REPUBLIQUE DU BENIN

****

UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

ANNEE : 2022 **THESE N° 2583**

ROLE DES CONDITIONS D'EMPLOI ET DE TRAVAIL DU PERSONNEL SOIGNANT EN CHIRURGIE OSTEO-ARTICULAIRE DANS LA GENESE DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE : CAS DE LA CUTO-CR DU CNHU-HKM

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

Marius Cléophace Gbélidji DJIDO

Né le 19 janvier 1995 à Cotonou (République du Bénin)

Directeur de thèse

Professeur David S. HOUETO

Co-Directeur de thèse

Docteur Oswald Hervé D. GOUKODADJA

Jury

Président :

Professeur Zavier ZOMALETHO

Membres :

- Professeur David S. HOUETO
- MCA Abiodoun Adébola PADONOU
- MCA Rose MIKPONHOUE OLOU

Année universitaire 2021-2022

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI **FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

NOVEMBRE 2022

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

<u>DOYEN</u> : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

<u>VICE-DOYEN U.F.R Médecine</u> : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

<u>VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie</u> : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

<u>VICE-DOYENNE /ECOLES</u> : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

PROFESSEURS TITULAIRES

1. Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
2. Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
4. Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5. Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6. Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7. Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
8. Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9. Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
10. Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
11. Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12. Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
13. Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
14. Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15. Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
18. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
20. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
21. Dr FIOSSI KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
22. Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23. Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24. Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
26. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
29. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
30. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
34. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïl.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médessè David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladoun	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

ADMIS EN 2022

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

NOVEMBRE 2022

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

DEDICACES

- **A Dieu, le Père Tout Puissant**,

Ce que je suis, je Vous le dois. Augmentez-en moi la foi et Permettez-moi de toujours Vous louer et de me rapprocher davantage de Vous. Donnez-moi la force de continuer à relever les défis qui s'imposent à moi et à Vous glorifier tous les jours de ma vie. Bénissez chacun de mes futurs patients et Aidez-moi à les soulager, les soigner ou les guérir car la vraie guérison vient de Vous. Qu'en Votre Saint Nom, mes entreprises prospèrent et aboutissent. Accordez-moi une brillante carrière et une vie de famille heureuse.

Amen !

- **A mon très cher père Léopold Stanislas DJIDO,**

Depuis ma tendre enfance, tu es mon plus fort repère, un être unique, le meilleur des pères. Les mots me manquent pour t'exprimer ma profonde gratitude. Tu as et continues de consentir d'énormes sacrifices pour nous tes enfants. Je te remercie pour ton soutien permanent et indéfectible depuis mon premier cri jusqu'à ce jour. Puisse Dieu te combler, te récompenser, t'accorder une robuste santé et te garder très longtemps auprès de nous. Amen !

Amour filial !

- **A ma tendre mère Odette DJIVO**,

Voici une femme exceptionnelle et battante, forte et déterminée. Tu t'es toujours donnée corps et âme pour que nous ne manquons de rien. Je ne sais pas ce que je serai devenu aujourd'hui sans tes prières et loin de toi. Ce travail, maman, est ma façon à moi de te dire merci pour l'amour et le soutien inconditionnel que je reçois de toi. Puisse Dieu t'accorder la longévité pour jouir du fruit de tes sacrifices. Amen !

Amour filial !

- **A mes frères et sœurs : Ornella, Arielle, Ken DJIDO,**

Trouvez en ce travail un challenge, une raison de mieux faire chaque jour et de toujours avancer quelles que soient les difficultés.

Amour fraternel !

- **A mon neveu et à ma nièce : Bénito et Méryle DAVOU,**

En témoignage de l'attachement et de l'amour que je vous porte.

Amour fraternel

- **A mon parrain et à ma marraine, Pacôme et Firmine ELET, in memoriam**

Vous m'avez toujours motivé à donner le meilleur grâce à votre accompagnement spirituel. Hélas, vous n'avez pas pu être là pour jouir du fruit de ce travail.

Reposez en paix !

REMERCIEMENTS

- **A notre Maître et Co-Directeur de thèse, le Docteur Oswald Hervé Djidjoho GOUKODADJA,**

Ce travail fût pour nous l'occasion de mieux faire votre connaissance. Et nous pûmes vous assurer que cela a été en bien. Nous gardons de bons souvenirs de ces moments passés dans le cadre de la rédaction de ce travail.

Sincères remerciements !

- **Au personnel de la CUTO-CR du CNHU-HKM**

Sincères remerciements !

- **Au tout le personnel de la clinique médicale mère-enfant Shaloom,**

Je ne vous remercierai jamais assez pour votre soutien.

Sincères remerciements !

- **A tout le personnel de la Polyclinique Saint Michel (POSAM),**

Merci de m'avoir accueilli dans votre équipe.

Sincères remerciements !

- **A toute la famille DJIDO et à la famille DJIVO,**

Je ne pouvais souhaiter appartenir à d'aussi merveilleuses familles. Merci pour votre soutien.

Sincères remerciements !

- **A Monsieur Raoul HOUNSA,**

Vous avez été comme un grand-frère, un mentor. Merci pour tous vos conseils et pour votre aide.

Sincères remerciements !

- **A mon ami et collègue Docteur Marcel A. KAKPO**,

Tu m'as été d'un soutien indéfectible. Que le Seigneur renforce davantage notre amitié et aide chacun de nous à réaliser ses rêves.

Profonde gratitude !

- **Aux membres de mon groupe de stage interné :** Marcel A. KAKPO, Atinsè AGBIDINOUKOUN, Rosa M. FASSINOU, Gloria M. KOTY, Espérancia MAHINOU, Parfait D. M'PANDZOU, Joachim KIKPADE, Melkior KIKI, Rhody R. VIGNINOU, Christelle TOBADA, Christelle VEHOUNKPE, Irmine TOGNIDE, Gilbéric EGBO-GLELE, Kéfilath ICHAOU, Amaël ASSOGBA, Farida DAOUDA, Samiath BAKARY, Ulrich AKUESON

Nous avons passé une année riche en enseignements et en émotions. Merci pour tous ces moments inoubliables.

Brillante carrière à chacun et à tous !

- **A toute la 44ème promotion de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou,**

Merci pour tous ces moments passés avec vous.

Brillante carrière à tous !

- **À toutes les personnes que je n'ai pas citées nommément et qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à ce travail,**

Je ne vous remercierai jamais assez pour cette présence à mes côtés durant les moments difficiles. Votre grand cœur est un don du ciel. Que le Bon Dieu vous réserve le meilleur. Amen !

Profonde gratitude !

HOMMAGES

- **A notre Maître et Directeur de thèse, Professeur David S. HOUETO,**

Cher maître, grâce à vous, nous avons découvert la promotion de la santé et nous apprenons chaque jour davantage de ce domaine. Merci d'avoir accepté diriger ce travail. Votre humanité, votre accessibilité, votre amour du travail bien fait et votre rigueur dans la simplicité ont toujours suscité notre admiration. Veuillez trouver à travers ces mots, l'expression de notre profonde reconnaissance.

Hommages respectueux !

- **A tous les enseignements de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou,**

Chers maîtres, merci pour votre disponibilité et pour tant de sacrifices. L'enseignement que nous avons reçu de vous est notre bien le plus précieux.

Hommages respectueux !

- **A son Excellence Monsieur le Président du jury,**

C'est un immense honneur que vous nous faites, en acceptant de présider ce jury de soutenance de thèse. Vos conseils et recommandations nous serviront à améliorer ce travail. Daignez recevoir l'expression de notre profond respect.

Hommages respectueux !

- **Aux Honorables membres du jury,**

Sensible à l'honneur que vous nous faites de siéger dans ce jury pour apporter votre jugement sur ce travail, nous vous remercions. Vos compétences scientifiques nous aideront à améliorer sa qualité.

Hommages respectueux !

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE LEUR AUTEUR.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1
1 PROBLEMATIQUE 4
2 GENERALITES 9
3 CADRE ET METHODES D'ETUDE 30
4 RESULTATS 39
5 DISCUSSION 67
CONCLUSION 79
SUGGESTIONS 81
REFERENCES 83
ANNEXES ..... a
TABLE DES MATIERES ..... y

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CNHU-HKM : Centre National Hospitalier et Universitaire – Hubert Koutoukou MAGA

CUTO-CR : Clinique Universitaire de Traumatologie Orthopédie et Chirurgie Réparatrice

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSS : Déterminants Sociaux de la Santé

EMICOV : Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages

ENWHP : European Network for Workplace Health Promotion

ISS : Inégalités Sociale de Santé

INMeS : Institut National Médicaux Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

RDC : République Démocratique du Congo

SSP : Soins de Santé Primaire

VVS : Villes et Villages en Santé

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon le sexe 41
Tableau II : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon l'ethnie 41
Tableau III : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon la situation matrimoniale, la religion et le milieu de résidence (N=51) 42
Tableau IV : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon le revenu mensuel 44
Tableau V : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon la couverture sanitaire 45
Tableau VI : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon le type d'emploi 46
Tableau VII : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon le type de contrat 46
Tableau VIII : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon l'ancienneté au poste (en année) 47
Tableau IX : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur perception sur les contraintes de temps au travail 47
Tableau X : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur perception sur leur environnement de travail 49
Tableau XI : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur perception sur leur relation avec la hiérarchie 51
Tableau XII : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur perception sur leur relation avec leurs collègues 53
Tableau XIII : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon la perception sur la relation avec les usagers du service 54

Tableau XIV : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon la perception sur leur sécurité au travail (N=51) 54
Tableau XV : Répartition du personnel soignant enquêté ayant eu un accident de travail selon les suites de l'accident (N=17)..55
Tableau XVI : Association entre l'état de santé du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou et leur niveau socio-économique 59
Tableau XVII : Association entre l'état de santé du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou et le revenu mensuel 60
Tableau XVIII : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leurs antécédents personnels médicaux..... 61
Tableau XIX : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM selon les autres antécédents médicaux précisés..... 62
Tableau XX : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon les antécédents chirurgicaux 62
Tableau XXI : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur satisfaction..... 63
Tableau XXII : Association entre la satisfaction par rapport aux conditions de travail du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou et le niveau socio-économique..... 65
Tableau XXIII : Association entre la satisfaction par rapport aux conditions de travail du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou et le revenu mensuel..... 66

LISTE DES FIGURES

Figure 1 **:** Conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2007) 14

Figure 2 **:** Stratification sociale et genèse de la maladie selon Diderichsen et al. (2001) 23

Figure 3 **:** Modèle des déterminants de Mackenbach et Stronks [39] 24

Figure 5 **:** Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon la tranche d'âge 40

Figure 6 **:** Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur niveau d'instruction 43

Figure 7 **:** Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon le niveau socio-économique.... 44

Figure 8 **:** Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur perception sur leur état de santé..... 56

Figure 9 **:** Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur avis sur l'influence des conditions de travail sur leur santé..... 57

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Outils de collecte des données ..... b

Annexe 2 : Opérationnalisation des données..... l

Annexe 3 : Lettre d'autorisation de collecte..... v

Annexe 4 : Consentement éclairé ..... w

Annexe 5 : Récépissé de dépôt au comité d'éthique et de recherche..... x

INTRODUCTION

Selon la constitution de l'OMS adoptée en 1946, "la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale" [1].

Le concept des conditions de travail correspond à des réalités diverses dans le temps et l'espace : dans un même site, les conditions vécues par les employés peuvent varier. Au-delà de cette diversité situationnelle, les mécanismes de construction de cette réalité montrent que les conditions de travail sont le résultat d'une acceptation sociale plus ou moins grande de la souffrance au travail [2].

Les conditions de travail retenues dans la littérature désignent d'une manière générale l'environnement dans lequel les employés vivent sur leur lieu de travail. Cet environnement comporte entre autres l'ambiance du travail, la santé et la sécurité au travail, les relations interhumaines, le temps de travail, la reconnaissance et le soutien au travail.

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont des différences d'état de santé importantes et évitables entre des personnes appartenant à des groupes sociaux différents[3]. Deux conditions sont nécessaires pour que l'on parle d'inégalités sociales de santé, et non simplement de différences : il doit s'agir d'un objet socialement valorisé (la vie, le bien-être…) et cet objet doit concerner des groupes sociaux hiérarchisés (classes sociales, catégories socioprofessionnelles…) [4]."

Les inégalités sociales de santé sont considérées comme évitables, car elles ne relèvent pas uniquement de facteurs biologiques mais de déterminants socialement construits [5]. Cette notion de l'équité en santé renvoie à la théorie de la justice sociale et au développement de conditions favorables à la santé pour tous. Il y a un lien direct entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale.

En France, en 2010, les ISS se manifestaient à différents niveaux [6] :

- Espérance de vie entre femmes et hommes : à 35 ans l'espérance de vie des femmes dépasse de 6 ans celle des hommes ;
- Espérance de vie en bonne santé selon le gradient social ;

- Taux de mortalité prématurée entre ouvriers et cadres : l'écart entre l'espérance de vie des cadres et celle des ouvriers est de 6,4 ans pour les hommes et 3,2 ans pour les femmes ;
- Espérance de vie entre diplômés du supérieur et non diplômés : 7,5 ans pour un homme et 4,2 pour une femme ;
- Disparités entre les régions et les territoires.

Ainsi, l'espérance de vie est plus courte pour les gens au plus bas de l'échelle sociale et qui sont susceptibles d'éprouver deux fois autant la maladie et la mauvaise santé que ceux plus près de la hiérarchie supérieure dans la société.

1 PROBLEMATIQUE

1.1 Etat actuel de la situation

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie. Divers facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. Ce sont les déterminants sociaux de la santé [7].

Dans les pays riches, les conditions d'emploi sont soumises aux dispositions de la loi ou d'un contrat d'embauche, contrairement à ce qui se passe dans les pays à faible revenu où la plupart des contrats de travail ne sont pas explicitement réglementés. Les conditions de travail, quant à elles, concernent les tâches des travailleurs : environnement physique et chimique, conditions ergonomiques, facteurs psychosociaux, pénibilité et technologie utilisée. Ils incluent également la hiérarchie et les relations de pouvoir, la participation des travailleurs dans les prises de décision, ainsi que la discrimination [8]. Supposons que ces conditions ne répondent pas aux besoins des salariés, il en résulte de la gêne, de la pénibilité et de l'inconfort. Dans ce cas, ces éléments peuvent devenir des facteurs de risque pour les travailleurs et l'organisation elle-même.

À l'échelle mondiale, les inégalités sociales de santé demeurent une des manifestations les plus éclatantes des disparités sociales et économiques entre pays à l'échelle du globe. La réduction de ces inégalités constitue alors le défi prioritaire des systèmes de santé dans la plupart des pays [9]. S'attaquer aux inégalités de santé et réduire l'écart entre les riches et les pauvres consiste à transformer les relations de pouvoir inégales en changeant le contexte économique par le biais de stratégies à long terme et pratiques. Par exemple, réduire le chômage, offrir des salaires égaux et équitables et permettre aux individus de posséder les compétences nécessaires pour réaliser leur plein potentiel au travail [10].

Il est donc indispensable d'identifier et de comprendre les chaînes causales, les dynamiques d'expositions, les interactions entre déterminants individuels, environnementaux et sociaux et les mécanismes qui conduisent à ce que les inégalités sociales se traduisent par des états de santé détériorés.

Après trois ans de travail, la Commission de l'OMS pour les déterminants sociaux de la santé déposait son rapport final et mettait la communauté internationale au défi de « réduire les écarts en une génération ». Pour ce faire, la Commission formulait entre autres recommandations principales : « améliorer les conditions de vie et de travail de façon à favoriser une vie pleine et riche à tous les stades de la vie [9]. En effet, sur le même lieu de travail, il peut exister des individus bien placés qui jouissent d'un meilleur état de santé que d'autres avec une plus grande capacité d'accès aux soins en fonction de leur niveau socio-économique et d'appartenance à un groupe social. Il peut en exister d'autres qui soient exposés à de rudes conditions de travail nécessitant des efforts physiques et psychologiques basés sur ces mêmes niveaux auxquels s'ajoutent les différences de genre et de niveau d'instruction. Il n'en demeure pas moins que ces différents groupes ont en commun les effets que peuvent avoir la satisfaction dans leur travail sur leur état de santé psychologique.

En conséquence, les conditions d'emploi et de travail sont des aspects centraux des déterminants sociaux de la santé et ont donc un rôle à jouer dans la production des inégalités sociales de santé [8].

1.2 Enoncé du problème

En Afrique, la promotion de la santé est particulièrement pertinente du fait de sa situation précaire en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé [11]. De plus, les inégalités sociales de santé font de plus en plus l'actualité ces dernières années. Si les plaidoyers, les déclarations internationales et les nouvelles stratégies se succèdent au fil des ans pour la santé en Afrique, force est de constater que les inégalités sociales de santé augmentent [12]. Bien qu'il existe

une littérature abondante sur les conditions spécifiques d'emploi et de travail et sur la santé, la littérature se concentre rarement directement sur le rôle important joué par les relations d'emploi et les conditions de travail en tant que déterminant social clé dans la formation de la santé [13]. Au Bénin en particulier, le concept des inégalités sociales de santé est mal connu et la littérature est pauvre en la matière.

Selon le rapport de l'OMS en 2018 sur la sécurité routière dans le monde, le nombre de décès dus aux accidents de la circulation continue d'augmenter régulièrement atteignant 1,35 million en 2016 [14]. En plus de ces victimes, 140 000 blessés dont 15 000 personnes resteront handicapées [15]. Au Mali, selon une étude réalisée en 2017 par ***Almeimoune A. et al***, les accidents de la circulation routière impliquant des engins motorisés à deux roues étaient très fréquents, soit 69,08% des motifs de consultations pour accident de la voie publique. Le type de traumatisme le plus enregistré était le traumatisme crânien 55,13%, suivi par le traumatisme des membres avec 39,71% et les polytraumatisés dans 1,79% des cas [16].

Selon une étude réalisée au cours de la même année au Bénin par ***Chigblo P. et al***, les fractures représentaient 24,9 % des urgences avec un âge moyen de 33,7 ans (29 jours - 90 ans). Les circonstances étiologiques étaient dominées par les accidents de la route (75,8 %), les motocyclistes étant les plus touchés (48,5%). Les fractures siégeaient préférentiellement aux membres inférieurs (64,4 %) [17].

Il ressort de tout ce qui précède que la chirurgie orthopédique et traumatologique demeure une spécialité de prédilection dans la prise en charge des traumatismes ostéo-articulaires. A cet effet, son but ultime est de favoriser une réinsertion socioprofessionnelle précoce aux blessés. Il va de soi que cette spécialité soit exercée par des professionnels de la santé à l'abri des inégalités sociales de santé que pourraient produire leurs conditions d'emploi et de travail.

C'est pour l'ensemble de ces raisons qu'à travers la présente étude, nous avons retenu de faire l'état des lieux sur ces concepts, en choisissant en particulier, le cadre de la Clinique Universitaire de Traumatologie Orthopédie et de Chirurgie

Réparatrice (CUTO-CR) du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou.

1.3 Hypothèses

Pour ce faire, des hypothèses ont été émises :

- ❖ Il existe au sein du personnel soignant de la CUTO-CR du CNHU-HKM des inégalités sociales de santé ;
- ❖ Il existe un lien entre les conditions de travail et d'emploi et les inégalités sociales de santé au sein du personnel soignant de la CUTO-CR du CNHU-HKM.

1.4 Objectifs

1.4.1 Objectif général

Étudier les conditions d'emploi et de travail du personnel soignant de la CUTO-CR au regard des inégalités sociales de santé.

1.4.2 Objectifs spécifiques

1) Décrire les caractéristiques sociodémographiques et économiques du personnel soignant de la CUTO-CR ;
2) Décrire les conditions d'emploi et de travail du personnel soignant de la CUTO- CR ;
3) Identifier le niveau de satisfaction du personnel soignant de la CUTO-CR ;
4) Identifier l'association entre les conditions de travail et d'emploi du personnel soignant de la CUTO-CR et les inégalités sociales de santé.

2 GENERALITES

2.1 Définitions des concepts

❖ Inégalités sociales de santé (ISS)

Les ISS sont définies dans le Glossaire de la promotion de la santé de l'OMS [18] comme : « des différences d'état de santé importantes et évitables entre des personnes appartenant à des groupes sociaux différents. Elles concernent toute la population selon un gradient social qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées ».

❖ Santé

La santé selon l'OMS est définie comme un état de complet bien-être physique, mental, économique et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Elle représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». La santé est un sujet à la fois individuel (état de santé d'un individu) et collectif (état de santé d'une population) [1].

❖ Modèle de santé

Un modèle de santé est un paradigme, une façon de se représenter les phénomènes : un ensemble de convictions, de croyances, de pratiques et de postulats partagés par un ensemble de praticiens. Il se fonde sur des observations particulières, une série de questions précises et de problèmes à résoudre, des méthodes spécifiques pour les aborder d'une manière considérée comme valide et une certaine façon d'interpréter les résultats [20].

