

Conditions de Travail et Performance Sociale au sein des Hôpitaux Publics au Cameroun

Working conditions and social performance in public hospitals in Cameroon

KOLLO BANDIBENO Innocents

Enseignant chercheur

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion

Université de Bertoua, Cameroun

Centre de recherche en Economie et Gestion (CEREG)

BILOUNGA Marielle Nelly

Doctorant

Ecole Supérieure de Gestion

Institut Universitaire Catholique de Bertoua-Cameroun

Date de soumission : 28/01/2024

Date d'acceptation : 04/04/2024

Pour citer cet article :

KOLLO BANDIBENO.I & BILOUNGA.M.N.(2024), « Conditions de Travail et Performance Sociale au sein des Hôpitaux Publics au Cameroun », Revue Française d'Economie et de Gestion «Volume 5 : Numéro 4 » pp : 375 – 395.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International License



Résumé

Cet article s'intègre dans un contexte marqué par une forte crise de notoriété des établissements publics et particulièrement des formations sanitaires comme les Hôpitaux, les centres de santé intégrés au Cameroun. En effet, la qualité de l'accueil des patients et des soins de santé offerts laissent entrevoir d'énormes manquements qui au fil du temps ternissent l'image de ses organisations chargées de redonner le sourire aux malades. Ainsi, l'objectif dans ce travail est d'analyser l'influence des conditions de travail des personnels soignants sur la performance sociale des structures hospitalières. Pour mener à bien notre analyse, nous avons adopté une méthodologie fondée sur une démarche hypothético-déductive. Les données collectées au moyen d'un questionnaire administré auprès de 73 personnels soignants et de 46 patients, ont après analyse par le test de khi-deux, montrés que les conditions organisationnelles, physiques, psychologiques et sociales de travail des personnels soignants influencent de manière significative la qualité des soins de santé offert aux patients. Au regard de ces résultats, une nécessaire prise de consciences est recommandée aux responsables en charge des questions sanitaires afin de garantir un mieux-être à leurs employés et conséquemment garantir une meilleure image des structures hospitalières.

Mots-clés : Condition ; Travail ; Performance ; Sociale, Hôpitaux.

Abstract

This article is part of a context marked by a strong crisis in the reputation of public establishments and particularly health structures such as hospitals and integrated health centers in Cameroon. Indeed, the quality of the reception of patients and the health care offered suggest enormous shortcomings which over time tarnish the image of the organizations responsible for putting smiles back on the faces of the sick. Thus, the objective of this work is to analyze the influence of the working conditions of nursing staff on the social performance of hospital structures. To carry out our analysis, we adopted a methodology based on a hypothetico-deductive approach. The data collected by means of a questionnaire administered to 73 nursing staff and 46 patients, after analysis by the chi-square test, showed that the organizational, physical, psychological and social working conditions of nursing staff significantly influence significantly the quality of health care offered to patients. In view of these results, a necessary awareness is recommended to those responsible for health issues in order to guarantee the well-being of their employees and consequently guarantee a better image of hospital structures.

Keywords: Condition; Work; Performance; Social, Hospitals.

Introduction

L'accès aux soins de santé constitue de nos jours une préoccupation majeure des gouvernements et des autorités sanitaires en particulier. Selon l'OMS (2006), nombreux sont des Africains qui ne bénéficient pas encore des soins de santé de première nécessité notamment les médicaments et vaccins considérés comme essentiels, malgré les efforts consentis par les différentes autorités en la matière. Cette situation bien que déplorable, préoccupe au plus haut point, la communauté internationale et les États. D'où l'intérêt de cette étude sur « les conditions de travail et la performance Sociale des Structures Hospitalières publiques au Cameroun ».

En effet, de nombreux efforts soutenus par l'organisation mondiale de la santé sont en cours dans les Etats Africains en vue de l'amélioration des conditions de travail des personnels soignants dans la prise en charge des patients (WHO, 2015). En dépit des appuis multiformes, les conditions de travail des personnels soignants restent déplorables, pourtant elles constituent l'un des déterminants majeurs pour l'amélioration du rendement des travailleurs. C'est notamment dans ce sens que Manzi (2008) a souligné que la qualité des conditions de travail détermine la qualité du travail et des relations sociales entre employés.

Cette étude vise à analyser l'influence des conditions de travail des personnels soignants du secteur public sur la qualité des soins de santé offerts aux populations. En d'autres termes la qualité de la prise en charge des patients dans les hôpitaux publics incombe-t-elle aux conditions d'exercice de la profession de personnel médical ? Telle est la question centrale de ce travail.

Pour le développement de cet article, cinq articulations seront présentés. Premièrement une revue de la littérature qui va nous permettre de situer le cadre théorique de notre analyse. Deuxièmement nous présenterons les outils méthodologiques mobilisés. La présentation des résultats obtenus va constituer la troisième articulation de notre travail suivie d'une discussion sur la portée de ces résultats (quatrième articulation). Nous terminerons par une conclusion(Cinquième articulation).

1. Revue de la littérature

Parler des conditions de travail renvoie à l'analyse des caractéristiques de l'environnement dans lequel les employés se déploient au quotidien dans l'exercice de leurs fonctions. Elles représentent aussi bien pour les praticiens et les théoriciens l'ensemble des facteurs physiques, organisationnels, sociaux et psychologiques, indispensables à l'optimisation de la performance organisationnelle (Pommier et al, 2015). Les travaux de Laurent et al, (2015), relèvent que, dans le domaine médical, le degré de satisfaction du personnel constitue un déterminant majeur de la performance. C'est à ce titre que Chattergoon (2014) a fait remarquer qu'un environnement

hospitalier hostile et beaucoup plus stressant ne favorise guère l'exercice d'une activité médicale. Curatolo (2015) pour sa part fait constater que, la recrudescence des mouvements d'humeur observer ces dernières années au sein des structures hospitalières seraient de nature à réduire l'engouement au travail des personnels soignants dans la prise en charge des patients et l'amélioration continue des prestations médicales.

