UNIVERSITE D'ABOMEY–CALAVI

--*-*-*-*

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES (FASHS)

--*-*-*-*

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION (D P S E)

--*-*-*-*

FILIÈRE : PSYCHOLOGIE

OPTION : PSYCHOLOGIE DE LA VIE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

MEMOIRE DE MAITRISE

SUJET

DYNAMIQUE DES RELATIONS DE TRAVAIL AU CHD MONO-COUFFO (BENIN)

Réalisé et soutenu par :

FANTODJI Stanislas
&
SOGADJI MEDETOVA Victor

Sous la direction de:

Dr. Thierry K. KOUGBEAGBEDE Maître Assistant / CAMES
Enseignant à l'Université d'Abomey-Calavi

Soutenu publiquement le 16 juin 2017
Mention : Très-bien

JURY : Président : Dr. Florentin NANGBE
Examinateur: Dr. Michel MEHINTO
Rapporteur : Dr. Thierry K. KOUGBEAGBEDE

Année académique : 2016-2017

IN MEMORIUM

Mon feu père **FANTODJI Nestor**

Ma feue mère **SODAHLON Justine**.

Chers papa et maman, j'aurais voulu que vous viviez longtemps afin de bénéficier des fruits de vos sacrifices visant le bien-être et l'évolution de vos enfants.

DEDICACE

A

- **mon père Mêdétova SOGADJI**
- **ma mère Kanhounchi KOMAVO FAMBO.**

Trouvez à travers ce travail un début de récompense pour tous les sacrifices que vous ne cessez de consentir pour mon éducation.

REMERCIEMENTS

Le présent mémoire a été réalisé grâce à la participation effective et soutenue de tous ceux qui ont contribué directement ou indirectement à cette tâche.

Nos remerciements vont à l'endroit de notre Maître de mémoire ***Docteur Thierry K. KOUGBEAGBEDE*** pour ses qualités professionnelles et remarques pertinentes. Il n'a ménagé aucun effort pour nous suivre au quotidien dans la réalisation de ce mémoire et cela malgré ses multiples préoccupations ; retrouvez ici nos marques de gratitudes.

Nous voudrions manifester notre grande joie à tous nos Enseignants du département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation et leur témoigner toute la satisfaction que nous avons tirée de leurs enseignements.

Nous adressons nos sincères remerciements:

- Aux honorables membres du jury pour leur disponibilité et leur désir de nous aider à parfaire ce document à travers leur critique et recommandation ;
- À madame EDAH Victoire (chef personnel du CHD Mono-Couffo), notre maîtresse de stage pour avoir accepté de nous encadrer durant le stage et nous avoir fourni les informations nécessaires dont nous avions besoin en vue de l'élaboration du travail ;
- À monsieur AMOUSSOU K. Oscar, Directeur du CHD Mono-Couffo;
- Aux mesdames **Félicité KEVO** épouse ***SOGADJI MEDETOVA Victor*** et **Bernadette KAKPO** épouse ***FANTODJI Stanislas*** pour leur soutien de tous genres ;
- À nos frères et sœurs ***FANTODJI et SOGADJI*** ;
- À tous nos amis et camarades d'amphi. Qu'ils trouvent ici l'expression de nos sincères gratitudes.

SOMMAIRE

IN MEMORIUM……i

DEDICACE……..…ii

REMERCIEMENTS……iii

SOMMAIRE…… iv

RESUME……....……v

ABSTRACT……..……v

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS……..……vi

LISTE DES TABLEAUX……...……vii

LISTE DES GRAPHIQUES……...……viii

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE THEORIQUE 4

ET METHODOLOGIQUE 4

CHAPITRE I : CONTEXTE THEORIQUE..... ……5

CHAPITRE II : DEMARCHE METHODOLOGIQUE 39

DEUXIEME PARTIE: CADRE PRATIQUE DE L'ÉTUDE, PRÉSENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RÉSULTATS 44

CHAPITRE III : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE 45

CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION .....

DES RESULTATS..... 56

CONCLUSION 81

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 84

ANNEXE..... 86

TABLE DES MATIERES ……..…….....96

Résumé

La présente étude porte sur les relations de travail au CHD MONO-COUFFO.

La collecte des données s'est faite au CHD MONO-COUFFO (LOKOSSA /BENIN) auprès de 50personnes issues des services administratif, technique et médical. A tout cela, s'ajoutent les observations directes qui ont permis de voir les comportements de l'ensemble des employés et l'ambiance de travail qui y règne. Par ailleurs, nous avons eu des entretiens avec des malades hospitalisés. Tout ceci a permis de collecter plusieurs types de données. Ces derniers ont été traités manuellement et les résultats ont été analysés et interprétés.

A l'issue des analyses, plusieurs facteurs sont à la base de l'état des relations de travail. Il ressort également que les relations de travail ont d'effets sur les agents eux-mêmes et sur les soins apportés aux malades. Les effets positifs favorisent l'épanouissement de l'agent, la satisfaction des malades et le développement du pays. Dans le cas contraire, il y a la dégradation de l'ambiance de travail, la naissance des conflits et l'insatisfaction des malades. Les relations de travail négatives engendrent aussi des conséquences psychologiques et économiques. Pour éviter ces conséquences négatives et pour la dynamique des relations de travail il faut mettre l'accent sur l'importance de la qualité des relations dans une organisation, éliminer les facteurs qui les dégradent.

Abstract

The present survey is about the relations of work in the CHD MONO COUFFO.

The collection of the data got used to the CHD MONO COUFFO (LOKOSSA /BENIN) by 50 persons exits of the services administrative, technical and medical. To all it, are added the direct observations that permitted to see the behaviors of the set of the employees and the ambiance of work that reigns there. Otherwise, we had some interviews with hospitalized patients. All it permitted to collect several types of data. These last have been treated by hand and the results have been analyzed and have been interpreted.

To the exit of the analyses, several factors are to the basis of the state of the work relations. He/it also comes out again that the relations of work have effects on the agents themselves and on the cares brought to the patients. The positive effects encourage the agent's blossoming, the satisfaction of the patients and the development of the country. In the contrary case, there are the deterioration of the work ambiance, the birth of the conflicts and the dissatisfaction of the patients. The negative relations of work also generate psychological and economic consequences. To avoid these negative consequences and for the dynamics of the work relations it is necessary to put the accent on the importance of the quality of the relations in an organization, to eliminate the factors that damage them.

LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACE : Agent Contractuel de l'État

AMS : Agents sur Mesure Sociale

APE : Agent Permanent de l'État

CA : Conseil d'Administration

CGC : Cellule de Contrôle de Gestion

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CHS : Comité d'Hygiène et de Sécurité

CLIN : Cellule de Lutte Contre les Infections Nosocomiales

CMC : Commission Médicale Consultative

CODIR : Le Comité de Direction

DGAP : Direction Gestion de l'Administration et du Personnel

DGMAS : Direction Gestion Maladies, Accueil et Statistique

DM : Division Maintenance

DPSE : Département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation

ENAM : École Nationale d'Administration et de Magistrature

ENEAM : École Nationale d'Économie Appliquée et de Management

FASHS : Faculté des Sciences Humaines et Sociales

FC : Fonds Communautaires

GRH : Gestion des Ressources Humaines

MSP : Ministère de la Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de Santé

RH : Ressources Humaines

SAAE : Service des Affaires Administratives et Économiques

SAF : Service des Affaires Financières

SCRP : Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté

SFE : Sage-Femme d'État

UAC : Université d'Abomey-Calavi

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Tableau récapitulatif des objectifs et hypothèses 90