Il y a au moins cinq modèles de santé établis pour la promotion de la santé qui sont discutés dans la littérature : le modèle médical, le modèle comportemental, le modèle éducatif, le modèle centré sur le client, et le modèle socio-environnemental. Les programmes de santé sont conçus, mise en œuvre et évalués grâce à trois d'entre eux. Ce sont : le médical, le comportemental, et le socio-environnemental [21]. Nous nous concentrerons sur ces trois modèles :

- **Le modèle médical**

Le modèle médical (ou encore appelé biomédical) est celui qui reste dominant, socialement et au sein des administrations de la santé. Ce modèle considère la santé comme une absence de maladie ou de conditions physiologiques pathogènes. Une répartition professionnelle entre le corps et l'esprit est mise au point, le corps et sa maladie physique était la responsabilité des médecins alors que les psychologues et les psychiatres s'occupent de la condition de la psyché [21].

Ce modèle se préoccupe essentiellement de l'absence de maladie et de son traitement quand elle survient. Plus récemment, le modèle médical s'est préoccupé de la prévention de la maladie chez les personnes à haut risque, les personnes dont la prédisposition génétique, les comportements ou les antécédents familiaux et personnels les placent statistiquement plus à risque de la maladie [21].

- **Le modèle comportemental ou le modèle du mode de vie**

Le modèle comportemental appréhende la santé en termes de comportement et de mode de vie des individus. Le mode de vie et les comportements sont devenus progressivement le cœur de la promotion de la santé dans les années 1970. Au cours de cette période, les professionnels de promotion de la santé ont reconnu que les comportements et le mode de vie des individus pourraient influer directement sur leur propre santé et celle des autres. Ce modèle ne considère pas nécessairement le comportement comme une action isolée sous le contrôle autonome de l'individu. Mais il reconnaît combien il est influencé et conditionné par une interaction complexe de facteurs sociaux, politiques et culturels [21].

- **Le modèle socio-environnemental**

Le modèle socio-environnemental considère la santé comme étant influencée par les conditions sociales et environnementales.

Il fait valoir que la santé, notamment des groupes marginalisés, est influencée principalement par des problèmes structurels tels que la pauvreté, le logement, la surpopulation et le manque de contrôle communautaire. Un nouveau discours émancipateur sur la promotion de la santé a donc commencé à se former, ce dernier, plus préoccupé par la justice sociale et la durabilité écologique, plutôt que par le changement de comportements individuels [21].

❖ **Déterminants de la santé**

Ce sont des facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. Les déterminants de la santé comprennent : l'environnement social et économique, l'environnement physique et les caractéristiques et comportements individuels de la personne. Ces déterminants comprennent les facteurs ci-dessus, et bien d'autres : le revenu et le statut social, l'éducation, l'environnement physique, l'emploi et les conditions de travail, le réseaux de soutien, la culture , la génétique, le comportement personnel et les capacités d'adaptation, les services de santé et le genre [22].

❖ **Déterminants sociaux de la santé (DSS)**

C'est l'ensemble des conditions dans lesquelles les individus sont conçus, naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les mécanismes mis en place pour faire face à la maladie [50]. Socialement produites, ces conditions influencent la santé des populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'environnement bâti dont l'habitation et autres [9].

❖ **Position sociale**

C'est la place occupée par un individu dans la structure sociale en vertu de son appartenance à un ou plusieurs groupes sociaux. Toutes les sociétés sont stratifiées en fonction d'un certain nombre de critères qui déterminent l'accès qu'ont les groupes sociaux à un ensemble de ressources. La position sociale d'un

individu est donc liée à son appartenance à certains groupes et détermine sa capacité d'accéder aux ressources nécessaires à la réalisation de ses objectifs [9].

❖ **Gradient social de santé**

C'est l'observation robuste d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Un gradient social de santé est observable lorsque la fréquence d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque augmente régulièrement à partir des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées [9].

❖ **Travail et conditions de travail**

Les conditions de travail regroupent les aspects matériels (contraintes physiques, moyens, conditions sanitaires, etc.), organisationnels (temps de travail, rythme de travail, autonomie et marge de manœuvre, etc.), et psychosociaux (relations avec les clients, la hiérarchie et les collègues, sentiment d'utilité, etc.) dans lesquels est exercée une activité professionnelle[23].

❖ **Les conditions d'emploi**

Il faut entendre, par conditions d'emploi, l'ensemble des obligations, des protections et des droits qui sont contenus dans le contrat (dans l'emploi privé) ou dans le statut (dans l'emploi public) et qui règlent la relation salariale [24].

2.2 Principaux déterminants des inégalités sociales de santé

À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socioéconomique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les « *déterminants de la santé* ». Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé [25]. Ils sont catégorisés en déterminants intermédiaires et structurels. Les déterminants intermédiaires de l'état de santé renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux comportements, aux facteurs biologiques et génétiques, ainsi

qu'au rôle de l'accès au système de santé. Parmi les éléments pris en compte, on citera pour les conditions matérielles : le logement, la qualité de quartier, la consommation potentielle (c'est-à-dire les moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds, etc.), l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux relations et au soutien social. Les déterminants structurels, en revanche, sont ceux qui sont liés au contexte politique et économique du pays. Ils influent sur la stratification sociale et économique du pays et donc sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, de ses origines ethniques. On y trouve : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société, les revenus, l'éducation, l'occupation, la puissance, le prestige, etc. Ces déterminants ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires et donc de la genèse des ISS [25].

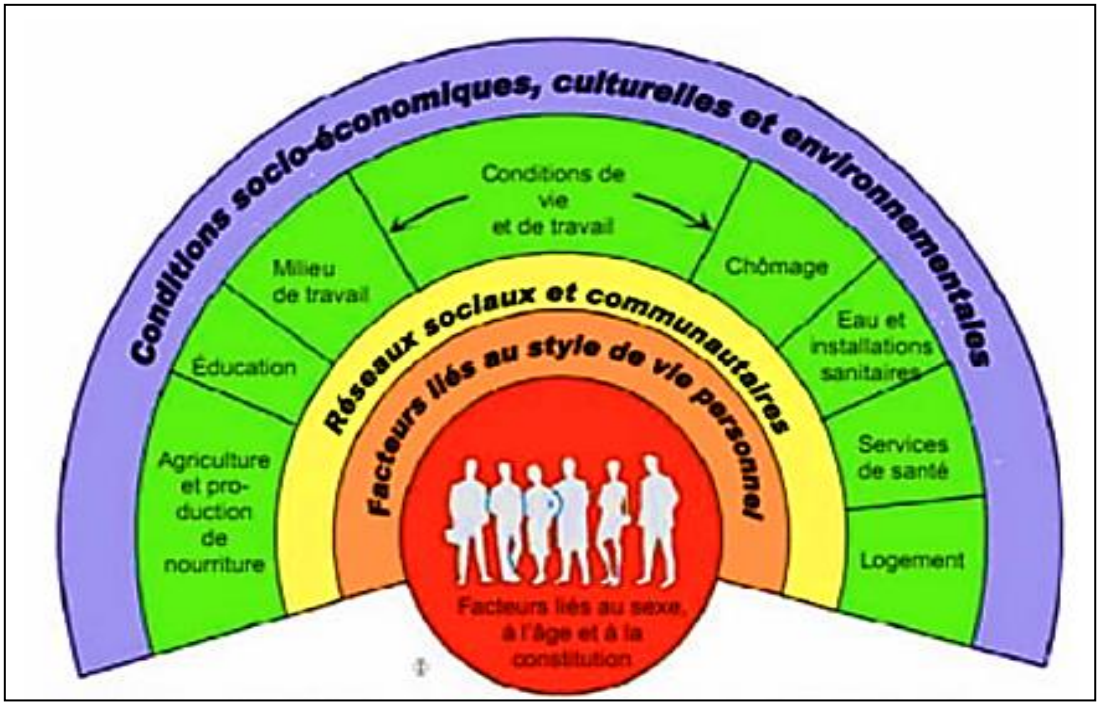


Figure 1 : Conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2007)

2.3 Les conditions d'emploi et de travail

2.3.1 Travail, conditions de travail, service rendu et ISS

Le travail joue un rôle majeur dans la production des inégalités sociales de santé. D'une part, il détermine la place qu'on occupe dans la société, donc les conditions de vie, de revenu, de logement et de protection sociale. D'autre part, les conditions et l'organisation du travail et de l'emploi ont des effets directs sur la santé et sur la production des inégalités sociales de santé [26].

2.3.2 Potentiel intrinsèque, profession et performance au travail

Depuis les travaux de Campbell (1990), la recherche tente d'adopter des perspectives intégratives, en essayant de rassembler et d'analyser l'ensemble des connaissances sur ces liens, en vue de proposer des modèles multifactoriels des propriétés comportementales de la performance au travail. Il permet de situer l'état de la connaissance du domaine et d'identifier les déterminants psychologiques majeurs de la performance au travail, à partir d'une meilleure compréhension des propriétés comportementales de la performance au travail [27].

Le modèle multifactoriel de Campbell (1990) identifie huit dimensions comportementales de la performance au travail. Ces huit dimensions ou propriétés comportementales de la performance au travail sont présentées successivement :

- les compétences dans les tâches spécifiques à l'emploi : il s'agit des capacités développées par l'individu à maîtriser les tâches relevant des exigences techniques fondamentales attachées à un emploi et qui lui sont spécifiques (maîtrise des compétences propres à un emploi ou une profession et que l'on retrouve peu ou pas dans d'autres emplois) ;
- les compétences dans les tâches non spécifiques à l'emploi : il s'agit des capacités développées par l'individu à maîtriser les tâches exigées dans

un grand nombre d'emplois de l'organisation ; cette aptitude relève des compétences à la polyvalence, à l'adaptabilité ;

- la communication écrite et orale : il s'agit de la capacité à communiquer clairement et efficacement (entraîner la confiance et l'intérêt du récepteur) ;
- les efforts au travail : il s'agit de la qualité d'engagement dans l'effort de l'individu et de sa motivation à réaliser son travail, avec énergie, en déployant des efforts intenses et persistants ;
- le maintien d'une discipline personnelle : la qualité d'autodiscipline renvoie à l'aptitude à éviter les comportements négatifs tels que l'abus d'alcool ou de drogue, l'infraction aux règles internes, à l'absentéisme, etc. ;
- la facilitation de la performance de l'équipe et des collègues : cette qualité relève de l'aptitude d'une personne à soutenir, aider, et développer les collègues et à concourir à l'unité de l'équipe en contribuant à son fonctionnement collectif ;
- superviser : il s'agit de l'aptitude à influencer les personnes subordonnées par des interactions en face à face ; cette compétence relève des qualités de leader exprimées par l'individu ;
- manager et administrer : il s'agit de l'aptitude à maîtriser les tâches d'allocation des ressources, d'organisation, de contrôle de l'efficacité d'une équipe (contrôle et suivi des objectifs, de l'application des règles) et de développement d'un service (accroître les ressources humaines, financières, matérielles) [27].

2.3.3 Professionnel de santé et ISS

2.3.3.1 Responsabilités hiérarchiques et structure des professions dans les établissements de santé

L'une des particularités les plus frappantes du travail dans les établissements de santé reste le haut niveau de formalisation et de réglementation qui structure l'espace de certaines professions. Les hôpitaux, en tant que lieux de travail, réunissent une grande variété de niveaux de qualification et balaient tout le spectre des catégories socioprofessionnelles. Bien qu'une grande diversité de statuts s'y côtoie, les relations entre ces différentes catégories de personnel n'en apparaissent pas moins (peut-être devrait-on dire « d'autant plus ») codifiées : la définition et la division des tâches sont étroitement liées aux hiérarchies professionnelles de la santé, dont l'accès est lui-même extrêmement conditionné par les formations initiales. Sur le terrain, il apparaît que plus les professions sont prestigieuses, plus elles sont codifiées, plus leurs membres exercent un monopole exclusif sur certaines tâches et plus ils s'éloignent des tâches sur lesquelles il n'existe pas de monopoles. En revanche, plus les catégories sont basses, moins le contenu du travail est prédéfini, plus il est susceptible de redéfinitions en situation, ce que contestent parfois les individus concernés, par exemple les aides-soignantes ou les brancardiers [19].

Devoir interrompre une tâche pour en effectuer une autre plus urgente est incontestablement un facteur de charge mentale. L'impact du sentiment de responsabilité peut être positif, si les salariés se sentent valorisés, et que leur travail se trouve enrichi, ou négatif, lorsque la charge mentale devient source de stress, lui-même créateur de pathologie [28].

Enfin, pour un travailleur sur trois, les relations dans le travail sont une source fréquente de tensions : les situations de tension avec les supérieurs hiérarchiques sont plus fréquentes que les situations de tension avec les collègues et 30 % des travailleurs se plaignent de tension avec le public (usagers,

patients, ...). Ces actions varient en fonction des facteurs de stress détectés : surcharge de travail, insuffisante marge de manœuvre pour faire face à la demande, pression sur des objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs, manque de soutien du management ou des collègues, insuffisante reconnaissance du travail, définition des tâches imprécise diluant les responsabilités, etc. Les actions de prévention primaire viseront donc différents objectifs : répartir plus justement la charge de travail en fonction des effectifs, du temps de travail et des compétences ; redéfinir les responsabilités de chacun ; revoir les méthodes d'évaluation des performances individuelles ou collectives et les modalités de reconnaissance du travail [29].

2.3.3.2 Des contraintes de travail pathogènes, inhérentes aux missions de soin

L'étude des conditions de travail du personnel soignant a permis de mettre en évidence leur caractère particulièrement pathogène. Les personnels sont en effet, dans leur grande majorité, confrontés à trois types de contraintes dont les effets délétères sur la santé sont démontrés par les études épidémiologiques : les horaires décalés et le travail posté, les efforts physiques importants et l'exposition à un environnement de travail malsain. Les horaires décalés et le travail posté à l'hôpital sont la condition pour un égal accès aux soins et pour leur continuité. En ce qui concerne les efforts physiques importants, les personnels de l'hôpital sont particulièrement concernés. En 2013, près de 85 % des travailleurs du secteur sont exposés à au moins une pénibilité physique, et en particulier à au moins l'une de ces quatre contraintes : la position debout prolongée, le port de charges lourdes, la réalisation de mouvements douloureux et fatigants ainsi que des déplacements fréquents et longs.

Enfin, l'environnement de travail constitue une autre astreinte : Trois quarts de ces salariés sont exposés aux risques biologiques, essentiellement à travers les contacts avec les patients. Ces trois formes de contrainte (horaires décalés, pénibilité physique et exposition à des risques chimiques et biologiques) se

cumulent et touchent plus fortement certains métiers. Les infirmières, les sages-femmes et les aides-soignants sont les plus fortement soumises aux contraintes pathogènes. Les aides-soignants présentent en particulier un indice très élevé de pénibilité physique et se situent à des niveaux élevés sur les contraintes horaires et environnementales. Les médecins et assimilés ont quant à eux l'indice de contraintes horaires le plus élevé mais sont relativement épargnés par les autres contraintes, notamment les contraintes physiques [30].

2.3.3.3 Accumulation de pénibilités du travail et risques psychosociaux

Outre l'accroissement de la production et de la productivité qu'elle provoque, l'augmentation des contraintes de rythme a un fort impact sur la perception qu'ont les personnels de leur travail, sur les stratégies qu'ils sont en mesure de développer pour rendre leur travail soutenable et de ce fait sur leur état de santé [31]. Cela est d'autant plus marqué pour le secteur hospitalier que le travail y est physiquement très exigeant.

En termes de risques psychosociaux, l'intensité excessive du travail peut également générer un sentiment de « qualité empêchée », c'est-à-dire l'impression pour les salariés concernés de ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité. « Devoir faire son travail avec des outils inappropriés, ou en prenant des risques pour sa sécurité, ou en bâclant par manque de temps » peut engendrer de la souffrance au travail [32] et être lié statistiquement à des problèmes de santé [33]. Pendant qu'avoir un emploi est généralement plus favorable à la santé que de ne pas en avoir un, le stress en milieu de travail augmente le risque de problèmes de santé, par exemple, les maux de dos, l'absentéisme pour fait de maladie et les maladies cardio-vasculaires. Ceci est plus prononcé quand les gens ont peu de possibilités d'utiliser leurs compétences et ont une faible autorité de décision [10].

2.3.3.4 La santé et la sécurité au travail

Le thème de la santé et la sécurité au travail s'inscrit dans l'objectif d'amélioration de la qualité du travail. La politique communautaire dans ce domaine comporte trois dimensions, une approche globale du bien-être au travail qui prend en compte l'émergence des nouveaux risques pour améliorer la qualité du travail, la consolidation d'une culture de prévention et la construction de partenariats entre tous les acteurs de santé et de sécurité. Pour évaluer cette dimension, on peut recourir de manière globale à des données de mortalité et d'espérance de vie par catégorie sociale, ou au nombre d'accidents du travail ou au nombre de cas des différentes maladies professionnelles déclarées et reconnues. Mais on peut également recourir à des indicateurs axés sur le risque : indicateurs d'efforts et de risques au travail (bruit, postures pénibles, port de charges lourdes, travail prolongé sur écran), indicateurs de conditions de travail (organisation des horaires, manque de moyens, pression temporelle et charge mentale) ou indicateurs de risques professionnels (risques d'infection, usage de produits toxiques, inhalation de poussières) [34].

Les employés précaires ont également signalé un contrôle du travail plus faible, des exigences professionnelles plus élevées et un soutien social médiocre sur le lieu de travail, par rapport à ceux qui occupaient des postes sûrs. Les analyses de régression ont montré que l'insécurité de l'emploi était fortement associée à une mauvaise santé, même avec un ajustement de l'âge, du contrôle de l'emploi, des exigences de l'emploi et du soutien social sur le lieu de travail[35].

2.3.4 Organisation structurelle de travail et ISS

Les relations d'emploi, les conditions d'emploi et les conditions de travail sont des concepts différents mais interdépendants. Le premier concept constitue la relation entre un employeur qui embauche des travailleurs qui effectuent un travail pour vendre un bien ou un service rentable, et un employé qui contribue par son travail à l'entreprise, généralement en échange du paiement d'un salaire. Une composante importante des relations de travail sont les relations de pouvoir

entre employeurs et employés et le niveau de protection sociale sur lequel les employés peuvent compter [13]. Trois types de statuts d'emploi sont habituellement reconnus : employé temporaire ou saisonnier, employé permanent et travailleur autonome.

Les employeurs ont des obligations de base à respecter envers les employés temporaires ou saisonniers. Par exemple, le nombre d'heures de travail d'un employé temporaire peut varier pendant l'année, et ces derniers ne bénéficient pas des mêmes avantages sociaux que les employés permanents.

Les employés permanents, quant à eux, ont un contrat de travail qui protège leurs droits de manière plus étendue. Par exemple, ils ont souvent accès à des assurances supplémentaires et bénéficient d'une rémunération qui ne fluctue pas pendant l'année.

Finalement, les travailleurs autonomes n'ont pas d'employeur à proprement parler. Ils ne bénéficient donc pas des mêmes droits que les employés. Par exemple, ils ne sont pas tenus par la loi d'avoir des jours fériés rémunérés ni de journée de maladie [36]. Le système dual ainsi défini est profondément inégalitaire : il n'apporte aux salariés concernés ni la même sécurité d'emploi que les fonctionnaires titulaires, ni le même droit à la carrière, ni le même régime de retraite.

2.4 Des inégalités sociales aux inégalités de santé [9]

Plusieurs auteurs se sont efforcés de rendre compte de la complexité des déterminants sociaux en modélisant de façon synthétique l'ensemble des résultats de recherches en la matière. Il existe dans la littérature une grande variété de modèles, plus ou moins dynamiques, et permettant plus ou moins de hiérarchiser la part respective des différents déterminants qui participent à la genèse des inégalités au sein d'une société et qui structurent les inégalités de santé. Suivant leurs orientations, on voit pour chacun se dessiner les points d'entrée pour des

actions. Nous présenterons ici les principaux modèles qui font autorité dans le domaine.

2.4.1 L'approche éco-sociale

Le modèle de Dahlgren et Whitehead présenté à la figure 1 tente d'articuler les trois niveaux d'expression des déterminants sociaux : individuel, environnemental et sociétal. La pluralité de ces déterminants est ici illustrée en couches superposées avec, au centre, les individus, caractérisés par leur âge, leur genre et des facteurs constitutifs (génétiques par exemple), dont l'effet sur la santé est indéniable, mais qui sont généralement inchangeables. Immédiatement au-dessus, on trouve les comportements individuels et notamment les facteurs de risque de l'exposition à ces différents facteurs fragilisent la sante exerçant en retour un impact sur la situation sociale. Ce modèle trouve ses limites dans le fait qu'il ne permet pas de hiérarchiser et/ou de quantifier l'influence et les effets respectifs des différents déterminants présentés. Il est donc peu utile pour dégager des priorités de santé publique et des modalités d'action.