Par ailleurs, la surcharge de travail, les mauvaises conditions physiques, organisationnelles, sociales et psychologiques sont des facteurs déterminants du *burn out* et du stress limitant au passage toute motivation. C'est justement ce qui a fait dire à Tomblin et al, (2002) que la surcharge de travail est un problème majeur et un des facteurs à l'origine de l'abandon de la profession soignante par les infirmiers (Duffield et al, 2004). Pour Kitenge (2001), le développement d'une organisation dépend en partie à la qualité et au système d'encadrement de son capital humain. Dans le domaine médical, la qualité des soins offerts est dépendant des conditions de travail offertes par l'employeur notamment l'Etat. L'hôpital public étant le lieu par excellence de l'implémentation de la politique de l'Etat en matière de santé dans un pays, il serait judicieux que le personnel en charge bénéficie d'une attention particulière afin de d'octroyer aux usagers des soins de qualité et de nature humanitaire.

C'est au regard de ses principes de base que des hypothèses de travail ont été formulées en ces termes :

Hypothèse 1 : *les conditions organisationnelles et physiques influencent de façon significative le rendement du personnel soignant et les Performances sociales réalisées auprès des patients.*

Hypothèse 2 : *les conditions sociales et psychologiques impactent de façon significative la performance du personnel soignant et les Performances sociales réalisées auprès des patients.*

1.1. Conditions de travail et ses variantes

Les conditions de travail constituent un ensemble des règles qui portent sur l'organisation du travail (durée du travail, les congés, l'ambiance, le droit à l'expression, l'hygiène et la sécurité). Pour Gueland (cité par Sekiou et al. 2001), les conditions de travail sont de manière générale « *un ensemble d'actions de moyens, des méthodes et des supports planifiés à l'aide desquels les salariés sont incités à améliorer leurs situations de vie et leurs capacités mentales nécessaires à la fois pour atteindre les objectifs de l'organisation sociale, pour s'adapter à l'environnement et pour accomplir de façon adéquate leurs tâches actuelles et futures* ». Citeau (1979), pour sa part appréhende les conditions de travail sous trois angles :

- ✓ Physique à travers les caractéristiques des outils, les équipements, l'environnement immédiat du poste de travail ;

- ✓ Organisationnelles à travers les horaires de travail et les procédures ;
- ✓ Sociales à travers la rémunération, la qualification, les relations avec la hiérarchie.

En effet, l'action des institutions en faveur de l'amélioration des conditions du travail s'est accrue pour répondre aux facteurs de démotivation des employés, dont l'absentéisme, le turnover, les conflits sociaux qui se manifestent le plus souvent suite aux malaises constatés au sein des organisations. Les actions d'aménagement des contenus de travail visent très souvent à rendre le travail plus intéressant et donc plus motivant pour plus de responsabilités et d'initiative. Motiver un salarié consiste selon Adams (1997) à créer les conditions nécessaires au plein épanouissement des salariés dans leurs milieu travail afin qu'ils ne perdent de vue leurs intérêts personnels. D'après Syllamy (1999), la motivation constitue un ensemble de facteurs déterminant la conduite d'un individu au travail. Elle est encore perçue comme une énergie qui canalise un type de comportement particulier stimulant la force des individus vers un objectif à atteindre. Suivant cette approche, il transparaît clairement que la motivation est un phénomène qui pousse l'individu à agir de manière consciente ou inconsciente en adoptant un comportement approprié. Cette motivation contribue en particulier à l'amélioration de la prise en charge des patients qui demeure au cœur des systèmes de santé dans le monde (WHO, 2006). De ce fait, l'hôpital constitue le lieu par excellence de l'offre de soins améliorés de santé de la population. D'où l'urgence de la performance sociale en milieu hospitalier. Pour Bergeron (1979), la performance est la réalisation d'une action et sa mise en œuvre. C'est un concept complexe, voire paradoxal, eu égard à ses multiples variantes et/ou dimensions. C'est un modèle intégrateur d'analyse et de gestion de la performance, malgré la complexité du sujet. On en distingue quatre fonctions essentielles : l'atteinte des buts; l'adaptation; la production; le maintien des valeurs et climat organisationnel. La performance hospitalière est une recherche de l'équilibre entre ces quatre dimensions.

1.2. La performance sociale

Selon Blanc et al, (2007) la performance recouvre à la fois l'efficacité socioéconomique et l'efficience. Dans le domaine médical, le concept de performance s'articule autour de trois dimensions interdépendantes : une dimension interne fondée sur les indicateurs sanitaires de santé publique à savoir l'espérance de vie à la naissance, le taux de mortalité, etc. ; une dimension médicale qui suppose une mesure de l'efficacité des résultats cliniques et enfin une dimension administrative renvoyant à l'efficience des activités d'un établissement de santé (Claver Anne et al, 2004).

La performance sociale caractérise le niveau de satisfaction atteint par l'individu dans sa relation avec l'organisation ou encore l'intensité avec laquelle chaque individu participe et adhère à la bonne marche de l'organisation. Elle comporte une dimension externe renvoyant à la question de la responsabilité sociale de l'organisation c'est-à-dire aux effets sociaux externes de son activité (Du Moncel cite par Bayed, (1992). Selon l'OMS (2006), « la performance sociale d'un système de santé se mesure à sa capacité à améliorer l'état de santé de la population, à répondre aux attentes des personnes, des clients du système et à assurer un financement équitable en utilisant aux mieux des ressources limitées ». La santé et le bien-être des populations dans le monde sont dépendantes de la performance de leurs systèmes de santé (OMS, 2006). Dans la pratique, la performance et la qualité d'un système de santé sont fonction de la qualité des ressources humaines de la santé.

