

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



FAKULTÉ DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES



**ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE**  
**« ESPACE – CULTURE – DEVELOPPEMENT »**



**DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES (DEA)**

**OPTION : GESTION DE L'ENVIRONNEMENT (GEN)**

**SPECIALITE : ENVIRONNEMENT ET SANTE PUBLIQUE**

Enregistrement N° \_\_\_\_ - 2011/EDP/GEN

*Thème :*

**ANALYSE DES FACTEURS DE PERFORMANCE  
DES CABINETS DE SOINS DE SANTÉ  
DANS LA VILLE D'AZOVÉ**

**Présenté par**

**AGOSSOU Félix**

**DIRECTEUR DE MEMOIRE :**

Professeur **Benoît N'BESSA**  
**HOUSSOU**

**MEMBRES DU JURY :**

Président : Professeur **Christophe**

Rapporteur : Professeur **Benoît N'BESSA**

Examineur : Dr **Expédit W. VISSIN**

**CODIRECTEUR :**

Dr **Expédit W. VISSIN**  
Maître Assistant au DGAT

Année académique : 2010-2011

Date de soutenance : *Mercredi 21 septembre 2011*

Mention : *Bien (15/20)*

# DÉDICACE

À :

- ma mère Catherine et mon père Kitcho pour avoir fait de moi un être instruit ;
- mon épouse Odette BIAOU et mes enfants Saintagneau et Bienheureux pour les soutiens quotidiens.

# SOMMAIRE

	Page
DEDICACE .....	i
SOMMAIRE .....	ii
SIGLES ET ACRONYMES .....	iii
REMERCIEMENTS .....	iv
RESUME .....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCTION .....	1
<b>CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET GEOGRAPHIQUE</b> .....	<b>3</b>
1-1 REVUE DE LITTERATURE .....	4
1-2 PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE .....	13
<b>CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE</b> .....	<b>17</b>
2-1 PROBLEMATIQUE .....	18
2-2 HYPOTHESES ET OBJECTIFS .....	20
2-3 CADRE CONCEPTUEL .....	21
2-4 DEFINITIONS OPERATOIRES .....	22
2-5 DEMARCHE METHODOLOGIQUE .....	33
2-6 DONNEES .....	35
2-7 TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES .....	39
2-8 METHODES D'ANALYSE OU MODELES .....	43
<b>CHAPITRE 3 : RESULTATS ET DISCUSSIONS</b> .....	<b>48</b>
3-1 PRESETATION DES RESULTATS .....	49
3-2 DISCUSSIONS .....	69
CONCLUSION .....	74
SUGGESTIONS .....	75
PERSPECTIVES .....	77
BIBLIOGRAPHIE .....	79
LISTE DES TABLEAUX .....	82
LISTE DES FIGURES .....	83
ANNEXES .....	84
TABLE DES MATIERES .....	92

## **SIGLES ET ACRONYMES**

<b>Adm. Soins</b>	: Administration des Soins
<b>AS</b>	: Aide-Soignant
<b>CCS</b>	: Centre Communal de Santé
<b>CSA</b>	: Centre de Santé d'Arrondissement
<b>HZ</b>	: Hôpital de Zone
<b>INSAE</b>	: Institut National de Statistique et de l'Analyse Economique
<b>MSP</b>	: Ministère de la Santé Publique
<b>OIT</b>	: Organisation Internationale du Travail
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>PMA</b>	: Paquet Minimum d'Activité
<b>SF</b>	: Sage-Femme
<b>SIDA</b>	: Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis
<b>UVS</b>	: Unité Villageoise de Santé
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humain

# *Remerciements*

mon Directeur de mémoire, **Professeur Benoît N'BESSA** pour  
**A** l'honneur que vous m'avez fait d'accepter de diriger ce travail ;

A mon Codirecteur, Dr Expédit W. VISSIN qui n'a ménagé aucun effort dans le suivi de ce travail ;

A mon **Président** et aux **membres du Jury**, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de valider mon travail ;

Aux techniciens Joseph AKOWE et Abdel Aziz TIDJANI ingénieurs des Travaux Statistiques, et Noé AGOSSA cartographe ;

## RÉSUMÉ

Cette étude présente l'analyse des facteurs de performance des cabinets de soins de santé dans la ville d'Azové en conformité avec les normes du Ministère de la Santé Publique du Bénin en la matière.

L'étude a pris en compte les dix (10) cabinets spécialisés dans les soins obstétricaux et infirmiers. Elle a concerné principalement les responsables de cabinets, les personnels dont les agents soignants et les aides-soignants, d'une part, et les chefs de ménage des six (06) quartiers de la ville. Les outils élaborés dans ce sens ont été administrés à travers des entretiens individuels. Ces entretiens ont permis aussi d'aborder avec les responsables de cabinets les sujets touchant à l'avenir de leur domaine d'activité. Trois (03) enquêteurs initiés ont aidé à la collecte des données. Le traitement de ces données a été fait par ordinateur.

Les facteurs de performance des cabinets de soins de santé sont passables avec un score de 57,48 %. Le capital humain, facteur principal, totalise le score le plus faible (25 %). Les ressources matérielles, les facteurs organisationnels et les facteurs environnementaux réalisent respectivement les scores de 61,95 % ; 55 % ; et 88 %. Cette situation laisse entrevoir de graves conséquences pour les populations, telles que les complications des maux dont ils souffrent, les effets secondaires, les décès. Pourtant 84 % des chefs de ménage enquêtés accèdent aux soins dans les cabinets. Parmi eux, 58 % se disent satisfaits des prestations. Au total, 51 % des chefs de ménage enquêtés ont eu à subir une fois des déconvenues.

Les raisons qui motivent les chefs de ménage à fréquenter les cabinets sont diverses. La bonne performance des soins vient en quatrième position loin derrière le bon accueil, la disponibilité permanente du service et le coût bas des soins.

Pour réduire les écarts observés et garantir la sécurité sanitaire aux populations, il est souhaitable que le Ministère de la Santé Publique :

- achève la régulation du secteur médical privé ;
- active les instruments de contrôle ;
- accorde un soutien matériel ou financier aussi à ceux qui dans le privé œuvrent pour l'atteinte des objectifs en matière de santé des populations.

**Mots clés** : Azové – Cabinets de soins de santé – facteurs de performance – Analyse.

## ABSTRACT

This study presents the analysis of performance factors of health care cabinets in the town of Azove in conformity with the standards of the Ministry for Public Health of Benin on the matter.

The study took into account the ten (10) private clinics specialized in the obstetrical health care as well as studies on the men who intervene there. It concerned mainly persons in charge of these cabinets, the personnel working under them especially those who give treatment to patients and their assistants on the one hand, and heads of families of the six (06) quarters that make up the town of Azove. Study results elaborated here were arrived at through talks with individuals. These talks also enabled to tackle with the persons in charge of the cabinets matters touching on the future of their sphere of activity. Three (03) initiated investigators contributed to the data-gathering. The processing of these data was made by computer.

The performance factors of health care cabinets are passable with a score of 57,48 %. The human capital, principal factor, adds up the weakest score (25 %). The material resources, the organisational and the environmental factors carry the scores of 61,95 % ; 55 % ; and 88 % respectively. This situation shows the possibility of serious consequences for the populations, such as complication of cases, side effects and deaths. However, of the 84% of the family heads interviewed during our survey, 58 % have expressed satisfaction with their services, while same 51 % of them had had disappointments as regards services provided.

The reasons which make heads of households to attend the cabinets are varied. The good performance of the care provided comes in fourth position far behind the good reception, the permanent availability of the service and the low cost of the care. This poses a serious problem of conception of the value of human health.

To reduce the variations observed and to guarantee medical safety for the people, it is desirable that the Ministry for Public Health:

- completes the process of regulating the private medical sector ;
- activates the instruments of control and ;
- grant material or financial support also to those in the private sector who make efforts to arrive at the objectives set as regards health care for the people.

**Key words** : Azove – health care cabinets – factors of performance – Analysis.

## INTRODUCTION

La République du Bénin a opté pour le volet social de la santé pour tous en adoptant la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) contenue dans la Déclaration d'Alma-Ata (1978). Dans la mise en œuvre de cette stratégie, le Bénin établit une couverture sanitaire assurée par deux secteurs : le secteur public et le secteur privé.

DECAILLET et MAY (2000) en étudiant le secteur médical privé à Cotonou, constatent que ces dernières années, le nombre de formations sanitaires privées a sensiblement augmenté et l'activité des praticiens du privé s'est largement diversifiée. Leur analyse de la situation montre que le développement du secteur privé au Bénin n'a été ni décidé ni planifié, mais résulte pour l'essentiel du gel des recrutements (1987-1998) des jeunes diplômés dans la fonction publique. Ceci laisse entrevoir l'insuffisance de moyens qui caractérise ce secteur. Selon les statistiques nationales de l'INSAE (2001), on comptait en 2000 sur le territoire national un total de 1.302 formations sanitaires dont 671 publiques et 631 privées contre 1.073 en 1997, soit une progression de 21 %. Ce développement, que l'on peut considérer comme rapide, voire explosif, soulève de nombreuses questions et génère des craintes.

Il existe un grand écart entre les formations sanitaires publiques et celles privées en matière d'organisation logistique et technique. KOUKPO (2005) fait une catégorisation de ces formations et distingue deux groupes à savoir les cliniques qui pratiquent des soins de qualité plus grande par rapport aux institutions publiques à des tarifs très élevés ; et les micros unités privées de soins définissant « l'informel sanitaire ». Ce sont ces dernières qui abondent dans les villes secondaires et les milieux ruraux au Bénin. Il va falloir que la situation soit explorée sous les axes clés de l'exercice médical. RICHARD et al. (2004), préoccupés par le service auquel les populations ont recours dans les centres de santé, ont mené une étude sur les déterminants de la qualité des soins dans lesdites formations. Ils estiment que la qualification des agents et des responsables est à considérer en premier ressort. En allant dans le même sens qu'eux, il apparaît aussi important de déterminer la capacité

des cabinets en ressources matérielles, le type d'organisation qui sous-tend le fonctionnement de ces cabinets et les comportements face aux environnements physique et humain. Les réalités du terrain exigent que soient faits, pour la régulation et le dynamisme du secteur médical privé au Bénin, des efforts tangibles d'autant plus qu'une frange importante de la population se réfère aux formations privées pour résoudre ses problèmes de santé.

Bien sûr, les acteurs impliqués, et en premier lieu le Ministère de la Santé Publique, ne sont pas restés passifs. Cependant, les mesures d'accompagnement et de régulation de ce secteur médical privé ont tardé et l'adoption de la Loi N°97-20 (1997) ne semble pas avoir permis de répondre de façon suffisante au besoin d'ordre exprimé par de nombreux acteurs.

En envisageant des solutions aux divers problèmes que pose le secteur médical privé, DECAILLET et MAY (2000) estiment que « la contrainte ne peut être utilisée comme mécanisme essentiel de régulation. Les règlements et normes, pour indispensables qu'ils soient, ne peuvent constituer qu'une partie de l'arsenal de mesures à mettre en place pour orienter le développement et réguler le fonctionnement du secteur [*médical*] privé ... Il fallait donc mieux identifier les difficultés rencontrées par les différents acteurs et à quel type de mesures incitatives ils seraient le plus sensibles ».

La présente étude se propose d'analyser dans la ville d'Azové, les facteurs de performance des soins de santé reçus par les populations dans les cabinets privés. Ceci permettra de voir jusqu'à quel point ils sont utiles dans l'atteinte des objectifs du Ministère de la Santé Publique en matière de sauvegarde de la santé des populations.

Dans le chapitre premier, il est abordé en priorité la problématique, l'hypothèse et les objectifs. Le deuxième chapitre est axé sur le cadre d'étude et la démarche méthodologique. Dans le troisième et dernier chapitre, il est question des résultats suivis d'une discussion, des suggestions et perspectives.

## CHAPITRE 1

# **Cadre théorique et géographique**

Il est présenté dans ce chapitre deux (02) principaux points :

- ✓ la revue de la littérature suivant les thématiques liées aux objectifs spécifiques ;
- ✓ la présentation du cadre d'étude.

## 1-1 REVUE DE LITTERATURE

La recherche documentaire a permis de recueillir des informations sur les aspects suivants de l'étude :

- la place des formations sanitaires privées dans le système sanitaire
- la détermination des facteurs de performance ;
- l'évaluation du niveau de mise en application des normes en matière d'installation et de fonctionnement des cabinets de soins de santé ;
- l'identification des risques issus du dysfonctionnement des cabinets de soins de santé pour la population et pour l'environnement physique ;
- Des suggestions pour l'organisation du secteur médical privé au Bénin.

### 1-1-1 Place des formations sanitaires privées dans le système sanitaire

En choisissant de mener une étude sur les cabinets de soins de santé, il a paru important de savoir la place qui est donnée aux formations sanitaires privées dans la pyramide sanitaire du Bénin.

Tout part du MSP (2002). Le MSP dans sa politique sanitaire du Bénin 2002-2006, se propose de réorganiser la base de la pyramide sanitaire et de renforcer la couverture sanitaire. Le schéma auquel il est parvenu est présenté dans le tableau I.

Tableau I : Organisation nationale du système de santé

Niveau	Structures	Institutions hospitalières et sociosanitaires
CENTRAL OU NATIONAL	Ministère de la Santé Publique (MSP)	- Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) - Centre National de Physiologie - Centre national de Psychiatrie
INTERMEDIAIRE OU DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé publique (DDSP)	Centre Hospitalier Départemental (CHD)
PERIPHERIQUE	Zone sanitaire (Bureau de Zone)	- Hôpital de Zone - Centre de santé de Commune (CSC) <b>- Formations sanitaires privées</b>
		Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES)
		- Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) - Maternités et Dispensaires
		Unité Villageoise de Santé (UVS)

Source : MSP/DPP/SSDRO-SNIGS

Dans cette pyramide sanitaire, les formations sanitaires privées apparaissent au niveau périphérique.

Elles ont par ailleurs une visibilité expressive sur le terrain de part leur présence numérique.

Etant donc bien sollicité dans l'atteinte des objectifs du MSP, la présente étude permet de savoir si ce secteur est doté des ressources nécessaires devant l'amener à bien accomplir sa mission.

### 1-1-2 Apports sur les facteurs de performance

RICHARD et al. (2004) constatant que les pays en développement connaissent l'ampleur du déficit en ressources humaines et financières, associée à des indicateurs sanitaires alarmants, sont incités à entreprendre une évaluation de la qualité des soins de santé primaires dans la région du Logone occidental au Tchad. Ils se sont fixés pour objectif la détermination des variables rattachées à la qualité des soins. Ils ont retenu les variables à savoir :

- ✓ l'effectif de personnels soignants qualifiés ;
- ✓ le niveau de formation du responsable du centre de santé ;
- ✓ le coût moyen d'une consultation pour le patient ;
- ✓ les charges moyennes du centre de santé, rapportées à l'ensemble de la population de la zone de responsabilité.

Ces variables peuvent être classées essentiellement en deux groupes : la qualification du capital humain et les charges liées aux soins.

La présente étude complète ces facteurs de performance en prenant en compte les aspects matériels qui, dans toute activité, sont nécessaires pour rendre les tâches plus aisées à accomplir. Il y a lieu de révéler aussi ici le niveau d'organisation des cabinets de soins de santé d'autant plus que les relations entre les différents acteurs de ces centres jouent sur la performance des soins. Bien sûr, en tenant compte des objectifs de l'étude, il est important de considérer l'aspect environnemental pour rester conforme à l'esprit du développement durable.

L'étude retient donc quatre principaux facteurs : les facteurs humains ou capital humain, les facteurs matériels, les facteurs organisationnels et les facteurs environnementaux.

#### 1-1-2-1 Profil des agents de santé et capacités matérielles des cabinets

Le profil des agents de santé et les capacités matérielles des cabinets sont des facteurs révélés par le MSP (2001c).

##### Profil des agents de santé

Le MSP (2001c) présente un certain nombre de techniciens indispensables pour conduire l'activité médicale dans un centre de santé. La présente étude retient quatre d'entre eux pour vérifier leur présence effective dans les cabinets à Azové. Ce sont les médecins, les sages-femmes, les infirmiers et les aides-soignants.

Le rôle que joue l'aide-soignant amène à fixer, dans le cadre de la présente étude, un niveau intellectuel minimum à atteindre, c'est-à-dire celui de la classe de 3<sup>ème</sup> de l'enseignement général.

Le MSP (2001c), bien qu'il ait le mérite d'opérer une organisation formelle des formations sanitaires, reste trop ségrégationniste dans la mesure où il ne prévoit aucune disposition particulière au secteur médical privé. De même, en fixant les effectifs de personnel, il ne donne pas le profil détaillé de chaque catégorie de personnel.

Dans le cadre de cette étude, le profil de chaque catégorie de personnel est connu grâce au Code français de la Santé Publique. Le Code permet de cerner aussi le rôle des agents de santé pris en compte dans l'étude. Ainsi,

- le médecin fait la consultation et prescrit les soins ; mais ses actes spécifiques sont définis par décret ;
- l'infirmier est utile dans plusieurs domaines de la santé : le domaine de la santé mentale (Article R4311-6), le domaine du bloc opératoire (Article R4311-11), le domaine de l'anesthésie (Article R4311-12), le domaine de puériculture (Article 4311-13), la formation et l'encadrement (Article R4311-15) ;
- l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant.

### Capacités matérielles

Le MSP (2001c) a établi des normes et standards en matière d'infrastructures et d'équipements pour le niveau périphérique de la pyramide sanitaire. L'étude retient les conditions exigées au plus petit service public de premier contact, c'est-à-dire l'UVS. Car en dehors de ce type de centre de santé, les superficies d'implantation et le nombre de salles à construire sont respectivement au-delà de 0,5ha et 8, ce qui

n'est pas facile à réaliser par un opérateur privé de la chose médicale dans une ville à population modeste comme celle d'Azové.

Alors, il est question ici de tenir compte de l'existence d'un cadre physique avec un nombre suffisant de salles suivant les spécialités de chaque cabinet, comme l'indique LATOUR (2000) :

- un coin réservé aux soins ;
- un coin toilette doté d'une cuvette d'eau propre, d'une serviette propre, du savon, d'une brosse à ongles, d'une poubelle à couvercle ;
- un coin stérilisation équipé d'un réchaud, d'une casserole permettant de faire bouillir de l'eau ;
- un coin pharmacie.

Si l'on peut reprocher au MSP (2001c) de ne pas être précis sur les normes et standards que doivent respecter les cabinets en matière d'infrastructures, ce n'est pas le cas pour les équipements car pour un même soin, les procédures ne varient pas d'un secteur d'activité médicale à un autre et donc les besoins en outils de travail sont les mêmes partout. Le matériel à vérifier dans les cabinets est donc lié au type de soin pour lequel chaque cabinet opte.

Mais le MSP (2001c) n'offre aucune possibilité pour la validité des matériels nouveaux de haute technologie qui pourraient être utilisés en médecine et qui seraient d'une plus grande efficacité. Sur le terrain, la démarche de l'étude a permis de recenser les outils ultramodernes qui sont hors de la liste du MSP. Le MSP (2001c) mérite donc d'être actualisé pour répondre à l'évolution actuelle de la technologie.

#### 1-1-2-2 Fonctionnement des cabinets

Les dispositions liées au fonctionnement des cabinets sont en partie définies par la Loi N°97-020 (1997) qui statue sur le profil à avoir pour prétendre ouvrir un cabinet, de même que la responsabilité de l'Etat de contrôler l'action de ces cabinets.