2.4.2 Stratification sociale et genèse de la maladie : Le modèle de Diderichsen et Hallqvist

Ce modèle adapté par Diderichsen, Evans et Whitehead en 2001 met l'accent sur la façon dont les contextes sociaux génèrent une stratification sociale et affectent les individus en fonction de leur position sociale. La figure 2 illustre la façon dont la position sociale des individus influence leur santé et leur capacité à faire des choix plus « sains » pour eux. La flèche A renvoie aux facteurs qui produisent des positions sociales différenciées. Il s'agit des facteurs structurels inscrits au plus profond de l'organisation sociale comme la répartition du pouvoir, des richesses ou des risques (par exemple : le système éducatif, les politiques de l'emploi, les normes relatives au genre ou aux minorités ethniques, les institutions politiques). La flèche (I) indique comment la stratification sociale génère à son tour une exposition différentielle aux risques ou à des conditions défavorables

pour la santé (II) produisant alors une vulnérabilité différentielle (III), qui aboutit à des états de santé différentiels. Enfin, le bloc des conséquences sociales illustre les effets consécutifs de l'état de santé sur les conditions de vie, d'emploi, etc., d'un individu ou de sa famille.

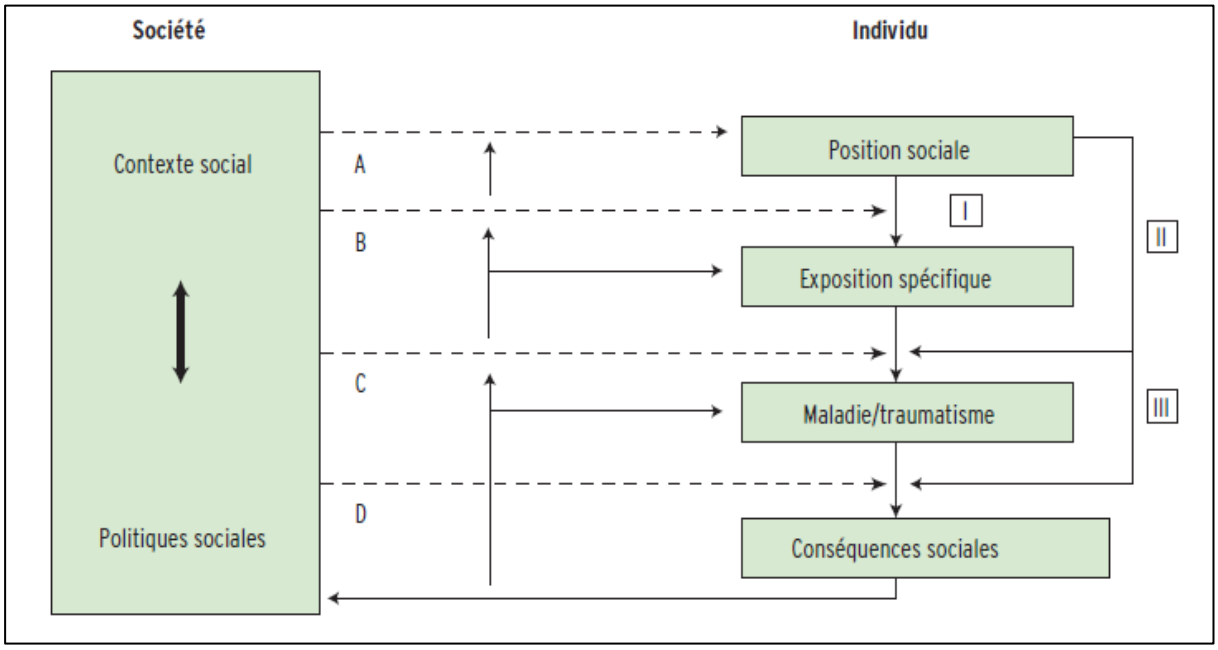


Figure 2 : Stratification sociale et genèse de la maladie selon Diderichsen et al. (2001) [37].

2.4.3 Effet de sélection et relations de causalité : Le modèle de Mackenbach

Le modèle de Mackenbach, présenté à la figure 3, met l'accent sur les mécanismes qui génèrent des inégalités par effet de sélection ou par relation de cause à effet. L'effet de sélection est illustré par les flèches qui portent le numéro 1 qui montrent comment des problèmes de santé survenus dans l'enfance se répercutent sur la situation socioéconomique et les états de santé à l'âge adulte. L'intérêt de ce modèle est de prendre aussi en compte la façon dont les problèmes de santé survenus à l'âge adulte affectent la situation sociale et économique. Les relations de causalité entre la position socioéconomique et les problèmes de santé sont représentées par les flèches qui portent le numéro 2. Elles impliquent trois groupes de déterminants intermédiaires : ceux liés au mode de vie, ceux de nature

structurelle ou environnementale, et enfin les facteurs psychosociaux liés au stress.

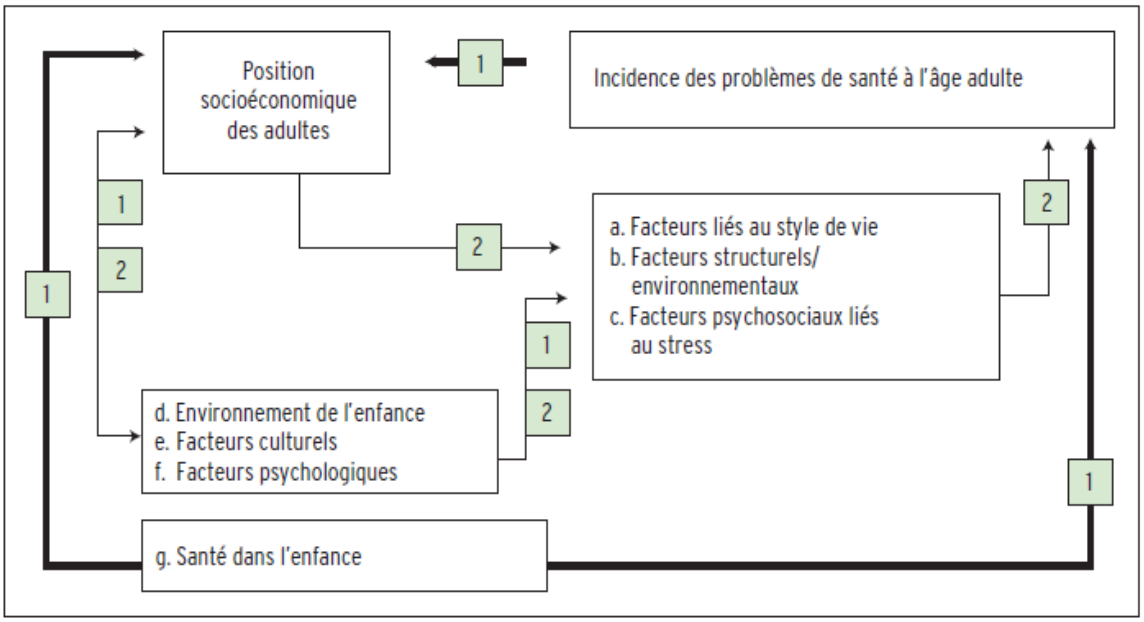


Figure 3 : Modèle des déterminants de Mackenbach et Stronks [38].

2.5 Les approches d'action pour la réduction des inégalités sociales de santé

2.5.1 Les approches des milieux

2.5.1.1 Villes et villages en santé (VVS)

L'approche VVS allie santé et processus de développement dans une perspective d'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des citoyennes et citoyens. Ici, la santé est entendue comme un ensemble de facteurs reliés aussi bien à l'environnement social que physique, et ce, de l'échelle individuelle à celle de la société et de l'écosystème global. La communauté constitue l'assise première du concept VVS. La municipalité y est vue comme le lieu le plus susceptible d'agir sur les déterminants de la santé des individus, mais aussi des communautés. L'approche repose sur le principe d'*empowerment* (pouvoir d'agir) et sur des stratégies d'action que sont la participation citoyenne, la concertation

intersectorielle et la mise en place de politiques publiques favorables à la santé et à la qualité de vie [10].

La démarche repose sur une vision large et holistique de la santé en milieu municipal qui inclut des considérations sociales, environnementales et économiques. Ainsi, pour être en santé, une ville doit favoriser les caractéristiques suivantes [39] :

- un environnement propre, sans danger et de qualité ;
- une communauté forte avec un degré élevé de participation ;
- la satisfaction des besoins fondamentaux de tous ;
- une économie diversifiée, dynamique et novatrice ;
- la promotion de liens avec le passé ;
- des choix d'urbanisme cohérents ;
- des services de santé appropriés.

2.5.1.2 Ecoles promotrices de la santé

La promotion de la santé à l'école s'appuie sur une démarche globale et positive permettant de promouvoir le bien-être des élèves dans un environnement bienveillant favorisant un climat de confiance et de réussite [40]. Elle doit renforcer les attitudes favorables à la santé pour tous les élèves et, pour certains, répondre aux problèmes de santé rencontrés ou prévenir des conduites à risque. Les comportements de santé à risque (addiction, sédentarité, alimentation, etc.) structurent et renforcent les inégalités sociales au cours de l'enfance et de l'adolescence [41].

2.5.1.3 Hôpitaux promoteurs de la santé

Le projet hôpital promoteur de santé a été développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1991 à la suite de l'adoption de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, et a été formalisé dans les recommandations de Vienne. Un hôpital promoteur de santé cible la santé des individus (personnel,

patients, communauté locale) mais aussi la santé de l'organisation hospitalière en créant une organisation durable, capable d'apprendre et de s'adapter à un environnement changeant, en combinant le besoin de s'adapter avec l'objectif de maximiser les gains en santé [42].

Les objectifs d'un hôpital promoteur de santé sont d'améliorer [43] :

- la qualité et la sécurité des soins dans une approche globale des problématiques de santé, en envisageant la mission des services de santé dans un continuum tout au long des parcours de vie ;
- les relations entre l'hôpital et les autres structures de santé, la communauté du territoire dans lequel il est implanté et son environnement ;
- les conditions de vie et de travail des professionnels dans l'établissement ;
- la participation des professionnels et des usagers aux décisions concernant leur santé ;
- la satisfaction des patients et leur entourage ainsi que du personnel.

2.5.1.4 Promotion de la santé sur les lieux de travail et les marchés

Le Réseau Européen pour la Promotion de la Santé sur le Lieu de travail (European Network for Workplace Health Promotion – ENWHP) définit la promotion de la santé sur le lieu de travail comme « les efforts conjugués des employeurs, des salariés et de la société pour améliorer la santé et le bien-être des personnes au travail » [44].

Cette définition repose sur la déclaration de Luxembourg (1997) des membres de l'ENWHP, qui décrit la promotion de la santé sur le lieu de travail comme une « stratégie d'entreprise moderne, destinée à prévenir les problèmes de santé sur le lieu de travail (notamment les maladies liées au travail, traumatismes et accidents liés au travail, les maladies professionnelles et le stress), ainsi qu'à renforcer les chances d'être en bonne santé et à accroître le bien-être

des travailleurs » [45]. Selon la déclaration de Luxembourg, cet objectif peut être atteint-en :

- améliorant l'organisation du travail et l'environnement professionnel ;
- favorisant une participation active ;
- encourageant le développement personnel.

2.5.2 La décentralisation administrative

De façon très générale, la décentralisation consiste en un transfert d'autorité ou en un fractionnement de l'autorité publique entre le niveau national et les niveaux sous-nationaux ou, plus généralement entre les administrations centrales et les administrations régionales, locales, etc., en matière de planification de gestion et de décision [46]. La création des communes consacre un véritable transfert de compétences du pouvoir central vers les collectivités locales. Ce transfert se concrétise par la possibilité offerte à ces collectivités d'entreprendre des investissements dans plusieurs domaines, y compris celui de la santé. Ainsi elle est autonome et organise un système local capable de répondre à ses besoins en soins de santé primaire par exemple.

2.5.3 La décentralisation du système sanitaire

La gestion hyper centralisée du système de santé affecte la qualité des soins dispensés à la population et elle est en grande partie responsable des maux qui menacent l'intégrité du système sur plusieurs fronts : pénurie de personnel, démotivation du personnel, délocalisation des services, débordement des services d'urgences etc.

La décentralisation est devenue une stratégie de gestion courante dans bon nombre de systèmes de soins de santé. Cette démarche repose en fait sur un principe intrinsèquement puissant, à savoir que des organisations de plus petite taille, bien structurées et gouvernées, sont plus souples et plus responsables que les organisations plus grandes. La décentralisation des services de santé a pour

objectif principal d'assurer une plus grande accessibilité aux soins et la participation des populations à la définition des priorités de santé et à leur gestion [47].

2.5.4 La santé dans toutes les politiques

La santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé [14].

La santé dans toutes les politiques est fondée sur la reconnaissance du fait que les plus grands enjeux sanitaires (les maladies non transmissibles, les inégalités en santé, le changement climatique et l'augmentation vertigineuse des coûts des soins) sont extrêmement complexes et souvent liés par l'intermédiaire des déterminants sociaux de la santé. Dans ce contexte, la promotion de communautés en bonne santé et, en particulier, de l'équité en santé entre groupes de population, nécessite de se pencher sur les déterminants sociaux de la santé, par exemple sur le transport public, l'accès à l'éducation, l'accès à des aliments sains, les perspectives économiques et d'autres facteurs encore [14].

2.5.5 La promotion de la santé et la lutte contre la maladie (transmissible et non transmissible)

Grâce à la promotion de la santé, les individus, les familles et les communautés, en toute connaissance de cause, participent activement au développement de leur propre santé et à la protection de l'environnement où ils vivent. Dès lors, la promotion de la santé est partie intégrante tant du concept de « santé pour tous » que de la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP). En Afrique de l'Ouest, la stratégie régionale de promotion de la santé vise à favoriser des actions qui améliorent le bien-être physique, social et psychique des

populations, et contribuent à prévenir les principales causes de morbidité, d'incapacité et de mortalité.

La prévention et la promotion de la santé peuvent contribuer de manière décisive : environ la moitié des maladies non transmissibles sont influencées par le mode vie. Les chances de rester longtemps en bonne santé augmentent pour ceux qui associent une activité physique régulière à une alimentation équilibrée et qui renoncent au tabagisme ainsi qu'à une consommation excessive d'alcool [48].

C'est précisément l'approche préconisée par la stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles. Son but consiste, d'une part, à bien informer la population et à responsabiliser les individus ; d'autre part, à aménager des conditions de travail et de vie permettant un style de vie sain. Cette stratégie emprunte des approches déjà éprouvées dans différents programmes de prévention, à savoir dans les domaines de l'alcool, du tabac, de l'alimentation ainsi que de l'activité physique, et constitue un vaste cadre orientant toutes ses activités. Il s'agit ici d'empêcher, dans la mesure du possible, que les maladies non transmissibles ne se déclarent ou, le cas échéant, de les dépister rapidement et d'en atténuer les effets. La stratégie vise ainsi à éviter les souffrances, à augmenter la qualité de vie et à diminuer les coûts de santé [49].

3 CADRE ET METHODES D'ETUDE

3.1 Cadre d'étude

Notre étude avait pour cadre le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou, précisément la Clinique Universitaire de Traumatologie Orthopédie et de chirurgie Réparatrice (CUTO-CR).

3.1.1 CNHU-HKM

Le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou est situé dans le département du Littoral, au sud de la ville de Cotonou dans le 12ème arrondissement et s'étend sur une superficie de 10 hectares. Il a été créé par le décret n°73-008 du 10 janvier 1973 et renommé Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) en décembre 2001 afin de permettre aux étudiants en médecine de l'Université Nationale du Bénin (UNB) d'y faire leur stage pratique. C'est un centre de soins spécialisés, d'enseignement, de recherche et de formation pratique pour les agents de santé toutes catégories confondues. A cet effet, il accueille des étudiants de l'INMeS (infirmiers/infirmières, étudiantes sages-femmes), des étudiants de la FSS (médecine, pharmacie, Kinésithérapie, assistants sociaux, nutrition, DES toutes spécialités). Avec une capacité d'accueil de 468 lits actuellement, il se subdivise en plusieurs services hospitaliers que l'on peut regrouper comme suit :

- les services médicaux : Clinique Universitaire de Dermatologie et Vénérologie, service de Médecine interne et d'Oncologie, Clinique Universitaire d'Endocrinologie, Métabolisme et de Nutrition, Clinique Universitaire d'Hépato-gastroentérologie, Clinique Universitaire de Neurologie, Clinique Universitaire de Pédiatrie et de Génétique Médicale, Clinique Universitaire de Rhumatologie, Clinique Universitaire de Néphrologie et d'Hémodialyse, Service d'Hématologie, Immunologie et des Maladies du sang (SHIMAS), Clinique Universitaire de Cardiologie (CUC) ;

- les services chirurgicaux : Clinique Universitaire de Traumatologie, Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice (CUTO-CR), Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale (CUCV), Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie (CUUA), Clinique Universitaire de Chirurgie Pédiatrique (CUCP), Service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale (ORL-CCF) couplé à un service d'odontostomatologie, Clinique Universitaire de Gynéco-Obstétrique (CUGO) et la Clinique Universitaire d'Ophtalmologie ;
- les services d'urgences médicales et chirurgicales : Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU), Clinique Universitaire Polyvalent d'Anesthésie-Réanimation (CUPAR) ;
- les services médico-techniques : laboratoires d'Analyses Biomédicales, unité d'imagerie médicale, banque de sang.
- les autres services : Clinique Universitaire de Médecine Physique et Réadaptation (SMPR), hygiène hospitalière, morgue, CTA.

3.1.2 Clinique Universitaire de Traumatologie Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice (CUTO-CR)

❖ **Ressources humaines**

Il est actuellement dirigé par le professeur HANS-MOEVI AKUE Aristote Carol lsaac Kpakpovi, professeur titulaire de Traumatologie-Orthopédie, assisté d'une équipe composée de :

- deux (02) Maîtres de Conférence Agrégé, chirurgiens traumatologues-orthopédistes
- un (01) Maître Assistant, chirurgien traumatologue-orthopédiste ;
- un (01) Assistant, chirurgien traumatologue-orthopédiste
- une (01) praticienne hospitalière, chirurgienne plasticienne ;
- treize (13) infirmiers dont un (01) surveillant ;
- treize (13) aides-soignants
- une (01) secrétaire.

❖ **Infrastructures**

Il dispose de :

- deux (02) pavillons d'hospitalisation d'une capacité totale de 61 lits : le pavillon central comporte 9 salles d'hospitalisation avec 49 lits et la zone septique (annexe) qui comporte 3 salles d'hospitalisation avec 12 lits ;
- une salle pour le pansement à titre externe située dans les locaux du pavillon central ;
- une salle de staff.

Sont annexés à la CUTO-CR :

- des salles de consultation situées à la chirurgie externe ;
- une salle de réalisation de plâtre.

❖ **Activités du service**

Les activités du service se déroulent durant toute la semaine et se présentent comme suit:

- un staff, tous les matins, du lundi au jeudi ;
- la consultation externe qui se fait du lundi au jeudi ;
- les interventions chirurgicales programmées des patients du lundi au jeudi ;
- les soins et le suivi des patients au niveau de chaque secteur ;
- une visite journalière des patients hospitalisés du lundi au jeudi ;
- une visite générale des patients hospitalisés suivi du programme opératoire le vendredi ;
- l'encadrement des apprenants;
- la recherche scientifique.

3.2 Méthodes d'étude

3.2.1 Type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive à visée analytique.

3.2.2 Période d'étude

Notre étude s'est déroulée sur la période allant du 02 au 31 décembre 2022 soit trente jours.

3.2.3 Population d'étude

Notre population d'étude était constituée du personnel soignant de la CUTO-CR du CNHU-HKM.

3.2.3.1 Critère d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude tous les membres du personnel soignant de la CUTO-CR présent au moment de l'enquête.

3.2.3.2 Critère de non inclusion

Non pas été inclus dans notre étude les étudiants en médecine générale et ceux de l'INMeS en stage dans le service.

3.2.3.3 Critères d'exclusion

Ont été exclus de notre étude les membres du personnel soignant en congés ou en arrêt maladie au moment de l'enquête.

3.2.3.4 Echantillonnage

Il s'est agi d'un recrutement exhaustif de tous les membres du personnel soignant de la CUTO-CR présents pendant notre période d'étude.

3.2.4 Variables étudiées

3.2.4.1 Variable dépendante

Les inégalités sociales de santé au sein du personnel soignant.

3.2.4.2 Variables indépendantes

❖ Caractéristiques sociodémographiques :

- âge,

- sexe,
- situation matrimoniale,
- religion
- ethnie,
- lieu de résidence,

❖ Position sociale :

- niveau d'étude,
- formation professionnelle,
- revenu mensuel en FCFA,
- soutien social,
- couverture sanitaire,
- niveau socio-économique : évalué par la fiche d'évaluation de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) pour l'Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages (EMICOV) de l'année 2015

❖ Conditions d'emploi :

✓ type d'emploi ;
✓ type de contrat ;

❖ Conditions de travail :

▪ aspect organisationnel du travail

✓ poste occupé :
✓ ancienneté au poste,
✓ temps de travail,
✓ environnement de travail,
✓ relation avec la hiérarchie, les collègues et les patients,
✓ reconnaissance et soutien au travail,

▪ Santé et sécurité au travail

✓ accident de travail,

- ✓ influence des conditions de travail sur la santé,

- Satisfaction au travail

❖ Antécédents personnels médicaux et chirurgicaux.

3.3 Collecte des données

3.3.1 Sources des données

Les données ont été collectées à partir des informations fournies par les enquêtés.