La performance d'une structure sanitaire est conditionnée par la qualité des ressources humaines, le degré d'intégration dans le système et de leurs capacités à s'y mouvoir dans la réalisation de leurs tâches au quotidien afin de redonner la santé aux patients. A cette exigence s'ajoute la qualité du plateau technique des hôpitaux notamment la qualité des équipements, les laboratoires, les équipements d'imageries médicales, les blocs opératoires. Sur le plan social, la performance hospitalière est caractéristique de la qualité : d'accueil de l'utilisateur, de son orientation vers un service, de sa consultation par un ou plusieurs médecins, de son hospitalisation si nécessaire, de l'administration des soins et de la sortie du malade. En d'autres termes elle caractérise la relation entre le personnel soignant et ses patients.

1.3. Les fondements théoriques de l'analyse

Notre étude s'appuie sur deux théories à savoir la théorie bi-factorielle de Herzberg et la théorie des attentes de Vroom. Selon Herzberg et al. (1959), la satisfaction et l'insatisfaction professionnelle sont liées à des facteurs intrinsèques, dits facteurs moteurs et extrinsèques, dits facteur d'hygiène (Robins et al, 2006). Les facteurs intrinsèques, relèvent selon Roussel et al. (2009) de « *la nature du travail, de son contenu ou de ce que font les hommes* ». Dans ce sens, Robins et al. (2006), soulignent les éléments fondamentaux sur lesquels s'appuie ses facteurs en affirmant que, « *bien que renvoyant à la satisfaction de manière générale, les facteurs intrinsèques sont de plusieurs nature et liés à l'avancement, la reconnaissance, la responsabilité et l'accomplissement* ». S'agissant des facteurs extrinsèques, ils caractérisent l'image que les partenaires extérieurs ont de la structure. Ce regard s'appuie notamment sur la qualité de la « *rémunération, la politique de l'entreprise et les conditions de travail* » (Robins et al, 2006). La théorie bi-factorielle de Herzberg met en avant le caractère important des

facteurs de motivations des employés dans la quête de la performance d'une organisation. Ces facteurs doivent selon Russel (2009) être incorporés dans la configuration de l'emploi afin de l'enrichir.

La théorie des attentes développée par Vroom met en évidence les comportements de l'individu au travail et sa performance (Roussel et al, 2009). A ce titre, Roussel et al, (2009) soulignent que « *la Performance est conçue non seulement comme l'atteinte d'objectifs, mais, plus généralement, comme la réalisation d'un travail qui répond aux attentes de l'organisation qui emploie la personne* ». De manière précise, la théorie des attentes suggère que « *la motivation d'un individu est fonction de ses attentes de réussite par rapport aux efforts fournis, du résultat effectif obtenu et de l'attractivité de ce résultat* » (Robbins et al, 2006). C'est d'ailleurs ce qui a fait penser à Morin et al, (2007) que les employés adoptent les comportements susceptibles de les conduire aux résultats escomptés. Cette logique rationnelle de la théorie repose sur trois concepts clés qui d'après Shermerhom et al, (2010) qui sont : « les attentes, l'instrumentalité, la valence ». Cette théorie s'inscrit dans le courant de pensée largement dominé par la question de la motivation à la performance. Cette pensée en psychologie organisationnelle précise que la fonction de performance individuelle au travail est étroitement liée à la motivation au travail (Roussel et al, 2009).

1.4. Indicateurs de conditions de travail

Les conditions de travail sont l'ensemble des dispositions prises par une organisation afin de garantir un meilleur épanouissement de son personnel tout en créant plus de valeur (Citeau, 1997). Pour le gestionnaire des ressources humaines, l'amélioration des conditions de travail reste un impératif pour augmenter la compétitive, la productivité afin de garantir la pérennité et la croissance. Quatre indicateurs permettent généralement d'apprécier les conditions de travail. Il s'agit notamment des conditions organisationnelles, physiques, psychologiques et sociales. Sur le plan organisationnel, elles s'articulent autour du temps de travail, l'organisation du travail par équipe et le système de roulement. En se référant aux dispositions légales¹ la durée de travail ne peut excéder quarante (40) heures dans tous établissements publics ou privés non agricoles par semaine et 45 heures pour les personnels hospitaliers. Selon Scheweyer (2010), le travail en équipe qui est le quotidien les professionnels de santé, les rend plus dépendants les uns des autres aussi bien que les mouvements de spécialisation s'accroissent.

¹ Selon l'article 80(1) de la Loi n° 92/ 007 du 14 août 1992, portant Code de travail camerounais et Le décret n° 95/677 du 18 décembre 1995

Sur le plan physique, elles s'articulent autour de la pénibilité du travail et de la qualité du plateau technique. La pénibilité du travail est liée à un ensemble de facteurs physiques contraignants, impliqués par l'hyper sollicitation répétée due à la contrainte de rythme du travail. Il peut s'agir du nombre de patients à recevoir par jour et du cadre de réception des patients peu adapté. Toutes ces contraintes du travail peuvent avoir de graves conséquences sur leur rendement. Le plateau technique ou plateau médico-technique quant à lui renvoie à un ensemble de lieux, d'équipements et personnes qui permettent de réaliser généralement à l'hôpital des actes curatifs ou diagnostiques. Les progrès techniques et technologies médicales conduisent globalement à une montée en puissance des plateaux techniques complets ou de pointe sur certains domaines (Claudine, 2014). Le plateau technique hospitalier porte sur sa raison d'être, à savoir la mise à disposition des soins de qualité aux populations. La dimension technique hospitalière se caractérise par les infrastructures² techniques, les ressources humaines³ disponibles et le système de prise en charge.

Sur le plan psychologique, elles s'articulent autour de la Charge émotionnelle, du stress professionnel et le *Burn Out* du Personnel médical. D'après Sekiou et al. (2001), le stress professionnel est l'ensemble des réactions émotionnelles et physiques résultant d'interaction entre l'employé et le milieu de travail lorsque les exigences de l'emploi surpassent ses capacités et ses ressources. Pour Gautier (2007), le *Burn Out* du Personnel médical est caractéristique d'une vision de soi négative, d'attitude négative vis-à-vis du travail, une perte d'intérêt et de sentiments vis-à-vis des patients. Il est la résultante des contacts interpersonnels se manifestant par un épuisement émotionnel dû à un stress permanent et prolongé lié aux impératifs d'ajustement à des contraintes lourdes, aux difficultés organisationnelles. Sur le plan social, elles s'articulent autour de l'hygiène et salubrité en milieu hospitalier et le système de motivation du personnel. Le tableau suivant en donne les détails sur les indicateurs des conditions de travail

² à savoir les bâtiments, les moyens de transport, le matériel médical, la capacité d'accueil en termes d'hospitalisation.