Il paraît important d'ajouter à ces aspects, pour la présente étude, l'établissement des rapports d'activités en direction de l'Administration de zone, ce

qui permettra de se rendre compte du rôle social que joue chaque cabinet. Les autres facteurs dont il est tenu compte est le traitement salarial et la formation continue des agents, de même que le climat social dans lequel ils travaillent.

Ce sont là quelques aspects qui ont échappé à la Loi. Celle-ci s'est préoccupée de la création de cabinet sans pour autant régler les grands problèmes internes des cabinets. Il reste donc beaucoup à faire pour réguler le secteur médical privé au Bénin.

### 1-1-2-3 Gestion de l'environnement

LATOURE (2000) trouve que les facteurs environnementaux peuvent être vérifiés en tenant compte de :

- l'hygiène de l'environnement qui prend en compte l'approvisionnement en eau potable et l'élimination des excréta humains ;
- la propreté de la salle de soins qui inclut la propreté du personnel soignant et la propreté des locaux y compris l'élimination des déchets biomédicaux.

Mais LATOURE (2000) ne fournit pas des indicateurs pour mesurer ni des méthodes d'application de ces facteurs de performance. La Loi N°87-015 (1987) vient combler tant soit peu le vide en matière de méthode de gestion des déchets biomédicaux et stipule en son article 98 que « les hôpitaux, formations sanitaires publiques et privées doivent détruire par voie d'incinération leurs déchets de toute nature et notamment anatomiques ou contagieux ».

La présente étude est arrivée à vérifier la mise en application de ces facteurs environnementaux en procédant à des observations répétées et ceci particulièrement pour les facteurs tels que la propreté du personnel soignant et la propreté des locaux. Pour la propreté du personnel soignant, la vérification est basée sur le port de blouse et son état hygiénique.

### 1-1-3 Point sur les méthodes d'évaluation

Plusieurs méthodes permettent d'évaluer le niveau de mise en application des normes dans un centre. KATZ F. M. et SNOW R. (1981) ont élaboré un modèle d'évaluation des compétences professionnelles dont la première étape est celle de l'analyse des tâches. Ce modèle est adopté par AHOUANDJINO (2006). C'est en fait le modèle de calcul des scores.

### 1-1-4 Connaissances disponibles sur les risques médicaux

Les risques issus du dysfonctionnement des cabinets de soins de santé pour la population et pour l'environnement physique sont abordés sur plusieurs sites.

Sur le site [http://fr.wikipedia.org/wiki/Accident\\_médical](http://fr.wikipedia.org/wiki/Accident_médical), apparaît quelques notes sémantiques sur l'erreur médicale, l'accident médical, l'événement indésirable, la faute médicale, l'échec médical, le préjudice, le dommage, l'aléa médical, la complication médicale, le risque médical.

Ensuite, il est publié quelques statistiques relatives aux événements indésirables en France : de 300.000 à 500.000 événements indésirables graves se produiraient chaque année, mais ils ne sont pas recensés. Dix mille (10.000) personnes meurent chaque année à l'hôpital du fait de l'exercice de la médecine. Il n'existe pas de recensement des accidents médicaux. Pour certains, les hôpitaux pourraient faire systématiquement une enquête après chaque décès et pourraient constituer une base de données nationale.

Enfin, le site dresse un catalogue des erreurs (erreurs d'omission, d'exécution, de délais, de confusion, de connaissance, de raisonnement, d'étourderie, d'ignorance, ... ) et en donne quelques exemples :

- la confusion entre deux médicaments que l'on administre, la prescription d'un médicament contre indiqué à cause d'une allergie ou d'un autre médicament non toléré.
- le fait de se tromper dans l'interprétation d'un examen, d'un signe, d'un diagnostic.

- au cours d'une intervention, se tromper de côté à opérer, opérer un patient pour l'autre....

Sur le site <http://www.prevention-medicale.org> , AMALBERTI (2010) se préoccupe des évènements indésirables liés aux soins. Après avoir proposé une définition à cette notion, il fait ressortir la raison qui rend difficile la détermination de l'origine des erreurs en médecine : la pathologie évolue pour son compte et contribue naturellement à brouiller les pistes, sauf cas évident, entre ce qui relève de l'intervention médicale et ce qui relève de la maladie.

Ensuite il propose des chantiers à maîtriser pour tendre vers plus de sécurité, parmi lesquels quatre sont primordiaux :

- la cohérence et la sécurisation du trajet des patients jusqu'à la guérison ou la fin de l'épisode, en sachant qu'ils passeront de plus en plus dans les mains de multiples professionnels qui devront coordonner leurs efforts. La qualité de chaque professionnel ne sera potentialisée que si cette coordination est optimale dans le temps et dans l'espace.
- le partage de l'information sur les risques entre professionnels et entre professionnels et patients, et le signalement des évènements indésirables au sein de la communauté médicale sont essentiels aux progrès de sécurité. Le problème du changement de culture et de l'adoption d'une plus grande transparence en médecine est donc une priorité. Une bonne culture suppose de pouvoir échanger, diffuser, et tirer les leçons de ses erreurs et de celles des autres.
- la participation beaucoup plus active des patients car l'explication et l'écoute des préférences des patients reste un défi qui nourrit surtout la recherche.
- la maîtrise de l'innovation et du recyclage continue des compétences dans un monde médical où la demi vie des connaissances est descendue en dessous de 5,5 années en moyenne (Sjohania, 2007). Les techniques médicales se succèdent si

vite qu'elles posent d'incommensurables problèmes de formation des professionnels.

Enfin, le site présente les statistiques sur les risques en France : 1 patient sur 10 est victime d'un évènement indésirable à l'hôpital (heureusement sans nécessairement des conséquences sévères), 1 évènement indésirable par semaine survient dans un service de 30 lits, de 4 à 7% des hospitalisations selon les études sont liées à des évènements indésirables prenant leur origine en médecine générale (Source : Enquête nationale sur les évènements indésirables ENEIS 2, 2009)

Sur le site <http://www.irips.org>, les principaux risques médicaux sont présentés avec une répartition en deux sources de provenance :

- les erreurs médicales :
  - erreurs de diagnostic ;
  - mauvaise indication du médicament ;
  - suivi insuffisant du traitement.
- les erreurs des patients :
  - non-respect des contre-indications ;
  - erreurs de prise (dose, fréquence, horaires) ;
  - automédication inappropriée.

Selon ce site, les erreurs des patients seraient à l'origine, en France, de la moitié des cas d'hospitalisation.

#### 1-1-5 Réflexions sur la réforme du secteur

Le travail qui a été fait dans ce sens est celui de DECAILLET et MAY (2000). Après avoir exposé les différents problèmes qui handicapent le secteur médical privé, les auteurs, à la fin, ont formulé trois recommandations majeures :

- poursuivre l'analyse de la problématique de développement du secteur privé, en l'étendant bien sûr à l'ensemble du pays et en travaillant de façon plus approfondie sur certaines hypothèses et pistes ;
- s'interroger plus ouvertement sur le rôle de l'Etat en matière de prestation des soins de santé et, en renforçant le dialogue entre les autorités et les représentants du secteur privé, tenter de dégager une vision pour l'avenir des équilibres et des articulations entre systèmes de soins public et privé au Bénin ;
- aider techniquement et financièrement au développement des organisations représentatives du secteur privé, des institutions et services publics déjà chargés de la régulation de ce secteur.

#### 1-1-6 Exploration des méthodologies de travail

Les mémoires précédents ont servi de base pour la consolidation des principes de l'étude : AHOUANDJINO (2006) ; BONGWELE (2005) ; DAVODOUN (2002).

BEAUD (1998) et FOURNIS (1974) rappellent les différentes techniques et les attitudes à tenir pour réussir la rédaction d'un mémoire.

### 1-2 PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE

#### 1-2-1 Description de la carte sanitaire d'Azové

La ville d'Azové est la principale agglomération du Département du Couffo de par sa taille et l'importance de ses activités économiques. Elle est située au sud de la Commune d'Aplahoué qui a une étendue de 915 km<sup>2</sup> avec une population de 116.988 habitants en 2002.

Azové abrite le plus grand nombre de formations sanitaires privées dans le Département. Sa superficie ne dépasse guère 15 km<sup>2</sup>.

La couverture sanitaire de la ville est assurée par :

- un Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) dans le quartier Ekinhoué ;

- un Hôpital de Zone dans le quartier Djimadohoué qui dessert les Communes d'Aplahoué, de Djakotomey et de Dogbo ;
- un centre confessionnel de santé ;
- dix cabinets de soins de santé à savoir Beraka, Bon Secours, CAUD International, CESI, Espoir-Vie, Excellence, Kpodonou, La Patience, Sainte Anne, Source de vie.

Il est à remarquer que les noms donnés par les propriétaires aux formations privées sont souvent accrocheurs (par exemple, Cabinet Source de vie, Bon secours) et parfois d'inspiration religieuse (cabinet Sainte Anne), toute chose pouvant influencer le choix du client sans pour autant toutefois révéler la performance recherchée. Certains noms traduisent d'autres rôles joués par les centres autre que celui de soins de santé : c'est le cas de KPODONOU qui signifie « apprends par imitation » laissant comprendre qu'il s'agit là aussi d'un centre de formation.

Azové regroupe plus de la moitié des formations sanitaires privées dans le Département du Couffo. La figure 2 présente leurs situations géographiques dans la ville.

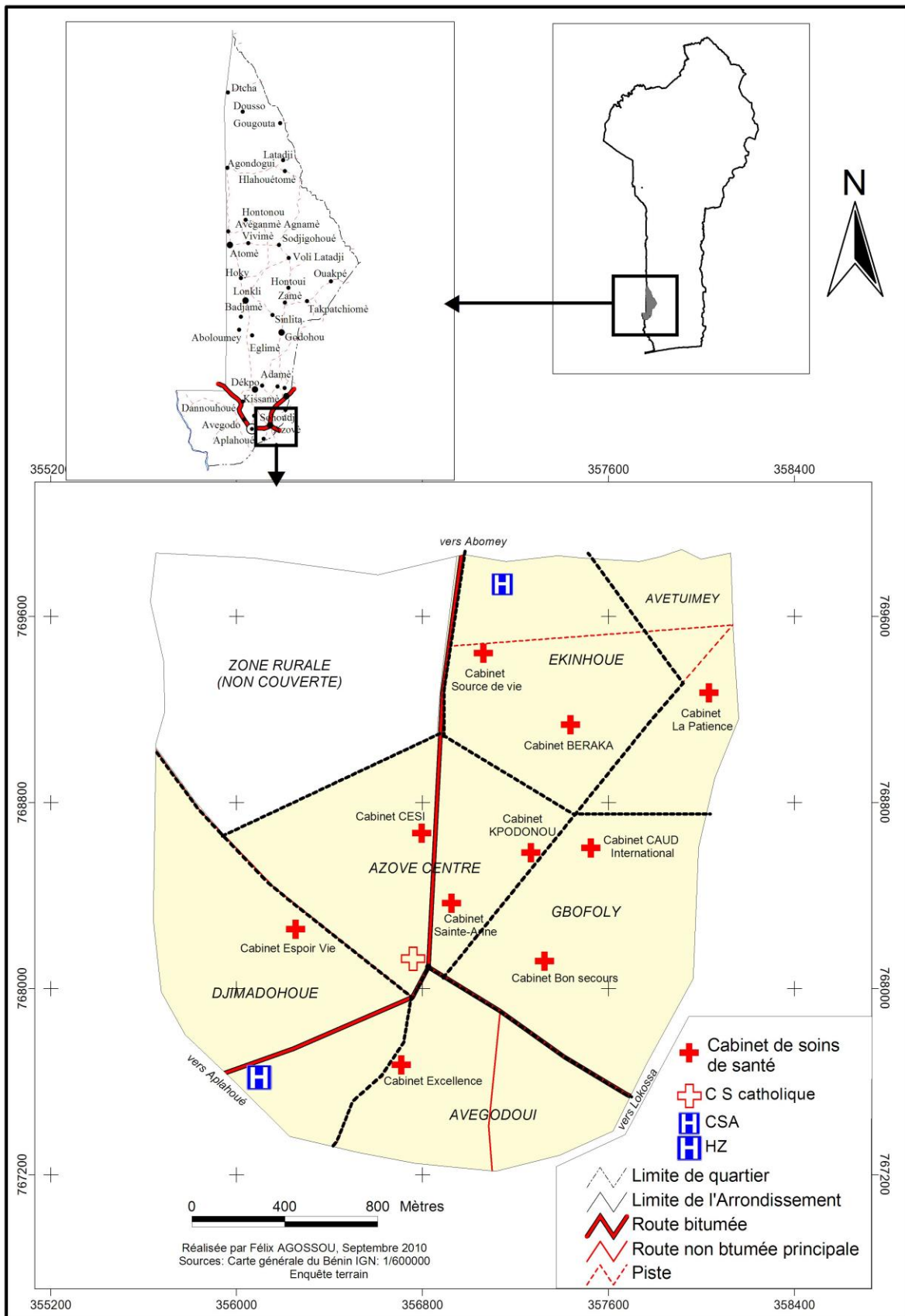


Figure 1 : Etat sanitaire de la ville d'Azové

## 1-2-2 Quelques caractéristiques humaines

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat en 2002 donne la répartition suivante de la population.

**Tableau II** : Répartition de la population de l'Arrondissement d'Azové par sexe et par ménage

Villages ou quartiers de ville	Tous ménages				Ménages agricoles		
	Nombre de ménages	Population			Taille du ménage	Nombre de ménages	Population
		Total	Masculin	Féminin			
Avégodoui	733	3084	1489	1595	4,2	167	818
Avétuimè	172	1004	495	509	5,8	76	456
Azové-Centre	1183	5031	2397	2634	4,3	225	1342
Dékanmey	82	460	209	251	5,6	71	427
Djimadohoué	415	2094	961	1133	5,0	146	928
Ekinhoué	670	3173	1572	1601	4,7	92	471
Gbofoly	715	3444	1665	1779	4,8	254	1471
Outchihoué	379	1870	896	974	4,9	234	1310
Yéhouimey	425	2693	1276	1417	6,3	281	1991
<b>TOTAL</b>	<b>4.774</b>	<b>22.853</b>	<b>10.960</b>	<b>11.893</b>	<b>4,8</b>	<b>1.546</b>	<b>9.214</b>

*Source* : INSA (2004), *Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2002, Cotonou Bénin.*

Le cadre théorique de l'étude est donc présenté. La compréhension est alors plus nette sur la problématique, les hypothèses et les objectifs du sujet. Tout ceci est rendu possible grâce à la revue de la littérature. L'approche méthodologique adoptée conduit à élaborer les outils nécessaires au travail.

## CHAPITRE 2

# **Cadre conceptuel et méthodologie de recherche**

Ce chapitre regroupe les grandes lignes de l'étude proprement dite. Il aborde les raisons l'ayant motivée, de même que les moyens mis en œuvre pour la réaliser.

Ainsi, cinq rubriques se distinguent à savoir :

- ✓ la problématique ;
- ✓ les hypothèses et objectifs ;
- ✓ les données ;
- ✓ les techniques et outils de collecte et de traitement des données ;
- ✓ les méthodes d'analyse ou les modèles.

## 2-1 PROBLEMATIQUE

La garantie des soins de santé de qualité est un des défis du développement durable. Il est en voie d'être relevé aujourd'hui au Bénin à travers plusieurs politiques et programmes élaborés par le Ministère de la Santé Publique. Le premier programme intitulé « Réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en zones sanitaires », consacré par l'élaboration du document « Normes et standards en matière d'activités, d'effectifs de personnel, d'infrastructure et d'équipements pour les zones sanitaires » du MSP (2001), prend en compte les formations sanitaires privées dans la réalisation des objectifs du Ministère. Mais depuis, l'effort est fait du côté du secteur public pour mettre les centres de santé à différents niveaux territoriaux dans les normes et les rendre plus efficaces. Selon les lois des finances de 1995 à 2005, le budget santé, consacré exclusivement au public, a varié entre 4,90 et 9,80 % du budget national. KOUKPO (2005) constate que le secteur médical privé est financé par des fonds propres aux initiateurs, des prêts et des ressources générées par les services offerts aux populations. Or, l'autre axe prioritaire de la politique nationale de santé au Bénin (2002-2006) est le financement du secteur tout entier et l'amélioration de la gestion des ressources. Aujourd'hui, chose remarquable sur tout le territoire national, on note une grande disparité entre les conditions d'exercice du métier dans le public et le privé. Ce dysfonctionnement est préjudiciable à la santé des populations.

Au cours de l'année 1998, dans le cadre de leur dialogue sur les questions touchant au développement du système sanitaire au Bénin, les responsables du

Ministère de la santé et l'équipe de la Banque Mondiale se sont accordés sur la nécessité de procéder à une analyse du secteur médical privé à Cotonou. Il s'agissait de conduire une étude exploratoire de la situation et de la problématique de développement du secteur privé à Cotonou, pouvant servir de base à des travaux ultérieurs, notamment à une étude sur le secteur privé au Bénin.

Dans leur rapport d'étude sur le secteur médical privé à Cotonou, DECAILLET et MAY (2000) y notent un certain « désordre » qui s'exprime par le flou dans la dénomination des établissements privés de soins de santé, l'absence de mécanisme d'orientation et de régulation dont les autorités publiques sont responsables car elles l'ont largement toléré et encouragé par une attitude générale de laisser-faire.

Mais les problèmes de santé populaire ne peuvent plus être résolus aujourd'hui en ignorant le secteur médical privé. INSAE (2002) montre que ce dernier s'affirme et s'impose : on comptait en 2000 sur le territoire national un total de 1.302 formations sanitaires dont 671 publiques et 631 privées contre 1.073 en 1997, soit une progression de 21 %. S'il n'est pas de la responsabilité de l'Etat de pourvoir ces centres des moyens qu'il faut, il a cependant le rôle de les inciter à se conformer aux dispositions en vigueur et à être plus compétitifs, vu le rôle majeur qu'ils jouent aujourd'hui dans le service de soins de santé.

Les monitorages ont montré que si l'accessibilité géographique est satisfaisante, la performance en soins de santé dans les formations sanitaires privées est moins bonne. Plusieurs facteurs expliquent cette situation inconfortable :

- usurpation de compétence ;
- ressources (humaines, matérielles et financières) insuffisantes ;
- infrastructures dans l'ensemble inappropriées.

Un écart semble exister entre les normes du Ministère de la Santé Publique et la mise en pratique de ces normes sur le terrain. Ceci constitue un problème qui justifie cette étude dont voici les questions principales :

- Dans quelle mesure les attentes du Ministère de la Santé Publique du Bénin en matière de sécurité sanitaire des populations sont-elles mises en œuvre par les responsables des cabinets privés de soins de santé de la ville d'Azové ?
- Quels sont les risques que courent les populations à bénéficier des soins de santé dans ces centres ?

C'est pour répondre à ces interrogations que le sujet intitulé « Analyse des facteurs de performance des cabinets de soins de santé dans la ville d'Azové » a été choisi.

## 2-2 HYPOTHESES ET OBJECTIFS

### 2-2-1 Hypothèses

- Les conditions à remplir pour une bonne performance des cabinets de soins de santé dans la ville d'Azové sont acceptables ;
- Les populations ont une bonne connaissance des risques qu'elles courent à se faire soigner dans les cabinets de soins de santé.

Les objectifs qui sous-tendent cette étude s'énoncent comme suit :

### 2-2-2 Objectifs

#### Objectif général

L'objectif général visé par ce travail est d'analyser les facteurs de performance des cabinets de soins de santé dans la ville d'Azové.