Tableau II : La configuration de la population totale.....91

Tableau III: Répartition des relations positives 91

Tableau IV: Répartition des relations négatives 92

Tableau V: Appréciation de l'impact que l'état des relations a sur les soins apportés aux malades.....92

Tableau VI: Impact de l'état des relations sur les soins apportés aux malades 93

Tableau VII : Impact de l'état des relations entretenues sur les agents eux-mêmes.93

Tableau VIII: Tableau comparatif des pourcentages des différents types de relations dans les services du CHD Mono-Couffo 94

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des enquêtés en fonction du sexe 57

Graphique 2 : Répartition des enquêtés selon leur tranche d'âge 57

Graphique 3 : Répartition des enquêtés selon leur situation matrimoniale 58

Graphique 4: Répartition des enquêtés selon leur charge filiale 59

Graphique 5: Répartition des enquêtés selon leur catégorie socioprofessionnelle d'appartenance 59

Graphique 6 : Répartition des enquêtés selon leur appréciation de la qualité des relations entretenues au CHD Mono-Couffo et celles entretenues hors de ce centre.62

Graphique 7 : Répartition des enquêtés selon le type de relation entretenue au CHD Mono-Couffo 64

Graphique 8 : Répartition des enquêtés selon la satisfaction par rapport à leur place ou leur situation actuelle au CHD Mono-Couffo.....66

Graphique 9 : Répartition des enquêtés en fonction de l'existence de relations positives entre agents dans les différents services sur le plan du travail 67

Graphique10 : Répartition des enquêtés en fonction de l'existence de relations amicales entre agents d'un même service hors du cadre du travail 68

Graphique 11: Répartition des enquêtés en fonction de la non existence de conflits interpersonnels au sein des différents services du CHD Mono-Couffo 68

Graphique 12 : Répartition des enquêtés de chaque service en fonction de l'existence de relations d'amitié entre agents d'un service et ceux d'un autre service 69

INTRODUCTION

Une entreprise présente un environnement particulier dans lequel évoluent ses membres. Cet environnement apparaît comme la personnalité de l'entreprise. En effet que l'on soit dans une entreprise du secteur public, parapublic ou privé, la nécessité pour les dirigeants d'offrir aux membres un cadre de travail propice les amenant à maintenir une ligne d'action consistante pour un rendement meilleur, reste un véritable leitmotiv d'où l'intérêt de comprendre et d'identifier les éléments de l'environnement pouvant être considérés comme des éléments stimulant et inhibiteur en milieu professionnel.

Aussi, prenons nous en compte le travailleur qui reste une composante essentielle du milieu professionnel.

Le capital humain dans une entreprise n'est pas à négliger. Ainsi l'état de la dynamique des relations dans une entreprise doit être placé au premier rang en matière de politique de gestion. Les psychologues ont en commun l'objectif de décrire et d'expliquer les comportements et les processus mentaux qui les sous-tendent. L'homme est « *un animal destiné à vivre en société* » disait Aristote. En ce sens, la psychologie est interpellée à étudier tous les phénomènes de communication et d'influence, avec les aspects cognitifs, affectifs et conatifs. Elle s'est intéressée depuis ses origines aux actions et aux pratiques directement liées aux processus de travail, de formation, d'intervention de thérapie et de toutes situations impliquant quelque changement au sein des groupes éphémères ou des collectivités intégrées. Pour ce faire, la psychologie sociale considère l'homme comme un être relationnel. En traitant de la relation, elle aborde une dimension spécifique de la vie sociale et révèle, à l'intérieur d'un contexte donné, l'irréductibilité des positions sociales à un niveau des sentiments interpersonnels. L'étude effectuée par le français Sainsaulieu, stipule que la nature des relations peut être caractérisée selon trois critères à savoir: le nombre de communication, l'intensité des échanges, la prise en compte des

contradictions. De cette étude, il ressort que les relations interpersonnelles dans une entreprise, constituent un facteur déterminant dans l'engagement et la motivation du travailleur dans son travail. A ce niveau, pour Sainsaulieu, plus la communication passe bien, qu'il y a d'échanges et que les contradictions sont prises en compte dans l'entreprise forcement les relations sont bonnes, ce qui peut indiquer une bonne ambiance de travail. En effet, toute relation est déterminée par des statuts, des attitudes, des fonctions qui créent des distances entre ceux en rapport les uns avec les autres. Dès lors, la nature relationnelle de l'homme s'exprime par la communication, un moyen nécessaire mais qui crée des barrières multiples entre les individus et les groupes: « la communication est un mur, dira Moeles.».

Toute société est à la fois ordre et mouvement, et le développement d'une société, en tant que processus historique, est extrêmement complexe et ne peut s'expliquer quand on tient compte des interactions d'un système qui s'organise et se meut. Il ne suffit pas seulement d'un ordre et d'un mouvement pour qu'il y ait développement. Il faut bien que l'organisation sociale et le changement social se fassent qualitativement et humainement. Ainsi, abordant la question de la colère, Beth Rust précise que la façon d'exprimer sa colère au travail est souvent très différente de ce qu'elle est dans les relations interpersonnelles. Il convient, indique-t-elle de savoir ce qui est acceptable en milieu de travail. Elle souligne l'importance de se souvenir et que le fait d'exprimer sa colère doit avoir pour but d'obtenir des résultats positifs.

La question de développement se pose de plus en plus avec acuité dans la plupart des pays en développement dont le Bénin. La production de biens matériels et de services, l'épanouissement de l'être humain sont désormais d'actualité et préoccupent tous les pays. La bonne qualité des relations interpersonnelles surtout en milieu de travail est un facteur pour l'épanouissement. Or, lorsque nous prenons la nature de la dynamique des relations de travail au CHD MONO-COUFFO (BENIN), force est de constater

qu'elle se dégrade de jour en jour avec ses conséquences. En réalité, quelles sont les causes de la dégradation des relations de travail, quelles en sont les conséquences et quelles stratégies adoptées pour améliorer de manière efficace la qualité des relations de travail dans ce milieu ? C'est dans cette optique que nous avons effectué un stage au CHD Mono-Couffo afin d'identifier les causes, de mieux appréhender les conséquences qu'engendrent la dynamique des relations de travail et de proposer des solutions efficaces pour un bien être des travailleurs. Ces solutions doivent aussi contribuer à la satisfaction des malades hospitalisés dans cette structure et ceci pour le développement de la nation.

C'est dans ce contexte que nous avons entrepris cette recherche intitulée : «*Dynamique des* ***relations de travail au CHD Mono-Couffo*** *(Bénin)*». *À travers ce sujet, nous ferons ressortir essentiellement les causes et les conséquences de l'état des relations de travail au CHD Mono-Couffo Bénin.* À cet effet, ce sujet est développé en deux grandes parties :

-La première explore le contexte théorique et méthodologique. Celle-ci est subdivisée en deux chapitres dont le premier est intitulé « *contexte théorique* » qui présente la problématique, les objectifs et hypothèses, les concepts clés puis la revue de littérature. Le second chapitre présente, quant à lui la démarche méthodologique adoptée pour aboutir aux résultats de l'étude. Dans ce cadre, la population cible et la méthode d'échantillonnage, l'organisation de cette collecte, et le mode de traitement de ces dernières puis les difficultés rencontrées sont les principaux points développés ;

-La deuxième partie, intitulée « cadre pratique de l'étude, présentation, analyse et interprétation des résultats » présente dans son premier chapitre le milieu dans lequel l'étude a été réalisée. Le deuxième chapitre fait dans un premier temps le point des résultats obtenus. Dans un second temps ces résultats sont analysés et interprétés. Partant de ces résultats, des approches de solutions par rapport aux problèmes identifiés et des suggestions ont été faites.

PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

CHAPITRE I : CONTEXTE THEORIQUE

1- PROBLÉMATIQUE

Dans tout pays, il existe différents secteurs qui contribuent au développement. Parmi ceux-ci, le secteur sanitaire n'est pas des moindres car il s'occupe des hommes et des femmes qui sont les vrais acteurs du développement d'une nation. Connaissant son importance, le Bénin a opté pour que ce secteur soit mieux accompagné afin que les objectifs du millénaire pour le développement en matière de santé soient atteints. À cet effet, il recrute et équipe les différents centres de santé. Par ailleurs, pour relever le défi du développement et de la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) l'État béninois a défini des orientations stratégiques dont l'une des actions est la promotion du renouveau économique. Ce dernier ne saurait être réalisé sans l'existence de centres de santé qui fournissent des soins de qualité aux populations. Ces soins de qualité doivent être l'œuvre de la bonne prestation des agents de santé qui dans l'exercice de leur fonction doivent s'épanouir. Le travailleur n'étant pas un simple instrument des unités de productions, mais plutôt un partenaire qui s'engage, s'implique dans son travail, il s'établit entre lui et ses paires dans l'organisation une véritable relation interpersonnelle et d'échanges. Alors, il apparaît, selon l'étude de nombreux travaux d'études, que la qualité d'un cadre de travail ou d'une ambiance de travail peut se mesurer au travers des modes de relations liées entre eux: relation entre les salariés et les dirigeants, relations entre les salariés eux-mêmes, et la relation entre le salarié et son travail. Autrement dit, comme l'affirme **Brunet**, les comportements, les attitudes que les individus adoptent en milieu de travail dépendent généralement aussi des perceptions qu'ils ont des relations interpersonnelles. Ainsi, dans son approche sur l'objet de la psychologie **Allport,** met l'accent sur la fonction du contexte dans lequel un échange se produit. Ce contexte est surtout formé par cette présence d'autrui et renvoi à la

signification des échanges donc des interactions. Le CHD Mono-Couffo constitue bien sûr un contexte social où se produisent des interactions et des interactions d'individu à individu.

Or, il n'y a pas d'économie prospère sans une bonne gestion des ressources humaines et de climat social au travail surtout adéquat aux employés. Malheureusement les centres sanitaires placent au second plan le bien-être et l'épanouissement de leurs salariés sur les lieux de travail et procèdent fréquemment à des restructurations organisationnelles, lesquelles ne répondent pas toujours aux normes de l'organisation internationale du travail(OIT). Ceci entraîne pour la plupart du temps de différentes formes de souffrances aux salariés : les souffrances professionnelles et les souffrances psychosociales en sont quelques exemples. Ces souffrances que vivent ces salariés des centres de santé ont de répercussion sur la qualité des soins apportés aux malades qui ne sont pas satisfaits et manifestent des critiques.

La dégradation des relations interpersonnelles affecte l'individu, la qualité de ces prestations, la baisse de rentabilité pour les centres de santé. Cependant, contrairement aux formes de souffrances au travail, l'effet engendré par l'état de la dynamique des relations de travail est un processus constitué de différents types d'agissements qui se développent dans le temps. Puisqu'il y a processus, il est important de comprendre comment et quand il s'institue, simplement pour qu'on puisse le prévenir ou intervenir le plutôt possible. C'est autant plus important, car c'est exactement tout au début du processus que les mesures de prévention peuvent être efficaces. Pour **Gwyn Jones**, les gens qui sont doublement stressés et qui éprouvent des difficultés au travail et à la maison sont particulièrement susceptibles aux sautes d'humeur. Dans ce sens, les situations déplaisantes en milieu de travail sont souvent le résultat de difficultés de communication ou de malentendus. **Gustave GAZARD** (2009): « les relations avec les coéquipiers, les supérieurs et la communauté pourraient

souvent influencer le fait qu'on décide d'être absent ou même de rester ou de quitter le travail.

Les comportements inappropriés associés aux relations interpersonnelles ont toujours été présents dans le monde du travail. Cependant, s'ils n'en existent pas dans un centre sanitaire, il est évident qu'on se réjouisse et qu'on y trouve des stratégies pouvant rendre pérenne cet état harmonieux de la dynamique des relations de travail dans ce milieu.

Dans le contexte béninois, les dispositions relatives aux normes de travail de l'organisation internationale du travail (OIT) ne sont pas appliquées comme il le faut : ceci à cause des carences organisationnelles et du fait que tout est concentré au niveau des cadres des ministères. La conformité aux normes de sécurité est assurée dans certains services d'État par la présence d'assistants sociaux et de médecins de travail.

Bien qu'il existe une structure de prévention et un cadre législatif et réglementaire au Bénin dans l'application de la sécurité et de la santé au travail de même que l'affection nécessaire aux soins des patients, les mesures sont régulièrement violées sans aucune inquiétude. Pour ce qui concerne le cadre législatif et réglementaire relatif à la sécurité, à la santé au travail au Bénin, les documents et les institutions existent et sont disponibles. Cependant, ils ne sont pas opérationnels. Notons aussi par ailleurs l'ignorance des textes d'une manière générale par les acteurs à divers niveaux. C'est-à-dire les employeurs et les employés, en matière de protection et de santé au travail.

Si la commission nationale paritaire des conventions collectives tarde à être mise sur pied, la commission nationale de santé au travail est, par contre fonctionnelle. Jusque -là, elle ne s'intéresse qu'aux accidents de travail, aux maladies liées au travail et aux conditions de travail. Vu les conséquences dévastatrices de la mauvaise qualité des relations de travail et de sa non prise en compte par les structures précédentes, il est donc légitime de se pencher sur la question et d'en faire une étude exploratoire.

Dans le but de trouver des approches à nos préoccupations, nous avons émis des hypothèses (générales, spécifiques, opérationnelles) qui méritent d'être vérifiées. Et pour ne pas se détourner de notre vision, nous nous sommes également fixés des objectifs dans le souci de conduire cette étude. Les objectifs ainsi assignés se décomposent en objectif général et en objectifs spécifiques.

2-OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE LA RECHERCHE

2.1- Objectifs

2.1.1- Objectif général

La présente étude a pour objectif général de déterminer les causes qui inhibent la dynamique des relations de travail au CHD Mono-Couffo et de contribuer à l'amélioration de ces relations au sein d'une entreprise.

Cet objectif général appelle plusieurs objectifs spécifiques.

2.1.2- Objectifs spécifiques

Il s'agit de :

- Identifier les causes de la nature des relations de travail existantes au CHD Mono-Couffo ;
- Faire l'état des lieux de la dynamique des relations de travail au CHD Mono-Couffo ;
- Et ressortir les conséquences de la nature des relations de travail au CHD Mono-Couffo.

2.2- Hypothèses

2.2.1- Hypothèse générale

Les relations de travail dépendent de plusieurs facteurs et influencent l'exécution du travail au CHD Mono-Couffo.

2.2.2- Hypothèses spécifiques

- H1: Plusieurs facteurs influencent la nature des relations de travail qui existent au CHD Mono-Couffo.
- H2: La dynamique des relations de travail au CHD Mono-Couffo dépend de la perception qu'ont les agents de leurs relations interpersonnelles et du climat social (ambiance de travail);
- H3: Les relations de travail positives contribuent à l'épanouissement des agents et à la satisfaction des usagers (patients) ;

2.2.3- Hypothèse opérationnelle

La dégradation de la dynamique des relations de travail est la source de la démotivation au travail.