³ nombre de médecins, nombre d'infirmiers, nombre de paramédicaux.

Tableau n°1 : Variables et indicateurs de mesure des conditions de travail

Variable : conditions de travail	indicateurs
conditions organisationnelle	Temps de travail,
	Organisation du travail par équipe
	Système de roulement
Conditions physique	Pénibilité du Travail
	Qualité du Plateau technique
Conditions psychologique	Charge émotionnelle
	Stress professionnel
	Burn Out du Personnel médical
conditions sociales	l'hygiène et salubrité en milieu hospitalier
	le système de motivation du personnel.

Source : Citeau (1997) mise en forme par l'auteur

1.5. Indicateurs de la Performance Hospitalière

Selon le Blanc et al, (2007) la performance hospitalière réside dans l'amélioration continue de la qualité des soins, l'utilisation optimale des ressources disponibles, ainsi que la capacité d'adaptation et l'innovation. Les indicateurs de mesure de la performance hospitalière sont déduits selon Desmidt et al, (2006) de la vision ainsi que des objectifs stratégiques. Ils sont de nature différentes et peuvent se rapporter aux aspects suivants : structures, processus, résultats et satisfaction des patients. En s'appuyant sur le principe général selon lequel, l'hôpital n'a pas une obligation de résultat, mais plutôt de moyens, la performance technique se veut donc être sa capacité à conserver et à pérenniser ses infrastructures, à mettre à la disposition des patients du personnel qualifier pour assurer une meilleure prise en charge. Le tableau suivant présente les indicateurs de performance hospitalière.

Tableau n°2 : les indicateurs de performance hospitalière

Variable : Performance Hospitalière	indicateurs
Structures	les moyens humains
	les équipements
	les ressources financières
Processus	pratiques professionnelles
	les délais d'obtention des rendez-vous
Résultats	taux de vaccination
	taux de mortalité
Satisfaction des patients	qualité de l'accueil
	qualité de la prise en charge
	qualité des soins dispensés

Source : Auteurs Inspiré des travaux de Desmidt et al, (2006) ; Morin et al. (2007)

La sécurité des patients est essentielle pour fournir des services de santé de qualité. Il est clairement admis en effet que, des services de santé de qualité à l'échelle du monde devraient être efficaces, sûrs et centrés sur la personne. Ses politiques claires, des capacités de leadership, des données pour orienter l'amélioration de sécurité des professionnels de santé à leurs soins sont nécessaires pour parvenir à mettre en œuvre des stratégies en matière de sécurité des patients.

Le respect des besoins et des souhaits des patients est central dans tout système de santé (Cleary, 1991). En effet, la satisfaction des patients est de plus en plus utilisée comme une mesure de la qualité des soins (Shmueli, 1997). Selon l'OMS l'évaluation de la qualité est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène (trouble provoqué par un traitement médical) et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. D'après Donabedian, (1988) cite par Williams, (1994), la satisfaction des patients est d'une importance fondamentale comme une mesure de la qualité des soins, car elle donne des informations sur la capacité des professionnels de santé à répondre aux valeurs et attentes du client qui sont des domaines où le client est l'autorité suprême. Selon Donabedian (1988), l'objectif des soins médicaux est non seulement d'améliorer l'état de santé du patient, mais aussi de répondre à son attente et d'assurer sa satisfaction. Le malade n'est plus un consultant ou un usager, mais un client. Et ce client est devenu plus exigeant quant à la qualité de service, il est plus attentif à l'accueil, la durée de l'attente, au manque d'information. Il considère la santé comme un droit, un service dû, l'importance de ses cotisations sociales le pousse à avoir un œil critique. En France, la mesure de la satisfaction est devenue une obligation réglementaire pour les établissements hospitaliers depuis 1996 (Shmueli, 1997).

Selon l'organisation mondiale de la santé, la qualité des soins est une démarche permettant de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assure le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Pour l'IOM (Institute of Médecine), la qualité de soins est le fait de recevoir des soins qui correspondent aux attentes des patientes et basés sur la meilleure connaissances scientifiques actuelles. L'institut of médecine identifie six dimensions de la qualité des soins : l'innocuité,

l'efficacité, soins centrés sur le patient, fournis en temps opportun, l'efficience et l'équité (Rubin et al, 2001). Selon Franco et al, (2002), l'innocuité est la mesure dans laquelle les risques de blessure, d'infection et d'autres effets secondaires dangereux sont minimisés, c'est une dimension cruciale des soins de qualité du fait de l'épidémie de VIH/SIDA. L'efficacité des soins est la mesure dans laquelle les résultats ou l'aboutissement souhaité sont atteints, tandis que l'efficience de la prestation de service a trait à l'utilisation des ressources pour produire ces services.

Selon Phaneuf (2012), l'aspect relationnel demeure un indicateur important de la qualité des soins auquel elle attribue la première importance parce que la qualité technique et organisationnelle des soins ne suffit pas à recueillir la satisfaction des malades. L'aspect relationnel englobe la communication, le soutien du malade et de la famille surtout dans les situations critiques et l'enseignement au malade et à la famille. L'aspect organisationnel recouvre l'évaluation de la qualité et de la charge en soins, l'analyse des pratiques professionnelles, l'enquête de satisfaction, l'analyse des plaintes, l'utilisation des données probantes, l'accroissement de la motivation du personnel et la multidisciplinarité. Enfin, l'aspect clinique intègre les soins de la douleur, la prévention des infections.