#### Objectifs spécifiques

- Identifier les facteurs de performance des cabinets de soins de santé ;

- Evaluer le niveau de mise en application des normes du Ministère de la Santé Publique du Bénin en matière d'installation et de fonctionnement des cabinets de soins de santé ;
- Dégager les risques issus du dysfonctionnement des cabinets privés de soins de santé pour la population et pour l'environnement ;
- Faire des suggestions pour l'organisation des cabinets privés de soins de santé.

### 2-3 CADRE CONCEPTUEL

Il est présenté par la figure 2.

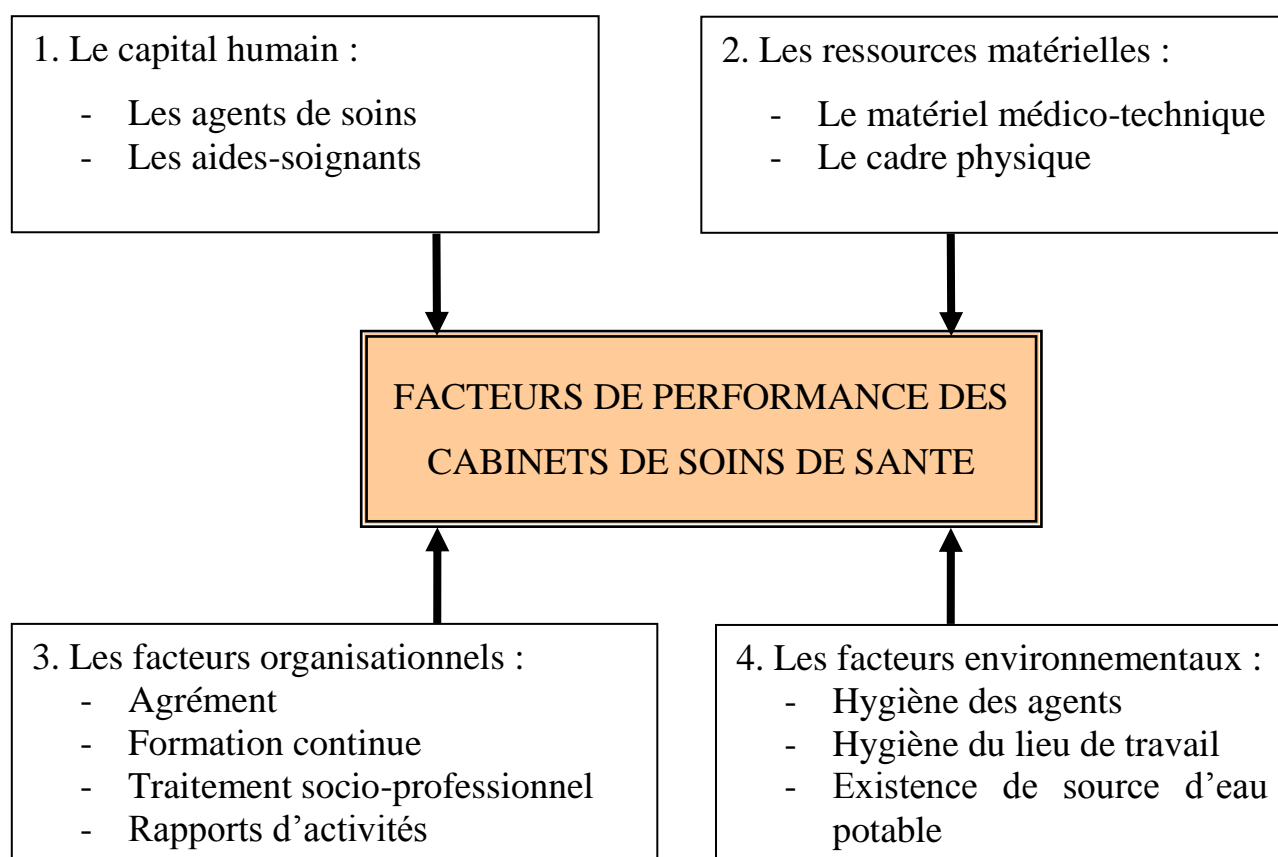


Figure 2 : Cadre conceptuel

### Commentaire du cadre conceptuel

Le cadre conceptuel élaboré pour la réalisation de cette étude comprend :

- ✓ une composante principale : les facteurs de performance des cabinets privés de soins de santé ;
- ✓ quatre composantes explicatives :
  - le capital humain : les agents de soins et les aides-soignants ;
  - les ressources matérielles : le matériel médico-technique et le cadre physique
  - les facteurs organisationnels : l'agrément, la formation continue, le traitement socio-professionnel et les rapports d'activités ;
  - les facteurs environnementaux : l'hygiène des agents, l'hygiène du lieu de travail et l'existence de source d'eau potable.

En effet, Les facteurs de performance forment un tout et représentent les éléments clés du fonctionnement d'un cabinet. Ils sont considérés comme étant critiques, fondamentaux et essentiels pour l'atteinte des objectifs fixés.

Les facteurs de performance sont tous interdépendants et doivent conserver un équilibre entre eux. Tout changement majeur dans un ou plusieurs des facteurs de performance du cabinet générera des conséquences sur les autres facteurs. De plus, si un facteur de performance est plus faible par rapport aux autres facteurs, cela crée un déséquilibre et la performance de l'organisation en sera affectée. Si un des facteurs est inexistant, cela peut créer des difficultés incontrôlables.

## 2-4 DEFINITIONS OPERATOIRES

Vu la multitude des termes qui sont employés dans cette étude et de la variation probable de leur définition selon les références, il s'avère nécessaire de donner une clarification sémantique à chacun d'eux afin d'éviter toute ambiguïté dans le cadre de cette étude.

Ainsi, nous retenons les définitions suivantes :

### ➤ **Aide-soignant**

<http://www.informetiers.info> décrit le rôle que joue l'aide-soignant : « l'aide-soignant est l'assistant de l'infirmier. Il a un rôle privilégié auprès du malade, en

assurant son bien-être physique et moral. Il accueille le malade à son entrée et l'installe dans sa chambre. Il l'aide à la toilette, à la prise des repas, à l'habillage. Il le surveille, prend sa température, son pouls, le soulève, l'aide à se lever et à marcher, refait les pansements et transmet ces observations à l'équipe de soins.

Cette définition est résumée par <http://www.mip-louhans.asso.fr> de la manière suivante : « L'aide-soignant ne pratique que des soins peu techniques (il ne pratique pas de soins avec des instruments : perfusion, piqûre ...) »

La présente étude considère que l'aide-soignant ne pose pas de diagnostics, ne soigne pas mais facilite ces activités et rassure le patient.

### ➤ **Analyser**

Pour le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales sur le site <http://www.cnrtl.fr>, faire une analyse de quelque chose, c'est l'examiner en ses différentes parties. Analyser consiste à séparer, à décomposer un tout en ses éléments de manière à le définir, le classer, le comprendre.

L'étude se propose de faire l'analyse qualitative et quantitative des facteurs de performance.

Selon <http://fr.wikipedia.org>, les études qualitatives regroupent l'ensemble des études utilisant des méthodes qualitatives (entretiens, réunions de groupe, observations, etc.) pour la collecte et la description de données qualitatives. Celles-ci peuvent donc être utilisées dans tous les domaines où des phénomènes ne peuvent être directement observés (par exemple le profil de l'agent soignant). Une étude qualitative ne cherche pas à extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble de la population, il n'y a donc pas de notion de représentativité, mais on recherche à aller en profondeur et à comprendre les attitudes et sentiments. Les études qualitatives sont menées par des spécialistes capables de mettre à l'aise et faire parler les personnes interrogées, mais aussi d'analyser les comportements non verbaux.

Les études quantitatives se basent sur des données quantitatives pouvant être mesurée et qualifiée par une unité de mesure.

➤ **Cabinet de soins de santé**

La Loi N°97-020 (1997) donne des définitions aux différentes dénominations des centres privés de soins de santé. Dans le cadre de l'étude, un cabinet de soins de santé signifie :

- soit d'un cabinet médical ;
- soit d'un cabinet de soins infirmiers ;
- soit d'une clinique d'accouchement eutocique ;
- soit d'un centre jouant le rôle de plus d'un des centres précités.

Il est donc nécessaire que les définitions données par la Loi précitée sur les dénominations soient exposées.

➤ **Cabinet de soins infirmiers**

Centre de soins prescrits par un médecin et assurés par un infirmier diplômé d'Etat et dans les limites de ses compétences (Loi N°97-020).

➤ **Cabinet médical**

Centre de consultation et de soins ouvert et dirigé par un médecin (Loi N°97-020).

➤ **Clinique d'accouchement eutocique**

Etablissement ouvert et dirigé par une sage-femme pour assurer dans les limites de ses compétences, la surveillance prénatale, les accouchements eutociques, la surveillance post-natale et les soins gynéco-obstétricaux (Loi N°97-020).

➤ **Déchets biomédicaux**

La définition et le classement des déchets médicaux sont faits sur le site <http://fr.wikipedia.org>

Les déchets médicaux représentent les déchets issus des activités de soin prodiguées dans différentes structures médicalisées, notamment dans les structures

hospitalières. Le suivi de leur production, leur gestion et leur élimination font partie des préoccupations écologiques et sanitaires actuelles.

Les déchets médicaux désignent d'une manière générale les déchets issus d'une activité de soin à l'hôpital, dans des structures médicalisées ou de recherche, ou encore qui sont produits lors de la réalisation de campagnes de santé publique, telles que des campagnes de vaccination.

Ils sont souvent classés en deux catégories principales, selon leur degré de dangerosité : d'une part, les déchets médicaux assimilables aux déchets ménagers (comme les emballages), sans risque direct pour la santé des personnes ou pour l'environnement qui représentent environ 80 % de la production totale et d'autre part, les déchets médicaux présentant un risque infectieux ou sanitaire pour les 20 % restants.

Les déchets médicaux à risque sont répertoriés en fonction de leurs provenances :

- les déchets liés aux actes de soin représentant les dispositifs médicaux usagés, comme des compresses, des seringues et comprenant les objets tranchants ou piquants, comme les aiguilles ou les bistouris. Les objets piquants et tranchants représentent 1 % du total du volume des déchets médicaux.
- les déchets d'origine humaine, comme les liquides et matières biologiques, tels que l'urine, le sang, des pièces anatomiques issues de l'activité de chirurgie, des cadavres d'animaux de laboratoire utilisés dans la recherche médicale. Ces derniers représentent 15 % du total des déchets médicaux.
- les éléments ordinairement inertes contaminés par un agent infectieux ou radioactif.
- certaines molécules médicamenteuses comme les produits chimiothérapeutiques cytotoxiques, les dérivés iodés, les antiseptiques, les sérums, les vaccins ou les produits médicamenteux périmés. Les déchets médicamenteux représentent 3 % du volume des déchets et les substances cytotoxiques 1 %.
- les produits comme les réactifs de laboratoire contenant des formaldéhydes ou des benzènes, de même que les réactifs utilisés en radiologie pour le développement

des photographies, les métaux lourds, comme le plomb, ou encore certains gaz sont ici considérés comme des déchets médicaux.

Les déchets biomédicaux à considérer dans la présente étude sont des déchets liquides ou solides issus de produits diagnostiques, de traitement, de prévention.

### ➤ **Environnement**

Au Bénin, selon la Loi N°98-030 (1999), l'environnement est l'ensemble des éléments naturels et artificiels ainsi que des facteurs économiques, sociaux et culturels qui influent sur les êtres vivants et que ceux-ci peuvent modifier.

Selon l'OIT/OMS (2005), l'environnement est le milieu de travail. Il s'agit de tout lieu dans lequel les travailleurs doivent se rendre en raison de leur travail et qui est sous le contrôle direct ou indirect de l'employeur.

Dans le contexte actuel, l'environnement est un milieu de travail où sont fournis les soins de santé. Il s'agit ici du cadre de travail dans les formations sanitaires.

### ➤ **Erreur médicale**

[http://wikipedia.org/wiki/Accident\\_medical](http://wikipedia.org/wiki/Accident_medical) définit l'erreur comme étant un acte de l'esprit qui tient pour vrai ce qui est faux, et inversement. C'est le fait de se tromper et la faute commise en ce faisant. C'est aussi une maladresse, une action regrettable. C'est le sentiment qu'éprouve un patient lorsque les choses ne vont pas comme elles auraient dû.

### ➤ **Etude prospective**

L'analyse prospective des facteurs de performance des cabinets consiste à dégager des évolutions futures possibles à partir de l'étude des évolutions passées et des caractéristiques du présent de ces cabinets.

L'analyse prospective s'articule en plusieurs étapes :

1. Compréhension critique du présent ;
2. Anticipation du changement ;
3. Eclairage à la décision.

[http://www.economie.gov.mg/techniques\\_prospectives](http://www.economie.gov.mg/techniques_prospectives)

➤ **Etude transversale**

C'est l'étude qui met en rapport plusieurs disciplines, plusieurs secteurs.

L'étude actuelle est transversale du fait qu'elle s'intéresse aux facteurs de performance des cabinets dans la même année 2010.

Cette explication provient de [http://fr.wikipedia.org/wiki/Mesure\\_transversale](http://fr.wikipedia.org/wiki/Mesure_transversale)

En effet, la mesure transversale se rapporte à la mesure d'un phénomène sur une période, souvent l'année civile. Il s'agit de la mesure la plus courante en démographie obtenue par analyse transversale. Elle s'oppose à la mesure longitudinale. Elle a sur celle-ci un avantage décisif, celui de la fraîcheur de l'information. Plus exactement si la mesure longitudinale concerne le suivi d'une population particulière dans le temps et donc de long mois ou de longues années d'élaboration, la mesure transversale concerne tous les événements d'une même période par exemple l'année. Les taux de natalité et les taux de mortalité sont des exemples de mesures transversales.

➤ **Evaluer**

C'est porter un jugement sur le résultat d'une mesure. C'est donner une signification à un résultat, à une observation par rapport à une norme, à une référence, à un critère (Dictionnaire ROBERT, 2010).

➤ **Evénement indésirable**

Selon le site <http://www.prevention-medicale.org>, l'évènement indésirable est tout évènement inattendu qui perturbe, retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Ces événements peuvent être plus ou moins

graves (EIG) et plus ou moins évitables. Quand ils sont évitables, on parle d'erreur médicale.

➤ **Facteurs de performance**

Pour performer, il est important de se concentrer sur les éléments et les facteurs qui vont produire le maximum de résultats.

C'est la même chose lorsqu'on parle d'améliorer sa performance dans la pratique d'un sport. Il faut identifier les exercices pertinents qui contribueront le mieux à améliorer la performance dans le sport pratiqué.

Dans une entreprise ou une organisation, il existe des secteurs stratégiques, des facteurs critiques de succès, qu'il faut identifier, maîtriser et améliorer continuellement pour que l'organisation soit plus performante.

([http://fr.wikipedia.org/wiki/Facteurs\\_de\\_performance\\_organisationnelle](http://fr.wikipedia.org/wiki/Facteurs_de_performance_organisationnelle) )

Les facteurs de performance dans les cabinets de soins de santé sont donc les conditions physique, psychologique, matérielle, intellectuelle minima pour obtenir un résultat escompté. Ils sont mesurés par rapport aux normes du MSP.

➤ **Feedback (ou rétro information)**

C'est l'information que l'agent reçoit de son superviseur et qui lui permet de savoir si son travail est bien ou mal fait. Les mécanismes au cours desquels la rétro information peut avoir lieu dans un centre de santé sont les réunions de travail, la supervision et la passation de garde.

➤ **Formation continue**

C'est l'ensemble des expériences qui suivent la formation initiale et qui aident le personnel soignant à garder les compétences nécessaires pour dispenser les soins de santé ou à en acquérir de nouvelles. [ABBATT et MEJIA (1990)].

➤ **Hygiène**

Selon LATOUR (2000), l'hygiène est l'ensemble des règles et pratiques nécessaires pour conserver et améliorer la santé. Il s'observe dans l'environnement immédiat de travail dont :

- l'approvisionnement en eau potable ;
- la gestion des déchets médicaux ;
- l'élimination des excréta humains ;
- la propreté des locaux ;
- la propreté du personnel soignant.

➤ **Motivation**

C'est le besoin manifeste qui guide l'agent de santé dans l'exécution de ses tâches sous l'effet de sa conscience professionnelle. La motivation positive est un processus qui amène souvent l'agent à prendre des initiatives personnelles dans le cadre de son service.

([http://fr.wikipedia.org/wiki/Facteurs\\_de\\_performance\\_organisationnelle](http://fr.wikipedia.org/wiki/Facteurs_de_performance_organisationnelle) )

➤ **Performance**

La performance désigne l'ensemble du comportement du travailleur sanitaire et notamment la façon dont il organise, retient et utilise les connaissances spécialisées qu'il a acquises, ainsi que ses attitudes et la qualité de ses relations avec autrui.

Pour évaluer la performance, on utilise la première étape du modèle d'évaluation des compétences professionnelles qui est celle de l'analyse des tâches.

([http://fr.wikipedia.org/wiki/Facteurs\\_de\\_performance\\_organisationnelle](http://fr.wikipedia.org/wiki/Facteurs_de_performance_organisationnelle) )

➤ **Politique sanitaire**

Philosophie qui sous-tend l'offre et l'organisation des services de santé ; une déclaration officielle sur la façon de conduire et de gérer les services de santé.

([http://fr.wikipedia.org/wiki/Facteurs\\_de\\_performance\\_organisationnelle](http://fr.wikipedia.org/wiki/Facteurs_de_performance_organisationnelle) )

➤ **Risque médical**

Dans le langage courant, il s'agit d'un danger plus ou moins probable.

D'un point de vue médical, il s'agit d'une complication, évènement indésirable, statistiquement connu, dont l'arrivée est imprévisible et susceptible de causer un dommage.

Le risque en médecine est constant, celui de faire ou de ne pas faire, car l'abstention peut être une faute (non assistance à personne en danger, par exemple).

([http://fr.wikipedia.org/wiki/Accident\\_medical](http://fr.wikipedia.org/wiki/Accident_medical) )

Le risque est la probabilité d'apparition d'un danger lié au travail qu'exerce le professionnel de santé.

Il est considéré dans cette étude comme le danger que l'on peut plus ou moins prévoir.

#### ➤ **Santé**

Selon l'OMS (1946), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

Etre en bonne santé, c'est être capable d'optimiser son équilibre de vie en développant au maximum et harmonieusement toutes ses ressources.

Pour maintenir cet état, tout être humain doit vivre dans un cadre de vie facilitant son épanouissement en absence de tout facteur perturbateur, cause de tension, d'agression usant son organisme, altérant ses facultés de récupération et détruisant sa résistance.

L'étude vise à montrer que cette santé doit être maintenue par l'existence des centres capables d'aider les populations à vaincre les facteurs perturbateurs.

#### ➤ **Score de performance**

<http://www.dnb-informationcommerciale.be> présente quelques scores utilisés en Belgique pour mesurer le risque de faillite des entreprises. Le score pourcentuel (D&B Score) est un indice de risque relatif, où le chiffre 1 représente une entreprise présentant le risque de faillite le plus élevé et le chiffre 100 celle qui offre le risque le

plus bas. Lorsqu'on est confronté à une entreprise ayant obtenu un score de 10, cela signifie que 90% des entreprises comprises dans la base de données belge présentent moins de risques de faillite que celle-ci. Le score indique la situation d'une entreprise par rapport aux autres sociétés dotées d'un score dans la base de données belge.

Dans le contexte actuel, le score de performance est la note qui permet de mesurer la qualité d'un facteur.