3.3.2 Technique de collecte des données

Nous avons utilisé les entretiens individuels structurés avec chaque membre du personnel.

3.3.3 Outils de collecte

Nous avons utilisé :

❖ un guide d'entretien individuel structuré (questionnaire d'enquête)

❖ une fiche d'évaluation du niveau socioéconomique (EMICOV) de l'année 2015.

3.3.4 Équipe de collecte des données :

L'équipe de collecte des données était constituée de nous-même.

3.3.5 Déroulement de la collecte

La collecte des données a consisté dans un premier temps à faire un pré-test du questionnaire d'enquête avec cinq (05) agents de santé choisis au hasard dans le service de chirurgie du centre de santé de la police républicaine de Cotonou afin d'identifier les incohérences et les corriger.

En second lieu, pour la collecte proprement dite nous avons fait l'inventaire de tout le personnel soignant de la CUTO-CR en nous rapprochant du surveillant et de la secrétaire du service afin d'avoir la liste détaillée (emploi, poste occupé,

contacts téléphoniques) du personnel soignant salarié et du responsable des médecins en spécialisation dans le service pour ce qui est de leur liste détaillée portant les contacts téléphoniques.

Les personnes présentes dans la période d'étude, ont répondu au questionnaire en notre présence. Ce qui a permis de répondre à d'éventuelles questions de compréhension. Pour rencontrer les infirmiers et les aides-soignants, nous avons identifié les différentes équipes de permanence et de garde que nous avons questionné aux heures de pause ou de répit. Les médecins en spécialisation quant à eux, ont été rencontrés aux heures de répit pour ceux qui étaient disponibles. Les fiches ont été laissées et retirées ultérieurement après vérification pour ceux qui étaient indisponibles. Les seniors ont été rencontrés sur rendez-vous.

3.3.6 Difficultés rencontrées

Elles ont été de trois ordres. D'une part, l'indisponibilité de certains soignants dans les plages horaires réservées à la collecte. Pour cela des rendez-vous ont été pris à plusieurs reprises avant de pouvoir les rencontrer. D'autre part, la difficulté à obtenir le consentement éclairé de certains soignants et la réticence d'autres à donner les informations précises et nécessaires pour compléter les fiches d'enquête. Enfin, la difficulté à récupérer les fiches d'enquête remis à certains soignants pour remplissage compte tenu de leur indisponibilité. Il a fallu revenir et insister à plusieurs reprises pour les avoir.

3.3.7 Analyse et traitement des données

Les données ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel Epi-info version 3.5.4. Les tableaux et les graphiques ont été réalisés dans les logiciels Word et Excel de Microsoft Office 2013. Les comparaisons ont été faites avec les tests statistiques de chi2 avec comme valeur de p significative $p < 0,05$. Nous avons calculé des mesures d'association (rapport de Côtes, Odds ratio) avec le même logiciel à partir d'un intervalle de confiance déterminé avec une précision de 95%.

L'appréciation des conditions de travail a été faite sur la base de la perception des enquêtés. La classification des emplois a été faite suivant celle de la convention collective du travail applicable au personnel du Centre Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de novembre 2012. La position sociale des enquêtés a été mesurée en prenant en compte leur revenu mensuel et leur niveau socioéconomique selon EMICOV 2015.

3.3.8 Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis au Comité d'Ethique et de Recherche en Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi (CERSS/ UAC) (voir en annexe 4 le récépissé de dépôt). Nous avons reçu l'autorisation de collecte de données de la part des responsables de notre cadre d'étude avant le démarrage de l'étude (annexe 3). Le consentement éclairé de chaque enquêté a été demandé avant de les soumettre au questionnaire. Le respect de l'anonymat et la confidentialité des enquêtés ont été garantis par un système d'identification anonyme des fiches.

Les participants à l'étude n'ont reçu aucune compensation financière. Les données recueillies n'ont été utilisées que dans le cadre de la présente étude. Les résultats obtenus au terme de ce travail seront à la disposition des intervenants de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou (FSS).

4 RESULTATS

4.1 Echantillon

Au total, 51 personnels ont été enquêtés sur les 58 faisant partie de l'équipe soignante de la CUTO-CR du CNHU-HKM, soit 87,93% des professionnels de santé du service.

4.2 Caractéristiques sociodémographiques des professionnels soignants

4.2.1 Âge (ans)

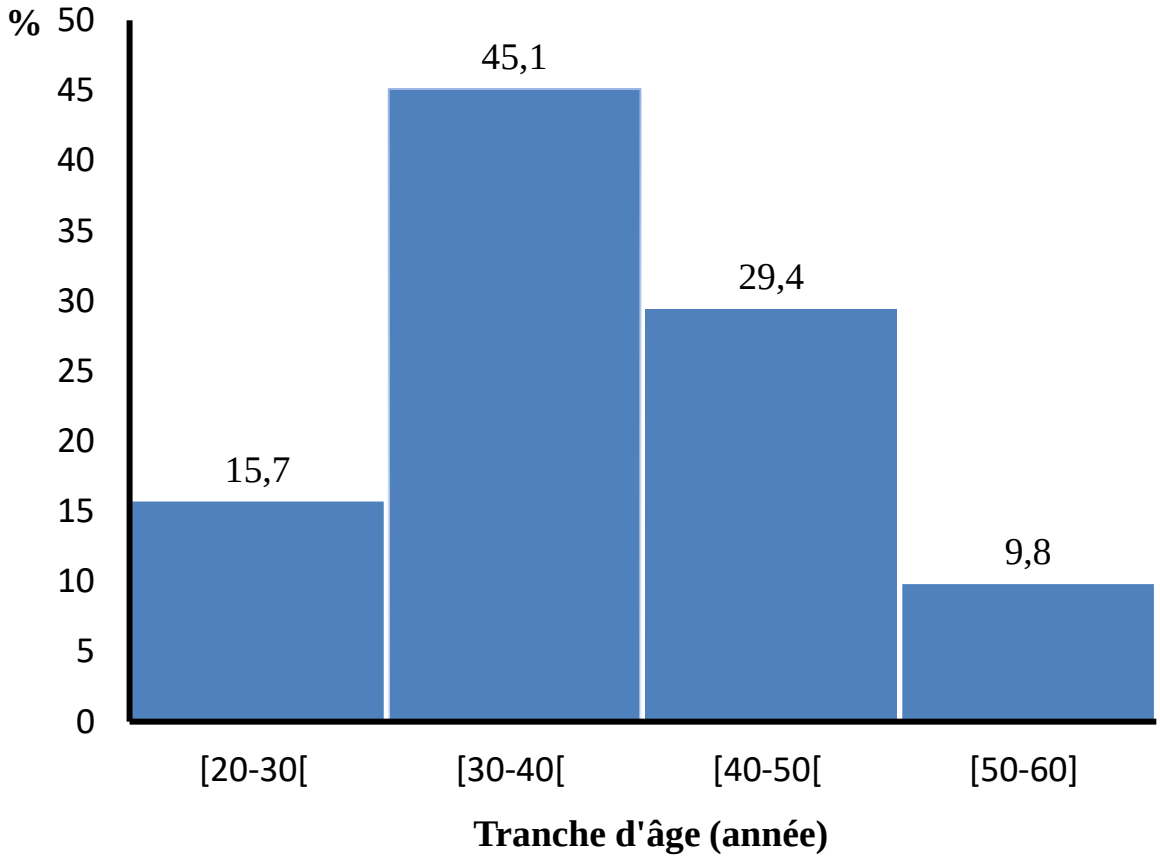


Figure 4 : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon la tranche d'âge

L'âge moyen des personnels soignants inclus dans notre étude était de 37,43±8,90 ans. La médiane était de 35 ans avec des extrêmes allant de 20 à 60 ans. La tranche d'âge de 30 à 40 ans était la plus représentée à 45,1% (n=23).

4.2.2 Sexe

Tableau I : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon le sexe

	n	%
Masculin	42	82,4
Féminin	9	17,6
Total	51	100,0

Une prédominance masculine était observée dans le personnel soignant de la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou dans une proportion de 82,4% (n=42) avec un sex ratio (H/F) de 4,67.

4.2.3 Ethnie

Tableau II : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon l'ethnie

	n	%
Fon et apparentés	**27**	**52,9**
Mina et apparentés	6	11,8
Yoruba et apparentés	4	7,8
Dendi et apparentés	2	3,9
Autres	12	23,6
Total	51	100,0

L'ethnie fon et apparentés était la plus représentée dans une proportion de 52,9% (n=27).

4.2.4 Autres caractéristiques sociodémographiques

Tableau III : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon la situation matrimoniale, la religion et le milieu de résidence (N=51)

	n	%
Situation matrimoniale		
Célibataire	18	35,3
Marié(e)	33	64,7
Religion		
Chrétienne	44	86,3
Musulmane	3	5,9
Animiste	3	5,9
Athée	1	2,0
Milieu de résidence		
Urbain	49	96,1
Rural	2	3,9

Dans notre étude, 64,7% (n=33) du personnel soignant étaient mariés. Les chrétiens étaient les plus représentés dans une proportion de 86,3% (n=44). Les professionnels qui résidaient en milieu urbain étaient les plus représentés à 96,1% (n=49).

4.3 Description de la position sociale des professionnels de santé enquêtés

4.3.1 Niveau d'instruction

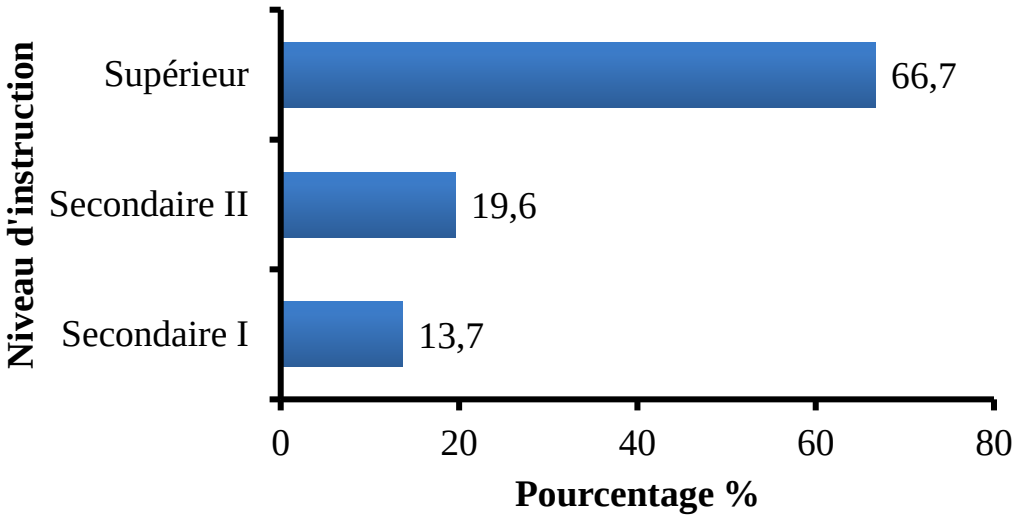


Figure 5 : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur niveau d'instruction

Le niveau d'étude supérieur était le plus représenté à 66,7% (n=34).

4.3.2 Formation professionnelle

Parmi le personnel soignant, 88,2% avaient reçu une formation professionnelle correspondant à leur type d'emploi (n=45).

4.3.3 Revenu mensuel et niveau socio-économique

Tableau IV : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon le revenu mensuel

	n	%
<40000 FCFA	9	17,6
40000 FCFA -100000 FCFA	11	21,6
>100000 FCFA	**31**	**60,8**

Les professionnels de santé ayant un revenu mensuel supérieur à 100000 FCFA étaient les plus représentés à 60,8 % (n=31).

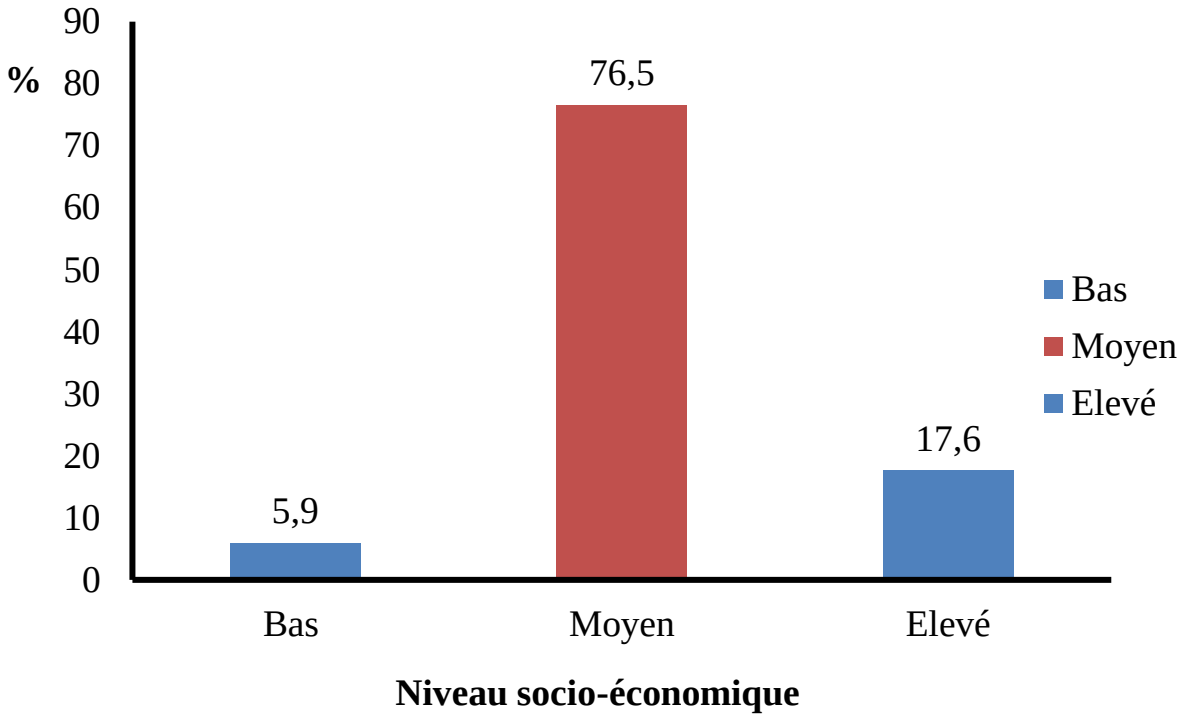


Figure 6 : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon le niveau socio-économique

Pour ce qui est du niveau socioéconomique, 76,5% (n=39) des professionnels de la santé avait un niveau socio-économique moyen.

4.3.4 Couverture sanitaire et Soutien social

Tableau V : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon la couverture sanitaire

	n	%
PEC administrative	**37**	**72,5**
Assurance santé	1	2,0
Néant	13	25,5
Total	51	100,0

Dans notre série, 72,5% du personnel enquêté disposaient d'une PEC administrative couvrant certaines charges en cas de maladie (n=37).

Pour ce qui est du soutien social, 56,9% des enquêtés (n=29) n'en bénéficiaient pas.

4.4 Appréciation des conditions d'emploi du personnel soignant

4.4.1 Type d'emploi

Tableau VI : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon le type d'emploi

	n	%
Chirurgien	7	13,7
Infirmiers	12	23,5
Aide-soignant(e)	13	25,5
Médecins en spécialisation de traumatologie-orthopédie	**19**	**37,3**

Une prédominance de médecins en spécialisation de traumatologie-orthopédie (n=19) était observée dans une proportion de 37,3%.

4.4.2 Type de contrat

Tableau VII : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon le type de contrat

	n	%
Agent permanent de l'État	11	21,6
Agent contractuel de l'État	6	11,8
Conventionnel	11	21,6
Occasionnel	4	7,8
Stagiaire	**19**	**37,3**

Dans notre série, le personnel soignant en stage dans le service prédominait dans une proportion de 37,3% (n=19) et était représenté par les médecins en spécialisations de traumatologie-orthopédie.

4.5 Appréciation des conditions de travail du personnel soignant

4.5.1 Description de l'aspect organisationnel du travail

4.5.1.1 Ancienneté au poste

Tableau VIII : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon l'ancienneté au poste (en année)

	n	%
<1	9	21,4
[1-5[	23	33,3
[5-10[	10	23,9
[10-15[	5	11,9
≥20	4	9,5

L'ancienneté moyenne au poste était de 5,51±1,6 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 25 ans. La médiane était de 3 ans avec un espace interquartile allant de 1 à 8 ans.

4.5.2 Perception du personnel enquêté sur les contraintes de temps au travail

Tableau IX : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur perception sur les contraintes de temps au travail

	n	%
Horaires de travail identiques tous les jours (ou à peu près)		
Oui	26	51,0
Non	22	43,1
Ne sais pas	3	5,9

	n	%
Travail la nuit même occasionnellement		
Oui	39	76,5
Non	9	17,6
Ne sais pas	3	5,9
Astreintes dans le cadre du travail		
Oui	27	52,9
Non	21	41,2
Ne sais pas	3	5,9
Travail le samedi et/ou le dimanche ou les jours fériés même occasionnellement		
Oui	42	82,4
Non	6	11,8
Ne sais pas	3	5,9
Travail en dehors des horaires officiellement prévus sans compensation		
Oui	42	82,4
Non	6	11,8
Ne sais pas	3	5,9
Obligation de se dépêcher pour faire le travail		
Oui	37	72,5
Non	10	19,6
Ne sais pas	4	7,8
Interruption fréquente d'une tâche en cours pour une autre non prévue		
Oui	35	68,6
Non	13	25,5
Ne sais pas	3	5,9

Pour les agents de santé questionnés sur les contraintes de temps au travail, leurs horaires de travail n'étaient pas identiques tous les jours (43,1%). Le travail de nuit se faisait par certains même occasionnellement (76,5%). D'autres (52,9%), devaient effectuer des astreintes. Une majorité (82,4%) travaillaient aussi les week-ends ou les jours fériés et en dehors des horaires officiellement prévus sans compensation. Certains encore (72,5%), étaient obligés de se dépêcher pour faire leur travail. D'autres (68,6%), étaient fréquemment interrompus lors de l'exécution d'une tâche en cours pour en effectuer une autre non prévue.

4.5.3 Perception du personnel soignant enquêté sur leur environnement de travail

Tableau X : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur perception sur leur environnement de travail

	n	%
Inconvénients sur le lieu de travail : saletés, mauvaises odeurs, mauvais état des locaux		
Oui	36	70,6
Non	13	25,5
Ne sais pas	2	3,9
Eclairage et aération du lieu de travail		
Oui	18	35,3
Non	32	62,7
Ne sais pas	1	2,0
Disponibilité et adéquation du matériel médico-technique		
Oui	8	15,7
Non	40	78,4
Ne sais pas	3	5,9

	n	%
Effectif du personnel suffisant		
Oui	15	29,4
Non	29	56,9
Ne sais pas	7	13,7
Charge quotidienne de travail acceptable		
Oui	19	37,3
Non	27	52,9
Ne sais pas	5	9,8
Déplacements à pied longs ou fréquents		
Oui	41	80,4
Non	9	17,6
Ne sais pas	1	2,0
Rythme de travail imposé par les usagers du service		
Oui	29	56,9
Non	19	37,3
Ne sais pas	3	5,9
Exposition aux agressions verbales, injures et/ou menaces		
Oui	33	64,7
Non	16	31,4
Ne sais pas	2	3,9
Exposition aux agressions physiques		
Oui	9	17,6
Non	41	80,4
Ne sais pas	1	2,0

Pour le personnel soignant enquêté, leur lieu de travail présentait des inconvénients comme des saletés, des mauvaises odeurs et un mauvais état des locaux sanitaires (70,6%). L'éclairage et l'aération n'étaient pas satisfaisants

(62,7%), le matériel médicotechnique était indisponible et inadéquat (78,4%) pour bien faire le travail, l'effectif du personnel était insuffisant pour la bonne marche du service (56,9%). L'exécution du travail imposait des déplacements à pied longs ou fréquents (80,4%). Le rythme de travail était imposé par les usagers du service (56,9%) avec une exposition aux agressions verbales, aux injures et/ou aux menaces (64,7%).

4.5.4 Perception du personnel enquêté sur leur relation avec leur hiérarchie

Tableau XI : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur perception sur leur relation avec la hiérarchie

	n	%
Relations au travail facilitées par les supérieurs hiérarchiques		
Oui	34	66,7
Non	15	29,4
Ne sais pas	2	3,9
Attention des supérieurs hiérarchiques au besoin du personnel		
Oui	22	43,1
Non	23	45,1
Ne sais pas	6	11,8
Possibilité de discuter avec les supérieurs hiérarchiques des difficultés pour faire le travail		
Oui	46	90,2
Non	3	5,9
Ne sais pas	2	3,9
Respect mérité de la part des supérieurs hiérarchiques		
Oui	33	64,7
Non	14	27,5
Ne sais pas	4	7,8

	n	%
Importance accordée à la formation continue par la direction		
Oui	19	37,3
Non	26	51,0
Ne sais pas	6	11,8
Informations claires et suffisantes pour effectuer correctement le travail		
Oui	31	60,8
Non	16	31,4
Ne sais pas	4	7,8
Appréciation du travail à sa juste valeur par les supérieurs		
Oui	26	51,0
Non	18	35,3
Ne sais pas	7	13,7

Selon leur perception, le personnel soignant enquêté entretenait de bonnes relations avec les supérieurs hiérarchiques mais ces derniers n'étaient pas attentifs aux besoins du personnel (45,1%) et la direction n'accordait pas d'importance à la formation continue (51,0%).