2. Outils Méthodologiques

La présente étude utilise les données d'une enquête par questionnaire réalisée auprès de 117 personnels soignants et de 60 patients choisis par convenance dans les formations sanitaires publiques au Cameroun. Sur le premier échantillon de 117 personnels soignants, soixante-treize (73) ont accepté de répondre, soit fournies des réponses traitables à notre questionnaire, pour un taux de réponse de l'ordre de 62,39%. Pour le second échantillon, le taux de réponse est de l'ordre de 76%, soit un taux général de 69,195%. Ce taux est statistiquement réalisable selon les travaux de Cohen et al (2007), qui estime à 50% le taux de retour des questionnaires accordés pour une étude. Le traitement et l'analyse des données s'est fait au moyen du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 2020.

Le test du Khi-Carré ou Khi-deux a été utilisé suivant la formule suivante :

$$X^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

F_o : Fréquence observée ou données recueillies

F_e : Fréquences théoriques ou espérées

T_e : Effectif total de l'échantillon

n: Nombre de modalités de la variable dépendante

$$F_e = \frac{T_e}{n}$$

D : Degré de liberté

$$D = (n - 1)$$

3. Résultats et Discussions

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

L'analyse de l'échantillon sur la base d l'âge, le sexe, l'ancienneté, la fonction, l'état matrimonial a donné les résultats suivants.

Tableau n°3 : Caractérisation de l'échantillon

Caractéristiques		Personnels soignants	Personnels soignés
Sexe	M	47,95%	41,30%
	F	52,05%	58,70%
Age en année	x ≤ 25	5,48%	52,18%
	26 ≤ x ≤ 35	38,36%	47,82%
	36 ≤ x ≤ 45	41,19%	
	46 et plus	15,07%	
Ancienneté	0 à 5 ans	16,44%	
	6 à 10 ans	61,64%	
	11 à 21 ans	21,92%	
Fonction	Médecins	12,33%	
	Infirmiers	47,95%	
	Aides-soignants	39,72%	

Source : Notre enquête

3.2. Résultats et discussions

3.2.1. Résultats relatifs aux conditions de Travail

∇ *Résultats relatifs aux conditions organisationnelles et physiques de travail*

Ils s'articulent autour du volume horaire de travail, la qualité de la répartition des tâches, le système de roulement, de la pénibilité du travail et de la qualité du tableau technique.

Sur le plan organisationnel, il est important de relever que dans le secteur d'activité de la santé, le ratio personnel soignant/patients est loin d'être proche de celui des pays européens et américains et asiatiques car selon l'OMS (2006), il y a en moyenne 2,3 travailleurs de santé pour 1000 personnes dans en Afrique sub-saharienne contre 18,9 en Europe et 24 dans les Amériques. C'est dans ce sens que seul 38,36% trouvent leurs horaires de travail satisfaisant. L'analyse de la situation montre que 45,21% de personnels réalisent un quota horaire normal tel que exigé par le Bureau International du Travail (BIT) à savoir 45 heures de travail en moyenne par semaine. Par contre les 54,79% du personnel donc les heures de travail excèdent les 48 heures de travail qui en principe devraient voir leur heures complémentaires rémunéré n'en bénéficie pas malgré le manque criard de personnel. S'agissant du système de roulement, notons que tous les services cumulent deux systèmes de travail : le système de roulement du type 12 fois 12/24 heures et la permanence. En effet, les médecins et majores de service travaillent tous les jours ouvrables et aux heures de service. Le reste du personnel appartient à un système de roulement qui répond aux 2 fois 12/24 heures. Le personnel est réparti en équipe de deux (02) par service, la plupart des équipes sont composées d'un infirmier (ère) et d'un ou d'une aide- soignante, le cycle de roulement de chaque équipe est de deux (02) journées, deux (02) nuits avec quatre (04) jours de repos. Sur le plan physique, 38,36% des enquêtés de notre échantillon trouvent très épuisante la charge de travail en ce sens que les équipes de veille sont constituées des effectifs réduits d'environ deux soignants par équipe. Dans cette situation, les charges de travail assignées aux personnels étant importantes et seraient de nature à fragiliser l'état de santé du personnel soignant. Cette surcharge de travail serait de nature à pousser au changement de métier par ces derniers. Ce résultat rejoint celui obtenu par Muregeza (2008) selon lequel 45,30% des personnels soignants au Rwanda appartenant à des équipes à effectif réduit trouvaient leur travail pénible dans la prise en charge des patients.

Par ailleurs, nos résultats corroborent aussi avec ceux de Muregeza (2008) réalisés au Rwanda selon lequel 35,57% de personnels subissaient des frustrations au travail suite aux mauvaises conditions de travail dû à la pénibilité du travail entraînant l'abandon de la profession par le personnel soignant. En ce qui concerne la qualité du plateau technique des structures hospitalières, 72,60% des personnels soignants le trouvaient inadéquat ou incomplet tandis que 27,40% pensent que ce plateau technique est en état de délabrement avancé. Ce plateau technique semble être un obstacle majeur dans l'exercice efficace du travail des personnels soignants. Ce résultat rejoint celui des travaux de Claudine (2014) où il souligne qu'un plateau technique inadéquat freine à plus de 80% le travail des personnels soignants et affecterait la performance des structures hospitalières.

Résultats relatifs aux conditions psychologiques et sociales des Personnels soignants

Les conditions psychologiques et sociales des personnels soignants s'appuie sur les causes du stress, la formation en cours d'emploi, l'implication dans la prise de décision, le droit au congé, le degré de satisfaction sur les conditions d'hygiène et de salubrité.

L'analyse des données collectées montre en ce qui concerne les causes de stress que 34,24% de personnel médical sont stressés du fait de la surcharge de travail, 23,29% le sont à cause des exigences excessives de travail, 20,55% le sont suite à l'insuffisance du matériel et 21,92% pour la mauvaise répartition des tâches. Comparativement à nos résultats, Sekiou (2001) avait trouvé au Congo que 68% des enquêtés stressés, présentaient de la fatigue physique. Ces résultats montrent que les conditions de travail dans lesquelles ces personnels soignants œuvrent pouvaient avoir un impact négatif sur les travailleurs et la qualité du service.