3-JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

Dans toute organisation, l'homme est l'élément central auquel il faut accorder plus d'attention. Celui-ci vit dans un monde où ses rapports avec les autres ne sont sans effets sur lui- même et sur l'organisation à laquelle il appartient. Les relations de travail surtout celles interpersonnelles, depuis quelques années ont été au cœur de nombreux débats dans plusieurs pays du monde en raison de sa dégradation avec ses conséquences détruisant l'ambiance au travail et entraînant d'énormes dégâts psychologiques souvent irréversibles. Le choix de ce sujet d'étude répond à une préoccupation née de nos sondages faits auprès des salariés et des acteurs du monde du travail (Direction des Ressources Humaines, Psychologues du travail, etc.). Les différentes plaintes recueillies auprès des salariés font état des agressions vécues quotidiennement allant des plus insidieuses au plus perceptibles. Les situations professionnelles ne constituent qu'un cadre parmi tant d'autres ou l'état des relations interpersonnelles est susceptible d'être déployer : «Partout où un individu (ou un groupe d'individus) dispose d'un pouvoir sur un autre individu (ou un groupe

d'individus), l'abus de pouvoir peut conduire à la dégradation de l'état des relations interpersonnelles. On peut donc le trouver aussi bien dans une relation entre agents de santé et usagers des centres de santé (patients).

Pour ce qui concerne le domaine de la santé, force est de constater qu'il y a moins d'attention accordée aux rapports qu'entretient l'homme dans son milieu de travail. Face à ce constat et en plus des cas précédemment évoqués, nous avons jugé indispensable de voir si l'état des relations d'ordre humain existant entre malades et praticiens, à défaut d'un équipement technique sanitaire hautement qualifié, favorise effectivement l'épanouissement sanitaire de nos populations et par ricochet le développement du pays.

S'il faut des médicaments pour favoriser la guérison d'un malade, il faut également et cela n'est pas toujours pris en compte, une certaine prédisposition psychologique pour favoriser l'efficacité de ces médicaments. Ainsi, comme le disait un professeur agrégé en médecine, un malade évoluant dans une ambiance de confiance, de compréhension, de compassion et d'encouragement est un malade à moitié guéri. Si nous nous penchons dans cette étude, précisément sur le cas du CHD Mono-Couffo, c'est parce que ce centre est l'un des grands hôpitaux de notre pays le Bénin. Par conséquent, il reçoit un nombre plus important de malades, semble qualitativement et quantitativement pourvu en ce qui concerne l'équipement matériel et le personnel sanitaire. Cependant, une autre raison principale de notre choix est la multitude de critiques acerbes portées par les patients sur la qualité de l'accueil, des soins reçus et le manque de collaboration adéquate entre les agents observé dans ce centre hospitalier.

La santé étant l'un des piliers sur lequel repose tout pays désirant se développer, nous en tant que psychologues avons jugé opportun de nous pencher sur le cas du CHD Mono-Couffo, d'y voir la nature de la dynamique des relations de travail, d'identifier ce qui la dégrade ou peut la dégrader, d'en déduire les conséquences négatives qui résulteraient de sa dégradation et enfin

d'y apporter des propositions de solutions afin que, comme l'a décidé l'organisation mondiale de la santé(OMS) la santé soit effectivement pour tous.

4-CLARIFICATION CONCEPTUELLE

Le sens que prennent certains concepts dans le contexte de ce travail de recherche se retrouve dans cette rubrique. Elle va nous permettre de donner le point de vue des connaissances du domaine tant pour le problème général que pour les problèmes spécifiques.

4.1- Dynamique

Kurt Lewin est l'inventeur du terme dynamique de groupe en 1944. Pour lui, toutes les personnes d'un groupe agissent et réagissent les unes par rapport aux autres ou par rapport au groupe. À son niveau, la dynamique de groupe, c'est l'analyse de l'ensemble de ces interactions existant entre les différentes personnes composant un petit groupe et les lois qui les régissent.

Selon le dictionnaire universel en sa page 385, la dynamique de(s) groupe(s) : c'est l'étude expérimentale des lois qui régissent le comportement des petits groupes et des individus au sein de ces groupes. C'est aussi l'ensemble des techniques thérapeutiques liées à l'influence du groupe sur le comportement de l'individu (ou celui du groupe).

Dans le cadre de notre sujet de recherche, il s'agit de l'efficacité qu'offrent les relations de travail pour l'atteinte des objectifs du CHD Mono-Couffo.

4.2- Relations interpersonnelles

Le mot relation est défini comme suit : « *Rapport entre des personnes ou ensemble des moyens mis en œuvre par des organismes pour établir un climat favorable au sein de leur personnel et avec l'extérieur afin d'informer et de favoriser leur rayonnement (relations publiques*) » (*Le dictionnaire le Petit Larousse*).

Pour Boivin et al(2007) le concept de relation fait référence à des liens ou des rapports entre les individus.

Selon Allport Floyd H. (1924), la notion de relation est essentiellement entendue au sens de relation interpersonnelle, car la société dans son ensemble est considérée comme un système d'interactions et d'échanges d'individu à individu.

Par extension, on parle de relation dans les affaires, exemple : c'est une relation d'affaires de mon père c'est-à-dire une personne qu'il rencontre dans le cadre de son travail. Le mot relation est synonyme de connaissance ; exemple : inviter quelques amis et relations. L'expression « avoir des relations) signifie connaître des gens importants, puissants. En un mot relations veut dire des ensembles des liens qui existent entre des personnes qui se connaissent et se fréquentent, exemple : nous avons d'excellentes relations avec nos voisins.

Selon *Le dictionnaire le Petit Larousse* nous avons :

- **Inter** : Élément du latin inter, « entre », qui marque la séparation, l'espacement ou la réciprocité.
- **Personnel (le)** : qui est propre et particulier à chaque personne ; c'est également l'ensemble des personnes employées dans un service ou établissement…

De tout ce qui précède nous pouvons dire que l'expression « *relations interpersonnelles* » désigne la nature du lien qui unit deux personnes : un couple, des amies, un père et sa fille, un frère et sa sœur. Il est question d'interactions, d'échanges et de liens entre deux personnes. Dans la présente étude, il s'agit donc d'interactions et d'échanges en milieu de travail.

4.3- Travail

Selon le dictionnaire Le Petit Larousse (1994 :1027), il est l'activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose. On parle de travail manuel, intellectuel, etc.

Selon Boivin, le concept de travail implique une activité productive et rémunérée qui prend racine dans un cadre d'affaires organisé

Ce terme désigne dans le cadre de notre mémoire les activités de soins et les services rendus aux usagers et surtout aux malades du CHD Mono-Couffo.

4.4- Les interactions et les interdépendances

Dans tout secteur d'activité mettant en œuvre déjà deux personnes, il y a interaction. On parle d'interaction en entreprise lorsque le comportement de l'un a une influence sur l'autre et peut déclencher une réaction de la part de ce dernier, réaction qui influence également le comportement du premier, et vice versa de façon continuelle.

La notion d'interdépendance intervient pour expliquer le fait que dans ces interactions, le résultat est la conséquence de la conjonction des différents acteurs en œuvre.

4.5- L'ambiance de travail

Par ce concept, nous entendons, le climat social que vit le personnel dans l'entreprise: nature et qualité des relations interpersonnelles, atmosphère physique et psychologique. Elle est dite positive, si elle procure un bien être au travail, une paix morale sans inquiétude, un rapport positif entre travailleurs et une participation active des uns et des autres.