4.5.5 Perception du personnel soignant enquêté sur leur relation avec leurs collègues

Tableau XII : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur perception sur leur relation avec leurs collègues

	n	%
Travail en équipe avec les collègues		
Oui	49	96,1
Non	2	3,9
Possibilité de discuter des difficultés au travail avec les collègues		
Oui	51	100,0
Soutien satisfaisant dans les difficultés		
Oui	25	49,0
Non	23	45,1
Ne sais pas	3	5,9
Appréciation du travail à sa juste valeur par les collègues		
Oui	41	80,4
Non	5	9,8
Ne sais pas	5	9,8

Dans notre série, la majorité du personnel soignant enquêté entretenait de bonnes relations entre collègues.

4.5.6 Perception du personnel soignant enquêté sur leur relation avec les usagers du service

Tableau XIII : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon la perception sur la relation avec les usagers du service

	n	%
Contact direct avec le public (usagers, patients)		
Oui	50	98,0
Non	1	2,0
Appréciation du travail à sa juste valeur par des tiers		
Oui	38	74,5
Non	6	11,8
Ne sais pas	7	13,7

4.6 Santé et sécurité au travail

Tableau XIV : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon la perception sur leur sécurité au travail (N=51)

	n	%
Information sur les risques encourus au travail (12 derniers mois)		
Oui	11	21,6
Non	40	78,4
Formation à la sécurité dispensée par l'hôpital (12 derniers mois)		
Oui	8	15,7
Non	43	84,3
Accident de travail, même bénin ayant obligé à se faire soigner		
Oui	17	33,3
Non	34	66,7

Une proportion de 78,4% du personnel soignant enquêté n'avaient reçu aucune information sur les risques que leur travail faisait courir à leur santé ces douze (12) derniers mois. Parmi les soignants, dix-sept (17) avaient eu un accident de travail les ayant obligés à se faire soigner.

Tableau XV : Répartition du personnel soignant enquêté ayant eu un accident de travail selon les suites de l'accident (N=17)

	n
Interruption du travail à cause de l'accident de travail	
Oui	9
Non	8
Déclaration de l'accident du travail à l'organisation	
Oui	10
Non	7
Reconnaissance et indemnisation de l'accident de travail par le ministère	
Oui	3
Non	14

Parmi les agents de santé ayant eu un accident de travail, neuf (09) avaient interrompu leur travail à cause de l'accident, dix (10) l'avaient signalé à l'organisation de tutelle mais seulement trois (03) cas avaient été reconnus et indemnisés.

4.7 Etat de santé du personnel soignant et santé au travail

4.7.1 Perception du personnel soignant enquêté sur leur état de santé

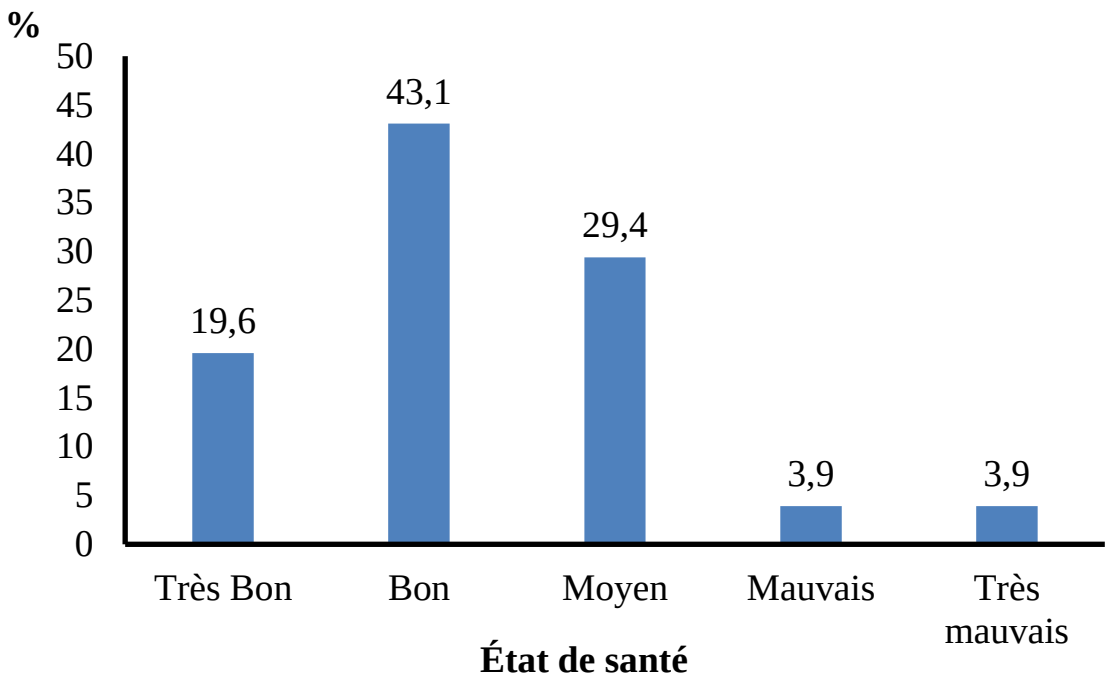


Figure 7 : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur perception sur leur état de santé

Dans notre série, 43,1% du personnel soignant enquêté jugeaient que leur état de santé était bon, la santé étant comprise par eux comme une absence de maladie physique.

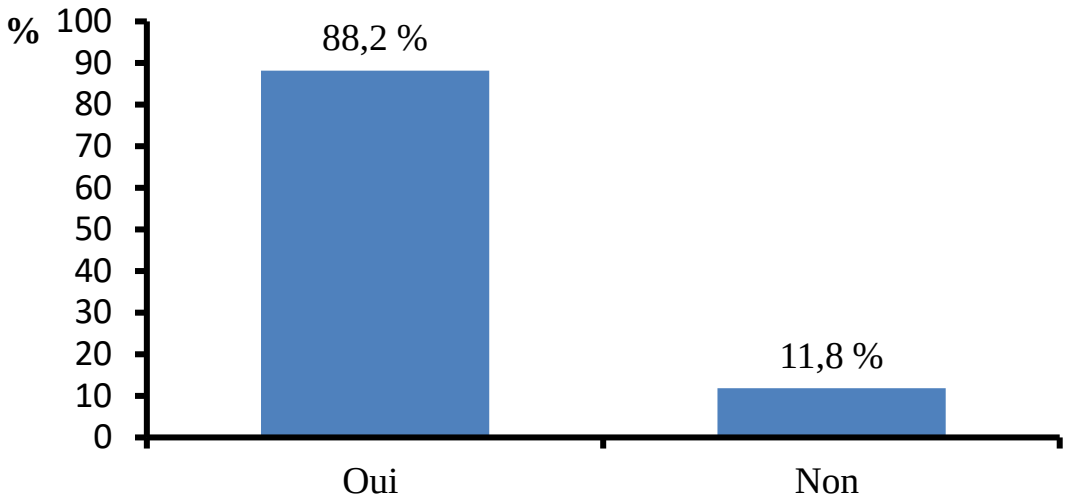


Figure 8 : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur avis sur l'influence des conditions de travail sur leur santé

Pour 88,2% du personnel soignant leurs conditions de travail ont une mauvaise influence sur leur état de santé.

4.7.2 Conséquences des conditions de travail sur la santé des professionnels

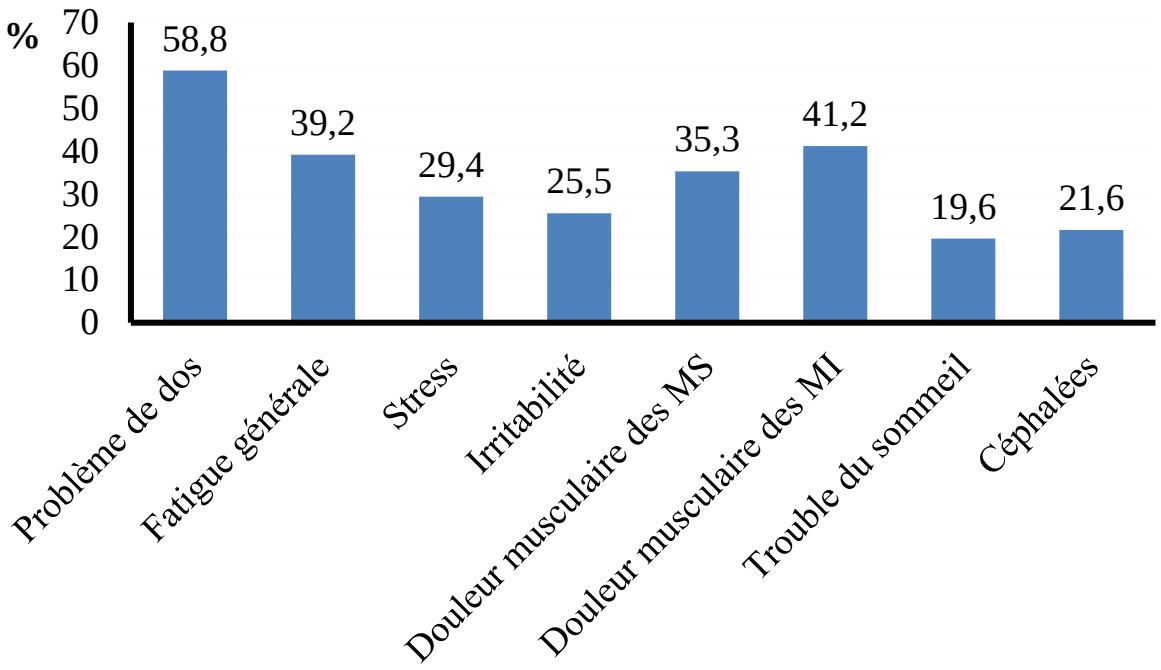


Figure 9 : Conséquences des conditions de travail sur la santé du personnel enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur avis

Le retentissement des conditions de travail sur l'état de santé des professionnels de santé était marqué par les problèmes de dos (58,8%), les douleurs musculaires des membres inférieurs (41,2%), les douleurs musculaires des membres supérieurs (35,3%), la fatigue générale (39,2%), le stress (29,4%) et l'irritabilité (25,5%).

4.7.3 Etat de santé du personnel soignant et le niveau socio-économique

Tableau XVI : Association entre l'état de santé du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou et leur niveau socio-économique

	Etat de santé					
	Bon		Mauvais		OR [IC] 95%	P-value
	n	%	n	%		
Bas	1	33,3	2	66,7	1	-
Moyen	23	59,0	16	41,0	0,34 [0,02-4,16]	0,405
Elevé	8	88,9	1	11,1	0,06 [0,00-1,49]	0,087

Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre l'état de santé du personnel soignant et le niveau socio-économique. Mais on remarque que meilleur était le niveau socioéconomique des sujets, meilleur était leur état de santé.

4.7.4 Etat de santé et le revenu mensuel

Tableau XVII : Association entre l'état de santé du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou et le revenu mensuel

	Etat de santé				OR [IC] 95%	P-value
	Bon		Mauvais			
	n	%	n	%		
<40.000 FCFA	4	44,4	5	55,6	1	-
40.000-100.000 FCFA	6	54,5	5	45,5	0,667 [0,113-3,919]	0,654
>100.000 FCFA	22	71,0	9	29,0	0,327 [0,071-1,506]	0,151

Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre l'état de santé du personnel soignant et leur revenu mensuel. Mais on constatait que plus élevé était le revenu mensuel, meilleur était l'état de santé des professionnels de santé selon leur perception.

4.7.5 Etude des antécédents personnels médicaux et chirurgicaux des professionnels enquêtés

4.7.5.1 Etude des antécédents médicaux

Tableau XVIII : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leurs antécédents personnels médicaux

	n	%
HTA		
Oui	4	7,8
Non	47	92,2
Diabète		
Oui	1	2,0
Non	50	98,0
Ulcère gastroduodénal		
Oui	12	23,5
Non	39	76,5
Asthme		
Oui	1	2,0
Non	50	98,0
Autre		
Oui	7	13,7
Non	44	86,3

Dans notre série, l'ulcère gastroduodénal était l'antécédent médical le plus fréquent (n=12).

Tableau XIX : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM selon les autres antécédents médicaux précisés

	n
Allergie	2
Gonarthrose	1
Lombalgie chronique	1
Hernie discale	1
Lombalgie aigue	1
Rhinite allergique	1
Total	7

4.7.5.2 Etude des antécédents chirurgicaux

Tableau XX : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon les antécédents chirurgicaux

	n
Appendicectomie	1
Césarienne	2
Cure d'hernie inguino-scrotale	1
Fracture malléolaire opérée	1
Fracture de cheville	1
Laminectomie	1
Total	**7**

Au total, 07 agents de santé avaient un antécédent chirurgical.

4.8 Satisfaction des professionnels de la santé

Tableau XXI : Répartition du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou selon leur satisfaction

	n	%
Des conditions de travail en général		
Très insatisfait(e)	5	9,8
Insatisfait(e)	22	43,1
Satisfait(e)	23	45,1
Ne sais pas	1	2,0
De vos relations avec les supérieurs hiérarchiques		
Très insatisfait(e)	1	2,0
Insatisfait(e)	14	27,5
Satisfait(e)	32	62,7
Très satisfait(e)	3	5,9
Ne sais pas	1	2,0
De vos relations avec vos collègues		
Très insatisfait(e)	2	3,9
Insatisfait(e)	4	7,8
Satisfait(e)	34	66,7
Très satisfait(e)	11	21,6
De vos relations avec les usagers du service		
Insatisfait(e)	9	17,6
Satisfait(e)	36	70,6
Très satisfait(e)	3	5,9
Ne sais pas	3	5,9
De vos possibilités d'avancement		
Très insatisfait(e)	7	13,7
Insatisfait(e)	9	17,6

	n	%
Satisfait(e)	23	45,1
Très satisfait(e)	4	7,8
Ne sais pas	8	15,7
De la stabilité de votre emploi		
Très insatisfait(e)	2	3,9
Insatisfait(e)	14	27,5
Satisfait(e)	21	41,2
Très satisfait(e)	5	9,8
Ne sais pas	9	17,6
De la manière dont les règles et les procédures internes du service sont mises en application		
Très insatisfait(e)	4	7,8
Insatisfait(e)	13	25,5
Satisfait(e)	30	58,8
Très Satisfait(e)	1	2,0
Ne sais pas	3	5,9
Du sentiment d'accomplissement que vous retirez de votre travail		
Très insatisfait(e)	2	3,9
Insatisfait(e)	9	17,6
Satisfait(e)	32	62,7
Très satisfait(e)	6	11,8
Ne sais pas	2	3,9
De votre salaire vu tous vos efforts		
Très insatisfait(e)	16	31,4
Insatisfait(e)	17	33,3
Satisfait(e)	11	21,6
Très satisfait(e)	1	2,0
Ne sais pas	6	11,8

Dans notre série, 11,8% des enquêtés étaient très satisfaits du sentiment d'accomplissement retiré de leur travail et 33,2% étaient insatisfaits de leur salaire.

4.8.1 Satisfaction des conditions de travail et niveau socio-économique

Tableau XXII : Association entre la satisfaction par rapport aux conditions de travail du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou et le niveau socio-économique

	Conditions générales de travail				OR [IC] 95%	P-value
	Satisfaisant		Insatisfaisant			
	n	%	n	%		
Bas	0	0,0	3	100,0	1	-
Moyen	20	51,3	19	48,7	-	0,959
Elevé	3	33,3	6	66,7	-	0,961

Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre la satisfaction du personnel soignant enquêté par rapport à leur condition de travail et leur niveau socioéconomique. On constatait tout de même que les professionnels ayant un niveau socio-économique bas étaient tous insatisfaits.

4.8.2 Satisfaction du personnel des conditions de travail et revenu mensuel

Tableau XXIII : Association entre la satisfaction par rapport aux conditions de travail du personnel soignant enquêté à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou et le revenu mensuel

	Conditions de travail				OR [IC] 95%	P value
	satisfaisant		insatisfaisant			
	n	%	n	%		
<40.000 FCFA	6	667	3	33,3	1	-
40.000-100.000 FCFA	3	27,3	8	72,7	5,333 [0,783-36,324]	0,087
>100.000 FCFA	14	45,2	17	54,8	2,429 [0,512-11,511]	0,264

Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre la satisfaction des professionnels enquêtés par rapport à leur condition de travail et leur revenu mensuel. Toutefois, les professionnels de la santé ayant un revenu mensuel entre 40.000 et 100.000 FCFA étaient les plus insatisfaits.

5 DISCUSSION

Notre discussion suivra le plan ci-après :

- l'atteinte des objectifs de l'étude
- le jugement sur la qualité et la validité des résultats
- l'analyse des données et la comparaison avec celles d'autres auteurs.

5.1 Atteinte des objectifs de l'étude

Cette étude nous a permis de décrire les caractéristiques sociodémographiques du personnel soignant de la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou, de déterminer leur position sociale, de décrire leurs conditions d'emploi et leurs conditions de travail selon leur perception, de mesurer leur satisfaction par rapport à ces conditions et enfin d'identifier une association entre les conditions de travail et d'emploi du personnel soignant de la CUTO-CR et les inégalités sociales de santé. Nous pouvons conclure que nos objectifs sont atteints au terme de ce travail.

5.2 Qualité et validité des résultats

5.2.1 Validité des résultats

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive à visée analytique avec collecte de données prospective. Les professionnels de la santé inclus dans notre étude, répondaient tous aux critères d'inclusion. Presque tous les enquêtés ont rempli le questionnaire d'enquête en présence de nous-même. Ce qui a permis de répondre à d'éventuelles questions d'incompréhension. Seuls les enquêtés qui étaient indisponibles aux heures de travail malgré les rendez-vous pris à l'avance ont rempli le questionnaire en notre absence. Le questionnaire a tout de même été corrigé en leur présence pour relever d'éventuelles erreurs de remplissage.

Dans le cadre de cette étude, la taille de notre échantillon était de 51 sujets. Soit 87,93% des professionnels de la santé du service. Ces sujets ont été recrutés de manière exhaustive. Nous estimons que la taille de cet échantillon était

représentative. Au vu de notre méthodologie, nous pouvons conclure que cette étude est crédible et que les résultats obtenus sont valides.

Néanmoins, il pourrait exister des biais.

5.2.2 Evaluation des biais

5.2.2.1 Biais d'information

Le questionnaire utilisé pour ce travail a été établi sur la base des données de la littérature en rapport avec notre sujet. Le biais d'information est lié aux difficultés de compréhension des questionnaires et aux réserves d'informations des enquêtés. En effet, bien que le questionnaire soit entièrement anonyme, certains enquêtés, notamment dans le rang des médecins en spécialisation de traumatologie- orthopédie, avaient du mal à s'exprimer sur certains sujets en rapport avec la hiérarchie.

5.2.2.2 Biais de subjectivité

Les paramètres sociodémographiques tels que l'âge, la situation matrimoniale, la religion et les paramètres socioéconomiques tels que le revenu mensuel et les caractéristiques du cadre de vie (EMICOV), étaient basés uniquement sur les déclarations des enquêtés. Il pourrait donc exister des biais de déclaration par rapport à ces paramètres.

5.3 Analyse des données et la comparaison avec celles d'autres auteurs

5.3.1 Caractéristiques sociodémographiques

Notre étude a inclus 51 professionnels de la santé à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou. Une prédominance masculine était observée dans une proportion de 82,4% (n=42) avec un sex ratio (H/F) de 4,67. L'âge moyen était de 37,43±8,90 ans. La tranche d'âge de 30 à 40 ans était la plus représentée à

45,1% (n=23). Les mariés étaient majoritaires par rapport aux célibataires dans une proportion de 64,7% (n=33).

Ces données étaient superposables à celles de ***Ben Rahal*** [50] en 2012 au Maroc qui enregistrait une prédominance masculine de 54,69% avec un sex ration de 1,2 mais différentes de celles de ***Charles BUNU UKPA*** [51]en 2011 en RDC qui retrouvaient une prédominance féminine de 52,5% avec une sex ratio de 0,91.

5.3.2 Position sociale

5.3.2.1 Niveau d'instruction

Dans notre étude, 66,7% du personnel soignant enquêté avaient fait des études supérieures (n=34). Cela s'expliquait par la prédominance de médecins dans le service. Ceux ayant le niveau d'instruction le plus bas (secondaire I) ne représentaient que 13,7% de la population d'étude. Dans ce groupe on pouvait énumérer les infirmiers brevetés et certains aides-soignants.

