAGRAPHE 2 : ACTIVITES, RESSOURCES ET ORGANISATION .....	6
A. Activités .....	6
1- Les activités principales .....	7
2- Les activités secondaires .....	7
B. Ressources et organisation du personnel .....	7
1- Ressource humaine .....	7
2- RESSOURCES MATERIELLES .....	9
3- RESSOURCES FINANCIERES .....	9
SECTION 2 : Structure organisationnelle et déroulement du stage .....	10
PARAGRAPHE 1: Structure organisationnelle et analyse stratégique de l'environnement...	10
A. Structure organisationnelle .....	10
1- Comité de Santé .....	10
2- Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire (EEZS) .....	11
3- COMITE DE DIRECTION DE CENTRE DE SANTE (CODIR) .....	11
4- Fonctionnement .....	13
B. ANALYSE STRATEGIQUE .....	14
1- OPPORTUNITE ET FORCES .....	15
2- MENACES ET FAIBLESSES .....	15
PARAGRAPHE 2 : DEROULEMENT DU STAGE .....	15
A. TRAVAUX EFFECTUES.....	15
B. LES DIFFICULTES RENCONTRES .....	16

CHAPITRE 2 : LE CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE ET DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	17
Section 1 : Cadre théorique de l'étude.....	17
Paragraphe 1: Problématique et intérêt de l'étude .....	17
A. PROBLEMATIQUE.....	17
B. INTERET DE L'ETUDE.....	18
Paragraphe 2 : Objectifs et Hypothèses.....	19
A. OBJECTIFS.....	19
1- Objectif générale.....	19
2- Objectif spécifique.....	19
B. Hypothèses.....	19
Section 2 : la revue de littérature et méthodologie de recherche.....	19
Paragraphe 1 : la revue de littérature.....	19
A. DEFINITION DE QUELQUES CONCEPTS.....	19
1- La notion de grève.....	19
2- Notion de système de santé.....	20
B. Synthèse des études antérieures.....	21
1- Les études qui attribuent l'efficacité du système sanitaire à la qualité des services de soins.....	21
2- Les études qui attribuent l'efficacité du système sanitaire à l'organisation des agents de santé. ....	24
3- Critique de la revue de littérature.....	25
Paragraphe 2 : Cadre méthodologique de recherche.....	25
A. Techniques de recherche.....	26
1. La pré-enquête.....	26
2. La recherche documentaire.....	26
B. Univers de l'enquête.....	26

1.	Le groupe cible prioritaire .....	26
2.	Méthode d'échantillonnage.....	26
3.	Elaboration du questionnaire.....	27
4.	Administration du questionnaire.....	27
C.	Méthode de traitement des données.....	27
1-	Choix et justification des variables .....	27
2-	Méthode de dépouillement du questionnaire .....	28
3-	Méthode de vérification des hypothèses .....	28
D.	Approche théorique .....	28
	<b>CHAPITRE 3 : PRESENTATION, ANALYSE DES DONNEES ET SUGGESTIONS.....</b>	<b>29</b>
	<u>Section 1</u> : Présentation des données issues des questionnaires.....	29
	<u>Section 2</u> : Analyse des données, vérification des hypothèses et suggestions.....	31
	<u>Paragraphe1</u> : Analyse des données et vérification des hypothèses.....	31
A.	Analyse des données.....	31
1-	Par rapport aux principales causes des grèves à l'HZ-AB/Sô-Ava.....	31
2-	Par rapport aux effets de la grève sur l'efficacité du système de l'HZ-AB/Sô-Ava....	32
B.	Vérification des hypothèses.....	33
	<u>Paragraphe 2</u> : suggestions et conditions de mise en œuvre .....	34
A.	Suggestions .....	34
B.	Conditions de mise en œuvre.....	35
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>36</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>38</b>
	<b>ANNEXE 1.....</b>	<b>A</b>
	<b>ANNEXE 2 .....</b>	<b>B</b>
	<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>E</b>