Souvent ce n'est pas le travail en lui-même qui est éreintant mais l'ambiance dans laquelle on le réalise. Une atmosphère impersonnelle ou remplie de stress réduit d'autant la productivité et la motivation des employés. La mauvaise

ambiance est liée à des situations difficiles qui imposent certaines règles dont tout le monde ne maîtrise pas les effets. Elle est aussi, entretenue par la volonté individuelle de camper sur ses positions.

4.6- La perception

Selon, le dictionnaire (Petit Robert), la perception est une opération de l'intelligence, fonction par laquelle l'esprit se représente les objets. Pour Jean Louis DUBIER et Isabelle INCHAUSPE (2000), la représentation mentale est une image, sous forme de film, de photo, de diapositive, que l'individu construit. C'est ce qui permet à l'individu de restituer dans sa tête l'apparence figurative d'un événement, d'un objet, d'une personne. Ces images sont personnelles car elles sont construites en fonction des expériences passées du travailleur.

Ces images peuvent être une association d'éléments positifs, mais aussi une association d'éléments négatifs. Chaque individu ayant bien sûr, une représentation différente ; ce qu'il convient de voir, c'est l'analyse de ces éléments car, dans tous les cas, ils provoquent des interprétations et donc des réactions émotionnelles plus ou moins fortes. En effet, que ces images soient dans l'environnement ou qu'elles soient imaginaires et mentales, elles influencent notre comportement. Ainsi, dans le cas d'espèce, le comportement du personnel ne sera rien d'autre que le résultat de sa perception des relations interpersonnelles qu'il vit dans l'entreprise; ce qui influence directement l'ambiance de travail, car chacun aura sa perception des faits, et donc des positions, et des préjugés. Comme l'explique la théorie du champ de Lewin (1951), une des théories cognitives: « Ce qui détermine le comportement, c'est la façon dont l'individu se représente le monde environnant ». Tout cela provoquera de forte tension, qui déclencherait le stress, et si possible des conflits d'opinions ou d'intérêts.

4.7- Notion de centre hospitalier

Du latin hospitālis, un hôpital est l'établissement destiné au diagnostic et au traitement des malades, où l'on pratique aussi la recherche et l'enseignement. Comme apposition, le terme navire-hôpital est employé pour désigner le bâtiment (un navire dûment aménagé) servant à soigner et à transporter les malades et les blessés. Le concept d'hôpital tire son origine du vocable hospes (« hôte » ou « visite »), dérivant après en hospitalitas (« hospitalité »). Au fil du temps, la notion est connue pour le fait d'accueillir et d'héberger quelqu'un chez soi (voire d'accorder asile) gracieusement par charité ou amitié.

Autrefois, un hôpital était un endroit où l'on exerçait la charité aux personnes pauvres, malades, orphelines, âgées et aux pèlerins, accueillis et bienveillamment traités par des moines et des sœurs (des religieuses).

La structure des hôpitaux est conçue pour répondre à l'exigence requise concernant les fonctions de prévention, diagnostic et de traitement de maladies. Toutefois, beaucoup d'hôpitaux modernes suivent une modalité connue sous le nom de soins progressifs, où il n'y a pas de salles divisées par spécialités médicales, mais plutôt une unité où le malade est traité/soigné progressivement en fonction de la gravité et de la complexité.

Dans un hôpital, il existe le système d'assistance (l'aide directe à la personne par les professionnels de l'équipe médicale: médecins, infirmiers, chirurgiens, etc.), le système administratif et comptable (pour l'admission des patients, l'organisation des équipes de nuit, des services de garde ainsi que les audits, parmi d'autres tâches), le système managérial (qui organise ou dirige le fonctionnement global de l'hôpital), etc.

Il y a lieu de mentionner que les hôpitaux peuvent se classer en généraux, psychiatriques, gériatriques et ceux disposant de la protection maternelle et

infantile et d'un service de néo-natalité (les maternités), parmi d'autres spécialités[1].

❖ **Définition de l'hôpital selon l'OMS**

L'hôpital a reçu deux définitions de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.). La première est pratique : « établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers ». L'autre définition décrit la fonction que l'hôpital moderne devrait assumer : « L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradient jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio sociale ».

5-REVUE DE LITTERATURE

Dans cette rubrique, nous allons présenter la revue de littérature sur la dynamique des relations de travail.

Selon Dr Thomas, Gordon dans « Relations efficaces, recherche en soins infirmiers » (n °56.mars 1999) la psychologie sociale est un domaine des sciences humaines et sociales qui cherche à comprendre les comportements individuels et collectifs. Elle appréhende l'être humain comme un être social, marqué par les relations dans lesquelles est inscrite sa vie. Il permet d'éclairer les phénomènes sociaux en même temps que les comportements les plus individuels. Nous présenterons ce concept en montrant ce que c'est que la relation et les formes de relations.

5.1- Qu'est-ce que la relation ?

On confond souvent relation et communication. Pour la psychologie sociale, la communication est un des modes d'expression de la relation, c'est un moyen à travers lequel des relations se construisent et se développent. La relation fait référence à quelque chose de plus fondamental. C'est une caractéristique de notre être en tant qu'il se définit comme un lien à autrui. Dans ce sens, on pourrait dire de manière un peu sommaire que l'être humain, c'est la relation parce qu'il est un être psychologique et social, c'est-à-dire marqué par les rapports qu'il entretient avec les autres. Pour la psychologie sociale, la relation est un concept qui met l'accent sur la nature dynamique des phénomènes sociaux en tant qu'ils sont des processus : l'idée de processus désignant la dimension relationnelle inhérente à l'expression même de la vie sociale. Par ailleurs, il faut souligner que le concept de relation en psychologie sociale a un contenu différent de celui que lui confère le langage courant ; en effet, lorsque les gens parlent de relation, c'est souvent pour traduire le fait qu'ils entretiennent des échanges, qu'ils ont un contact avec quelqu'un; on dira par exemple : *« j'ai de bonnes relations avec mes voisins* ».En réalité, il s'agit d'un concept interprétatif de la réalité sociale : il exprime d'abord le fait qu'à la base de toute vie sociale, il existe des liens (institutionnels, affectifs, juridiques, etc.), qui unissent les gens ; à partir de là, la vie individuelle et collective apparaît comme un ensemble d'événements à travers lesquels se nouent et se dénouent ces liens; ce qui permet d'affirmer qu'une société, mais aussi chacun de nous est à sa manière un nœud de relations.

Ensuite, l'idée de relation désigne le fait que les phénomènes sociaux sont des processus traversés et structurés par une dynamique qui est justement de nature relationnelle. Ainsi, les décisions prises par une autorité institutionnelle, par exemple, peuvent être vues comme un processus relationnel dans la mesure

où elles entrent en jeu avec des destinataires et ou deviennent efficaces qu'à partir du moment où ceux-ci les appliquent.

Par conséquent, nous avons là un éclairage sur la relation qui montre en particulier comment l'individu incorpore dans ses conduites la conformité à des normes. Mais dans le même temps, l'idée de relation met en lumière une dimension du social à savoir qu'il s'agit d'une réalité conflictuelle. Elle montre l'existence de tensions qui sont à l'œuvre dans l'organisation et l'expression du tissu social. Ces données permettent donc de dégager le fait qu'une relation, ce n'est pas un état mais un ensemble de processus à travers lesquels la vie sociale et individuelle s'expriment.

Ensuite, les relations prennent la forme d'interactions qui sont déterminées par des positions sociales différentes. À cet égard, toute relation est affectée d'un coefficient de distance sociale.