5.3.2.2 Revenu mensuel et niveau socioéconomique

Dans notre étude, 60,8% du personnel soignant enquêté avaient un revenu mensuel supérieur à 100.000 FCFA. On notait néanmoins des sujets ayant un revenu mensuel en dessous du SMIG au Bénin en 2022 avant son relèvement [52] soit 40.000FCFA (17,6%). Dans ce groupe, on retrouvait des aides-soignants notamment des occasionnels et certains médecins en spécialisation de traumatologie-orthopédie qui disaient ne pas être payés par le CNHU-HKM pour le travail effectué dans le service, ne pas avoir la possibilité d'aller prendre des gardes dans les centres périphériques et donc dépendre d'un soutien social de la part de leur proche. Quant au groupe de ceux qui avaient un revenu mensuel entre 40.000FCFA et 100.000FCFA, il est constitué des infirmiers, des aides-soignants permanents ou conventionnels de l'Etat et de certains médecins en spécialisation.

Pour ce qui est du niveau socioéconomique, 76,5% des enquêtés avaient un niveau socio-économique moyen (EMICOV). Ceci s'expliquait par le fait que la

majorité d'entre eux avait un revenu mensuel au-dessus de 80.000 FCFA. Les sujets ayant un niveau socio-économique bas n'étaient représentés qu'à 5,9% et ceux de niveau socio-économique élevé à 17,6%. Dans ce dernier groupe, on pouvait compter les chirurgiens.

Ces données montraient l'existence d'une différence de classe sociale au sein du personnel à la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou.

5.3.3 Description des conditions d'emploi

5.3.3.1 Type de contrat

Selon la convention collective du travail applicable au personnel du CNHU-HKM de septembre 2012, le personnel soignant peut être engagé à titre permanent, saisonnier, temporaire ou occasionnel [53]. Elle ne faisait pas cas des médecins en spécialisation et donc en stage. Dans notre cadre d'étude, ces derniers étaient les plus représentés (n=19). Les agents permanents et les agents conventionnels de l'Etat étaient tous représentés à 21,6%. Les agents contractuels et les occasionnels quant à eux étaient représentés respectivement à 11,8% et 7,8%. Ces différents agents ne bénéficiaient pas des mêmes avantages sur le plan sanitaire. Ainsi, observait-on des agents ne disposant d'aucune couverture sanitaire représentés à 25,5% et ceux bénéficiant d'une prise en charge administrative leur permettant de couvrir les charges en cas de maladie représentés à 72,5%.

Ces données montraient que les professionnels de la santé de la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou n'avaient pas accès aux soins aux mêmes titres.

5.3.3.2 Type d'emploi

Les travailleurs du CNHU-HKM sont classés dans différentes catégories professionnelles et grilles salariales, conformément à leur qualification professionnelle [53]. Dans notre cadre d'étude, on distinguait le groupe des agents d'exécution composé des aides-soignants catégorisés E4 (n=13) et des infirmiers

brevetés catégorisés E6 (n=4); le groupe des agents de maîtrise composé des infirmiers diplômés d'Etat, catégorisés en M1 et M2 pour ceux en charge d'exécuter les soins (n=8) et M3 pour ceux au poste de surveillant (n=1). Enfin, le groupe des cadres et assimilés dans lequel on peut citer les chirurgiens qui sont catégorisés C4 (n=7). Chacune de ces catégories était échelonnée. Ainsi, l'avancement d'un agent est le passage d'un échelon inférieur à un échelon supérieur. Il se traduit par une augmentation de traitement et est fonction de l'ancienneté du travailleur tous les deux (02) ans. La promotion quant à elle consiste en un passage d'une catégorie inférieure à une catégorie supérieure [53]. Les stagiaires du service (n=19) n'étaient pas concernés par cette convention. Ces données montrent que les professionnels de la santé à la CUTO-CR du CNHU-HKM ne bénéficient pas de la même marge salariale, ce qui justifie les différences de niveau socioéconomique observées.

5.3.4 Appréciations des conditions de travail

5.3.4.1 Ancienneté au poste

Dans notre série, l'ancienneté moyenne au poste était de 5,51ans±1,6 avec des extrêmes allant de 1 mois à 25 ans. Le personnel soignant ayant moins de 5 ans d'ancienneté au poste actuel était de 54,7%, ceux ayant une ancienneté entre 5 et 10 ans étaient de 23,9% et ceux ayant une ancienneté de 10 ans et plus étaient de 21,4%. Ces données étaient différentes de celles observées par ***Ben Rahal*** [50] qui retrouvaient 11% pour moins de 5 ans d'ancienneté, 19% pour une ancienneté entre 5 et 10 ans et 70% pour une ancienneté de plus de 10 ans. Elles se rapprochaient de celles observées par ***Charles BUNU UKPA*** [51] en RDC en 2011 qui décrivaient 73,77% pour l'ancienneté de moins de 10 ans et 26,23% pour l'ancienneté de plus de 10 ans. Notre population d'étude était donc jeune.

5.3.4.2 Perception du personnel soignant sur l'environnement de travail

Dans notre étude, la charge quotidienne de travail n'était pas acceptable pour 52,9% des sondés, pendant que 56,9% soulignaient l'insuffisance de l'effectif du personnel au niveau du service. Ces données étaient meilleures à celles observées par ***Ben Rahal*** [50] chez qui, la charge quotidienne de travail n'était pas acceptable pour 90% des sondés et l'insuffisance de l'effectif du personnel au niveau des services soulignée par 92% sondés. L'étude réalisée par ***Le Lan R. et al.*** [54] en France 2003, auprès d'un échantillon de 5 000 salariés des établissements de santé corroborait aussi nos résultats, et permettait de conclure que l'intensité de la charge de travail dans le service et le sous-effectif du personnel étaient des dysfonctionnements relevés même dans les hôpitaux des pays développés.

L'existence d'inconvénients dans les locaux de travail tels que les saletés, les mauvaises odeurs, l'absence ou le mauvais état des locaux sanitaires a été rapportée par 70,6% des répondants. L'aération et l'éclairage des lieux de travail n'étaient pas satisfaisants pour 62,7% des professionnels enquêtés. Des professionnels (78,4%) estimaient que le matériel médicotechnique n'était pas adéquat et parfois indisponible pour faire le travail.

Ces données se rapprochaient de celles enregistrées par ***Ben Rahal*** [50] chez qui l'existence d'inconvénients dans les locaux de travail était rapportée par 78% des répondants. L'aération et l'éclairage des lieux de travail n'étaient pas satisfaisants pour 81% des professionnels enquêtés et 78% estimaient que le matériel médicotechnique n'était pas adéquat voir indisponible.

Quant aux risques d'agressions par les usagers et les accompagnateurs, plus de 64,7% des répondants rapportaient qu'ils sont exposés à des agressions verbales et 17,6 % à des agressions physiques au cours de leur travail. Il en était de même dans l'étude de ***Ben Rahal*** [50] chez qui, plus de 65% des répondants, rapportaient qu'ils étaient exposés à des agressions verbales et 25 % à des agressions physiques au cours de leur travail.

Ces données démontraient que le personnel soignant à la CUTO-CR du CNHU-HKM avait le sentiment de travailler dans un mauvais environnement de travail au même titre que le personnel d'autres structures sanitaires.

5.3.4.3 Perception du personnel soignant sur les contraintes de temps

Dans notre d'étude, 43,1% du personnel enquêté affirmaient que leurs horaires de travail n'étaient pas identiques tous les jours, 76,5 % travaillaient occasionnellement la nuit et environ 82,4% travaillaient le week-end et parfois les jours fériés en dehors des horaires officiellement prévus sans compensation. Ces données étaient meilleures à celles observées par ***Ben Rahal*** [50] qui retrouvaient 71,8% pour ceux qui travaillaient occasionnellement la nuit, et environ 67% pour ceux qui travaillaient le week-end et parfois les jours fériés. Le travail supplémentaire sans compensation a été rapporté par 71% des professionnels dans son étude alors que 28,6% travaillaient la durée réglementaire.

Il apparait aussi que 72,5% des enquêtés affirmaient devoir se dépêcher pour faire leur travail et 68,6% déclaraient qu'ils devaient souvent interrompre une tâche en cours pour en faire une autre surtout en cas d'urgence ou d'admission dans le service. Chez ***Ben Rahal*** [50], plus de 93% des enquêtés affirmaient devoir se dépêcher pour faire leur travail alors que seulement 32% déclaraient qu'ils devaient interrompre une tâche pour en faire une autre.

Les contraintes de temps au travail faisaient partie des plaintes majeures du personnel soignant. Selon la convention collective du travail applicable au personnel du CNHU-HKM [53], les heures supplémentaires ne sont autorisées que par le directeur général pour qu'une compensation financière s'en suive. Mais les équipes de travail sont souvent obligés de travailler plus longtemps que ce qui est prévu à cause du retard accusé par un collègue, de la survenue d'une urgence à la fin des gardes ou de l'indisponibilité de personnel. Toutes ces contraintes sont à l'origine d'insatisfaction et de frustration pouvant se traduire par un mauvais état de santé mentale [31].

5.3.4.4 Perception du personnel par rapport à la relation avec la hiérarchie, les collègues et les usagers du service

Il apparait d'après nos résultats que 29,4% du personnel enquêté attestaient que la hiérarchie ne facilite pas les relations au travail, alors que 66,7% pensaient le contraire. On remarquait aussi que 45,1% des répondants pensaient que la hiérarchie de l'établissement n'est pas attentive à leurs besoins alors que 43,1% avaient un avis contraire. Pour ce qui est de l'importance accordée à la formation continue du personnel, 51% des répondants affirmaient que la direction n'y accorde pas d'attention, tandis que 37,3% pensaient le contraire. A la question : « avez-vous en général des informations claires et suffisantes, pour effectuer correctement votre travail ? », 31,4% ont répondu négativement, alors que 60,8% qui ont affirmé avoir des informations claires pour effectuer leur travail.

Bien que les avis n'étaient pas partagés, le personnel soignant de la CUTO-CR avait le sentiment que la hiérarchie n'accorde pas un prix à la relation qu'elle devrait entretenir avec le personnel. Par rapport à la formation continue, la convention collective applicable au personnel du CNHU-HKM stipule que : « Le CNHU-HKM prend les mesures nécessaires pour permettre à ses travailleurs de suivre des stages de formation professionnelle, de recyclage et de perfectionnement. Il favorise la formation de tout le personnel et lui accorde toutes facilités dans ce cadre » [53], mais telle n'était pas le cas selon les propos de certains enquêtés.

Concernant les difficultés rencontrées au cours du travail, tous les professionnels enquêtés en discutaient avec leurs collègues, alors que seulement 90,2% en parlaient à la hiérarchie. Quant au soutien dans les situations difficiles de la part des collègues, 45,1% des professionnels déclaraient ne pas en recevoir.

Quand on aborde l'appréciation du travail produit par le personnel de l'établissement, 35,3% des professionnels estimaient qu'il n'est pas reconnu à sa juste valeur par la hiérarchie, ni par les usagers de services (11,8%), alors que 80,4% estimaient que leur travail est bien apprécié par les collègues.

Un environnement social favorable et de bonnes relations interpersonnelles ont des effets positifs sur la santé. Ils sont une source de soutien affectif et matériel dont chacun a besoin. L'appartenance à un réseau de relations et de soutien mutuel donne la sensation d'être reconnu, aimé, estimé et valorisé. Cela a un effet protecteur sur la santé [55]. Le personnel soignant n'avait pas le sentiment de vivre cet environnement social au travail ce qui pourrait être à l'origine d'un mauvais état de santé mental.

5.3.5 Santé et sécurité au travail

Globalement, 78,4% du personnel estimaient n'avoir pas reçu d'informations sur la sécurité et les risques de santé encourus dans l'exercice de leur travail. Quant aux accidents de travail, 33,3% des répondants ont eu au moins un accident de travail ces 12 derniers mois, avec une nécessité d'arrêt de travail pour 9 d'entre eux. Dans le lot des accidentés, 58,8% ont déclaré officiellement leur accident de travail à l'administration et seulement 17,6% ont été reconnus et indemnisés. Ces données sont meilleures à celles observées par ***Ben Rahal*** [50] au Maroc en 2012 qui retrouvaient 89% pour ceux qui estimaient ne pas avoir reçu d'information sur la sécurité et les risques de santé encourus par le travail. 56,3% pour ceux ayant eu au moins un accident de travail, 27,8% pour les accidents déclarés officiellement à l'administration et seulement 2,8% d'indemnisation.

Le personnel soignant avait le sentiment que leur sécurité ne constituait pas une priorité pour la direction du CNHU-HKM. Il est exposé à des risques de santé au travail pour lesquels une prévention n'est pas mise en place par des formations régulièrement devant être organisées par les responsables en charge.

Ceci expliquait, la fréquence élevée des accidents de travail dont étaient victimes les enquêtés. Au nombre de ces accidents, on pouvait citer les accidents d'exposition au sang, les traumatismes sur le lieu de travail et les accidents de la voie publique surtout observés dans le rang du personnel ne disposant pas d'engins à quatre roues et qui effectuent de longues distances pour atteindre leur

lieu de travail. Certains enquêtés ne connaissaient pas l'importance de la déclaration d'un accident de travail pour une probable indemnisation. D'autres n'en trouvaient pas l'utilité à cause des nombreuses déclarations restées sans suite à ce jour. D'où l'importance de renforcer les activités et l'accessibilité de la cellule de médecine au travail dans l'établissement de santé.

5.3.6 Influence des conditions de travail sur la santé

La question de l'état de santé actuel des professionnels enquêtés a permis de retrouver que 7,8% des répondants jugeaient que leur état de santé était mauvais. Quant à leur avis sur l'existence d'une influence des conditions de travail sur leur état de santé, 88,2% des enquêtés l'ont admis. En effet, les enquêtés rattachaient les lombalgies, les douleurs musculaires des membres supérieurs et des membres inférieurs, l'état de fatigue générale, le stress, les maux de tête, les troubles du sommeil et l'irritabilité à leurs conditions de travail.

Ces données étaient meilleures à celles observées par ***Ben Rahal*** [50] qui retrouvaient que 19 % des professionnels enquêtés jugeaient que leur état de santé étaient mauvais et 98 % qu'il existait une influence des conditions de travail sur leur état de santé.

On remarquait à travers ces données, l'impact des mauvaises conditions de travail du personnel soignant sur leur santé même si l'appréciation de cette dernière était subjective car elle reposait sur la perception des enquêtés.

5.3.7 Etat de santé du personnel et position sociale

Nos résultats ne montraient pas d'association statistiquement significative entre l'état de santé du personnel soignant, leur niveau socio-économique, et leur revenu mensuel. Mais, la notion de gradient social s'observait car on remarquait que plus le niveau socioéconomique des sujets était élevé, meilleur était leur état de santé. Aussi, plus élevé était le revenu mensuel, meilleur était l'état de santé des professionnels enquêtés selon leur perception. Ces données se rapprochaient des travaux de **Michael Marmot** [56,57] sur le statut socioéconomique et la

santé : « La maladie suit le gradient social de santé ». La position sociale des professionnels de la santé à la CUTO-CR déterminait leur état de santé.

5.3.8 Satisfaction du personnel soignant et position sociale

Nos données ne montraient pas statistiquement parlant un impact du revenu mensuel et du niveau socio-économique des professionnels enquêtés sur leur satisfaction par rapport à leurs conditions de travail. On constatait néanmoins que les professionnels ayant un niveau socio-économique bas étaient tous insatisfaits de leurs conditions de travail. Cela s'expliquerait par le fait que ces professionnels sont représentés dans le service par les aides-soignants en priorité. Ces derniers sont exposés aux tâches les plus contraignantes du service mais sont les moins bien payés. La position sociale des professionnels de la santé à la CUTO-CR déterminait leur satisfaction par rapport à leur condition de travail.

CONCLUSION

A l'issue de cette étude transversale, descriptive à visée analytique, portant sur le rôle des conditions d'emploi et de travail du personnel soignant en chirurgie ostéo-articulaire dans la genèse des inégalités sociales de santé réalisée à la CUTO-CR DU CNHU-HKM, il apparait que :

- le personnel soignant a le sentiment de travailler dans de mauvaises conditions avec un environnement de travail qui présente des inconvénients ne permettant pas d'exercer convenablement leur fonction ;
- sur le plan des contraintes de temps, le personnel travaille plus longtemps que les horaires réglementaires et sans compensation financière ;
- les conditions pour favoriser la sécurité au travail ne sont pas toutes aux normes ;
- les conditions dans lesquelles sont employés les professionnels de santé du service favorisent l'existence d'une différence de classe socio-économique entre eux ; ces professionnels ne disposent pas d'ailleurs des mêmes traitements sur le plan sanitaire ;
- les professionnels de la santé à la CUTO-CR ne jouissent pas du même état de santé, car ils ne sont pas exposés aux mêmes risques au travail, ne sont pas payés au même titre et n'ont pas le même niveau socio-économique.

SUGGESTIONS

Au regard des résultats obtenus dans cette étude, nous adressons les suggestions suivantes :

❖ **à l'endroit des autorités politiques et administratives de notre pays** :

- promouvoir la santé dans toutes les politiques à l'instar de Michael Marmot « Every sector is a health sector » ;
- améliorer les conditions socioéconomiques des populations ;

❖ **à l'endroit des autorités du CNHU-HKM** :

- promouvoir une approche communautaire ''Bottom up '' qui permet d'identifier à la base avec les acteurs, les problèmes ainsi que les solutions à apporter en vue de leur autonomisation ;
- améliorer les conditions de travail du personnel ;
- définir clairement les conditions d'emploi des médecins en spécialisation ;
- assurer la formation continue du personnel ;
- promouvoir des mesures de sécurité au travail ;
- rendre accessible à tout le personnel une couverture sanitaire ;

❖ **à l'endroit du personnel soignant** :

- créer un environnement social propice à l'entraide et au soutien dans les situations difficiles ;

❖ **à l'endroit des étudiants en médecine** :

- suggérer des études à grande échelle qui prennent en compte les personnels de la chirurgie ostéo-articulaire dans tous les grands hôpitaux du Bénin ;
- En particulier, initier des études cas-témoins qui prennent en compte deux groupes différents de personnels : celui des personnels à niveau socioéconomique moyen et élevé et celui des personnels à niveau socioéconomique bas.

REFERENCES

1. **Organisation mondiale de la Santé (OMS)**. Constitution de l'OMS; 1946.

2. **Abord de Chatillon E.** Le DRH de demain face aux questions de santé et sécurité au travail. Rev Manag Avenir. 2005;(2):157-70.

3. **Guichard A, Potvin L.** Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé?. Dans: Potvin L, Moquet MJ, Jones CM. Réduire les inégalités sociales de santé. Saint-Denis: INPES; 2010. pp 5-51.

4. **Aïach P, Fassin D.** L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. Rev Prat. 2004; 54: 2221-7.

5. **Moleux M, Schaetzel F, Scotton C**. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. IGAS, Rapport N°RM2011-061P; mai 2011.

6. **Trugeon A, Thomas N, Michelot F, Lemery B.** Inégalités socio-sanitaires en France. 2ème éd. Paris: Elsevier Masson; 2011.

7. **Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D**. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Dans: Bourdillon F. Traité de santé. Cachan: Lavoisier; 2016. 679-81.

8. **Renahy É, Benach J, Muntaner C**. Le rôle des conditions d'emploi et de travail dans la production d'inégalités sociales de santé. In: Les risques du travail. Paris: La Découverte; 2015. 96-105.

9. **Potvin L, Moquet MJ, Jones CM.** Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010. 380 p.

10. **Houéto D, Laverack G.** Promotion de la santé et autonomisation dans le contexte africain.Hillsborough: Rossendale Books; 2014.

11. **Houéto D.** La promotion de la santé en Afrique subsaharienne : état actuel des connaissances et besoins d'actions. Promot Educ. 2008; Supp(1): 49-54.

12. **Livinec B, Milleliri JM, Rey JL, Saliou P**. Inequalities in access to care in Africa. Médecine Santé Trop. avr 2013;23(2):120-7.

13. **Benach J, Muntaner C, Santana V**. Conditions d'emploi et Inégalités de santé: Rapport final à l'Organisation Mondiale de la santé, 20 sep 2007.

14. **Organisation mondiale de la Santé**. Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde; 2018.

15. **Organisation mondiale de la santé.** Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation; 2004.

16. **Almeimoune A, Mangane MI, Diop Th M, Beye SA, Démbele AS, Koita S, et al**. Aspects épidémiologiques, cliniques des traumatismes liés aux accidents de la circulation routière(ACR) impliquant les motos à Bamako. Rev Afr Anesthésiol Med Urgence. 2017; Tome 22(1).

17. **Chigblo P, Lawson É, Tidjani IF, Padonou A, Nezien CT, Goukodadja O, et al.** Epidemiology of Fractures in a Tropical Country. Eur Sci J ESJ. 31 août 2017;13(24):416.

18. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**. Glossaire de la promotion de la santé; 1999.

19. **Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares)**. Conditions de travail [En ligne]. [cité 23 sep 2022]. Disponible sur: https://dares.travail-emploi.gouv.fr/temps-et-conditions-de-travail/conditions-de-travail

20. **Kuhn TS**. La Structure des révolutions scientifiques. Editions Flammarion. 2018. 352 p.

21. **Dahlgren G, Whitehead M.** The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health. oct 2021;199:20-4.

22. **World Health Organization (WHO)**. Determinants of health [En ligne]. 2017 [cité 8 dec 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health.

23. **Gollac M, Volkoff S, Wolff L**. Les conditions de travail. Paris: La découverte; 2007.