Sur le plan de la formation en cours d'emploi, seulement 20,55% des personnels relèvent son existence alors que 79,45% qui n'en bénéficie pas. En effet, les actions de formation continue semble faire défaut au sein des structures hospitalières ; surtout lorsqu'on sait que la science n'est pas statique, mais plutôt dynamique. Leonard (2009) soulignait à ce sujet que la formation doit être obligatoire d'une durée et d'une périodicité régulière dans le but d'améliorer les ressources en adéquation aux besoins de terrain.

Les droits aux congés annuels sont respectés à près de 81% (80,82%) des personnels contre 19,18% pour des raisons de manque de personnel. Dans le processus de prise de décision, 61,64% déclarent être impliqué dans certains processus de prises de décision. Par ailleurs les conditions d'hygiène et de salubrité sont satisfaisantes à 39,73%.

3.2.2. Résultats relatifs à la performance sociale de la structure hospitalière

Les formations sanitaires publiques dans l'ensemble sont en perte de notoriété. Ainsi, deux éléments sont mis en exergue, la capacité d'accueil et l'effectivité du rôle d'hôpital public. L'examen des données collectées auprès des personnels soignants révèle à près de 86% que les structures hospitalières ne remplissent pas les conditions idoines pour répondre aux besoins des patients. Ce qui remet en cause la capacité des formations sanitaires publiques à jouer leur rôle de leader dans la couverture sanitaire dans le pays. Les résultats de notre analyse le confirment à 65,75%.

Les indicateurs mobilisés pour apprécier la performance sociale sont de nature différente et se rapportant d'une part à la qualité de l'accueil, de la prise en charge des patients, et la qualité des soins dispensés ; et d'autre part à la disponibilité des médicaments de base, la sécurité dans l'administration des soins et le système de motivation du personnel.

L'exploitation des données collectées y relatives sur l'estimation du temps avant prise en charge des patients au service d'accueil de l'hôpital a donné les résultats suivants.

Tableau n°4 : Temps d'attente des patients au service d'accueil des hôpitaux

Délais d'attente (minutes)	Pourcentage
$x \leq 5$	9%
$5 < x \leq 10$	19,26%
$10 < x \leq 20$	39,13%
$20 < x$	32,61%

Source : notre enquête

L'analyse de ce tableau montre que les délais d'attentes sont plus ou moins long et donc peu favorable à la satisfaction des usagers ou patients. Toutefois cette situation incombe d'une part au faible effectif de personnel soignant (les moyens humains) en service dans les hôpitaux et d'autre part à démotivation du personnel due à la faiblesse de la rémunération et avantages que reçoivent le personnel médical en guise de récompense pour leur travail. Au niveau de la qualité de la prise en charge des patients, notre analyse souligne qu'environ 28% sont satisfait du degré de prise en charge des patients. Par ailleurs pour les premiers secours, le degré de promptitude est de l'ordre de 36,96% favorable. Concernant la disponibilité des médicaments, 28,26% affirme l'existence des médicaments qui pour la plus part sont des médicaments génériques. Pour des situations précises 45,65% ne le jugent pas toujours disponible et 26,09% trouvent qu'il y a des ruptures. S'agissant de l'administration des soins, le personnel soignant semble faire montre de professionnalisme vis-à-vis des patients. Pour cela, 54,35% des patients interrogés déclarent être toujours en sécurité, 19,57% pas toujours et (26,08%) le sont

totalemment. Pendant leur séjour à l'hôpital, 26,09% déclarent être sous la menace de contamination tandis que 73,91% ne le ressentent pas.

Le tableau suivant donne la synthèse de l'analyse des variables de nos hypothèses de travail.

Tableau n°5 : Degré de Satisfaction des patients

Degré de Satisfaction	Satisfaisant	Non Satisfaisant
Rapport à l'horaire de travail (Temps de travail)	38.36%	61,64%
Hygiène et de salubrité	39.73%	60,27%
Qualité d'accueil	13.70%	86.30%
Rapport à la considération d'être une référence	34.25%	65.75%
Sécurité dans l'administration des Traitements	54.35%	45,65%
Ressentiment du Risque de Contamination	73.91%	26.09%

Source : notre enquête

Vérification des données recueillies auprès du personnel médical

Vérification de la première hypothèse de travail

L'analyse du Khi-Carré s'effectue sur la base des valeurs lue et calculée du X^2 au seuil de significativité de 10% ($\alpha = 0,10$) et du degré de liberté $D=1$. Lorsque la valeur de la statistique calculée est supérieure à la valeur critique alors l'hypothèse est acceptée et dans le cas contraire l'hypothèse est rejetée. Le tableau suivant nous présente l'algorithme de Calcul du X^2 par SPSS. La valeur calculée a donné le résultat suivant : $X^2_{cal} = 48,18$. Après lecture de la table nous avons obtenu la valeur suivante $X^2_{lu} = 2,71$. La valeur calculée du X^2_{cal} (48,18) étant supérieure à celle au X^2 lu (2,71), soit $48,18 > 2,71$, alors l'hypothèse est acceptée c'est-à-dire les conditions organisationnelles et physiques influencent de façon significative le rendement du personnel soignant.

Tableau 6: L'algorithme de Calcul du X^2 par SPSS.

Fo	Fe	$(F_o - F_e)$	$(F_o - F_e)^2$	$\frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$
10	66.5	-56.5	3192.25	48.00
63	66.5	-3.5	12.25	0.18
73	73			$\sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e} = 48.18$

Source : notre enquête

Vérification de la deuxième hypothèse de travail

La valeur calculée a donné le résultat suivant : $X^2_{cal} = 31,05$. Après lecture de la table nous avons obtenu la valeur suivante $X^2_{lu} = 2,71$. La valeur calculée du X^2_{cal} (31,05) étant supérieure à celle au X^2 lu (2,71), soit $31,05 > 2,71$, alors l'hypothèse est acceptée c'est-à-dire les

conditions sociales et psychologiques impactent de façon significative la performance du personnel soignant. Le tableau suivant nous présente l'algorithme de Calcul du X^2 par SPSS.