Enfin, les relations sociales et interpersonnelles se manifestent à la fois dans des comportements et dans des mécanismes cognitifs tels que les préjugés, les stéréotypes qui sont des formes de connaissances que nous produisons au cours de nos échanges.

5.2- Formes principales de la relation

Selon Gustave - Nicolas Fischer(1999), Professeur de psychologie sociale à l'Université de Metz, pour illustrer les diverses modalités d'expression de la relation, on peut retenir trois formes principales : les relations interpersonnelles, institutionnelles, sociales.

5.2.1- Les relations interpersonnelles

La forme la plus directement observable de la relation est ce qu'on appelle la relation interpersonnelle ; elle met l'accent sur le type d'échanges établis essentiellement entre deux ou plusieurs personnes et sur les sentiments éprouvés à l'égard d'autrui dans cette situation. Les études sur les relations

interpersonnelles ont abordé deux thèmes principaux : l'établissement de l'évolution des relations, d'une part, et les relations affectives, de l'autre.

- Établissement et évolution des relations

Notre vie est faite de relations plus ou moins nombreuses et durables ; certaines, nous les avons choisies, d'autres nous ont été plus ou moins imposées. Quels sont les facteurs essentiels qui interviennent dans l'établissement de nos relations ?

- **Facteurs jouant dans la relation**

Parmi les nombreux facteurs culturels, de personnalité, etc. qui influent sur la relation et ont été étudiés en psychologie sociale, l'on ne retiendra ici que ceux qui interviennent lors de l'établissement de nos relations. Ces facteurs illustrent un aspect plus général qui est celui des conditions dans lesquelles une relation se crée. Un premier élément s'applique à de nombreuses relations : Ce sont les circonstances à notre condition sociale qui constitue habituellement le cadre à l'intérieur duquel nous établissons nos relations avec autrui : selon Zajonc (1965), le simple fait de rencontrer fréquemment une même personne peut être un facteur incitateur pour engager la relation avec elle ; dans une situation professionnelle, par exemple, plus on travaille fréquemment avec des personnes qui nous sont sympathiques, plus la probabilité de développer avec elles des relations amicales est grande .

Les chercheurs qui se sont intéressés à cette question ont réalisé une étude en organisant une soirée dansante en début d'année pour de nouveaux étudiants ; en fait, ils avaient préalablement constitué des couples à partir d'un choix aléatoire effectué par l'ordinateur. Chacun se trouvait ainsi avec un ou une partenaire qui lui était désigné (e) en début de soirée ; en vue de l'organisation de cette soirée, les chercheurs avaient obtenu au sujet de tous ces étudiants trois types d'informations à savoir les résultats de tests d'aptitude et de personnalité,

ainsi qu'une évaluation de l'attrait physique de chaque étudiant effectuée par un jury. L'objectif de cette expérience consistait à identifier parmi les trois facteurs : personnalité, aptitude et l'attrait physique, celui qui avait la plus grande importance dans l'établissement des relations. Le déroulement de l'expérience comportait deux étapes : la première d'une durée de deux heures et demie au cours de laquelle les couples ainsi formés, ont dansé et échangé ; la deuxième eut lieu pendant la pause au cours de laquelle on a demandé à chaque étudiant d'évaluer son ou sa partenaire ; une deuxième évaluation eut lieu quelques semaines plus tard. Les résultats obtenus par ces évaluations montrent qu'une seule chose avait été jugée importante aux yeux des étudiants, c'était l'attirance éprouvée envers son partenaire ; or, celle-ci est surtout fonction de l'évaluation que l'on fait de son apparence physique ; on retiendra donc ici que l'apparence physique semble un facteur important dans l'attraction interpersonnelle (walster et Coll, 1966).

D'autres expériences ont mis l'accent sur l'importance des premières impressions, en montrant là encore le rôle essentiel de l'apparence physique dans la façon dont deux personnes se perçoivent, au début d'une rencontre. En fait, on a observé que les hommes et les femmes n'accordaient pas la même importance à l'aspect physique ; les hommes semblent y attacher plus d'importance que les femmes ; ces dernières considèrent l'accord avec le partenaire, le partage des mêmes intérêts, comme des éléments au moins aussi importants, sinon plus importants que l'apparence physique.

Devant de tels résultats, on a recherché à mieux comprendre le rôle de l'apparence physique et on s'est aperçu que dans chaque culture, il existait des stéréotypes concernant la beauté ;ainsi les traits physiques deviennent des canons de la beauté en fonction des jugements sociaux ; certaines recherches ont par ailleurs montré que des personnes que l'on trouvait moins belles, étaient considérées comme plus heureuses, plus intelligentes, plus sociables que celles

que l'on trouvait belles. Ainsi l'apparence physique est telle qualifiée psychologiquement et socialement, suivant les canons de la beauté dans une société donnée. Surtout si l'apparence physique semble être un facteur prédominant dans certaines études, d'autres montrent que si on trouve quelqu'un aimable, on a également tendance à le trouver charmant ou généreux.

Au cours d'une expérience, on a fourni à des étudiants une description de la personnalité de plusieurs femmes en des termes soit très favorables, soit moyennement favorables, soit défavorables ; on leur a ensuite montré les photos correspondant à ces descriptions et on leur a demandé d'évaluer leur degré d'attirance physique en fonction de ces divers traits de personnalité : on a pu observer que les personnes décrites comme chaleureuses, serviables ou prévenantes, étaient évaluées comme étant plus belles que les autres ; ainsi plus le jugement porté sur la personnalité de quelqu'un est positif, plus l'évaluation concernant son apparence physique est elle aussi, positive.

Ces résultats rejoignent d'autres études ou observations quotidiennes qui montrent que plus une femme aime un homme, plus beau elle le trouve physiquement. Un autre facteur joue dans l'établissement des relations : l'existence ou non d'intérêts communs, d'attitudes communes, d'opinions partagées, etc.

De nombreuses recherches ont montré que les gens qui se découvrent avoir les mêmes idées ou les mêmes centres d'intérêts ont tendance à entrer plus facilement en relation les uns avec les autres. En outre la perception de l'existence de ces traits communs dans une relation, peut donner lieu à un phénomène de surévaluation de la ressemblance entre ces propres positions et celles d'autrui ; ainsi par exemple, des hommes amoureux d'une femme ont tendance à surestimer leurs points communs ; un tel résultat a été expliqué par le fait que si l'on perçoit quelqu'un comme aimable, on aura tendance à le considérer également comme proche de nous.

Il apparaît donc que nous entrons plus facilement en relations avec des personnes dont les centres d'intérêts, les façons de voir, les attitudes, sont proches des nôtres ou évalués comme tels, car nous supposons que ceux qui partagent nos idées sont plus aimables que les autres et nous croyons qu'ils éprouvent les mêmes sentiments à notre égard.

En résumé, toutes ces données ont tendances à montrer que lorsque les gens établissent des relations avec autrui, celles-ci se font habituellement sur la base de l'attraction éprouvée envers lui, ce qui se traduit, entre autres, par l'importance accordée à son aspect physique et par le fait qu'on cherche à se rapprocher de ceux qui nous ressemblent le plus de par leurs opinions ou leur statut social.