24. **Avril C, Cartier M, Serre D**. Des conditions d'emploi. Paris: La Découverte; 2010.

25. **Ben Ammar Sghari M, Hammami S**. Inégalité de santé et déterminants sociaux de la santé. Éthique Santé. déc 2016;13(4):185-94.

26. **Volkoff S, Thébaud-Mony A**. Santé au travail : l'inégalité des parcours. Dans: Fassin D. Les inégalités sociales de santé. Paris: La Découverte; 2000. pp. 349-61.

27. **Charles-Pauvers B, Commeiras N, Peyrat-Guillard D, Roussel P**. La performance individuelle au travail et ses déterminants psychologiques. Dans: Saint-Onge S, Haines V. Gestion des performances au travail. Bilan des connaissances. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2007. pp. 97-150.

28. **Hamon-Cholet S, Rougerie C**. La charge mentale au travail : des enjeux complexes pour les salariés. Econ Stat. 2000;339(1):243-55.

29. **Légeron P**. Le stress professionnel. Inf Psychiatr. 2008; 84(9): 809-20.

30. **Samia B**. Conditions de travail à l'hôpital : un problème de santé publique [En ligne]. 2019 [cité 25 sep 2022]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/268446-conditions-de-travail-lhopital-un-probleme-de-sante-publique.

31. **Gollac M, Volkoff S**. La santé au travail et ses masques. Actes Rech En Sci Soc. 1 nov 2006; 163 (3): 4-17.

32. **Molinier P, Flottes A**. Travail et santé mentale : approches cliniques. Trav Empl. 13 nov 2012; 129(1): 51-66.

33. **Molinié AF, Volkoff S**. Intensité du travail et santé dans un organisme administratif : une enquête statistique à l'Agence nationale pour l'emploi. Perspect Interdiscip Sur Trav Santé . 1 mai 2000 ; (2-1).

34. **Freyssinet J, Chevalier P, Dollé M**. Rapport du groupe de travail. 2007; 117.

35. **Cheng Y, Chen CW, Chen CJ, Chiang TL**. Job insecurity and its association with health among employees in the Taiwanese general population. Soc Sci Med. juill 2005; 61(1): 41-52.

36. **Aurélie P**. Les recompositions des normes d'emploi public: Genèse du recours aux emplois atypiques dans la fonction publique française. Rev Fr Socio-Économie. 21 avr 2020;Hors-série(en lutte): 201-18.

37. **Diderichsen F, Evans T, Whitehead M.** The Social Basis of Disparities in Health [En ligne]. 2001 [cité 25 dec 2022]: p 12-23. Disponible sur: https://academic.oup.com

38. **Mackenbach JP, Stronks K**. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. Int J Equity Health. déc 2004; 3(1): 1-7.

39. **Lacombe R**. Villes et villages en santé: l'expérience québécoise. RCSP. févr 1989;80(1): pp 3-5.

40. **Ministère des Affaires municipales et de l'habitation**. Villes et Villages en santé [En ligne]. [cité 9 dec 2022]. Disponible sur:https://www.mamh.gouv.qc.ca/municipalite-durable/entreprendre-une-demarche/modeles-de-demarches/autre-demarches/villes-et-village-en-sante/.

41. **Ministère des Solidarités et de la Santé.** Priorité prévention : Vivre en bonne santé tout au long de la vie. Plan National de Santé Publique. Paris. 2018.

42. **Ministère de l'Education Nationale, de le Jeunesse et des Sports.** Priorité prévention : l'école promotrice de santé [En ligne]. [cité 9 dec 2022]. Disponible sur: https://www.education.gouv.fr/priorite-prevention-l-ecole-promotrice-de-sante-6278.

43. **Bilterys R, Dedobbeleer N**. Implantation d'un « milieu de travail promoteur de santé » : compatibilité avec les pratiques organisationnelles d'un CHU Sante Publique. 22 avr 2016; 28(1): 49-59.

44. **Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes**. La démarche Hôpital promoteur de santé [En ligne]. CHU de Nantes. [cité 9 dec 2022]. Disponible sur: https://www.chu-nantes.fr/la-demarche-hopital-promoteur-de-sante-hps.

45. **Muller M, Mairiaux P**. Promotion de la santé en milieu de travail : Modèles Et Pratiques. août 2008; 20 supp(3): S161-69.

46. **Association internationale de la sécurité sociale**. Définition de la promotion de la santé sur le lieu de travail [En ligne]. AISS. [cité 9 dec 2022]. Disponible sur: https://ww1.issa.int/fr

47. **Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I**. La décentralisation des systèmes de santé: concepts, problèmes et expériences de quelques pays. Genève: OMS; 1991.

48. **Soura BD, Coulibaly SS**. Analyse du processus de décentralisation des services de santé en Côte d'Ivoire. Médecine et Santé Tropicales.2014;24: 151-56.

49. **Organisation mondiale de la Santé**. Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques. Genève; 2014.

50. **Ben Rahal Khalid R**. Analyse des conditions de travail des professionnels de santé au centre hospitalier de Beni Mellal [Mémoire master en administration Sanitaire]. Maroc: Institut National d'Administration Sanitaire; 2012. 54p.

51. **Charles BU**. Opinion du personnel médical et paramédical sur les conditions de travail à l'hôpital général de référence de Mangobo dans la ville de Kisangani en RDC [Mémoire]. RDC: Université de Kisangani; 2011. 55p.

52. **Présidence de la République du Bénin**. Décret N° 2022-692 du 07 décembre 2022.

53. **CNHU-HKM**. Convention collective du travail applicable au personnel du Centre Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga. 12DA996 du 14 novembre2012.

54. **Le Lan R, Bates D, Bauer P, Bolleyn A, Clement C.** Conditions de travail et relations avec le public dans les établissements de santé en 2003: Dossiers solidarité et sante; 2007. Les conditions de travail dans les établissements de Santé; pp 7-21.

55. **Alarie C.** l'impact du support social sur la santé des femmes : Une revue littéraire ; le centre d'excellence des prairies pour la santé des femmes, recherche politiques communauté ; 1998 ; ISBN 0-9684540-2-X.

56. **Marmot M.** Epidemiology of Socioeconomic Status and Health: Are Determinants Within Countries the Same as Between Countries? Ann N Y Acad Sci. déc 1999; 896(1): 16-29.

57. **Marmot M, Feeney A.** General explanations for social inequalities in health. IARC Sci Publ. 1997;(138):207-28.

ANNEXES

Annexe 1 : Outils de collecte des données

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

THEME : ROLE DES CONDITIONS D'EMPLOI ET DE TRAVAIL DU PERSONNEL SOIGNANT EN CHIRURGIE OSTEO-ARTICULAIRE DANS LA GENESE DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE : CAS DE LA CUTO-CR DU CNHU-HKM

Numéro de fiche : ……. **DATE** : …….

I- DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES			
Q1	Age (en années)		/___/
Q2	Sexe	1- Masculin 2- Féminin	/__/
Q3	Ethnie	1- Fon et apparentes 2- Mina et apparentes 3- Yoruba et apparentées 4- Autres (à préciser)	/__/
Q4	Etat civil	1- Célibataire 2- Marié(e) 3- Divorcé(e) 4- Veuf (ve)	/__/
Q5	Religion	1- Chrétienne 2- Musulmane 3- Animiste 4- Autre (à préciser)	/__/
Q6	Milieu de résidence	1- Urbain 2- Rural	/__/
II- INDICATEURS DE POSITION SOCIALE			
Q7	Niveau d'instruction	1- Primaire 2- Secondaire I 3- Secondaire II 4- Supérieur	/__/
Q8	Formation professionnelle	1- Oui 2- Non	/__/
Q9	Revenu mensuel en FCFA	1- < 40000 2- 40000-100000 3- >100000	/__/
Q10	Niveau socio-économique (score EMICOV)	1- Bas 2- Moyen 3- Elevé	/__/
Q11	Soutien social	1- Oui 2- Non	/__/
Q12	Couverture sanitaire	1- PEC administrative 2- Assurance santé 3- Néant	/__/

III- APPRECIATION DES CONDITIONS D'EMPLOI			
Q13	Type d'emploi	1- Chef de service 2- Chirurgien praticien hospitalier 3- Chirurgien praticien hospitalo-universitaire 4- Infirmier breveté 5- Infirmier diplômé d'état, 6- Aide-soignant(e) 7- médecin en spécialisation de traumatologie (DES)	/____/
Q14	Type de contrat	1- Agent Permanent de l'Etat (APE) 2- Agent Contractuel de l'Etat (ACE) 3- Conventionnel 4- Occasionnel 5- Stagiaire	/__/
IV- APPRECIATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL			
➢ **ASPECT ORGANISATIONNEL DU TRAVAIL**			
Q15	Poste occupé	□ **si infirmier** : 1- Pansement des hospitalisés, 2- Pansement externe, 3- Soins et prélèvement, 4- Equipe de garde 5- Surveillant □ **si aide-soignant** : 6- Agent d'entretien, 7- Brancardier 8- Aide sur charriot de soins 9- Archives/portier	/__/
Q16	Ancienneté au poste		/_____/
Q17	Vos horaires sont-ils les mêmes tous les jours (ou à peu près) ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q18	Travaillez-vous la nuit, même occasionnellement ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q19	Devez-vous effectuer des astreintes dans le cadre de votre travail ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q20	Travaillez-vous le samedi et/ou le dimanche ou les jours fériés, même occasionnellement (Entre 0h et 24h) ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/

Q21	Vous arrive-t-il de travailler certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l'horaire officiellement prévu sans compensation ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q22	Etes-vous obligé de vous dépêcher pour faire votre travail ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q23	Devez-vous fréquemment interrompre une tâche que vous êtes en train de faire pour en effectuer une autre non prévue?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q24	Vous sentez vous capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à 60 ans ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
➢ **ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL**			
Q25	Votre lieu de travail, présente-t-il les inconvénients suivants : saletés, Mauvaises odeurs, Absence ou mauvaises état des locaux sanitaires ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q26	L'aération et l'éclairage de votre lieu de travail sont-ils satisfaisants ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q27	A votre poste, les matériels médico-techniques sont-ils adéquats et disponibles pour l'exécution de vos tâches?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q28	L'effectif du personnel est-il suffisant pour assurer la bonne marche du service ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q29	Pour votre poste, la charge quotidienne de travail est-elle acceptable selon les normes prédéfinies ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q30	L'exécution de votre travail vous impose-t-elle d'effectuer des déplacements à pied, longs ou fréquents ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q31	Pensez-vous qu'à votre poste les tâches sont réparties en fonction du genre ? (HOMME ou FEMME)	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q32	Votre rythme de travail vous est-il imposé par les usagers du service ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/

Q33	Au cours de votre travail, êtes-vous exposé à des agressions verbales, des injures, des menaces ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q34	Au cours de votre travail, êtes-vous exposé à des agressions physiques ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
➢ **RELATION AVEC LA HIERACHIE**			
Q35	La hiérarchie facilite t- elle les relations au travail ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q36	Les supérieurs hiérarchiques sont-ils très attentifs aux besoins du personnel ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q37	Quand vous rencontrez une difficulté pour faire votre travail correctement, pouvez-vous en discuter avec vos supérieurs hiérarchiques ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q38	Recevez-vous le respect que vous méritez de vos supérieurs hiérarchiques ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q39	La direction accorde-t-elle une importance à la formation continue ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q40	Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général des informations claires et suffisantes ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q41	Votre travail est-il apprécié à sa juste valeur par vos supérieurs ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
➢ **RELATION AVEC LES COLLEGUES**			
Q42	Travaillez-vous en équipe ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q43	Quand vous rencontrez une difficulté pour faire votre travail correctement, pouvez-vous en discuter avec vos collègues ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q44	Au travail recevez-vous un soutien satisfaisant dans les situations difficiles ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q45	Votre travail est-il apprécié à sa juste valeur par vos collègues ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/

➢ **RELATION AVEC LES PATIENTS**			
Q46	Etes-vous en contact direct avec le public (usagers, patients) ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q47	Votre travail est-il apprécié à sa juste valeur par des tiers (patients, usagers) ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
V- SECURITE ET SANTE AU TRAVAIL			
➢ **SECURITE AU TRAVAIL**			
Q48	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu une information sur les risques que votre travail fait courir à votre santé ou votre sécurité?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q49	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bénéficiez d'une formation à la sécurité dispensée par votre hôpital ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q50	Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu un ou plusieurs accident(s) de travail même bénin(s), qui vous a (ont) obligé(s) à vous faire soigner ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q51	Avez-vous dû interrompre votre travail à cause de cet accident ? (au moins une journée)	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q52	Avez-vous signalé cet accident à votre organisation ? (hiérarchie, service de personnel….)	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q53	Cet accident a-t-il été reconnu et indemnisé par le ministère au titre des accidents du travail ? (remboursement intégral des soins, prise en charge dès le 1er jour d'arrêt)	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
➢ **INFLUENCE DES CONDITIONS DE TRAVAIL SUR LA SANTE**			
Q54	Dans l'ensemble comment estimez-vous votre état de santé ?	1- Très Bon 2- Bon 3- Moyen 4- Mauvais 5- Très mauvais	/__/
Q55	Pensez-vous que vos conditions de travail influencent votre santé ?	1- OUI 2- NON 3- NE SAIS PAS	/__/
Q56	Si oui, en quoi affecte-il votre santé ? (plusieurs réponses possibles)	1. Problème de vue 2. Problème de peau 3. Problème de dos 4. Maux de tête	/__/

		5. Problème d'estomac 6. Douleurs musculaires des membres supérieurs 7. Douleurs musculaires des membres inférieurs 8. Maladies cardiaques 9. Maladies respiratoires 10. Troubles du sommeil 11. Fatigue générale 12. Stress 13. Anxiété 14. Irritabilité 15. Traumatisme 16. Allergies 17. Blessures	
VI - SATISFACTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE			
Q57	**Dans votre emploi actuel, êtes-vous satisfait(e) ?**		
a	Des conditions de travail en général ?	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait (e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas	/__/
b	De vos relations avec les supérieurs hiérarchiques ?	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait (e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas	/__/
c	De vos relations avec vos collègues ?	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait (e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas	/__/
d	De vos relations avec les usagers du service ?	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait (e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas	/__/
e	De vos possibilités d'avancement ?	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait (e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas	/__/
f	Des possibilités de faire des choses différentes de temps en temps ?	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait (e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas	/__/

g	Des possibilités de faire des choses qui ne sont pas contraires à votre conscience ?	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait (e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas	/__/
h	De la stabilité de votre emploi ?	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait (e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas	/__/
i	De la manière dont les règles et les procédures internes du service sont mises en application ?	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait (e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas	/__/
j	Des possibilités de prendre des décisions de votre propre initiative ?	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait (e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas	/__/
k	Du sentiment d'accomplissement que vous retirez de votre travail ?	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait (e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas	/__/
l	De votre salaire vu tous vos efforts ?	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait (e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas	/__/
VII- ANTECEDENTS PERSONNELS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX			
Q61	HTA	1- OUI 2- NON	/__/
Q62	DIABETE	1- OUI 2- NON	/__/
Q63	ULCERE GASTRIQUE OU DUODENAL	1- OUI 2- NON	/__/
Q64	ASTHME	1- OUI 2- NON	/__/
Q65	AUTRE (à préciser)	1- OUI 2- NON	/__/
Q66	ANTECEDENT CHIRURGICAL (si oui préciser)	1- OUI 2- NON	/__/

FICHE D'EVALUATION DU NIVEAU SOCIOECONOMIQUE (EMICOV)

ITEMS		SCORES
A-Niveau d'instruction	1. Maternelle 2. Primaire 3. Secondaire I 4. Secondaire II 5. Supérieur 6. Alphabétisé en français 7. Alphabétisé en langue nationales 8. Alphabétisé en français et en langues nationales 9. Ne sait ni lire ni écrire	**1** **2** **3** **5** **8** **2** **2** **3** **0**
B-Formation professionnelle	1. Oui 2. Non	**5** **0**
C-Principal matériau des murs extérieurs du logement	1. Pas de mur 2. Terre, pierre 3. Palme/bambou 4. Bois/planche 5. Semi dur 6. Brique	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
D-Principal matériau du sol	1. Terre/sable 2. Palme/bambou 3. Bois/planche 4. Bois ciré 5. Ciment 6. Carreau 7. Moquette	**1** **2** **3** **4** **5** **6** **10**
E-Principal matériau du toit	1. Pas de toit 2. Planche/motte de terre/carton 3. Tôle 4. Tuiles 5. Dalle	**0** **1** **2** **3** **4**
F-Type de toilettes	1. Moderne 2. Latrine 3. Pas de toilettes/nature	**5** **2** **0**
G-Possession d'équipement de maison (plusieurs réponses possibles)	1. Groupe électrogène 2. Cuisinière 3. Réfrigérateur 4. Ordinateur 5. Télévision 6. Connexion internet 7. Machine à laver 8. Machine à vaisselles 9. Aide-ménagère	**10** **5** **5** **5** **2** **3** **5** **5** **5**

H-Nombre de membres dans le ménage (taille du ménage)	1. Huit ou plus 2. Sept 3. Six 4. Cinq 5. Quatre 6. Trois 7. Deux 8. Un	**0** **6** **10** **14** **20** **30** **40** **50**
I-Principal moyen énergétique d'éclairage utilisé dans le ménage	1. Pétrole 2. Electricité 3. Gaz 4. Huile 5. Energie solaire 6. Groupe électrogène	**2** **10** **3** **1** **4** **5**
J-Nombre de pièces dont dispose le ménage	1. Un 2. Deux 3. Trois 4. Plus de trois	**1** **4** **8** **15**
K-Principal combustible utilisé par le ménage pour cuisiner	1. Paille 2. Bois 3. Charbon de bois 4. Pétrole 5. Gaz 6. Electricité	**1** **2** **3** **4** **6** **10**
L-Possession par le ménage de	1. Bicyclette 2. Pirogue 3. Charrette tirée par animal 4. Moto/ tricycle 5. Voiture 6. Bétail/ferme de volaille **Préciser les quantités (x le nombre)**	**2** **2** **3** **4** **10** **5**
M-Nombre de téléphones mobiles que possède le ménage	1. Aucun 2. Un 3. Deux ou plus	**0** **1** **10**
N-Le ménage a-t-il été propriétaire (y compris héritier) ou locataire d'une parcelle lotie bâtie, ou irriguée au cours des 12 derniers mois	1. N'a été ni propriétaire, ni héritier, ni locataire 2. A été propriétaire/ héritier/ locataire d'une parcelle non lotie/bâtie/irriguée 3. A été propriétaire, héritier ou locataire d'une parcelle lotie/bâtie/irriguée **Préciser la quantité (x le nombre)**	**0** **10** **50**
O-Situation d'accès à l'eau	1. Marigot/mare 2. Puits 3. Fontaine publique 4. SONEB/voisin 5. SONEB/maison	**0** **2** **3** **4** **10**

SCORE TOTAL : …….

La classification se résume en trois modalités :

- **Elevé : score total ≥ 85%**
- **Moyen : score total entre 50 et 85%**
- **Faible : score total ≤ 50%**

Source : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages. EMICoV-suivi, 2015

Annexe 2 : Opérationnalisation des données

Variables	Nature	Codage	Définition	Mode de recueil
Variable dépendante				
Inégalités sociales de santé au sein du personnel soignant				
Variables sociodémographiques				
Age (années)	Variable discrète	##	Nombre d'années écoulées depuis la naissance	Par déclaration
Sexe	Variable dichotomique	1- Masculin 2- Féminin	Genre biologique du sujet	Par observation
Ethnie	Variable nominale	1-Fon et apparentés 2-Mina et apparentés 3-Yoruba et apparentés 4- Autres	Appartenance à un groupe socioculturel	Par déclaration
Etat civil	Variable nominale	1-Célibataire 2-Marié(e) 3-Divorcé(e) 4-Veuf(ve)	Situation conjugale d'une personne au regard de la loi	Par déclaration
Religion	Variable nominale	1-Chrétienne 2-Musulmane 3- Animiste 4-Autres	Appartenance religieuse	Par déclaration
Milieu de résidence	Variable dichotomique	1- Urbain 2- Rurale	Lieu où demeure le sujet	Par déclaration

Variables de position sociale				
Niveau d'instruction	Variable ordinale	1-Primaire 2- Secondaire I 3- Secondaire II 4- Supérieur	Niveau d'étude maximal actuel ou atteint par le sujet	Par déclaration
Formation professionnelle	Variable dichotomique	1- Oui 2- Non	Processus d'apprentissage qui permet à un salarié ou un demandeur d'emploi d'acquérir le savoir, le savoir-faire et le savoir-être nécessaires à l'exercice d'une activité professionnelle	Par déclaration
Revenu mensuel en FCFA	Variable binaire	1- < 40000 2- 40000-100000 3- >100000	On considère comme revenu mensuel des sujets, ce que leur activité professionnelle ainsi que leurs activités para-professionnelles leur rapportent et ceux qu'ils reçoivent d'un proche. Revenu mensuel du sujet par rapport au SMIG qui est de 40 000 FCFA (2022).	Par déclaration
Niveau socio-économique	Variable ordinaire	1-Bas 2- Moyen 3- Elevé	Position de l'enquêté sur l'échelle sociale selon EMICOV 2015	Par calcul
Soutien social	Variable dichotomique	1- Oui 2- Non	Aide et assistance d'une personne de la famille ou de l'entourage	Par déclaration
Couverture sanitaire	Variable nominale	1- PEC administrative 2- Assurance santé 3- Néant	Modalité de recouvrement du coût de la prise en charge en cas de maladie	Par déclaration

Variables d'appréciation des conditions de travail				
Type d'emploi	Variable nominale	1- Chirurgien 2- Infirmier 3- Aide-soignant(e) 4- Médecin en spécialisation de traumatologie	Qualificatif sur lequel le sujet est recruté dans le service selon sa formation professionnelle de base	Par déclaration
Type de contrat	Variable nominale	1- Agent permanent de l'Etat 2- Agent Contractuel de l'Etat 3- Conventionnel 4- Occasionnel 5- Stagiaire	Modalité d'emploi du sujet dans la structure	Par déclaration
Variables d'appréciation des conditions de travail				
Ancienneté au poste en années	Variable discrète	###	Temps passé au poste actuel depuis la nomination	Par déclaration
Vos horaires de travail sont-ils les mêmes tous les jours ?	Variable dichotomique	1-Oui 2-Non 3-Ne sais pas		Par déclaration
Travaillez-vous la nuit même occasionnellement ?				
Devez-vous effectuer des astreintes dans le cadre de votre travail ?				
Travaillez-vous le samedi et/ou le dimanche ou les jours fériés ?				