Le score de performance est obtenu en divisant le nombre de réponses positives dans la manifestation d'un facteur par le nombre de réponses à obtenir, le tout multiplier par cent (100). C'est ce que AHOUANDJINO (2006) a adopté.

Le score maximal de performance d'un facteur est de 100 %.

➤ **Sondage aléatoire (ou probabiliste)**

Selon FOURNIS (1974), le sondage aléatoire est le sondage dans lequel tous les chefs de ménage ont la même chance de faire partie de l'échantillon. C'est donc essentiellement un tirage au sort.

Ce procédé est le plus scientifique et permet dans les meilleures conditions de déterminer l'erreur que l'on peut commettre.

➤ **Sondage exhaustif**

FOURNIS (1974) définit le sondage exhaustif comme étant un sondage dans une sous-population dont la taille est petite par rapport à celle de l'échantillon (moins de 7 fois plus grande). Dans ce cas, le prélèvement de l'échantillon épuise en quelque sorte la sous-population.

Dans la présente étude, la sous-population des personnels des cabinets est prise en compte entièrement car sa taille (80) est plus petite que celle de l'échantillon (186).

➤ **Supervision**

Fonction de la gestion visant à accroître de façon continue les performances d'un personnel par une amélioration de ses compétences, de sa motivation et de ses conditions de travail.

Ce rôle, selon la Loi N°97-020, revient aux inspecteurs du MSP.

➤ **Usurpation de titre**

Dans le Code français de Santé Publique, l'usurpation de titre en médecine est l'exercice illégal de la médecine. Il est constitué lorsqu'une personne non titulaire d'un diplôme médical, établit un diagnostic et/ou préconise ou applique un traitement et laisse croire en une guérison. Il peut s'agir :

- de professionnels de la santé qui dépassent les limites de leurs compétences et activités (infirmiers, sages-femmes, chirurgiens dentistes, pharmaciens, etc.) ;
- du personnel non médecin non réglementé par le Code de la Santé Publique (technicien de laboratoire d'analyses médicales, manipulateurs, aide-soignant, psychologue, acupuncteur, etc.) ;
- de professionnels de la beauté (esthéticiennes, coiffeurs, etc.) ;
- de personnes qui se prétendent faussement être médecins ;
- des herboristes, magnétiseurs, etc. dans le cadre des médecines dites parallèles.

(Voir aussi DURRIEU-DIEBOLT, *Exercice illégal de la médecine*, <http://www.caducee.net>)

L'usurpation de titre s'exerce dans la zone d'étude par des aides-soignants qui posent les diagnostics ou administrent les soins, et même des infirmiers qui posent les diagnostics.

## 2-5 DEMARCHE METHODOLOGIQUE

### 2-5-1 Type d'étude et population étudiée

Il s'agit d'une étude transversale et prospective.

La présente étude s'est déroulée du 15 mars au 20 août 2010 dans la ville d'Azové.

L'étude concerne :

- les responsables des cabinets de soins de santé ou leurs représentants ;
- les personnels des cabinets ;
- les chefs de ménage.

Sont inclus dans l'étude,

- tous les cabinets de soins de santé opérationnels dans la ville d'Azové ;
- les chefs de ménage ou leurs conjointes échantillonnés et présents pendant la visite, qui acceptent de répondre aux questions des enquêteurs.

Sont exclus de l'étude,

- tous les cabinets situés en zone rurale de l'Arrondissement d'Azové ;
- les chefs de ménage ou leurs conjointes échantillonnés ayant moins d'un (01) an de séjour dans la ville d'Azové.

### 2-5-2 Technique de collecte documentaire

Afin de mieux cerner les contours du sujet, un inventaire et une lecture des ouvrages généraux et spécifiques qui existent sur la question ont été faits. Cette recherche s'est faite dans les centres de documentation et sur Internet. Le tableau III présente les centres visités, la nature des documents consultés et le type d'informations recueillies.

Tableau III : Centres de documentation et types d'informations recueillies.

Centres de documentation et services	Nature des documents consultés	Types d'informations recueillies
<i>Centre de documentation de la FLASH</i>	<i>Mémoires DEA</i>	<i>Approche méthodologique et connaissances générales</i>
<i>Centre de documentation de l'IRSP</i>	<i>Mémoires de maîtrise en Santé Publique</i>	<i>Approche méthodologique et connaissances générales</i>
<i>Centre de documentation du MSP</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Loi</i></li> <li>- <i>Normes et Standards</i></li> <li>- <i>Annuaire des Statistiques sanitaires</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Organisation du secteur médical privé</i></li> <li>- <i>Statistiques sanitaires</i></li> </ul>
<i>Service Statistique de l'HZ</i>	<i>Documents statistiques</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Cabinets agréés</i></li> <li>- <i>Rapports d'activités</i></li> <li>- <i>Organisation de la supervision</i></li> </ul>
<i>Centre Internet</i>	<i>Rapports et articles</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Caractères généraux du secteur médical privé</i></li> <li>- <i>Attributions des agents de santé</i></li> </ul>
<i>INSAE</i>	<i>Bilan du RGPH 2002</i>	<i>Données démographiques</i>
<i>Secrétariat de la Mairie d'Aplahoué</i>	<i>Plan de développement communal</i>	<i>Caractéristiques physiques et humaines de la ville d'Azové</i>
<i>Secrétariat de l'Arrondissement d'Azové</i>	<i>Rapports statistiques</i>	<i>Naissances annuelles par cabinet</i>

### 2-5-3 Travail préparatoire sur le terrain

Il s'est agi de l'identification et de la localisation par quartier, des centres de santé publics comme privés de notre cadre d'étude.

La cartographie sommaire a donc été faite. Il est question aussi d'élaborer les outils de collecte d'informations que sont les questionnaires et la grille d'observation.

Lors de l'identification des cabinets, les rendez-vous sont pris avec les responsables ou leurs représentants pour la collecte ultérieure des données.

Une pré-enquête a été réalisée pour tester les outils de collecte de données. Les outils destinés aux responsables et personnels de santé ont été testés au Cabinet de soins de santé LA RENAISSANCE à Bétoumey dans la Commune de Djakotomey, les 15 et 16 mars 2010 ; ceux réservés aux chefs de ménage, à Dogbo dans le quartier TOTA le 22 mars 2010.

Ceci a permis d'apporter les corrections nécessaires aux différents outils.

La collecte des données s'est déroulée du 29 mars au 12 avril 2010. Elle a été réalisée avec le concours de trois autres personnes initiées à l'utilisation des outils de collecte de données. Ces personnes ont couvert les quartiers Azové-Centre, Gbofolly et Avégodoui. Les questionnaires sont administrés directement aux enquêtés lors d'un entretien individuel. Les chefs de ménage ont été interviewés en fins de semaines pour s'assurer de leur présence à domicile.

A la fin de chaque journée de travail, les enquêteurs font le compte rendu et à cette occasion il est aussi question de contrôler la qualité du travail et d'apporter des solutions aux éventuelles difficultés du terrain.

#### 2-5-4 Dispositions d'ordre éthique

La présente étude est conforme aux règles éthiques. L'anonymat des enquêtés a été assuré pendant la collecte des données chez les chefs de ménage et les acteurs des cabinets.

Les dispositions ont été prises pour ne pas frustrer les enquêtés, de même que le libre consentement de ces derniers à participer à l'enquête. Dans le traitement, les cabinets sont pris dans un ordre autre que celui indiqué au niveau des généralités sur la ville d'Azové. Des numéros leur sont attribués au hasard. Ainsi, on a les cabinets numérotés de 1 à 10.

Les données collectées ne seront utilisées que dans le cadre de la présente étude.

#### 2-6 DONNEES

Pour l'étude des facteurs de performance des cabinets de soins de santé, deux types de variables ont été nécessaires à considérer. La première est la variable dépendante et la seconde, les variables indépendantes.

##### 2-6-1 Variable dépendante

La variable dépendante retenue s'intitule « Les facteurs de performance des cabinets de soins de santé dans la ville d'Azové ». Elle est expliquée par quatre variables indépendantes.

## 2-6-2 Variables indépendantes

Il s'agit notamment :

- du capital humain ;
- des ressources matérielles ;
- des facteurs organisationnels ;
- des facteurs environnements.

Les variables indépendantes ont chacune des sous-variables, lesquelles ont plusieurs dimensions.

### 2-6-2-1 Sous-variables du capital humain

Il prend en compte le profil du personnel de santé. Il se subdivise en deux sous-variables :

- l'agent de soin qui est, selon la Loi, un agent diplômé d'Etat (médecin, sage-femme, infirmier, ou autre agent de spécialité) ;
- les aides-soignants ayant au moins le niveau de la classe de 3<sup>ème</sup>.

### 2-6-2-2 Composantes des ressources matérielles

Ce sont le matériel médico-technique et le cadre physique. Le matériel médico-technique est le principal matériel de travail. Le minimum à avoir selon les normes et standards du MSP est constitué de :

*Pour les soins infirmiers :*

M<sub>1</sub>) Pincés

- M<sub>2</sub>) Abaisse langue en bois
- M<sub>3</sub>) Ciseaux à pansement angulaire 180 mm
- M<sub>4</sub>) Urinaux
- M<sub>5</sub>) Stéthoscopes
- M<sub>6</sub>) Sphygmomanomètre anéroïde + brassard 300 mm (tensiomètre)
- M<sub>7</sub>) Pèse personne portée maximale 125 kg
- M<sub>8</sub>) Thermomètre
- M<sub>9</sub>) Plateaux
- M<sub>10</sub>) Tambour
- M<sub>11</sub>) Boîte à instruments pour infirmier

*Pour les soins obstétricaux,*

*Tous les outils précités sont pris en compte sauf la boîte à instruments pour infirmier ; à tout cela s'ajoute :*

- M<sub>12</sub>) Support en bois pour 12 tubes à essai
- M<sub>13</sub>) Bassin
- M<sub>14</sub>) Tire lait à main (caoutchouc en verre)
- M<sub>15</sub>) Mètre ruban 1,5 m coton plastifié (centisouple multicolore : vert, jaune, rouge)
- M<sub>16</sub>) Toises
- M<sub>17</sub>) Tablier tout usage plastique
- M<sub>18</sub>) Poire
- M<sub>19</sub>) Boîte d'accouchement, à pansement
- M<sub>20</sub>) Minuterie 60 minutes
- M<sub>21</sub>) Pantalon pour balance bébé suspension
- M<sub>22</sub>) Bac à lavement
- M<sub>23</sub>) Sonde cannelée et spatulée
- M<sub>24</sub>) Albutix
- M<sub>25</sub>) Stérilisateurs deux portoirs
- M<sub>26</sub>) Aspirateur manuel

Il y a donc 11 outils à vérifier pour les cabinets de soins infirmiers, 25 pour les cabinets de soins obstétricaux, et 26 pour les cabinets pratiquant les deux types de soins.

- Le cadre physique comporte les dimensions suivantes :
  - l'appartenance propre du bâtiment au cabinet ; pour la vérifier, il faut savoir si le bâtiment est loué ou pas ;
  - l'aménagement adéquat qui permet de disposer de toutes les salles nécessaires aux soins ;
  - l'accessibilité géographique du cadre physique.

### 2-6-2-3 Décomposition des facteurs organisationnels

Cette variable comporte quatre sous-variables :

- l'existence d'agrément ;
- la formation continue ;
- les traitements socio-professionnels ;
- les rapports d'activités.

L'agrément est la condition sine quo non de l'existence du cabinet. La seule structure capable de délivrer cet agrément est le Ministère de la Santé Publique qui le fait par Arrêté. Le responsable du cabinet peut donc être en mesure de déclarer si son centre est agréé ou pas.

La formation continue doit se faire au moins quatre fois l'an dont une occasion offerte par la Direction Départementale de la santé Publique.

Les traitements socio-professionnels regroupent :

- le paiement des salaires. Vu la taille réduite des cabinets et de leurs revenus variables, il ne serait pas facile d'apprécier les salaires à partir de leur montant. Nous tenons compte alors de leur régularité.
- la déclaration des salariés à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale,

- la motivation qui s'exprime par la reconnaissance d'une bonne conscience professionnelle de l'agent, la prise d'initiatives positives et la prise de décisions dans le sens de l'amélioration de la qualité des services,
- Les relations interpersonnelles se traduisent par l'ambiance de travail, le respect mutuel, la collaboration.

Les rapports d'activités sont les synthèses mensuelles des différents soins assurés dans les cabinets. Ces rapports sont envoyés à l'Hôpital de Zone pour traitement, et permettent d'évaluer la participation des cabinets à la réalisation des objectifs du MSP.

#### 2-6-2-4 Sous-variables des facteurs environnementaux

Il faut scrupuleusement observer les règles d'hygiène pour dispenser des soins de qualité.

Les facteurs environnementaux regroupent :

- l'hygiène du personnel soignant dont l'aspect mesurable que nous considérons est le port de la blouse ;
- l'hygiène des locaux et de la cour ou leur maintien dans un état permanent de propreté ;
- l'existence de poubelle ;
- l'existence de toilette ;
- l'existence de source d'eau potable.

#### 2-7 TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES

Le sondage, l'entretien et l'observation sont les principales techniques de collecte des données. Deux sous-populations se distinguent et répondent à des techniques de collecte de données différentes.

### 2-7-1 Sous-population des responsables et personnels de santé

Un choix exhaustif est fait pour la raison que tous les cabinets situés dans le cadre d'étude, de même que leurs responsables et personnels sont pris en compte.

Cette sous-population est constituée de 10 responsables, 10 médecins, 10 infirmiers, 10 sages-femmes et 40 aides-soignants.

soit un total

$N_1 = 80$ individus
----------------------

### 2-7-2 Sous-population des chefs de ménage

La méthode d'échantillonnage est probabiliste.

La technique est l'échantillonnage systématique :

- ✓ A partir du centre du quartier, un bic a été lancé pour choisir l'axe devant être emprunté pour commencer l'enquête dans ce quartier ;
- ✓ Le bout du bic indique l'axe à emprunter ;
- ✓ Dès lors, les chambres des ménages de cet axe sont numérotées par l'enquêteur jusqu'à l'obtention du pas de sondage (qui est déterminé après le calcul de la taille de la sous-population des chefs de ménage) ;
- ✓ Le premier ménage a été tiré au hasard par l'enquêteur entre la première chambre et le pas de sondage ;
- ✓ A partir de cette chambre, les enquêteurs ont progressé en ajoutant le pas de sondage jusqu'à obtention de l'échantillon attendu dans le quartier ;
- ✓ Une fois dans le ménage, l'enquêteur a interrogé le chef de ménage ou son(sa) conjoint(e).

Pour déterminer la taille de l'échantillon c'est-à-dire le nombre de chefs de ménage à interroger, il est supposé que 50 % au moins des chefs de ménage reçoivent

les soins de santé dans les cabinets. La taille minimale  $N_2$  de ce groupe est alors calculée par la formule de SCHWARTZ :

$$N_2 = \frac{Z_\alpha^2 \times p \times q}{i^2} \quad \text{avec} \quad \left\{ \begin{array}{l} Z_\alpha = \text{écart réduit au risque } \alpha=5 \%, \text{ soit } Z_\alpha = 1,96 \\ p = 0,5 \\ q = 1 - p = 0,5 \\ i = \text{précision} = 10 \% \end{array} \right.$$

$$N_2 = \frac{(1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}{(0,1)^2}$$

$$N_2 = 96,04$$

$$N_2 \approx 96$$

10 % de non répondants et de fiches non exploitables sont prévus.

D'où  $N'_2 = N_2 + 10 \% N_2$

$$N'_2 = 96,04 + (10 \% \times 96,04)$$

$$N'_2 = 105,644$$

$$N'_2 \approx 106 \text{ chefs de ménage}$$

Le pas du sondage est déterminé par la formule :

$$\frac{\text{Effectif total des ménages}}{\text{Effectif à enquêter}} = \frac{3888}{106} = 36,67$$

Le pas de sondage est donc égal à 36.

Le point de départ du sondage est obtenu en tirant au hasard un chiffre  $x$  entre 1 et 36. Le second ménage sélectionné correspond sur la liste des ménages à la formule  $x + 36$ .

Il a fallu alors connaître le nombre de ménages enquêtés par quartier. Le tableau IV présente la situation.

Tableau IV : Répartition de l'échantillon des ménages à enquêter par quartier

Quartiers	Nombre de ménages	Taille de l'échantillon
Avégodoui	733	20
Azové-Centre	1183	32
Avétuimè	172	5
Djimadohoué	415	11
Ekinhoué	670	18
Gbofoly	715	20
<b>TOTAL</b>	<b>3888</b>	<b>106</b>

Les outils de collecte des données sont liés aux techniques adoptées. Ils sont présentés dans le tableau V.

Tableau V : Techniques et outils utilisés pour chaque cible

Techniques	Outils	Cibles	Aspects étudiés
<i>Sondage</i>	<i>Questionnaires</i>	<i>Responsables, Personnels de santé, Chefs de ménage</i>	<i>Facteurs de performance</i>
<i>Exploitation de documents</i>	<i>Guide de recherche</i>	<i>Archives, mémoires, documents généraux</i>	<i>Connaissances générales et approches méthodologiques</i>
<i>Entretien</i>	<i>Guide d'entretien</i>	<i>Responsables, agents de santé, chefs de ménage</i>	<i>Conditions de création des cabinets, avantages, difficultés</i>
<i>Observation directe</i>	<i>Guide d'observation</i>	<i>Cabinets</i>	<i>Environnement</i>

Le dépouillement des fiches est fait manuellement. Les données obtenues sont traitées avec l'outil informatique. Les logiciels exploités sont EpiData 3.1 et Excel.

Ces logiciels ont permis de déterminer les effectifs et de calculer des fréquences et pourcentages pour les sous-variables.

## 2-8 METHODES D'ANALYSE OU MODELES

Les différents modèles permettent d'analyser les facteurs de performance des cabinets.

### 2-8-1 Définition des modalités d'appréciation

Les variables indépendantes sont subdivisées en sous-variables puis en dimensions. Il est attribué à ces dimensions des modalités d'appréciation pouvant prendre deux valeurs :

1 = oui ou bon

0 = non ou mauvais

La valeur 1 est attribuée lorsqu'on constate que la dimension existe dans les conditions favorables/attendues ou qu'au moins 50 % des individus donnent la réponse satisfaisante à la dimension.

### 2-8-2 Opérationnalisation des variables

Les sous-variables sont appréciées au regard des propositions de bonnes réponses en se basant sur le score obtenu pour l'ensemble des individus de l'étude.

En effet, le score  $\alpha_i$  pour chaque type de sous-variable est calculé de la manière présentée par le tableau VI.

Tableau VI : Méthode de calcul de score pour chaque type de sous-variable

Enquêté (j)	Dimension (i)						Score
	1	2	3	...	...	M	
1	1	0	1	...	...	0	$S_1/m$
2	0	1	0	...	...	0	$S_2/m$
3	1	1	0	...	...	1	$S_3/m$
...	...	...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...	...	...
N	1	0	1	...	...	1	$S_n/m$
Score	$X_1/n$	$X_2/n$	$X_3/n$	...	...	$X_m/n$	$\alpha_i$

*Source* : AHOUCHE (2006)

- avec :
- n = le nombre d'individus
  - m = le nombre de dimensions de la sous-variable
  - $S_j$  = la somme de la ligne de l'individu j
  - $X_i$  = la somme de la colonne de la dimension i
  - $\alpha_i$  = La moyenne de la ligne ou de la colonne (exprimée en pourcentage)
  - 1 = bonne réponse
  - 0 = mauvaise réponse

L'échelle de niveau est comme suit dans le tableau VII.