5.2.2- Les relations affectives

Selon Gustave - Nicolas Fischer (1999 : 6), les relations affectives désignent les types de relations ou la dimension affective intervient de manière spécifique, comme dans les relations parents-enfants ou les relations de couples ; ces relations comportent trois composantes essentielles : l'attachement, l'affection et l'intimité. Si la dimension affective est une composante essentielle de toute relation, elle s'exprime néanmoins sur un mode plus formel et plus reconnu dans certains cas, comme dans les relations de couples mariés. Certaines études se sont particulièrement intéressées à ce point en montrant que l'évolution des relations semblait dépendre du type d'intimité qu'un couple parvenait ou non à instaurer et à maintenir. On a par exemple observé une corrélation étroite entre l'existence ou non d'échanges marqués par l'ouverture de soi, le désir de se confier, d'une part, et le degré d'attachement mutuel, d'autre part. À côté de cette première forme, il en existe une seconde, les relations institutionnelles, qui se développent à l'intérieur de structures organisées.

5.2.3- Les relations institutionnelles

La notion de relations institutionnelles désigne le fait qu'on ne peut pas réduire une relation à sa dimension purement intersubjective, interpersonnelle ; elle n'est jamais une simple relation de face à face ; elle se développe et s'exprime toujours à l'intérieur d'un cadre, d'un milieu social donné. Chaque société est structurée par un ensemble d'instances parmi lesquelles figurent les institutions ; c'est à l'intérieur de ces institutions(le travail, l'éducation) qui prennent des formes organisées spécifiques (la famille, l'école, l'entreprise, l'hôpital) que la relation doit également être considérée (Gustave - Nicolas Fischer, 1999 : 7).

On ne peut donc parler de relation sans l'inscrire dans une réalité institutionnelle déterminé ; en ce sens, tout système social développe en son sein des modèles de relations. Nous en retiendrons quelques-uns parmi les plus importants.

Ce qui caractérise d'abord une relation institutionnelle, c'est qu'il s'agit de relations organisées qui placent les individus dans un système d'échanges qu'ils n'ont pas choisi et qui leur impose des formes de communication plus ou moins contraignantes, suivant la position occupée dans la pyramide sociale de l'organisation. C'est donc selon le modèle d'organisation auquel on a affaire que l'on peut comprendre le type de relations qui va se développer ; en ce sens, le modèle bureaucratique, par exemple, va donner lieu à un système relationnel qui se déroule suivant un schéma formel de règles préexistantes ; le type de relations qui en découle est celui de fonction à fonction, c'est-à-dire non plus des relations personnelles, mais des relations impersonnelles.

Si les relations institutionnelles sont organisées suivant un modèle d'activités, elles doivent être considérées simultanément comme des relations de pouvoir c'est-à-dire structurées par un rapport de domination-soumission. Dans cette perspective, le pouvoir n'est plus défini comme un attribut personnel, mais

bien comme un processus relationnel (Crozier et Friedberg, 1977) ; le rapport au pouvoir apparaît alors comme une dimension fondamentale de toute relation institutionnelle qui comporte plusieurs aspects ; il s'agit d'abord d'une relation de réciprocité, c'est-à-dire d'un échange dans lequel se développent des influences bilatérales ; celui qui, par exemple, donne un ordre, peut faire pression pour qu'on exécute, mais celui à qui il s'adresse, peut réagir de plusieurs façons : refuser le cas échéant, négocier ce qui lui est imposé, se soumettre purement et simplement ; toute relation de pouvoir apparaît en même temps comme une relation déséquilibrée, c'est-à-dire une situation dans laquelle le supérieur et le subordonné n'ont pas les mêmes ressources à leur disposition et c'est en principe le supérieur qui, de par sa position institutionnelle, a plus de moyens pour agir et imposer ce qu'il veut . Une relation institutionnelle est donc toujours à un titre ou à un autre, une relation de pouvoir.

Une autre caractéristique des relations institutionnelles, est qu'il s'agit de relations morcelées ; cette notion montre que chacun se trouve dans une place assignée et c'est à partir de là qu'il va établir ou non des relations avec autrui. Une organisation découpe les relations suivant les tâches imposées à chacun et les fonctions qui lui sont liées.

Les relations institutionnelles se définissent enfin comme des relations conflictuelles.

Les relations de travail sont des relations institutionnelles et se définissent simplement par la jonction de deux concepts ceux de « relation » et de « travail ».Les relations de travail représentent un domaine du savoir qui se pratiquent à la fois au niveau de l'entreprise et de la société. Les relations de travail sont au centre de la société. C'est là que naissent et se développent les conditions de travail requises de vie raisonnable. C'est également là que se retrouve l'un des indicateurs les plus importants de la démocratie dans une société : la négociation collective. En effet, les relations de travail dans

l'entreprise sont un sous-système des relations de travail au niveau sociétal. Les relations de travail se vivent essentiellement dans un cadre organisationnel même si celles-ci sont soumises à de nombreuses influences qui proviennent de son environnement global. L'objet d'étude des relations de travail est donc constitué des liens existant entre les membres d'une organisation, lesquels liens sont partiellement capsulés par les divers groupes, associations ou personnes qui influencent ou qui se préoccupent , directement ou indirectement, du travail comme mode d'expression et de participation des citoyens au progrès de la société. Par conséquent, les relations de travail s'intéressent aux ressources humaines ainsi qu'aux lois et aux conventions de travail (Bernatchez, 2003). Elles étudient également tout système conçu en vue d'assurer des relations de qualité dans l'entreprise. De telles relations sont un ingrédient vital afin de permettre à l'entreprise de réaliser ses objectifs. En effet, sans des relations de travail de qualité, le projet d'entreprise s'en trouve menacé.

5.2.4- Les relations sociales.

Une troisième forme de la relation est celle que l'on appelle la relation sociale ; elle désigne l'inscription sociale, le contexte à partir duquel une relation doit être envisagée ; toute relation est dans ce sens social, dans la mesure où elle met en évidence les appartenances, les positions sociales qui la structurent. On peut en effet considérer une société comme une répartition de groupes différents sur un territoire donné et ceci suivant des critères économiques, culturels, sociaux ; cette répartition révèle une séparation et une division en catégories ou classes sociales distinctes. C'est donc suivant la place et position occupées par chacune de ces catégories sur l'échelle sociale que leurs membres vont entrer en relation ou non avec des membres d'autres groupes. De ce point de vue, deux aspects essentiels éclairent la question de la relation sociale : il s'agit d'abord de relations structurés par la distance sociale. Il s'agit également de relations marquées par les multiples facteurs de différenciations

qui interviennent entre les individus et les groupes. Toute relation sociale doit en ce sens être appréhendée comme une expérience de la différence et la différenciation : Expérience de la différence et dans le sens ou dans la relation, apparaissent des positions irréductibles ; expérience de la différence : on n'est pas comme les autres. Les recherches en psychologie sociale ont surtout abordé les relations intergroupes, c'est-à-dire celles établies entre les membres appartenant à des groupes sociaux différents. On a notamment montré que ces relations intergroupes s'exprimaient suivant un processus différenciateur nous/eux ou interviennent des mécanismes de catégorisations.

Les théoriciens évolutionnistes considèrent le concept apprentissage comme un facteur central de la dynamique des relations de coopération. Plus la coopération est créatrice d'apprentissage plus les opportunités d'accès à de nouveaux savoir-faire sont créées et plus les individus sont motivés à respecter leur engagement pour le maintien de la relation à long terme.

Pour la théorie des compétences, c'est l'acquisition de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences externes qui constituent les facteurs déterminants pour le bon déroulement de la relation de coopération. Ces dernières sont plus dynamiques et stables si elles sont fondées sur la durée et l'enrichissement des compétences.

Les gestionnaires des ressources humaines au travail mettent l'accent sur l'importance de la communication dans une équipe. Pour eux, individuellement nous sommes une goutte d'eau, ensemble nous sommes un océan. Ainsi, aujourd'hui, il ne fait plus aucun doute que le succès de toute entreprise passe par ses employés et le travail d'équipe.