Vous arrive-t-il de travailler certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l'horaire officiellement prévu ?	Variable dichotomique	1-Oui 2-Non 3- Ne sais pas		Par déclaration
Etes-vous obligé de vous dépêcher pour faire votre travail ?				
Devez-vous fréquemment interrompre une tache que vous êtes en train de faire pour en effectuer une autre non prévue ?				
Environnement de travail				
Votre lieu de travail présente-t-il les inconvenants suivants : saletés, mauvaises odeurs, absence ou mauvais état des locaux sanitaires ?	Variable dichotomique	1-Oui 2- Non 3- Ne sais pas		Par déclaration
L'aération et l'éclairage de votre lieu de travail sont-ils satisfaisants ?				
A votre poste, les matériels médico-sanitaires sont-ils adéquats et disponibles				

pour l'exécution de vos taches ?	Variable dichotomique	1-Oui 2- Non 3- Ne sais pas		Par déclaration
L'effectif du personnel est-il suffisant pour assurer la bonne marche du service ?				
Pour votre poste la charge quotidienne de travail est-elle acceptable selon les normes prédéfinies?				
L'exécution de votre travail vous impose-t-elle d'effectuer des déplacements à pieds sur de longue distance?				
Votre rythme de travail vous est-il imposé par les usagers du service?				
Au cours de votre travail, êtes-vous exposé à des agressions verbales, des injures ou des menaces?				
Au cours de votre travail, êtes-vous exposé à des agressions physiques?	Variable dichotomique	1-Oui 2- Non 3- Ne sais pas		Par déclaration
Relation avec la hiérarchie				
La hiérarchie facilite elle les relations au travail ?				

Les supérieurs hiérarchiques sont-ils très attentifs aux besoins du personnel ?	Variable dichotomique	1-Oui 2- Non 3- Ne sais pas		Par déclaration
Quand vous rencontrez une difficulté pour faire votre travail correctement, pouvez-vous en discuter avec vos supérieurs hiérarchiques ?				
Recevez-vous le respect que vous méritez de vos supérieurs hiérarchiques ?				
La direction accorde-t-elle une importance à la formation continue ?				
Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général des informations claires et suffisantes ?	Variable dichotomique	1-Oui 2- Non 3- Ne sais pas		Par déclaration
Votre travail est-il apprécié à sa juste valeur par vos supérieurs ?				
Relation avec les collègues				
Travaillez-vous en équipes ?				

Quand vous rencontrez une difficulté pour faire votre travail correctement, pouvez-vous en discuter avec vos collègues ?	Variable dichotomique	1-Oui 2- Non 3- Ne sais pas		Par déclaration
Au travail, recevez-vous un soutien satisfaisant dans les situations difficile ?				
Votre travail est-il apprécié à sa juste valeur par vos collègues ?				
Relation avec les usagers du service				
Etes-vous en contact direct avec le public (usagers, patients)?	Variable dichotomique	1-Oui 2- Non 3- Ne sais pas		Par déclaration
Votre travail est-il apprécié à sa juste valeur par des tiers (patients, usagers)?				
Variables en rapport avec la sécurité au travail				
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu une information sur les risques que votre travail fait courir à votre santé ou votre sécurité?				

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bénéficiez d'une formation à la sécurité dispensée par votre hôpital?	Variable dichotomique	1-Oui 2- Non 3- Ne sais pas		Par déclaration
Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu un ou plusieurs accident(s) de travail même bénin(s), qui vous a (ont) obligé(s) à vous faire soigner?				
Avez-vous dû interrompre votre travail à cause de cet accident? (au moins une journée)				
Avez-vous signalé cet accident à votre organisation? (Hiérarchie, service de personnel…)	Variable dichotomique	1-Oui 2- Non 3- Ne sais pas		Par déclaration
Cet accident a-t-il été reconnu et indemnisé par le ministère au titre des accidents du travail? (remboursement ...)				
Influence des conditions de travail sur la santé				
Dans l'ensemble, comment estimez-vous votre état de santé?	Variable ordinaire	1- Très Bon 2- Bon 3- Moyen 4- Mauvais 5- Très mauvais		Par déclaration

Pensez-vous que vos conditions de travail influencent votre santé?	Variable dichotomique	1- Oui 2- Non		Par déclaration
Si oui, en quoi affecte-il votre santé?	Variable nominale	1- Problème de vue 2- Problème de peau 3- Problème de dos 4- Maux de tête 5- Problème d'estomac 6- Douleurs musculaires des membres supérieurs 7- Douleurs musculaires des membres inférieurs 8- Maladies cardiaques 9-Maladies respiratoires 10- Troubles du sommeil 11- Fatigue générale 12- Stress 13- Anxiété 14- Irritabilité 15-Traumatisme 16- Allergies 17- Blessures		Par déclaration
Satisfaction des professionnels de santé				
Dans votre emploi actuel, êtes-vous satisfait(e)?	Variable ordinaire	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait(e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas		Par déclaration
De vos relations avec les supérieurs hiérarchiques?				
De vos relations avec vos collègues?				
De vos relations avec les usagers du service?				

De vos possibilités d'avancement?	Variable ordinaire	1- Très insatisfait(e) 2- Insatisfait(e) 3- Satisfait(e) 4- Très satisfait(e) 5- Ne sais pas		Par déclaration
De la stabilité de votre emploi?				
De la manière dont les règles et les procédures internes du service sont mises en application?				
Des possibilités de prendre des décisions de votre propre initiative?				
Du sentiment d'accomplissement que vous retirez de votre travail ?				
De votre salaire vu tous vos efforts ?				
Antécédents personnels médicaux et chirurgicaux				
Antécédents personnels médicaux	Variable nominale	1- HTA 2- Diabète 3- Ulcère gastrique ou duodénal 4- Asthme 5- Autre		Par déclaration
Antécédents personnels chirurgicaux	Variable dichotomique	1- Oui (A préciser) 2- Non		Par déclaration

Annexe 3 : Autorisation de collecte de données

REPUBLIQUE DU BENIN - MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA
Direction Générale

01 BP : 386
(+229) 21 30 06 56
www.cnhu-hkm.org

CELLULE DE LA STATISTIQUE MEDICALE ET DE LA RECHERCHE

Cotonou, le 16 SEPT 2022

N° 1564/MS/CNHU-HKM/DAF/CSMR

NOTE DE SERVICE

Objet : Autorisation de collecte

Références : - Demande de monsieur DJIDO M.C. Gbédji en date du 12 Septembre 2022 ;
- Attestation du Co-directeur de Thèse en date du 12 Septembre 2022.

Dans le cadre de sa thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, portant sur le thème « **Rôle des conditions d'emploi et de travail en chirurgie ostéo-articulaire dans la production des inégalités sociales de santé : cas de la CUTO-CR** », Monsieur **DJIDO Marius Cléophace Gbélidji**, étudiant en septième année de Médecine Générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisé à effectuer une collecte de données, à la **Clinique Universitaire de Traumatologie-Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA.

A cet effet, le Chef Clinique et son Surveillant sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressé, l'accès aux sources de données.

Ladite collecte se fera sous l'encadrement du chef Cellule de la Statistique Médicale et de la Recherche.

A la fin de l'étude, l'intéressé devra transmettre à la Direction Générale du CNHU-HKM, les versions électroniques du rapport d'étude et de la base de données recueillies, par mail, à l'adresse suivante : « csmr.cnhuhkm@gmail.com ».

La présente note de service est valable pour compter de la date de sa signature.

NB : Les dossiers médicaux et les registres doivent être consultés sur place. La confidentialité des données collectées est requise.

Le Directeur Général,

Ampliations :
- DAF, C/SRH, P/CME, C/CSRM
- C/CUTO-CR, Surveillant,
- Intéressé, Archives, Chrono

Pr Aristide HANS-MOEVI AKUE
CHEF SERVICE
CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE ET CHIRURGIE REPARATRICE
C N H U - H K M COTONOU
N° 0330 / ONMB / ATL / 2001

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Le Directeur Général HKM

Prof. Dieu donné GNONLONFOUN

Annexe 4 : Consentement éclairé

FICHE DE CONSENTEMENT

ROLE DES CONDITIONS D'EMPLOI ET DE TRAVAIL DU PERSONNEL SOIGNANT EN CHIRURGIE OSTEO-ARTICULAIRE DANS LA PRODUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE : CAS DE LA CUTO-CR DU CNHU-HKM

Engagement du (de la) participant(e)

Je soussigné(e), (nom du participant)..... déclare avoir lu ou avoir été informé par une tierce personne et compris le contenu de la note d'information.
Je certifie avoir discuté avec **DJIDO Marius Cléophace Gbélidji** et compris l'objectif, la modalité de participation, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.
J'ai eu l'occasion de poser des questions concernant cette étude et le chercheur y a répondu à ma satisfaction.
Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du participant.....
Date.....

Engagement du chercheur :

*Je soussigné, **DJIDO Marius Cléophace Gbélidji** certifie :*

a) avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire de consentement;

b) lui avoir clairement indiqué que sa participation est libre et volontaire et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Je m'engage à respecter la confidentialité et tout ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

Signature du chercheur..... Date.....

Annexe 5 : Récépissé de dépôt au comité d'éthique et de recherche

Comité d'Éthique et de Recherche en Sciences de la Santé

-*-*-*-*-*-**-*-*-*-*-*-*-*-*-

RECEPISSE DE DEPOT

Je soussigné Marlène AGBAKOU, officiant en qualité de secrétaire du comité d'éthique et de Recherche en Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi, atteste que le protocole de recherche

Titre Rôle des conditions d'emploi et de travail du personnel soignant en chirurgie ostéo-articulaire dans la production des inégalités sociales de santé : Cas de la CUTO-CR du CNHU-HKM

Investigateur principal DJISO Marius Léopharce Gbédjidjé

A été déposé ce jour (Date) 16/01/2023

Par (Nom, prénoms du déposant) DJISO Marius Léopharce Gbédjidjé

Et enregistré sous le numéro de dépôt : 003.CERSS/UAC

En foi de quoi, le présent récépissé de dépôt est délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Cotonou le

Madame Marlène AGBAKOU
Secrétaire/intérim CERSS

Email : cerss.uac@gmail.com

Scanné avec CamScanner

TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....I
REMERCIEMENTS.....IV
HOMMAGES.....VII
SOMMAIRE.....X
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....XII
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES.....XIV
INTRODUCTION.....1
1 PROBLEMATIQUE.....4
1.1 Etat actuel de la situation.....5
1.2 Enoncé du problème.....6
1.3 Hypothèses.....8
1.4 Objectifs.....8
1.4.1 Objectif général.....8
1.4.2 Objectifs spécifiques.....8
2 GENERALITES.....9
2.1 Définitions des concepts.....10
2.2 Principaux déterminants des inégalités sociales de santé.....13
2.3 Les conditions d'emploi et de travail.....15
2.3.1 Travail, conditions de travail, service rendu et ISS.....15
2.3.2 Potentiel intrinsèque, profession et performance au travail.....15
2.3.3 Professionnel de santé et ISS.....17
2.3.4 Organisation structurelle de travail et ISS.....20
2.4 Des inégalités sociales aux inégalités de santé [9].....21
2.4.1 L'approche éco-sociale.....22
2.4.2 Stratification sociale et genèse de la maladie : Le modèle de Diderichsen et Hallqvist.....22
2.4.3 Effet de sélection et relations de causalité : Le modèle de Mackenbach.....23
2.5 Les approches d'action pour la réduction des inégalités sociales de santé.....24

2.5.1 Les approches des milieux 24
2.5.2 La décentralisation administrative 27
2.5.3 La décentralisation du système sanitaire 27
2.5.4 La santé dans toutes les politiques 28
2.5.5 La promotion de la santé et la lutte contre la maladie (transmissible et non transmissible) 28
3 CADRE ET METHODES D'ETUDE 30
3.1 Cadre d'étude 31
3.1.1 CNHU-HKM 31
3.1.2 Clinique Universitaire de Traumatologie Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice (CUTO-CR) 32
3.2 Méthodes d'étude 33
3.2.1 Type d'étude 33
3.2.2 Période d'étude 34
3.2.3 Population d'étude 34
3.2.4 Variables étudiées 34
3.3 Collecte des données 36
3.3.1 Sources des données 36
3.3.2 Technique de collecte des données 36
3.3.3 Outils de collecte 36
3.3.4 Équipe de collecte des données : 36
3.3.5 Déroulement de la collecte 36
3.3.6 Difficultés rencontrées 37
3.3.7 Analyse et traitement des données 37
3.3.8 Considérations éthiques 38
4 RESULTATS 39
4.1 Echantillon 40
4.2 Caractéristiques sociodémographiques des professionnels soignants 40
4.2.1 Âge (ans) 40
4.2.2 Sexe 41

4.2.3 Ethnie 41
4.2.4 Autres caractéristiques sociodémographiques 42
4.3 Description de la position sociale des professionnels de santé enquêtés 43
4.3.1 Niveau d'instruction 43
4.3.2 Formation professionnelle 43
4.3.3 Revenu mensuel et niveau socio-économique 43
4.3.4 Couverture sanitaire et Soutien social 45
4.4 Appréciation des conditions d'emploi du personnel soignant 45
4.4.1 Type d'emploi 45
4.4.2 Type de contrat 46
4.5 Appréciation des conditions de travail du personnel soignant 47
4.5.1 Description de l'aspect organisationnel du travail 47
4.5.2 Perception du personnel enquêté sur les contraintes de temps au travail 47
4.5.3 Perception du personnel soignant enquêté sur leur environnement de travail 49
4.5.4 Perception du personnel enquêté sur leur relation avec leur hiérarchie 51
4.5.5 Perception du personnel soignant enquêté sur leur relation avec leurs collègues 52
4.5.6 Perception du personnel soignant enquêté sur leur relation avec les usagers du service 54
4.6 Santé et sécurité au travail 54
4.7 Etat de santé du personnel soignant et santé au travail 56
4.7.1 Perception du personnel soignant enquêté sur leur état de santé 56
4.7.2 Conséquences des conditions de travail sur la santé des professionnels 57
4.7.3 Etat de santé du personnel soignant et le niveau socio-économique 58
4.7.4 Etat de santé et le revenu mensuel 59
4.7.5 Etude des antécédents personnels médicaux et chirurgicaux des professionnels enquêtés 60

4.8 Satisfaction des professionnels de la santé 63
4.8.1 Satisfaction des conditions de travail et niveau socio-économique . 65
4.8.2 Satisfaction du personnel des conditions de travail et revenu mensuel……66
5 DISCUSSION 67
5.1 Atteinte des objectifs de l'étude 68
5.2 Qualité et validité des résultats 68
5.2.1 Validité des résultats 68
5.2.2 Evaluation des biais 69
5.3 Analyse des données et la comparaison avec celles d'autres auteurs 69
5.3.1 Caractéristiques sociodémographiques 69
5.3.2 Position sociale 70
5.3.3 Description des conditions d'emploi 71
5.3.4 Appréciations des conditions de travail 72
5.3.5 Santé et sécurité au travail 76
5.3.6 Influence des conditions de travail sur la santé 77
5.3.7 Etat de santé du personnel et position sociale 77
5.3.8 Satisfaction du personnel soignant et position sociale 78
CONCLUSION 79
SUGGESTIONS 81
REFERENCES 83
ANNEXES ..... a
TABLE DES MATIERES ..... y
RESUME ..... ff
ABSTRACT ..... ff

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !

LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : Les conditions de travail regroupent les aspects matériels, organisationnels, et psychosociaux dans lesquels est exercée une activité professionnelle**.** Quant aux conditions d'emploi, elles correspondent au rôle joué par tout individu dans une structure et les clauses d'un contrat qui lie cet individu à cette dernière. Les inégalités sociales de santé sont les différences d'état de santé importantes et évitables entre des personnes appartenant à des groupes sociaux différents. Dans les hôpitaux, le personnel de santé est soumis à de mauvaises conditions de travail**.** Ces professionnels de santé n'ont pas la même position sociale et ne jouissent pas du même état de santé.

Objectif : Etudier les conditions d'emploi et de travail du personnel soignant de la CUTO-CR du CNHU-HKM au regard des inégalités sociales de santé.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive analytique s'étant déroulée sur une période de trente jours allant du 02 décembre au 31 décembre 2022. Elle portait sur le personnel soignant de la CUTO-CR du CNHU-HKM.

Résultats : Au total 51 professionnels de la santé étaient inclus. Ils représentaient 87,93% du personnel soignant de la CUTO-CR. Une prédominance masculine était observée avec un sex ratio (H/F) de 4,67. La tranche d'âge du personnel soignant la plus représentée était de 30 à 40 ans (45,1%) avec une moyenne d'âge de 37,43±8,9 ans. Ceux ayant un revenu mensuel > 100 000 FCFA étaient les plus représentés (n=31) et le niveau socio-économique était moyen pour la plupart (n=39). S'agissant des conditions d'emploi, la série était dominée par les DES de Traumatologie-Orthopédie (n=19). Au chapitre des conditions de travail, l'éclairage et l'aération était insuffisante (n=32), le matériel médico-technique était indisponible et inadéquat (n=40), les agents étaient exposés aux agressions verbales et injures (n=33). Le rythme de travail était imposé par les usagers du service (n=29). Pour 88,9% du personnel soignant leurs conditions de travail ont une mauvaise influence sur leur état de santé. Il a été constaté que, plus le niveau socioéconomique des sujets était élevé, meilleur était leur état de santé. Il a été également constaté que les professionnels ayant un niveau socio-économique bas étaient les plus insatisfaits de leurs conditions de travail et des relations avec les supérieurs hiérarchiques.

Conclusion : Cette étude a révélé que le personnel soignant de la CUTO-CR du CNHU-HKM de Cotonou travaille dans de mauvaises conditions ayant une mauvaise influence sur leur état de santé. Il existe un gradient social de santé au sein du personnel favorisé par ces conditions.

Mots clés : déterminants sociaux de la santé, conditions d'emploi, conditions de travail, inégalités sociales de santé.

ABSTRACT

Introduction: Working conditions include the material, organizational and psychosocial aspects in which a professional activity is carried out. As for the conditions of employment, they correspond to the role played by each individual in a structure and the clauses of a contract that binds that individual to it. Social inequalities in health are important and avoidable differences in health status between people belonging to different social groups. In hospitals, health workers are subjected to poor working conditions. These health professionals do not have the same social position and do not enjoy the same state of health.

Objective: To study the employment and working conditions of the nursing staff of the CUTO-CR of the CNHU-HKM with regard to social inequalities in health.

Results: A total of 51 health professionals were included. They represented 87.93% of the nursing staff of CUTO-CR. A male predominance was observed with a sex ratio (M/F) of 4.67. The age group of caregivers most represented was 30 to 40 years (45.1%) with an average age of 37.43±8.9 years. Those with a monthly income > 100,000 FCFA were the most represented (n=31) and the socio-economic level was average for most (n=39). In terms of conditions of employment, the series was dominated by the DES in Traumatology-Orthopaedics (n=19). In terms of working conditions, lighting and ventilation were inadequate (n=32), medical-technical equipment was unavailable and inadequate (n=40), officers were exposed to verbal aggression and insults (n=33). The pace of work was imposed by the users of the service (n=29). For 88.9% of nursing staff, their working conditions have a bad influence on their state of health. It was found that the higher the socioeconomic level of the subjects, the better their health status. It was also found that professionals with a low socio-economic level were the most dissatisfied with their working conditions and relations with superiors.

Conclusion: This study revealed that the nursing staff of the CUTO-CR of the CNHU-HKM of Cotonou work in poor conditions that have a bad influence on their state of health. There is a social gradient in health among staff fostered by these conditions.

Keywords: social determinants of health, employment conditions, working conditions, social inequalities in health.