Tableau 7 : Algorithme de Calcul du X^2 par SPSS.

Fo	Fe	$(Fo - Fe)$	$(Fo - Fe)^2$	$\frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}$
25	66.5	-41.5	1722.25	25.90
48	66.5	-18.5	342.25	5.15
73	73			$\sum \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe} = 31.05$

Source : Données collectées

Les résultats de l'analyse des données recueillis auprès du personnel médical, montre bien que les conditions de travail ont un réel impact sur la performance des soignants.

Vérification des données recueillies auprès des patients

Vérification de la première hypothèse de travail

L'analyse du Khi-Carré s'effectue sur la base des valeurs lue et calculée du X^2 au seuil de significativité de 10% ($\alpha = 0,10$) et du degré de liberté $D=2$. Le tableau suivant nous présente l'algorithme de Calcul du X^2 par SPSS. La valeur calculée a donné le résultat suivant : $X^2_{cal} = 9,43$. Après lecture de la table nous avons obtenu la valeur suivante $X^2_{lu} = 4,41$. La valeur calculée du X^2_{cal} (9,43) étant supérieure à celle au X^2_{lu} (4,41), soit $9,43 > 4,41$, alors l'hypothèse est acceptée c'est-à-dire que les conditions organisationnelles et physiques influencent de façon significative les performances sociales réalisées auprès des patients.

Tableau 8. : Algorithme de calcul de X par SPSS.

Fo	Fe	$(Fo - Fe)$	$(Fo - Fe)^2$	$\frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}$
25	15,33	9,67	93,51	6,1
09	15,33	-6,33	40,07	2,61
12	15,33	-3,33	11,09	0,72
46				$\sum \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe} = 9,43$

Source : Données collectées

Avec une marge d'erreur de 10%, on peut conclure que les conditions organisationnelles et physiques influencent de façon significative les performances sociales réalisées auprès des patients.

Vérification de la deuxième hypothèse de travail

La valeur calculée a donné le résultat suivant : $X^2_{cal} = 10,52$. Après lecture de la table nous avons obtenu la valeur suivante $X^2_{lu} = 2,71$. La valeur calculée du X^2_{cal} (10,52) étant supérieure à celle au X^2_{lu} (2,71), soit $10,52 > 2,71$, alors l'hypothèse est acceptée c'est-à-dire les

conditions sociales et psychologiques impactent de façon significative les Performances sociales réalisées auprès des patients. Le tableau suivant nous présente l’algorithme de Calcul du X^2 par SPSS.

Tableau 9 : Algorithme de Calcul du X^2 par SPSS.

Fo	Fe	$(Fo - Fe)$	$(Fo - Fe)^2$	$\frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}$
12	23	-11	121	5.26
34	23	11	121	5.26
46				$\sum \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe} = 10.52$

Source : Données collectées

Nous pouvons conclure avec un degré de confiance de 90% que les conditions sociales et psychologiques impactent de façon significative les performances sociales auprès des patients.

Conclusion

Cet article avait pour objectif d’analyser l’influence des conditions de travail des personnels soignants sur la performance sociale des structures hospitalières plus précisément sur la qualité du service rendue aux patients au sein des formations sanitaires publique au Cameroun. Après nos analyses, il en ressort que les conditions de travail du personnel hospitalier notamment les horaires de travail, la qualité du plateau technique, la rémunération versée aux personnels, les gratifications... ne sont guère des facteurs d’implication au travail, ni de motivation. Par conséquent ne favorisent pas la prise en charge efficace des patients et présente un impact négatif non seulement sur la vie des personnels, mais aussi sur la qualité des soins.

Cette situation devrait interpeller les pouvoirs publics pour l’amélioration des conditions sociales, psychologiques et matériels de travail des personnels médicaux afin d’assurer une meilleure qualité des soins aux patients et améliorer l’image des formations sanitaires publique au Cameroun et pour la couverture santé universel tel prônée par les autorités sanitaires.

L’accroissement des cliniques privées, créées par les personnels sanitaires en service dans les hôpitaux publics, la prescription au quotidien des médicaments générique proposés par les délégués médicaux aux conditions alléchantes confirme à suffisance le mal être de cette catégorie d’agent public qui agissent en mettant en priorité leurs intérêts individuel.

Ce travail aurait eu tout son sens si l’analyse avait intégré le point de vue des responsables de la politique stratégiques en matière d’offre de soins de santé que sont les acteurs du ministère de la santé publique au Cameroun. Ce manquement ouvre des perspectives pour des recherches ultérieures.