Tableau VII : Critères d'appréciation des variables

$\alpha_i$	Appréciation
0 – 50 %	Mauvais
50 – 75 %	Passable
75 % et plus	Bonne

### 2-8-2-1 Modèle d'appréciation du capital humain

Le modèle d'appréciation du capital humain est représenté par le tableau VIII.

Tableau VIII : Critères d'appréciation du capital humain

Sous-variables	Score attendu ( $\alpha_i$ )	Appréciation attendue
Agent de soins	$A_1 \geq 50 \%$	Au moins passable
Aide-soignant	$A_2 \geq 50 \%$	Au moins passable
Capital humain	$\alpha \geq 75 \%$ avec $\alpha = (\alpha_1 + \alpha_2)/2$	Bonne

*Source* : D'après AHOUANDJINOUE (2006)

Le capital humain est jugé bon lorsque le score total  $\alpha$  est au moins égal à 75 %.

### 2-8-2-2 Modèle d'appréciation des ressources matérielles

Le tableau IX le représente.

Tableau IX : Critères d'appréciation des ressources matérielles

Sous-variables	Score attendu ( $\alpha_i$ )	Appréciation attendue
Matériel médico-technique	$\alpha_1 \geq 50 \%$	Au moins passable
Cadre physique	$\alpha_2 \geq 50 \%$	Au moins passable
Ressources matérielles	$\alpha \geq 75 \%$ avec $\alpha = (\alpha_1 + \alpha_2 + \alpha_3)/3$	Bonne

*Source* : D'après AHOUANDJINOUE (2006)

Les ressources matérielles sont jugées bonnes lorsque le score total  $\alpha$  est au moins égal à 75 %.

### 2-8-2-3 Modèle d'appréciation des facteurs organisationnels

Ce modèle est représenté par le tableau X.

Tableau X : Critères d'appréciation des facteurs organisationnels

Sous-variables	Score attendu ( $\alpha_i$ )	Appréciation attendue
Agrément	$\alpha_1 \geq 50 \%$	Au moins passable
Formation continue	$\alpha_2 \geq 50 \%$	Au moins passable
Traitements socio-professionnels	$\alpha_3 \geq 50 \%$	Au moins passable
Rapports d'activités	$\alpha_4 \geq 50 \%$	Au moins passable
Facteurs organisationnels	$\alpha \geq 75 \%$ avec $\alpha = (\alpha_1 + \alpha_2 + \alpha_3 + \alpha_4)/4$	Bonne

*Source* : D'après AHOUANDJINOUE (2006)

Les facteurs organisationnels sont jugés bons lorsque le score total  $\alpha$  est au moins égal à 75 %.

#### 2-8-2-4 Modèle d'appréciation des facteurs environnementaux

L'appréciation des facteurs environnementaux est avec le modèle du tableau XI.

Tableau XI : Critères d'appréciation des facteurs environnementaux

Sous-variables	Score attendu ( $\alpha_i$ )	Appréciation attendue
Port de blouse	$\alpha_1 \geq 50 \%$	Au moins passable
Hygiène des locaux et de la cour	$\alpha_2 \geq 50 \%$	Au moins passable
Existence de poubelle	$\alpha_3 \geq 50 \%$	Au moins passable
Existence de toilette	$\alpha_4 \geq 50 \%$	Au moins passable
Existence de source d'eau potable	$\alpha_5 \geq 50 \%$	Au moins passable
Facteurs environnementaux	$\alpha \geq 75 \%$ avec $\alpha = (\alpha_1 + \alpha_2 + \alpha_3 + \alpha_4 + \alpha_5)/5$	Bonne

*Source* : D'après AHOUANDJINOUE (2006)

Les facteurs environnementaux sont jugés bons lorsque le score total  $\alpha$  est au moins égal à 75 %.

Le traitement fait avec l'outil informatique et les modèles conçus pour l'analyse des facteurs sont autant d'atouts pour présenter des résultats et faire des discussions par rapport aux conclusions des travaux d'autres chercheurs.

## CHAPITRE 3

# **Résultats et discussion**

Les scores obtenus pour les sous-variables ont facilité le jugement de valeur sur la manifestation de chaque facteur de performance. Les tableaux et figures conçus permettent de visualiser et d'expliquer la qualité des facteurs, de même que leur évolution dans le futur.

### 3-1 PRESENTATION DES RESULTATS

Les résultats de l'étude sont présentés en quatre volets :

- Le niveau de réalisation de la collecte des données ;
- les caractéristiques des sujets enquêtés ;
- Situation générale des cabinets ;
- les résultats selon les objectifs spécifiques.

#### 3-1-1 Niveau de réalisation de la collecte des données

Il est présenté dans le tableau XII.

Tableau XII : Niveau de réalisation de la collecte des données

<b>Cible</b>		<b>Prévus</b>	<b>Enquêtés</b>	<b>Taux de réalisation (%)</b>
Responsables de cabinets		10	6*	60
Personnel de santé	Médecins	10	0	0
	Sages-femmes	10	1	10
	Infirmiers	10	3	30
	Aides-soignants	40	52	130
Chefs de ménage		106	100	94,33
<b>TOTAL</b>		<b>186</b>	<b>162</b>	<b>87</b>

*Source : Enquête de terrain, 2010*

\* La réduction de l'effectif des responsables est due au fait que quatre d'entre eux exercent dans leurs cabinets et sont pris en compte dans les agents de soins ou aides-soignants. Pour plus d'exhaustivité, ceux-là ont été écartés.

Dans l'ensemble, le taux de réalisation de l'étude est de 87 %.

### 3-1-2 Caractéristiques des sujets enquêtés

Six (06) caractéristiques essentielles sont présentées pour la population cible. Il s'agit :

- des catégories professionnelles ;
- du sexe ;
- de l'âge ;
- de l'ancienneté ;
- du niveau d'instruction des aides-soignants ;
- de la répartition des chefs de ménage enquêtés par quartier.

#### 3-1-2-1 Catégories professionnelles

Elles sont présentées par la figure 3.

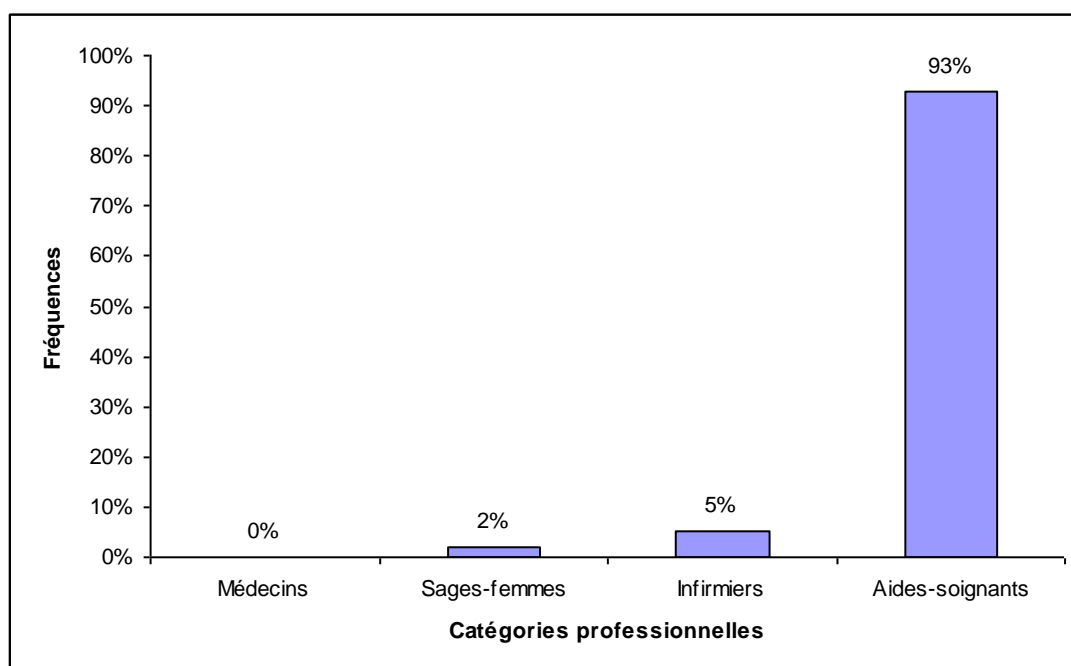
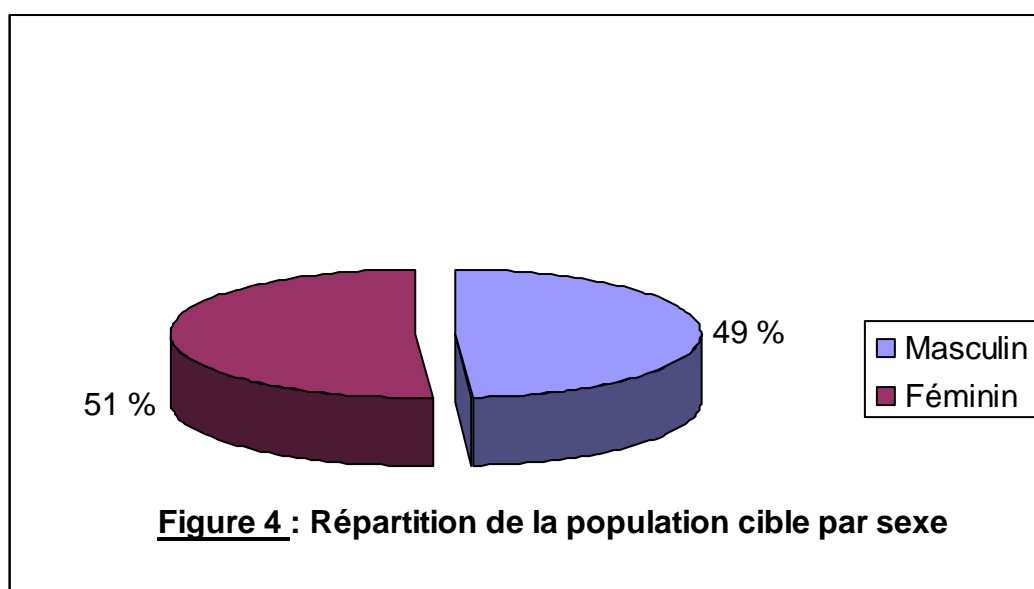


Figure 3 : Répartition des agents de santé par catégorie professionnelle

Il ressort de la figure 3 que 70 % des cabinets sont exclusivement dirigés par des aides-soignants opérant donc en lieu et place des médecins, sages-femmes ou infirmiers. Le personnel est constitué à 93 % d'aides-soignants pour l'ensemble des cabinets, ce qui révèle que les cabinets sont des lieux potentiels d'apprentissage professionnel.

### 3-1-2-2 Sexe

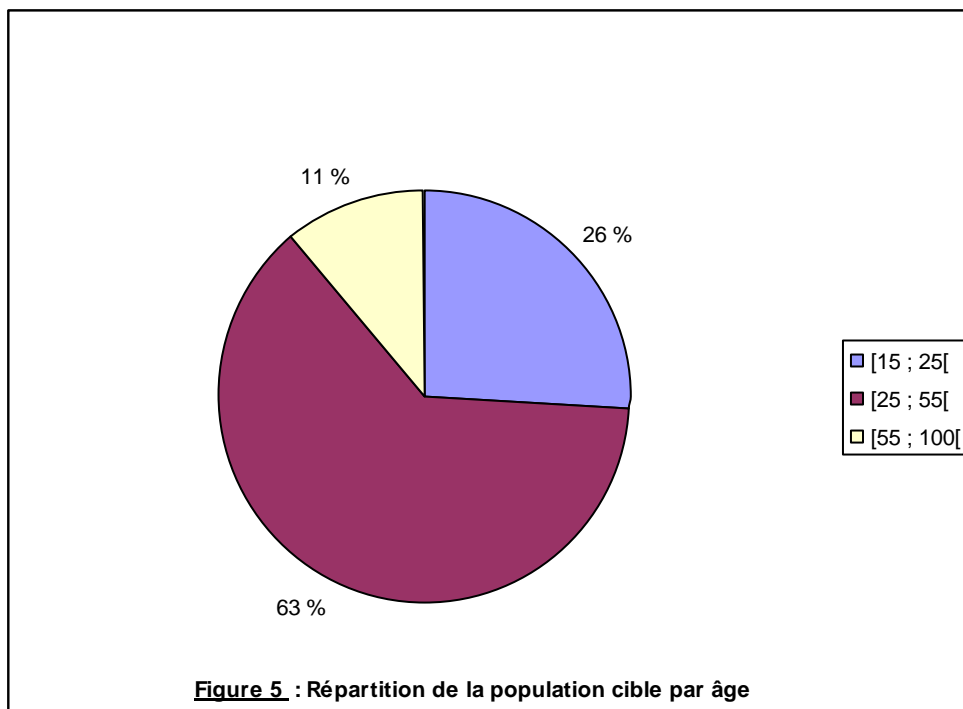
La répartition par sexe de la population est présentée par la figure 4.



La population cible est composée de 51 % de femmes et de 49 % d'hommes. Le sexe féminin prédomine beaucoup plus du côté des aides-soignants (77 % de leur sous-population) car les cabinets sont en majorité (70 %) destinés aux soins maternels.

### 3-1-2-3 Age

La situation par âge se présente comme suit dans la figure 5 :



La population est à majorité adulte. La plus jeune tranche d'âges est constituée essentiellement d'aides-soignants, ceux-ci étant encore des apprenants ; 81 % d'entre ces aides-soignants ont moins de 25 ans.

Le personnel qualifié est plus vieux (75 % de cette sous-population ont plus de 45 ans) ; il regroupe les agents retraités de l'Etat qui s'investissent dans le secteur. Les plus vieux sont les chefs de ménage, ce qui témoigne de la maturité des individus sur lesquels sont mené les enquêtes ; ils sont donc en mesure de mieux faire le choix du centre de santé et de mieux apprécier les soins qu'ils reçoivent.

#### 3-1-2-4 Ancienneté

Le tableau XIII fait état de l'ancienneté des agents de santé.

Tableau XIII : Répartition des agents de santé par ancienneté

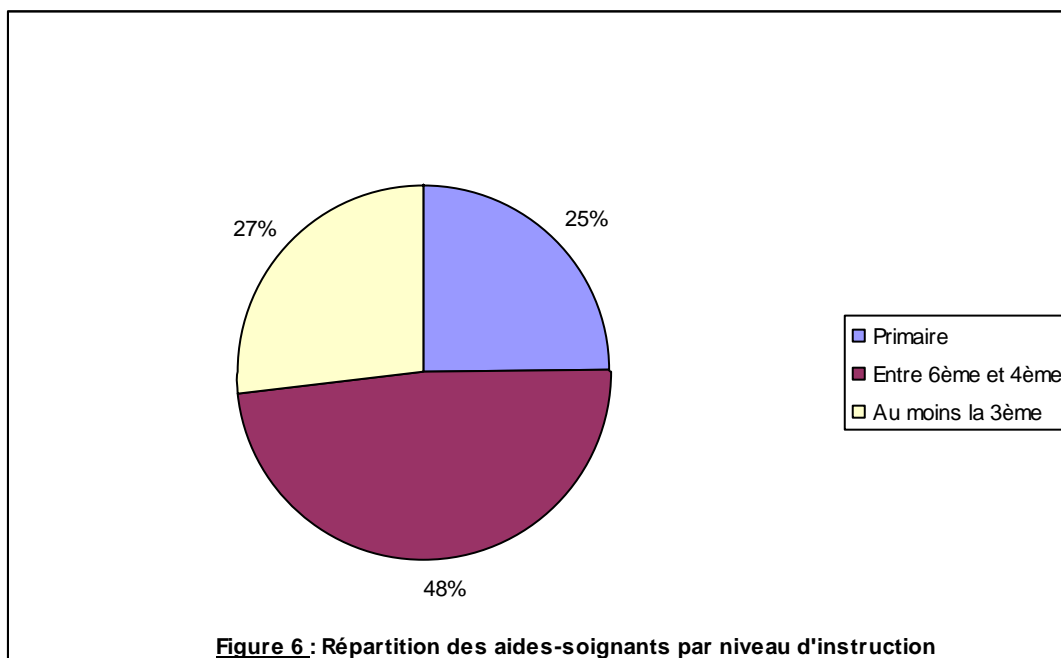
		Sages-femmes		Infirmiers		Aides-soignants		Ensemble	
		Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Ancienneté dans la Profession	Moins de 5 ans	1	100	0	0	41	79	42	75
	Entre 5 et 10 ans	0	0	0	0	2	4	2	4
	Plus de 10 ans	0	0	3	100	9	17	11	21
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>
Ancienneté Au poste	Moins de 5 ans	1	100	1	33,33	42	81	45	80
	Entre 5 et 10 ans	0	0	1	33,33	6	11	6	11
	Plus de 10 ans	0	0	1	33,33	4	8	5	9
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

*Source : Enquête de terrain, 2010*

Quatre vingt dix huit pour cent (98 %) des aides-soignants ont moins de 5 ans dans la profession, ce qui prouve qu'ils sont encore en initiation. Soixante quinze pour cent (75 %) des agents qualifiés ont plus de 10 ans dans la profession ; en fait, ce sont des agents retraités de l'Etat, qui ont suffisamment d'expérience pour conduire un centre de santé. Malheureusement, ils sont en petit nombre.

### 3-1-2-5 Niveau d'instruction des aides-soignants

La figure 6 le présente.



D'après la figure, 73 % des aides-soignants ont au plus le niveau de la classe de 4<sup>ème</sup> ; ils n'ont pas la base intellectuelle normale pour accéder à la formation d'aide-soignant.

### 3-1-2-6 Provenance des chefs de ménage

Les informations sur la provenance des chefs de ménage sont résumées dans le tableau XIV.

Tableau XIV : Répartition des chefs de ménage par quartier

Quartiers	Prévus	Enquêtés	
		Nombre	%
Avégodoui	20	18	18
Azové-Centre	32	32	32
Avétuimè	5	5	5
Djimadohoué	11	10	10
Ekinhoué	18	16	16
Gbofoly	20	19	19
<b>Ensemble</b>	<b>106</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

*Source : Enquête de terrain, 2010*

### 3-1-3 Situation générale des cabinets

- L'essor de l'entreprise sanitaire privée est très récent à Azové. Soixante dix pour cent (70 %) des cabinets ont moins de 10 ans ; les premiers sont créés il y a une quinzaine d'années (en 1994).
- Les formations sanitaires privées sont orientées vers les traitements curatifs de base. Elles fournissent deux types de prestations : les soins infirmiers et les soins obstétricaux ; 30 % des cabinets assurent uniquement les soins infirmiers.
- Dix pour cent (10 %) des cabinets sont créés par des aides-soignants qui opèrent sans une marque distinctive comme la plaque enseigne visible sur le lieu de travail.
- De façon générale, il est remarquable que les cabinets de la ville d'Azové sont très orientés vers les soins curatifs et beaucoup moins vers les activités préventives. Si presque tous déclarent prendre en charge le traitement des maladies courantes pour les adultes et pour les enfants, 70 % des établissements offrent de vacciner les mères et les enfants dans le cadre des soins obstétricaux.
- Dix pour cent (10 %) des cabinets déclarent pouvoir effectuer pour leurs clients des examens de laboratoire (examens biologiques et bactériologiques ; échographie).
- Les relations inter cabinets ne sont pas reluisantes. Il existe une concurrence dure et parfois déloyale entre les praticiens libéraux. Parfois on note un manque de confiance entre les praticiens, ce qui ne permet pas les échanges d'expériences.

### 3-1-4 Niveau de mise en application des facteurs de performance

#### 3-1-4-1 Niveau de mise en application du capital humain

Les scores obtenus par les différents cabinets selon les sous-variables à savoir agent de soins et aide-soignant sont présentés dans le tableau XV.

Tableau XV : Niveau de disponibilité du capital humain

	Agent de soins	Aide-soignant	Ensemble	
			Score	%
Cabinet 1	1	0	1	50
Cabinet 2	0	1	1	50
Cabinet 3	0	0	0	0
Cabinet 4	0	1	1	50
Cabinet 5	0	0	0	0
Cabinet 6	1	0	1	50
Cabinet 7	0	0	0	0
Cabinet 8	0	0	0	0
Cabinet 9	1	0	1	50
Cabinet 10	0	0	0	0
ENSEMBLE	3	2	5	25

*Source* : Enquête de terrain, 2010

Il ressort du tableau XV que 30 % des cabinets disposent des agents de soins qualifiés et que 20 % recrutent globalement des aides-soignants de niveau de la classe de 3<sup>ème</sup> au moins.

Le score moyen de la variable Capital humain est 25 %.

Les divers niveaux de qualification de la variable Capital humain se résument dans le tableau XVI.

Tableau XVI : Récapitulation des appréciations du capital humain

Sous-variables	Score moyen obtenu (%)	Appréciations
Agent de soins	30	Mauvais
Aide-soignant	20	Mauvais
CAPITAL HUMAIN	25	Mauvais

Selon la grille d'appréciation, la qualité du capital humain est mauvaise.

L'enquête révèle que 88,67 % des aides-soignants déclarent suivre la formation dans le but d'assurer les soins de santé. Il y a donc une mauvaise connaissance du rôle d'aide-soignant dans la localité. Ceci est prouvé aussi par la situation actuelle où même les aides-soignants créent leurs cabinets pour 10 % des cas ; des aides-

soignants prescrivent et assurent les soins pour 70 % des cas : le degré d'usurpation de titre est très grand.

Soixante pour cent (60 %) des responsables de formations sanitaires déclarent avoir une activité professionnelle secondaire hors de l'établissement qu'ils dirigent. Dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'une activité médicale et seulement dans 20 % des cas d'une activité non médicale (petit commerce).

### 3-1-4-2 Niveau de disponibilité des ressources matérielles

Les tableaux qui suivent donne une image du pourcentage de pouvoir matériel des cabinets. Le niveau de disponibilité du matériel médico-technique est d'abord déterminé dans le tableau XVII, puis celui du cadre physique dans le tableau XVIII.

Tableau XVII : Niveau de disponibilité du matériel médico-technique

	Cabinet 1	Cabinet 2	Cabinet 3	Cabinet 4	Cabinet 5	Cabinet 6	Cabinet 7	Cabinet 8	Cabinet 9	Cabinet 10	Ensemble		
											Score	%	
M1*	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	
M2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	8	80	
M3	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	5	50	
M4	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	30	
M5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	
M6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	
M7	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8	80	
M8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	
M9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	
M10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	10	
M11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	
M12	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	20	
M13	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	7	70	
M14	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	20	
M15	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	7	70	
M16	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4	40	
M17	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	10	
M18	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	10	
M19	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	7	70	
M20	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	10	
M21	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	6	60	
M22	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	6	60	
M23	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	20	
M24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
M25	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	20	
M26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ens.	Score	17	8	22	15	14	8	13	12	16	8	133	51,1
	%	65	73	85	58	54	73	50	46	62	73	63,9	

*Source* : Enquête de terrain, 2010

\*Mi = matériel numéro i

Si les cabinets offraient le même type de soins, la disponibilité du matériel médico-technique serait à un score de 51,1 %. Mais ici, il a été calculé les scores en tenant compte du nombre de matériels indiqués pour le type de soins dans chaque cabinet. De ce fait, le matériel médico-technique est acceptable pour un score de 63,9 %.

Les cabinets n'offrant pas le même type de soins, il convient de considérer les pourcentages des scores pour déterminer la disponibilité des ressources matérielles dans le tableau XIX.

Les pourcentages montrent que la disponibilité du matériel médico-technique est au moins acceptable (score de plus de 50 %) dans 90 % des cabinets.

Quant au cadre physique, les scores se présentent comme suit dans le tableau XVIII.

Tableau XVIII : Niveau de disponibilité du cadre physique

		Non en location	Aménagement adéquat	Accessibilité géographique	Ensemble	
					Score	%
Cabinet 1		1	1	1	3	100
Cabinet 2		0	1	1	2	67
Cabinet 3		0	0	1	1	33
Cabinet 4		0	1	1	2	67
Cabinet 5		0	0	1	1	33
Cabinet 6		0	0	1	1	33
Cabinet 7		1	0	1	2	67
Cabinet 8		0	0	1	1	33
Cabinet 9		1	1	1	3	100
Cabinet 10		1	0	1	2	67
Ensemble	Score	4	4	10	18	60
	%	40	40	100	60	

*Source* : Enquête de terrain, 2010

D'après le tableau XVIII, l'atteinte des normes du cadre physique des cabinets est passable car il est, selon les critères de la présente étude, d'un score de 60 %.

Tableau XIX : Niveau de disponibilité des ressources matérielles

	Matériel médico-technique	Cadre physique	SCORE (%)
Cabinet 1	65	100	82,5
Cabinet 2	73	67	70
Cabinet 3	85	33	59
Cabinet 4	58	67	62,5
Cabinet 5	54	33	43,5
Cabinet 6	73	33	53
Cabinet 7	50	67	58,5
Cabinet 8	46	33	39,5
Cabinet 9	62	100	81
Cabinet 10	73	67	70
SCORE (%)	63,9	60	61,95

Source : *Enquête de terrain, 2010*

Il ressort du tableau XIX que les ressources matérielles sont disponibles à 61,95 % du minimum possible à avoir pour administrer les soins de santé. De la grille d'appréciation, il ressort que les ressources matérielles sont passables dans les cabinets.

L'enquête révèle que les responsables ne font pas l'effort de doter leurs cabinets de matériel car aucun d'entre eux n'a acquis d'outil ces dernières années (2005-2010). Le cadre physique non plus n'a connu d'aménagement dans cette même période.

### 3-1-4-3 Niveau de mise en application des facteurs organisationnels

Il est nécessaire que dans les facteurs organisationnels, le traitement socio-professionnel soit évalué séparément car comportant plusieurs dimensions à savoir le salaire, la sécurité sociale, la motivation et la collaboration. Le tableau XX présente la situation du traitement socio-professionnel.

Tableau XX : Niveau de traitement socio-professionnel dans les cabinets

		Salaire	Sécurité sociale	Motivation	Collaboration	Ensemble	
						Score	%
Cabinet 1		1	0	0	1	2	50
Cabinet 2		1	0	0	1	2	50
Cabinet 3		1	0	0	1	2	50
Cabinet 4		1	0	0	1	2	50
Cabinet 5		1	0	0	1	2	50
Cabinet 6		1	0	0	1	2	50
Cabinet 7		1	0	0	1	2	50
Cabinet 8		1	0	0	1	2	50
Cabinet 9		1	0	0	1	2	50
Cabinet 10		1	0	0	1	2	50
Ens.	Score	10	0	0	10	20	50
	%	100	0	0	100	50	

*Source : Enquête de terrain, 2010*

Il ressort de ce tableau que les contrats en matière de traitement salarial sont respectés. Mais la sécurité sociale n'y est pas. Un véritable problème de motivation se pose, mais la collaboration est très bonne, ce qui favorise un bon climat de travail.

En effet, le personnel étant constitué en grande partie d'aides-soignants en formation (98 % ont moins de 5 ans dans la profession), les cabinets sont considérés

comme des centres d'apprentissage où règne la loi de la soumission, du respect scrupuleux de celui qui communique le savoir.

Le tableau XXI fait part du niveau de mise en application de la variable Facteurs organisationnels.

**Tableau XXI** : Niveau de mise en application des facteurs organisationnels

	<b>Agrément</b>	<b>Formation continue</b>	<b>Traitement socio-professionnel</b>	<b>Rapports d'activités</b>	<b>Score (%)</b>
Cabinet 1	100	0	50	100	62,5
Cabinet 2	100	0	50	100	62,5
Cabinet 3	100	0	50	100	62,5
Cabinet 4	100	0	50	100	62,5
Cabinet 5	0	0	50	100	37,5
Cabinet 6	100	0	50	100	62,5
Cabinet 7	0	0	50	100	37,5
Cabinet 8	0	0	50	100	37,5
Cabinet 9	100	0	50	100	62,5
Cabinet 10	100	0	50	100	62,5
<b>SCORE (%)</b>	<b>70</b>	<b>0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>55</b>

*Source* : Enquête de terrain, 2010

Les scores dans chaque sous-variable sont exprimés en pourcentage compte tenu du traitement préalable fait au niveau de la sous-variable Traitement socio-professionnel.

Le score moyen d'après le tableau est 55 %. Les facteurs organisationnels sont donc passables dans les cabinets.

La sous-variable Agrément est déterminante pour la crédibilité des cabinets. 70 % d'entre eux ont l'autorisation d'ouvrir.

La sous-variable Formation continue est totalement ignorée de nos cabinets.

#### 3-1-4-4 Niveau de mise en application des facteurs environnementaux

Le tableau XXII fait part de la situation en matière d'application, par les cabinets, des principes nécessaires pour un environnement sain.

Tableau XXII : Niveau de mise en application des facteurs environnementaux

	Port de blouse	Propreté des lieux	Existence poubelle	Existence toilettes	Source d'eau potable	SCORE (%)
Cabinet 1	1	1	1	1	1	100
Cabinet 2	0	1	1	1	1	80
Cabinet 3	1	1	1	1	1	100
Cabinet 4	1	1	1	1	1	100
Cabinet 5	0	1	1	1	1	80
Cabinet 6	0	1	1	1	1	80
Cabinet 7	0	1	1	1	1	80
Cabinet 8	0	1	1	1	1	80
Cabinet 9	1	1	1	1	1	100
Cabinet 10	0	1	1	1	1	80
SCORE (%)	40	100	100	100	100	<b>88</b>

Source : *Enquête de terrain, 2010*

Le port de blouse n'est pas une pratique permanente pour tous les agents, vu son score mauvais de 40 %. En effet, certains responsables, se voyant au-dessus de la mêlée, ne voient plus l'obligation de se conformer à la règle.

Le score moyen pour les facteurs environnementaux est de 88 %. D'après la grille d'appréciation, le niveau d'application des facteurs environnementaux est bon, ce qui garantit de bonnes conditions hygiéniques aux populations et aux agents.

## RECAPITULATION

Les résultats par objectifs spécifiques sont présentés dans le tableau XXIII.

Tableau XXIII : Récapitulation des résultats par objectif spécifique

VARIABLES	SCORE MOYEN	APPRECIATION
Capital humain	25 %	Mauvaise
Ressources matérielles	61,95 %	Passable
Facteurs organisationnels	55 %	Passable
Facteurs environnementaux	88 %	Bonne
<b>FACTEURS DE PERFORMANCE</b>	<b>57,48 %</b>	<b>Passable</b>

Il ressort de notre étude que les facteurs de performance sont passables avec un score global de 57,48 %. Ceci marie avec l'hypothèse selon laquelle les conditions d'exercice du métier de santé dans les cabinets à Azové sont acceptables.

### 3-1-5 Rôle des cabinets dans le développement social

Il apparaît clairement à la suite de notre étude que les cabinets de soins de santé constituent un véritable instrument de développement social dans la ville d'Azové.

En effet, nos résultats montrent que 84 % des chefs de ménage fréquentent les cabinets pour le traitement de diverses affections.

Les affections les plus courantes pour lesquelles les cabinets interviennent sont présentées dans le tableau XXIV.

**Tableau XXIV** : Répartition des affections rencontrées en consultation dans les cabinets d'Azové en 2009

Affections	Nombre de cas					
	Masculin		Féminin		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Paludisme	1601	43	2017	45	3618	44
Affections gastro-intestinales	502	13	639	14	1141	14
Affections dermatologiques	309	8	422	9	731	9
Diarrhée	294	8	171	4	465	6
Lésions traumatiques	353	9	275	6	628	8
Anémie	255	7	308	7	563	7
Hypertension	121	3	196	4	317	4
Affections uro-génitales	99	3	163	4	262	3
Affections respiratoires	83	2	97	2	180	2
Autres	122	3	226	5	348	4
<b>TOTAL</b>	<b>3739</b>	<b>45</b>	<b>4514</b>	<b>55</b>	<b>8253</b>	<b>100</b>

*Source* : Hôpital de Zone d'Aplahoué, *Rapports d'activités des cabinets, 2009*

Le tableau XXIV montre qu'il y a une propension du paludisme dans la ville (44 %) due aux insuffisances des dispositions hygiéniques de l'environnement, suivie des affections gastro-intestinales (14 %) qui sont certainement liées à l'alimentation.

Ce résultat est conforme aux statistiques sanitaires annuelles du Ministère de la Santé Publique.

Le rôle que jouent les cabinets de soins obstétricaux est perceptible. D'après les rapports de l'Arrondissement, ils réalisent près de 75 % des naissances dans la ville d'Azové, loin devant l'Hôpital de Zone et le Centre de Santé d'Arrondissement

qui vient d'ouvrir, en mars 2010. Pour l'année 2009, les statistiques s'inscrivent dans le tableau XXV.

Tableau XXV : Nombre de naissances par centre de santé en 2009

	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
HZ	249	23	282	25	531	24
CSA *	-	-	-	-	-	-
Cabinets	832	77	849	75	1681	76
Total	1081	49	1131	51	2212	100

*Source* : Arrondissement d'Azové, Registre des naissances, 2009

\* La CSA n'est fonctionnel qu'à partir de mars 2010, ce qui explique le manque de données pour cette formation sanitaire.

Diverses raisons justifient le choix des cabinets par les ménages pour leurs soins de santé. Ces raisons sont présentées par la figure 7.

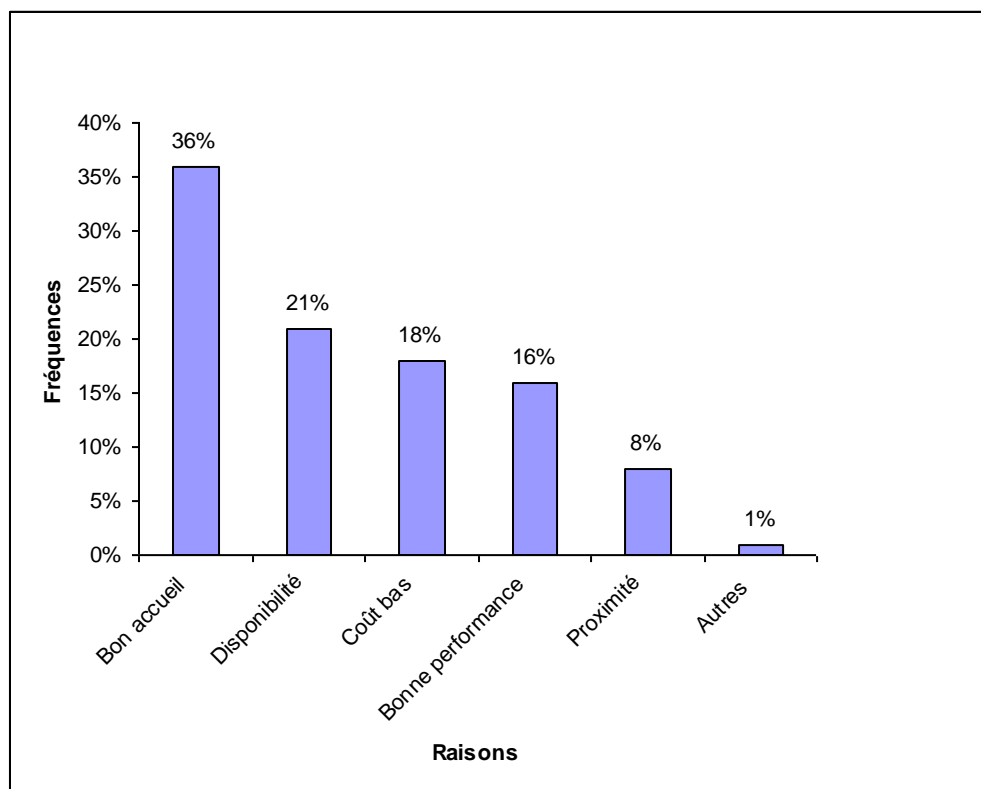


Figure 7 : Appréciation des raisons de fréquentation des cabinets

La figure 7 montre que les chefs de ménage qui optent pour les soins de santé dans les cabinets apprécient beaucoup le bon accueil.

Cette figure révèle un paradoxe : la bonne performance qui devrait être la préoccupation majeure des populations vient en quatrième position et en faible proportion (16 % des raisons).

En conclusion, les chefs de ménage sont plus sensibles à l'importance que l'on accorde à leur personne qu'à la qualité des soins qu'on leur donne. Ils considèrent l'accueil comme un soutien moral suffisant et un signe de confiance en l'agent soignant.

La disponibilité permanente du service et le coût relativement bas des soins apparaissent comme des facteurs importants dans le choix porté sur les cabinets. Tout ceci relègue au second rang la question de la performance des soins de santé qui peut-être n'est qu'une notion accessible aux gens de culture plus élevée.

Neuf pour cent (9 %) des chefs de ménage attribuent les risques liés aux soins au sort ; pour eux, il n'est donc pas nécessaire d'accuser l'agent soignant lorsqu'il advenait que la situation du patient s'empire ; cela est survenu parce qu'il devrait être ainsi.

Le coût de consultation est de 500 FCFA et pour les patients qui ne disposent pas de carnet médical, il est de 600 F. Le coût moins cher des soins se remarque surtout au niveau de l'hospitalisation, de la vente des produits, médicaments et consommables.

Très souvent, les patients ne sont pas soumis à des analyses fréquentes comme c'est le cas dans le public. Ceci contribue à la réduction des coûts de traitement et justifie en partie les erreurs médicales.

### 3-1-6 Conséquences pour l'environnement humain

Tous les chefs de ménage reconnaissent bien l'existence des risques médicaux. La figure 8 présente la fréquence des risques par rapport aux activités médicales, selon les populations.