Bibliographie

- Abdelfadel. K & Sbiti. M (2020).** « Les indicateurs clés de performance : facteurs de succès des organisations »,Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit « Volume 4 / Numéro 3 » pp 346 – 372.
- Adam, J. M. (1997).** Unités rédactionnelles et genres discursifs: cadre général pour une approche de la presse écrite. *Pratiques*, 94(1), 3-18.
- Azenag, L., Akrich, S.,& El batmi, J.M. (2022).** «La performance hospitalière: approches et modèles de définitions» .Revue Internationale du Chercheur, 3(4), pp.54–70.
- Bergeron, J. L. (1979).** *Les aspects humains de l'organisation*. Chicoutimi, Québec: G. Morin.
- Chattergoon, S., Darling, S., Devitt, R., & Klassen, W. (2014).** Créer et maintenir de la valeur: Instaurer une culture d'amélioration continue. In *Healthcare Management Forum* ,Vol. 27, No. 1, pp. 10-14. Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Citeau, J. P. (2008).** Gestion des ressources humaines: principes généraux et cas pratiques, Ed. Masson and Armand Collin, Paris.
- Claudine T., (2014).** Renforcer le plateau technique de la zone sanitaire Dassa- Glazoue-Agence Benin Presse.
- Claver A. et Pascal J. P., (2004).** Contrôle de gestion, audit de gestion des établissements de santé, normes et valeurs en sante. Européen health.
- Cleary, P. D. Edgman-Levitan, S. Roberts M. Moloney, W.T.(1991).** Patients evaluate their hospital care: A national survey of health, *Health Affairs*, 10, no.4 (1991):254-267.
- Cohen, L, Manion et Morrison, K. (2007).** *Research methods in education*, 6^e edition Routledge, Taylor Francis group, London and New York.
- Coulibaly, I., Diakite, O., & Tidjani , B. (2022).** Performance organisationnelle dans les services de santé au Mali : Approche théorique et perspectives d'améliorations. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*,3 (2-1), pp.295-307.
- Curatolo, N. Lamouri, S. Huet J.C. et Rieutord, A. (2015).** Démarche d'amélioration en milieu hospitalier : du management de la qualité totale pharmaceutique Française, *Annales pharmaceutiques Françaises*,vol.73,Issue 4,July 2015, PP 245-256.
- Desmidt, and A, Helene, (2006).** *Stratégie en Organisation*.
- Duffield, O'brien Pallas, (2004).** *Nursing workforce planning mapping the policy trail. Editions De Boeck, p. 163-170.*
- Franco, L, M, et Silimperi, D.R., (2002).** Pérenniser la qualité de soins de santé : l'institutionnalisation de l'assurance de qualité.

Menge, P. R., Gautier, G., Iltis, A., Rozsa, C., & Solovyev, V. (2007). Performance of large lanthanum bromide scintillators. *Nuclear Instruments and Methods in Physics Research Section A: Accelerators, Spectrometers, Detectors and Associated Equipment*, 579(1), 6-10.

Chevalier, F., Sekiou, L., Bayad, M., & Peretti, J. M. (2001). *Gestion des ressources humaines (2e édition)* (No. hal-00676197).

Herzberg, L. (1959). *Le travail et la nature de l'homme*, Paris, EME.

Kitenge, S. (2001). Note de cours de médecine de travail, Médecine, UNIKIS.

Laurent, J. Bragard, I. Coucke, P. et Hansez, I. al. (2015). Condition de travail, stress et burnout des professionnels Belges de Radiothérapie : Analyse comparatives et exploration du rôle du travail émotionnel, *Cancer/Radiothérapie*, vol.19, Issue 3, May 2015, PP161-167.

Le Pogam, M., Luangsay-Catelin, C. & Notebaert, J. (2009). La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Management & Avenir*, 25, 116-134

Leonard, J, M. (2009), Condition de Travail du Personnel Médical, (<http://www.maison medicale.org>).

Manzi, (2008). Note de cours de gestion des ressources humaines master 2/ SA, ULK.

Meskens, M. N., & Telemsani, M. (2007). Mise en place d'indicateurs de performance stratégique au sein du réseau hospitalier de l'institut notre dame, Université Catholique de Louvain-Mons.

Morin, E, M, Guidon, M, Boulianne, E, E. (2007). Les indicateurs de la performance hospitalière.

Morin, E. Guindon, M., & Boulianne, E. (1996). Les indicateurs de performance. Ordre motivation au travail, in *Comportement organisationnel*, vol. 3, Editions De Boeck, p. 235-270. vol 3.

Niah, H., & OMARI, M. (2019). «The hospital performance evaluation process: Case

Nkwenkeu, S. F. (2014). *Evaluation des politiques publiques de santé: une analyse économique appliquée au Cameroun* (Doctoral dissertation, Grenoble).

of the University Hospital Center "UHC" in Morocco». *Revue Internationale des*

OMS, (2006). Rapport sur la santé dans le monde : Travailler ensemble pour la santé.

OMS, (2009). Rapport sur la santé dans la région Africaine Genève.

Phaneuf, M. (2012). Qualité et continuité des soins.

Phaneuf, V. M. (2012). Negotiating culture, performing identities: North African and Pied-Noir associations in France. *The Journal of North African Studies*, 17(4), 671-686.

- Pommier, B. Manet, R. Gay, E., Vassal, F. Nuti C. et Hladky J.P. (2015).** Jeunes neuro-chirurgiens Français : conditions de travail et perspectives Neurologie, Neuro-Chirurgie, vol.61, Issue 5, PP 304-311.
- Robins, S et T, Judge, (2006).** Comportements organisationnels, new Jersey, Paris: Pearson éducation.
- Roussel P., (2009).** La motivation au travail, in Comportement organisationnel, vol. 3,
- Roussel, P., Dalmas, M., Oubrayrie-Roussel N., (2009).** Les modèles intégrateurs de la
- Schermerhorn, J, R et Hunt, R, (2010).** Comportement humain et organisation, 4^e édition Montréal : ERPI.
- Scheweryer, F, X. (2012).** L'hôpital, une tension entre couts et valeurs : la santé un enjeu de sécurité, Paris édition science humaine. Sciences de Gestion, «Numéro 4: Juillet 2019/ Volume 2 : numéro 3», pp. 668-686
- Sekiou, L. Bayad, M. Peretti J.M. et Chevalier, F. (2001).** Gestion des ressources humaines, 2^e édition de Boeck Université de Montréal, Canada.
- Schermerhorn, J. R., & Bachrach, D.G. (2010).** Introduction to management. *Instructor*, 1,4.
- Shumueli, A. (1997).** Excluding nurses, a source of bias in research of satisfaction with health service, Med care,
- Hugh W. Catts, Marc E. Fey, J. Bruce Tomblin, Xuyang Zhang, (2002).** A Longitudinal Investigation of Reading Outcomes in Children With Language Impairments, Vol. 45, 1142–1157.
- Toua, J. (2017).** Caractérisation et spécificité de la performance hospitalière : Une approche par le modèle Path dans l'hôpital public marocain. Université de Pau et des pays de Ladour.
- WHO. (2015).** Investir dans la santé pour l'Afrique.