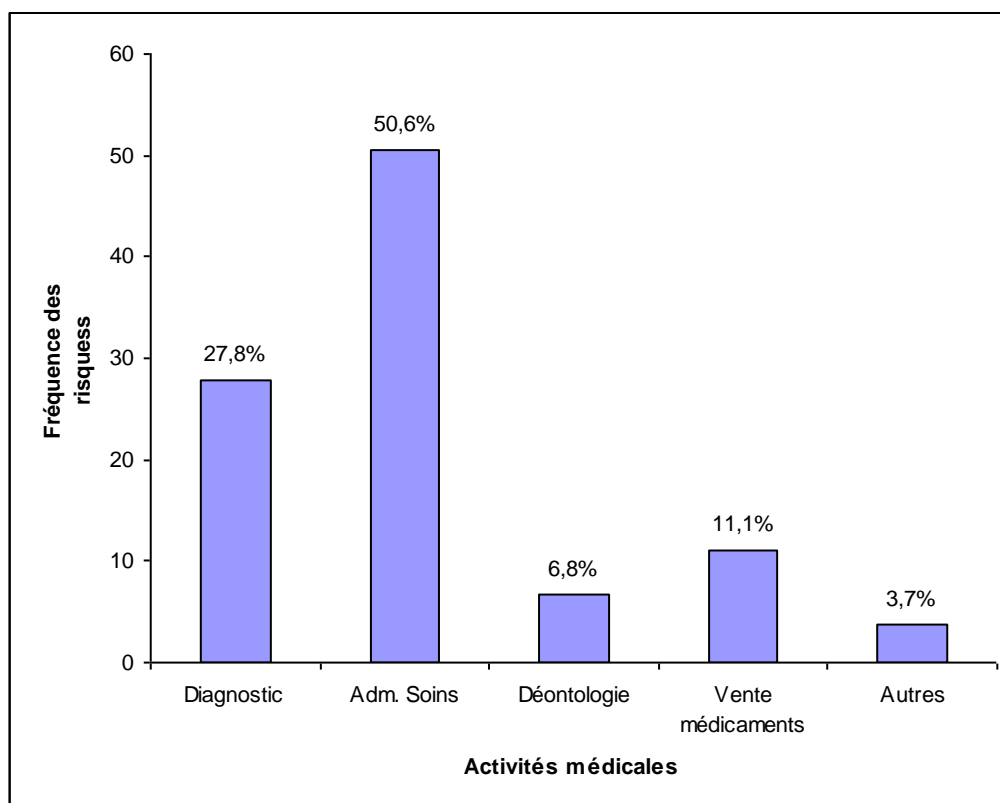


Figure 8 : Appréciation des risques dans les activités médicales

*Adm. Soins = Administration des soins*

D'après la figure 8, l'administration des soins (injections, pansements, prescription de médicaments, indication des posologies, etc.) et le diagnostic sont les activités ayant les plus fortes fréquences de risques dans les cabinets. Or ce sont là les principales activités auxquelles l'on s'attend dans ces centres et dans lesquelles ils doivent le plus exceller.

Les risques au niveau de la vente des médicaments se traduisent par la commercialisation des « médicaments de rue », médicaments dont la fabrication et le conditionnement ne répondent pas toujours aux normes et pour lesquels le respect des dates de péremption n'est pas toujours garanti.

Cependant, 58 % des ménages bénéficiaires des soins de santé dans les cabinets se disent satisfaits des prestations.

Les conséquences signalées par les chefs de ménage sont présentées par la figure 9.

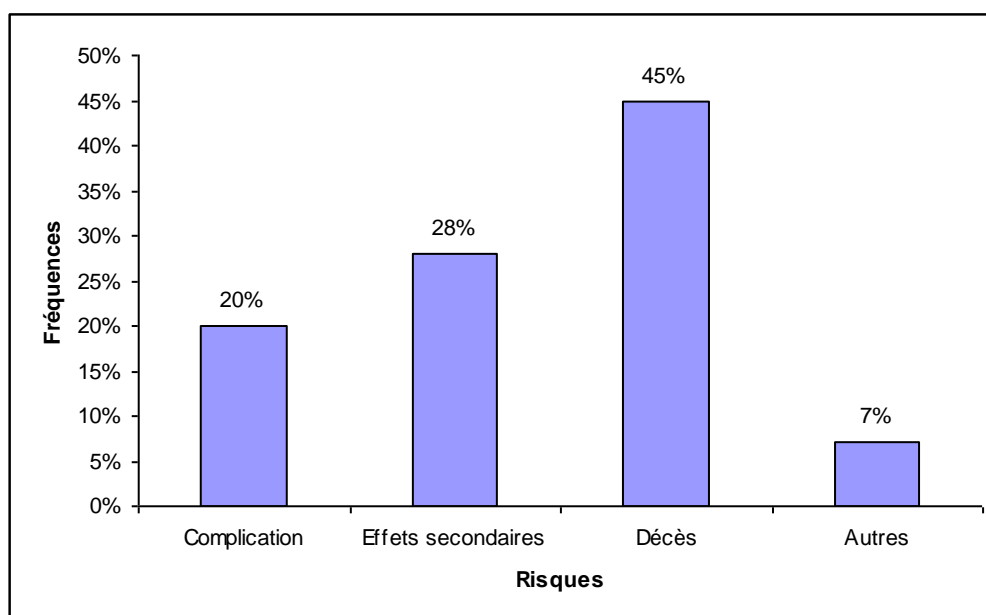


Figure 9 : Appréciation des conséquences des erreurs médicales

Les chefs de ménage reconnaissent le décès comme le risque le plus attendu en fréquentant les cabinets. Les décès sont enregistrés à la suite :

- d'un accouchement soit de la mère ou soit du nouveau né ou soit des deux à la fois ;
- d'une injection durant laquelle la voie de transfusion est mal choisie ;
- d'une perfusion si l'on ne se renseigne pas sur l'état préalable de santé du patient ; certains patients anémiés sont soumis à la perfusion ; ou diabétiques, on les soumet au sérum glucosé.

Cinquante un pour cent (51 %) des chefs de ménage enquêtés ont subi ou sont marqués par les dommages liés aux erreurs médicales dans les cabinets. Ce pourcentage est obtenu en prenant le pourcentage de ceux qui ne fréquentent pas les cabinets (soit 16 %, avançant comme raison d'avoir connu de déconvenue) ajouté au pourcentage de ceux qui fréquentent les cabinets mais ne sont pas satisfaits des soins (soit 35 % des enquêtés).

Tout ceci confirme la seconde hypothèse de l'étude, selon laquelle les populations ont une bonne connaissance des risques attendus dans la fréquentation des cabinets de soins de santé dans la ville d'Azové.

Au regard des instruments de travail, des objectifs fixés et des hypothèses émises, les résultats obtenus au cours de cette recherche sont préliminaires et ne sont pas sans limite. Ils sont fondés sur les informations recensées auprès des personnes impliquées dans la vie des cabinets. Ils constituent une étape pour une étude plus large et plus approfondie.

### 3-2 DISCUSSION

La discussion porte sur les résultats préliminaires obtenus de manière à comparer ces derniers à tout ce qui est connu sur le sujet. Ceci permet de dégager les similitudes et les dissemblances.

#### 3-2-1 Critique du capital humain

La qualité du capital humain dans les cabinets est mauvaise.

En effet, au regard des critères définis dans notre étude, le score de disponibilité du capital humain est 25 % de la qualité souhaitée.

En outre, 70 % des cabinets fonctionnent sans aucun agent répondant au profil indiqué par le MSP ; il n'y a de médecin permanent nulle part et pourtant dans ces cabinets des diagnostics sont posés jour et nuit. Le faible niveau d'activité justifie ce fait car le service n'arrive pas à générer des revenus importants capables d'entretenir les travailleurs de cette classe.

Cette situation est contraire à ce que DECAILLET ET MAY (2000) a observé à Cotonou. Selon l'étude qu'il a mené sur le secteur médical privé à Cotonou, il constate que « les deux tiers des établissements sont dirigés par des médecins ... Environ 6% des établissements ne sont pas dirigés par du personnel médical ». Voilà qui oriente bien sur les besoins à satisfaire quand il va s'agir d'apporter de solution aux problèmes des cabinets au Bénin.

Donc la disponibilité du capital humain dans les cabinets varie énormément entre le milieu urbain et le milieu rural dans notre pays.

### 3-2-2 Critique des ressources matérielles

L'occurrence des bonnes réponses obtenues pour chacune des connaissances relatives à la disponibilité des ressources matérielles à savoir le matériel médico-technique, l'existence de local non loué avec un aménagement adéquat, l'accessibilité géographique, donne un score de 61,95 % pour l'ensemble des cabinets. Ces conditions sont passables.

La disponibilité du matériel médico-technique est réalisée à 63,9 % tandis que le score du cadre physique est de 60 %.

L'étude de DECAILLET ET MAY (2000) montre que les formations à Cotonou « disposent généralement de l'équipement médical de base (stéthoscope, tensiomètre, pèse-personne, etc.)... Dans deux tiers des cas, les locaux de ces établissements privés sont loués ... Environ 25% des établissements privés ont été spécialement construits pour accueillir des activités de soins ».

Ces résultats ne sont pas trop distants de ceux obtenus à Azové, mais toujours est-il qu'ils sont meilleurs.

Nous pouvons donc dire, au vu de tout ce qui précède, que le facteur ressources matérielles connaît pratiquement la même appréciation aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

### 3-2-3 Critique des facteurs organisationnels

L'analyse des éléments de cette variable montre que les cabinets ont une organisation passable avec un score moyen de 55 %.

Ce score pourrait bien être encore plus élevé si les responsables prenaient véritablement à cœur la compétence de leurs collaborateurs en leur assurant une formation continue. Celle-ci est totalement ignorée dans le secteur médical privé à Azové. C'est une situation identique à Cotonou avec DECAILLET et MAY (2000).

D'un autre côté, à Azové, 30 % des cabinets ne sont pas agréés par l'Etat. Ils fonctionnent dans l'illégalité totale. Il y a là un désordre remarquable. DECAILLET et MAY (2000) a reçu de plaintes par rapport à cette situation de la part des médecins et paramédicaux qui déclarent que « le système sanitaire est actuellement très désorganisé au Bénin et que les efforts majeurs doivent être entrepris pour y mettre un peu d'ordre ».

Le traitement socio-professionnel qui est à un score de 50% donc passable pourrait être en deçà de cette appréciation si l'on considérait la valeur des rémunérations. En effet, ces rémunérations réservées aux employés ne sont pas attrayantes. De plus, il manque de réglementation en matière de plan de carrière et au sujet de l'avancement et de la promotion de ces employés. La gestion des carrières de ceux-ci est donc très difficile.

C'est le même constat que fait DECAILLET et MAY (2000) à Cotonou sauf que ici, l'existence de moyens dans certaines cliniques présente une amélioration et laisse croire que dans le secteur médical privé le facteur organisationnel est bon. A Azové, rien ne cache la misère sur ce plan.

Le facteur organisationnel est amélioré par les dimensions Bonne collaboration, Régularité du salaire, et Rapport d'activités.

#### 3-2-4 Critique des facteurs environnementaux

D'un score moyen de 88%, les facteurs environnementaux sont bons. Tous les cabinets adoptent des dispositions convenables dans le maintien d'un environnement sain.

« Le port de blouse » est pris en compte dans l'appréciation de la propreté du personnel soignant. Et c'est seulement à ce niveau que l'on note des dérapages dans le comportement des agents. Il est sérieusement respecté dans 40% des cabinets. Ce n'est que cette sous-variable qui influence négativement le score moyen des facteurs environnementaux.

L'environnement physique est soumis à de moindres insuffisances.

Ce résultat est contraire à ce qui est obtenu par BONGWELE (2005) dans l'étude sur la gestion des déchets biomédicaux dans quelques maternités publiques de premier recours à Cotonou. Il est arrivé à la conclusion que dans ces centres, les agents ne respectent pas les procédures définies par le MSP.

Dans le cas actuel, les bonnes pratiques environnementales peuvent être dues à l'activité médicale moins dynamique par rapport à celle observée dans les maternités de Cotonou, puisque les déchets médicaux produits sont moins abondants.

En résumé, les cabinets fonctionnent à Azové en respectant les normes établies en la matière par le MSP à 57,48 %. Ce score global doit faire craindre assez de risques aux populations. Mais jusqu'à quand cette situation ?

De nombreux facteurs justifient que les cabinets et les populations ont à vivre cette situation désastreuse pendant longtemps encore.

Pour les cabinets particulièrement, ces facteurs sont de diverses natures.

Le premier facteur est l'étroitesse relative du marché solvable. Dans le contexte actuel, compte tenu du niveau de vie de la population d'Azové et de la quasi absence de mécanismes d'assurance maladie, les dépenses de santé des ménages ne peuvent qu'être limitées. Les cabinets paraissent bien prendre en compte cette donnée de base et répondre à la demande solvable. Ils le font en se rendant disponibles, en offrant une possibilité d'hospitalisation, en modulant leurs tarifs et leurs conditions de paiement et en orientant leurs actions en fonction de la demande. L'étroitesse du marché limite très sérieusement les possibilités de survie et de développement d'autant que se fait jour une certaine pléthore d'établissements et une concurrence très vive.

Le deuxième facteur est l'accès difficile au crédit pour financer les investissements et les équipements. Il paraît très restreint pour les petits établissements et les nouveaux arrivants sur le marché, mais il l'est aussi pour les privés pourtant bien installés.

Le troisième facteur tient au développement du personnel et à la formation continue. Jusqu'ici au Bénin, l'Etat prend ses distances par rapport aux cabinets ; il prend en charge le développement individuel de ses propres fonctionnaires grâce au

système des bourses de spécialisation mais pour les privés il n'y a rien de tel aujourd'hui et pas davantage de crédits disponibles pour la formation.

Le quatrième facteur s'inscrit dans le manque de normes et standards pour guider la construction d'un cabinet. A ceci s'ajoute l'absence d'un système clair de tarification des services afin d'éviter une diversification des prix qui nourrit la concurrence déloyale.

Le cinquième facteur est la concurrence que livre la médecine traditionnelle encore non organisée et l'automédication. Ces pratiques réduisent énormément la clientèle.

Le sixième facteur est la gestion difficile des carrières des employés. Cette gestion est actuellement très difficile du fait des faibles rémunérations des activités médicales, du manque de réglementation en matière de plan de carrière.

Tous ces facteurs constituent un véritable défi lancé non seulement aux responsables des cabinets mais aussi au pouvoir de l'Etat qui a le devoir de garantir à chacun et à tous des soins de qualité. Dans le cadre de cette étude, l'intention d'agir est d'exprimer en envisageant des approches de solutions qui devraient s'inscrire dans un contexte global du système de management de l'environnement sanitaire.

## CONCLUSION

La présente étude sur les facteurs de performance des cabinets de soins de santé dans la ville d'Azové a permis de constater un réel développement numérique des établissements sanitaires privés. Il y a environ un cabinet pour 1.800 habitants. L'analyse aboutit à des résultats aussi bien encourageant que décevants.

La création des cabinets n'est pas suivie de la mise en place effective des moyens nécessaires pour répondre efficacement aux besoins en soins de santé des populations. La qualification du personnel, facteur le plus important pour la performance des soins, est la moins satisfaisante, soumettant les populations bénéficiaires à de grands risques.

Mais les cabinets gardent leur caractère actif dans le traitement curatif de base. 84 % des enquêtés en ont recours, attirés surtout par l'accueil, la disponibilité et le coût abordable des soins. Ils ne donnent pas priorité à la performance dans leur choix malgré qu'ils reconnaissent l'existence de grands risques ; 51 % des chefs de ménage enquêtés en sont menacés.

Le secteur médical privé est laissé à lui-même. Il ne reçoit pas de l'Etat l'attention qu'il faut pour sortir du grand désordre qui le caractérise. Les actions pour réformer le secteur sont très timides et les quelques dispositions existantes ne sont pas suivies de mesures pratiques pour contraindre les responsables de cabinets à mettre un peu d'ordre dans leurs entreprises. Les sérieux problèmes qui se posent à chacun d'eux les en empêchent davantage.

Suite à cette investigation, il importe que l'intention d'agir soit exprimée et que des approches de solutions soient envisagées pour les problèmes d'un secteur dont le rôle n'est pas négligeable dans le développement social.

## SUGGESTIONS

Vu les nombreux problèmes que connaît le secteur médical privé, des réformes doivent être entreprises pour accroître la sécurité du patient. Dans cette optique, la présente étude fait part de quelques dispositions pouvant être prises sur les plans organisationnel et technique.

### Au plan organisationnel

Les opérateurs du secteur médical privé doivent prendre conscience du rôle social majeur d'un cabinet et s'efforcer de réunir les conditions nécessaires à la bonne performance des soins de santé car la volonté de faire doit être suivie de la volonté de parfaire.

Pour cela, ils peuvent :

- se conformer à la loi en régularisant la situation des cabinets non encore agréés ;
- éviter l'usurpation de titre et rester dans les attributions des cabinets qui ne sont pas des centres de formation des aides-soignants ;
- chercher toujours à améliorer la condition sociale des agents car les bons résultats d'une entreprise dépendent pour une part très importante de l'engagement des ressources humaines au travail.

L'Etat, pour sa part, se charge :

- de renforcer le cadre juridique du secteur par l'élaboration du code béninois de santé publique ;
- de renforcer les instruments de contrôle que sont la Direction de l'Inspection du MSP et les Administrations de Zone ;
- d'appuyer matériellement et financièrement les cabinets méritants.

### Au plan technique

Les opérateurs du privé doivent œuvrer pour la formation continue de leurs agents en initiant par exemple des actions communes ; un certain nombre de cabinets peuvent se mettre ensemble et supporter les coûts de recyclage de leurs agents. Ceci améliore aussi les relations interprofessionnelles et évitera les concurrences déloyales entre acteurs du même secteur. Alors l'esprit de complémentarité entre les techniciens du privé peut régner au grand bonheur des populations.

Il va falloir que l'Etat établisse les normes et standards adaptés au secteur médical privé en matière d'infrastructures et peut-être aussi d'activités dans le but d'appliquer une politique de segmentation entre le secteur public et le secteur privé. La politique de segmentation consiste à confier au secteur public certains types de soins par exemple les soins préventifs et de promotion, de même que la gestion des services de référence ; le secteur privé s'occupera des soins curatifs de base.

L'Etat va promouvoir aussi les diverses formations qu'il destine aux jeunes pour éviter que ceux-ci s'illusionnent à accéder à l'emploi par la formation sur le tas.

## PERSPECTIVES

La présente étude a permis d'apprécier les facteurs qui sont réunis dans les cabinets pour l'accomplissement de leur mission. Elle ouvre la voie à d'autres explorations. Au regard des résultats et de la discussion, les informations ainsi obtenues ne peuvent permettre d'apprécier avec certitude la qualité des soins dans les cabinets. Seule une évaluation des différentes activités médicales peut permettre de confirmer ou d'infirmier sans se tromper la bonne performance des soins.

Nous allons donc entreprendre une étude sur la performance des soins. Les activités à mener peuvent se traduire par les axes de recherches futures ci-après :

- Evaluation de la performance en soins obstétricaux dans les cabinets de la ville d'Azové. La majorité de ces centres se consacrent à ce genre de soin. Il est donc important de s'en préoccuper.
- Evaluation du niveau des risques liés aux soins de santé dans les cabinets. Ceci permettra de mieux apprécier les dommages que subissent les populations. Des risques sont courus aussi par les agents soignants lors des mauvaises manipulations ou les dispositions d'hygiène mal adoptées.
- Analyse de la gestion des déchets médicaux dans les cabinets. Nous pourrions ici faire ressortir la relation entre les comportements et les risques médicaux pour l'environnement tant humain que physique. L'activité médicale étant en pleine croissance dans le privé, il est nécessaire que l'on aborde ces aspects pour éviter autant que possible les déconvenues qui en découleraient.

La réalisation de ces différents travaux devrait permettre aux responsables, au niveau des cabinets comme au niveau de l'administration publique, de mieux apprécier les défaillances au sein des établissements sanitaires privés, et de concevoir

un système de gestion efficace afin de minimiser les risques et garantir aux populations une sécurité plus grande en matière de soins de santé.

# BIBLIOGRAPHIE

## OUVRAGES GENERAUX

- 1 – **BEAUD M.** (1998), *L'art de la thèse*, Editions LA DECOUVERTE, Paris, 179 pages.
- 2 – **FOURNIS Y.** (1974), *Les études de marché : les techniques d'enquête, questionnaire, sondage, contrôle de résultats*, Editions BORDAS, Paris, 158 pages.
- 3 – **LATOURE M.-L.** (2000), *L'aide-soignante*, Editions NATHAN, Paris, 96 pages.
- 4 – **KATZ F. M. et SNOW R.** (1981), *Evaluation des compétences professionnelles des personnels de santé : Guide pour la formation et le supervision*, Genève, OMS, 193 pages.

## OUVRAGES SPECIFIQUES

### - Textes juridiques

- 4 – **Code français de la Santé Publique**, Articles R4311 et L4151.
- 5 – **Loi N°87-015** du 21 septembre 1987 portant Hygiène publique en République Populaire du Bénin, Article 98.
- 6 – **Loi N°97-020** du 17 juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales en République du Bénin.
- 7 – **Loi N°98-030** du 12 février 1999 portant loi-cadre sur l'environnement en République du Bénin, Article 2.

### - Mémoires, Articles et Rapports

- 8 – **ABBATT, F. R. et MEJIA, A.** (1990), *La formation continue des personnels de santé*, Manuel pour atelier, OMS, Genève, 189 pages.
- 9 – **AHOUANDJINO B. V. C.** (2006), *Evaluation du niveau des risques de contamination du personnel soignant au VIH dans les formations sanitaires des Départements de l'Atlantique et du Littoral*, Mémoire N°145-06/EDP/GEN, Université d'Abomey Calavi, Bénin, 94 pages.

- 10 – **BONGWELE J.-M. O.** (2005), *Evaluation de la performance en prévention des infections dans quelques maternités publiques de premier recours à Cotonou : Problèmes, causes, risques et perspectives aux plans sanitaire et environnemental*, Mémoire N°...2005/EDP/GE, Université d'Abomey Calavi, Bénin, 120 pages.
- 11 – **DAVODOUN F. P.** (2002), *Evaluation de la performance en soins obstétricaux dans les formations sanitaires publiques de la Circonscription Urbaine de Ouidah*, Mémoire de Maîtrise en Santé Publique, IRSP N°276, Ouidah, Bénin, 76 pages.
- 12 – **DECAILLET F. et MAY J. F.** (2000), *Le secteur médical privé à Cotonou, Bénin, en 1999*, Banque Mondiale, 37 pages.
- 13 – **INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ECONOMIQUE** (2002), *Enquête démographique et de santé 2001*, Cotonou, Bénin.
- 14 – **KOUKPO R. S.** (2005), *Le droit de la santé au Bénin : état des lieux*, Cotonou, 9 pages.
- 15 – **MAIRIE D'APLAHOUE** (2004), *Plan de développement Communal*, Aplahoué, Bénin, pp.13-31.
- 16 – **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE** (2001), *Formation en techniques de supervision pour les équipes d'encadrement en zones sanitaires*, Bénin.
- 17 – **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE** (2002), *Politique et stratégie de développement du secteur santé 2002-2006*, Cotonou Bénin.
- 18 – **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE** (2001), *Annuaire Statistique Sanitaire 2000*, Cotonou Bénin.
- 19 – **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE** (2006), *Annuaire Statistique Sanitaire 2005*, Cotonou Bénin.
- 20 – **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU BENIN** (2001), *Normes et standards en matière d'activités, d'effectifs de personnel, d'infrastructures et d'équipements pour les zones sanitaires*, Cotonou, Bénin, pp. 2-32.
- 21 – **OIT/OMS** (2005), *Directives conjointes OIT/OMS sur les services de santé et le VIH/SIDA*, Genève, 79 pages.

22 – **RICHARD et al.** (2004), *Les déterminants de la qualité des soins dans les centres de santé du Logone occidental (TCHAD)*, EM/Consulte Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, volume 52, N°3, pp. 249-259.

- Sites Internet

23 – **ANONYME**, *Définition de l'aide-soignant* dans <http://www.informetiers.info>

24 – **ANONYME**, *Rôle de l'aide-soignant*, dans <http://www.mip-louhans.asso.fr>

25 – **DURRIEU-DIEBOLT**, *Exercice illégal de la médecine*, dans <http://www.caducee.net>

26 – **ANONYME**, *Analyser*, dans <http://www.cnrtl.fr>

27 – **ANONYME**, *Etude prospective*, dans <http://www.economie.gov.mg/techniques-prospectives>

28 – <http://fr.wikipedia.org>

29 – **ANONYME**, *Sécurité du patient*, dans <http://www.prevention-medicale.org>

30 – **ANONYME**, *Score de performance*, dans <http://www.dnb-informationcommerciale.be>

31 – **ANONYME**, *Erreur médicale*, dans <http://www.irips.org>

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
I	Organisation nationale du système de santé	5
II	Répartition de la population de l'Arrondissement d'Azové par sexe et par ménage	16
III	Centres de documentation et types d'informations recueillies	34
IV	Répartition de l'échantillon des ménages à enquêter par quartier	42
V	Techniques et outils utilisés pour chaque cible	42
VI	Méthode de calcul de score pour chaque type de sous-variable	44
VII	Critères d'appréciation des variables	44
VIII	Critères d'appréciation du capital humain	45
IX	Critères d'appréciation des ressources matérielles	45
X	Critères d'appréciation des facteurs organisationnels	46
XI	Critères d'appréciation des facteurs environnementaux	46
XII	Niveau de réalisation de la collecte des données	49
XIII	Répartition des agents de santé par ancienneté	53
XIV	Répartition des chefs de ménage par quartier	54
XV	Niveau de disponibilité du capital humain	56
XVI	Récapitulation des appréciations du capital humain	56
XVII	Niveau de disponibilité du matériel médico-technique	57
XVIII	Niveau de disponibilité du cadre physique	58
XIX	Niveau de disponibilité des ressources matérielles	59
XX	Niveau de traitement socio-professionnel dans les cabinets	60
XXI	Niveau de mise en application des facteurs organisationnels	61
XXII	Niveau de mise en application des facteurs environnementaux	62
XXIII	Récapitulation des résultats par objectif spécifique	63
XXIV	Répartition des affections rencontrées en consultation... en 2009	64
XXV	Nombre de naissances par centre de santé en 2009	65

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
I	Etat sanitaire de la ville d'Azové	15
II	Cadre conceptuel	21
III	Répartition des agents de santé par catégorie professionnelle	50
IV	Répartition de la population cible par sexe	51
V	Répartition de la population cible par âge	52
VI	Répartition des aides-soignants par niveau d'instruction	54
VII	Appréciation des raisons de fréquentation des cabinets	65
VIII	Appréciation des risques dans les activités médicales	67
IX	Appréciation des conséquences des erreurs médicales	68

# ANNEXE

## QUESTIONNAIRE 1

Destinataires : Responsables de cabinets

### I/ Renseignements généraux

#### Sur le cabinet

N°	QUESTIONS	REPOSES	CODES	SAUTS
1-1	Nom du cabinet	.....		
1-2	Quartier	.....		
1-3	Année de création	.....		
1-4	Spécialités :			
	- Soins infirmiers	.....	1/0	
	- Soins obstétricaux	.....	1/0	
1-5	Frais de formation des aides-soignants	.....		

#### Sur le responsable de cabinet

N°	QUESTIONS	REPOSES	CODES	SAUTS
1-6	Nom et prénom	.....		
1-7	Sexe	.....	M/F	
1-8	Age	.....		
1-9	Qualification :			
	- Médecin :	.....	1/0	
	- Sage-femme :	.....	1/0	
	- Infirmier	.....	1/0	
	- Aide-soignant	.....	1/0	
	- Autre	.....	1/0	
1-10	En poste au cabinet	.....	1/0	
1-11	Retraité de l'Etat	.....	1/0	
1-12	Autres activités	.....	1/0	

### II/ Le capital humain

N°	QUESTIONS	REPOSES	CODES	SAUTS
1-13	Nombre d'agents :			
	- Médecins	.....		
	- Sages-femmes	.....		
	- Infirmiers	.....		
	- Aides-soignants	.....		
	- Autres	.....		

### III/ Ressources matérielles

N°	QUESTIONS	REponses	CODES	SAUTS
1-14	En location	.....	1/0	
1-15	Matériel acquis ces 2 dernières années	.....	1/0	
1-16	Aménagement ces 2 dernières années	.....	1/0	
1-17	<p>Matériel disponible :</p> <p>- <u>Pour les soins infirmiers</u> :</p> <p>m1) Pinces ..... 1/0</p> <p>m2) Abaisse langue en bois ..... 1/0</p> <p>m3) Ciseaux à pansement angulaire 180mm ..... 1/0</p> <p>m4) Urinaux ..... 1/0</p> <p>m5) Stéthoscopes ..... 1/0</p> <p>m6) Tensiomètre ..... 1/0</p> <p>m7) Pèse personne portée maximale 125kg ..... 1/0</p> <p>m8) Thermomètre ..... 1/0</p> <p>m9) Plateaux ..... 1/0</p> <p>m10) Tambour ..... 1/0</p> <p>m11) Boîte à instruments pour Infirmier ..... 1/0</p> <p>- <u>Pour les soins obstétricaux</u> :</p> <p>m12) Support en bois pour (12) tubes à essai ..... 1/0</p> <p>m13) Bassins ..... 1/0</p> <p>m14) Tire lait à main (caoutchouc et verre) ..... 1/0</p> <p>m15) Mètre ruban 1,5m coton plastifié ..... 1/0</p> <p>m16) Toises ..... 1/0</p> <p>m17) Tablier tout usage plastique ..... 1/0</p> <p>m18) Poire ..... 1/0</p> <p>m19) Boîte d'accouchement, à pansement ..... 1/0</p> <p>m20) Minuterie 60 minutes ..... 1/0</p> <p>m21) Pantalon pour balance bébé suspension ..... 1/0</p> <p>m22) Bac à lavement ..... 1/0</p> <p>m23) Sonde cannelée et spatulée ..... 1/0</p> <p>m24) Albutix ..... 1/0</p> <p>m25) Stérilisateurs deux portoirs ..... 1/0</p> <p>m26) Aspirateur manuel ..... 1/0</p>			

#### IV/ Facteurs organisationnels

N°	QUESTIONS	REponses	CODES	SAUTS
1-18	Autorisé	.....	1/0	
1-19	Rapports d'activités réguliers	.....	1/0	

Date de l'enquête : .....

Nom et prénom de l'enquêteur : .....

Quelques difficultés rencontrées : .....

## QUESTIONNAIRE 2

Destinataires : Employés

### I/ Renseignements généraux

<b>N°</b>	<b>QUESTIONS</b>	<b>REPONSES</b>	<b>CODES</b>	<b>SAUTS</b>
2-1	Nom du cabinet	.....		
2-2	Nom et prénom de l'employé	.....		
2-3	Sexe	.....		
2-4	Age	.....		
2-5	Qualification : - Médecin : - Sage-femme - Infirmier - Aide-soignant - Autre (à préciser)	..... ..... ..... ..... .....	1/0 1/0 1/0 1/0	
2-6	Expérience professionnelle	.....ans		
2-7	Ancienneté au poste	.....ans		
2-8	Statut : - Salarié(e) - Responsable de cabinet	..... .....	1/0 1/0	

### II/ Facteurs organisationnels

<b>N°</b>	<b>QUESTIONS</b>	<b>REPONSES</b>	<b>CODES</b>	<b>SAUTS</b>
2-9	Salaire régulier	.....	1/0	
2-10	Sécurité sociale	.....	1/0	
2-11	Bonne collaboration au travail	.....	1/0	
2-12	Motivation : - Dons matériels - Appréciation verbale - Promotion - Certificat	..... ..... ..... .....	1/0 1/0 1/0 1/0	
2-13	Formation continue	.....	1/0	

Date de l'enquête : .....

Nom et prénom de l'enquêteur : .....

Quelques difficultés rencontrées : .....

### QUESTIONNAIRE 3

Destinataires : Aides-soignants (non employés ou en formation)

#### I/ Renseignements généraux

<b>N°</b>	<b>QUESTIONS</b>	<b>REPONSES</b>	<b>CODES</b>	<b>SAUTS</b>
3-1	Nom du cabinet	.....		
3-2	Nom et prénom	.....		
3-3	Sexe	.....	M/F	
3-4	Age	.....ans		
3-5	Niveau d'instruction : - Primaire - Entre 6 <sup>ème</sup> et 4 <sup>ème</sup> - Au moins la 3 <sup>ème</sup>	..... ..... .....	Oui/Non 1/0 1/0 1/0	
3-6	Nombre d'années au poste	.....ans		
3-7	En quoi consiste votre travail : - Assurer les soins - Aider à assurer les soins	..... .....	1/0 1/0	

Date de l'enquête : .....

Nom et prénom de l'enquêteur : .....

Quelques difficultés rencontrées : .....

## QUESTIONNAIRE 4

Destinataires : Chefs de ménage

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODES	SAUTS
4-1	Quartier			
4-2	Nom et Prénom			
4-3	Sexe			
4-4	Age			
4-5	Profession			
4-6	Fréquentez-vous les cabinets ?		1/0	
4-7	Raisons :	..... ..... ..... .....		
4-8	Les soins sont-ils satisfaisants :	.....	1/0	
4-9	Avez-vous été une fois victime des erreurs de soins ?	.....	1/0	Si 0 → 4-13
4-10	Lesquelles ?	..... ..... .....		
4-11	Quelles ont été les conséquences pour vous ?	..... .....		
4-12	A quoi attribuez-vous ces erreurs ?	..... .....		
4-13	Autres erreurs dont vous avez eues connaissance :	..... .....		
4-14	Autres conséquences dont vous avez eues connaissance :	..... .....		

Date de l'enquête : .....

Nom et prénom de l'enquêteur : .....

Quelques difficultés rencontrées : .....

## GUIDE D'OBSERVATION

### I/ Renseignements généraux

N°	QUESTIONS	REPOSES	CODES	SAUTS
5-1	Nom du cabinet	.....		
5-2	Quartier	.....		

### II/ Ressources matérielles

N°	QUESTIONS	REPOSES	CODES	SAUTS
5-3	Lieu accessible	.....	1/0	
5-4	Salles suffisantes	.....	1/0	

### III/ Facteurs environnementaux

N°	QUESTIONS	REPOSES	CODES	SAUTS
5-5	Port de blouse	.....	1/0	
5-6	Lieu de travail propre	.....	1/0	
5-7	Existence de poubelle	.....	1/0	
5-8	Existence de toilettes	.....	1/0	
5-9	Existence de source d'eau potable	.....	1/0	

Date de l'enquête : .....

Nom et prénom de l'enquêteur : .....

Quelques difficultés rencontrées : .....

## GUIDE D'ENTRETIEN

### I/ Renseignements généraux

N°	QUESTIONS	REPOSES	CODES	SAUTS
6-1	Nom du cabinet	.....		
6-2	Nom et prénom du responsable	.....		
6-3	Titre : - Médecin - Sage-femme - Infirmier - Aide-soignant	..... ..... ..... .....	OUI/NON 1/0 1/0 1/0 1/0	

### I/ Sujets d'entretien

N°	QUESTIONS	REPOSES
6-4	Qu'est-ce qui vous a conduit à choisir le secteur médical privé ?	.....
6-5	Avez-vous de bonnes relations entre les différents acteurs du privé ?	.....
6-6	Quelles sont les relations entre les différents acteurs dans les secteurs médicaux privé et public ?	.....
6-7	Quel genre de soutien vous apporte l'Etat ?	.....
6-8	Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans vos cabinets ?	.....
6-9	Qu'attendez-vous de l'Etat pour le développement de votre secteur ?	.....

Date de l'enquête : .....

Nom et prénom de l'enquêteur : .....

Quelques difficultés rencontrées : .....

# Table des matières

Dédicace .....	i
Sommaire .....	ii
Sigles et acronymes .....	iii
Remerciements .....	iv
Résumé .....	v
Abstract .....	vi
Résumé .....	vii
Introduction .....	1
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET GEOGRAPHIQUE DE .....	3
1-1 Revue de littérature .....	4
1-1-1 Place des formations sanitaires privées dans le système sanitaire .....	4
1-1-2 Apports sur les facteurs de performance .....	5
1-1-2-1 Profil des agents de santé et capacité matérielles des cabinets .....	6
1-1-2-2 Fonctionnement des cabinets .....	8
1-1-2-3 Gestion de l'environnement .....	9
1-1-3 Point sur les méthodes d'évaluation .....	10
1-1-4 Connaissances disponibles sur les risques médicaux .....	10
1-1-5 Réflexions sur la réforme du secteur .....	12
1-1-6 Exploration des méthodologies de travail .....	13
1-2 Présentation du cadre d'étude .....	13
1-2-1 Description de la carte sanitaire d'Azové .....	13
1-2-2 Quelques caractéristiques humaines .....	16

CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE .....	17
2-1 Problématique .....	18
2-2 Hypothèses et objectifs .....	20
2-2-1 Hypothèses .....	20
2-2-2 Objectifs .....	20
2-3 Cadre conceptuel .....	21
2-4 Définitions opératoires .....	22
2-5 Démarche méthodologique .....	33
2-5-1 Type d'étude et population étudiée .....	33
2-5-2 Technique de collecte documentaire .....	33
2-5-3 Travail préparatoire sur le terrain .....	34
2-5-4 Dispositions d'ordre éthique .....	35
2-6 Données .....	35
2-6-1 Variable dépendante .....	35
2-6-2 Variables indépendantes .....	36
2-6-2-1 Sous-variables du capital humain .....	36
2-6-2-2 Composantes des ressources matérielles .....	36
2-6-2-3 Décomposition des facteurs organisationnels .....	38
2-6-2-4 Sous-variables des facteurs environnementaux .....	39
2-7 Techniques et outils de collecte et de traitement des données .....	39
2-7-1 Sous-population des responsables et personnels de santé .....	40
2-7-2 Sous-population des chefs de ménage .....	40
2-8 Méthodes d'analyse ou modèles .....	43
2-8-1 Définition des modalités d'appréciation .....	43
2-8-2 Opérationnalisation des variables .....	43

2-8-2-1	Modèle d'appréciation du capital humain .....	45
2-8-2-2	Modèle d'appréciation des ressources matérielles	45
2-8-2-3	Modèle d'appréciation des facteurs organisationnels	45
2-8-2-4	Modèle d'appréciation des facteurs environnementaux .....	46
CHAPITRE 3 : RESULTATS ET DISCUSSIONS .....		48
3-1	Présentation des résultats .....	49
3-1-1	Niveau de réalisation de la collecte des données.....	49
3-1-2	Caractéristiques des sujets enquêtés .....	50
3-1-2-1	Catégories professionnelles .....	50
3-1-2-2	Sexe .....	51
3-1-2-3	Age .....	51
3-1-2-4	Ancienneté .....	51
3-1-2-5	Niveau d'instruction des aides-soignants .....	53
3-1-2-6	Provenance des chefs e ménage .....	54
3-1-3	Situation générale des cabinets .....	55
3-1-4	Niveau de mise en application des facteurs de performance .....	55
3-1-4-1	Niveau de mise en application du capital humain	55
3-1-4-2	Niveau de disponibilité des ressources matérielles	57
3-1-4-3	Niveau de mise en application des facteurs organisationnels .....	60
3-1-4-4	Niveau de mise en application des facteurs environnementaux .....	62
3-1-5	Rôle des cabinets dans le développement social .....	63
3-1-6	Conséquences pour l'environnement humain .....	66

3-2	Discussion .....	69
3-2-1	Critique du capital humain .....	69
3-2-2	Critique des ressources matérielles .....	70
3-2-3	Critique des facteurs organisationnels .....	70
3-2-4	Critique des facteurs environnementaux .....	71
	Conclusion .....	74
	Suggestions .....	75
	Perspectives .....	77
	Bibliographie .....	79
	Liste des tableaux .....	82
	Liste des figures .....	83
	Annexe .....	84
	Table des matières .....	92