Le point nodal à la base de tout ça, c'est ce que tout individu dans une entreprise, peu importe son poste, ses fonctions ou son niveau hiérarchique, doit entretenir des relations humaines au travail et que ces relations définissent son

expérience ainsi que sa performance professionnelle. La réussite de toute entreprise passe par la réussite en équipe, et une équipe est un regroupement d'individus en relation les uns avec les autres.

Alors, comment tirer le meilleur de nos relations humaines au travail ?

La réponse est la suivante :

- Se comprendre soi, pour mieux comprendre sa dynamique avec l'autre.

Tout être humain regarde et analyse le monde et les autres avec ses propres lunettes, selon sa perception du monde. La réalité perçue par tout individu lui est propre et il y aura toujours une différence entre la sienne, celle d'un autre, et la réalité. Il y a autant de perceptions d'une même réalité qu'il y a d'individus !

Afin de mieux comprendre ses relations avec les autres, il est essentiel de débuter par une connaissance de soi, comprendre en quoi nous influençons nos relations humaines avec les autres, notre part respective de responsabilité dans la dynamique de nos relations humaines.

Les avenues sont vastes pour apprendre à mieux se connaître, et c'est parfois le travail d'une vie. Un bon début sera de mieux comprendre sa propre personnalité à l'aide d'un test psychométrique afin de déceler nos comportements naturels, qui reviendront à la surface dans les situations quotidiennes au travail.

- Comprendre l'autre par l'écoute active

Dans toute dynamique humaine, il y a le " soi", mais il y a également l'autre et sa perception de la réalité.

L'écoute active est un bon outil pour comprendre l'autre ainsi que sa perception de la réalité.

Ainsi, tout gestionnaire désirant améliorer les relations humaines au travail doit se soucier de gérer les conflits de manière optimale.

Ceci étant dit, à la base de tout conflit se trouve une relation entre deux personnes, deux perceptions d'une même réalité et, afin d'en comprendre la dynamique, il importe de comprendre la vision de chacune des parties.

L'écoute active des deux parties est un excellent point de départ et il existe également plusieurs moyens de mieux comprendre la dynamique entre deux personnes. L'évaluation du niveau de complémentarité professionnelle est un excellent moyen pour mieux comprendre la dynamique entre deux personnes.

- Accepter, respecter, et favoriser la diversité

Comprendre l'autre est essentiel, mais vient ensuite l'acceptation de l'autre dans sa diversité. Le gestionnaire capable d'accepter la diversité, de la respecter et de la mettre en valeur en retirera une plus grande productivité et un avantage concurrentiel pour son entreprise.

Vouloir s'entourer de gens qui nous ressemblent est un réflexe naturel de protection, mais ouvrir à la différence est une magnifique opportunité d'apprendre, de grandir et ce, pour le bénéfice de tous.

- Développer la vulnérabilité et le courage

Nous sommes tous inspirés par des personnes authentiques, ayant le courage d'admettre leur vulnérabilité, de demander de l'aide, de dire les vraies choses, d'aborder les problèmes de front, de miser sur les forces de tous et de chacun, de mobiliser les autres à s'impliquer sans craindre d'avoir tort ni de faire des erreurs.

Avoir du courage managérial c'est dire les vraies choses, au bon moment et à la bonne personne et pour y arriver, il faut plus souvent qu'autrement accepter sa propre vulnérabilité.

- Instaurer le plaisir dans les relations humaines au travail

La réussite vient d'un travail d'équipe et, il y a peu de grands succès sans plaisir et enthousiasme. Sur ce, faites place au plaisir, cultivez- le dans vos équipes et vous en récolterez les bénéfices de manière exponentielle.

- Rôle de l'organisation dans les relations humaines au travail
  - Avoir une vision claire et la partager

Pour que des individus travaillent ensemble à l'atteinte d'objectifs communs, ils doivent savoir où ils s'en vont. Si la vision est floue, les efforts le seront tout autant.

  - Avoir des valeurs qui reflètent l'importance des relations humaines au travail

Le plaisir est important ? Alors, valorisez- le ! Les relations humaines au travail et le travail d'équipe sont importants ? Alors, favorisez les activités de mobilisation d'équipes. Vos employés sont importants ? Trouvez des moyens de leur dire qu'ils sont importants et investissez dans leur développement !

Valoriser les relations humaines au travail est primordial, mais il ne faut pas oublier que les employés ont également des relations humaines hors du travail qui sont tout autant importantes pour eux.

La majorité de vos employés doivent trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle pour arriver à concilier travail et famille. Ne l'oubliez pas, cultivez la flexibilité.

Si les relations humaines sont valorisées dans l'entreprise ; il est alors essentiel de laisser au gestionnaire la latitude de gérer les différents besoins de leurs employés.

  - Laisser aux gestionnaires la latitude de gérer les besoins des employés

Certaines entreprises ont créé des procédures pour toutes les éventualités possibles en matière de gestion de relations humaines au travail. Néanmoins ; nous sommes tous uniques et nos relations avec les autres le sont également. L'organisation doit donc donner les outils et la formation nécessaires aux gestionnaires tout en laissant la liberté de gérer cette diversité et de faire preuve de jugement. Une règle et une façon de faire ne saurait s'appliquer à tous. Enfin de compte il existe une panoplie d'outils et de moyens pour tirer le meilleur des relations humaines au travail! Il est important de se rappeler que toute relation humaine est empreinte de notre perception subjective de la réalité ; mais également de la perception subjective de l'autre. A la base, nous sommes essentiellement des personnes en relation avec d'autres personnes : il est donc essentielle de mieux se connaître pour mieux comprendre en quoi nous influençons nos relations humaines au travail avec les autres ; de comprendre l'autre et de comprendre la dynamique qui nous unis afin d'améliorer la collaboration de manière constructive.

Le travail en équipe est aussi un moyen efficace pour faciliter l'épanouissement personnel de l'individu ; pour développer des habiletés et des attitudes favorisant l'affirmation de soi et les relations saines avec les autres. En ce sens ; le travail en équipe est un outil de formation personnelle et sociale lorsqu'il fournit à l'individu des occasions d'apprendre à se connaître ; à reconnaître ses limites ; à utiliser son leadership ; à se responsabiliser face à d'autres personnes ; à faire valoir ses idées et ses points de vue ; à s'ouvrir aux autres ; à écouter et à questionner les idées des autres.

- La convergence des efforts de chacun des membres

La convergence des efforts de chacun des membres concerne l'apport personnel que chacun fournit à l'équipe et les interactions entre les membres. En ce sens, l'équipe s'avère un système fragile très dépendant des individus qui le

composent puisque son énergie totale dépend de celle de chacun de ses membres et de la qualité des interactions entre ces personnes.

Toute relation selon Srouffe et Fleeson, 1986, se caractérise par : la durée (toute relation interpersonnelle s'inscrit dans une certaine continuité) et la cohérence (chaque relation a une structure qui lui est propre). Donc une relation qui ne présente pas ces deux caractéristiques n'est pas une relation interpersonnelle.

Srouffe et Fleeson, 1986, en continuant disent que « *les relations interpersonnelles constituent un élément fondamental et incontournable de l'existence humaine. Nous sommes essentiellement des êtres de relation* ». En effet, selon eux la plupart des troubles psychologiques sont des échecs des relations interpersonnelles: des problèmes relationnels sont une des principales motivations des consultations psychologiques; deux thèmes principaux et constants émergent constamment au début d'une démarche thérapeutique ; présences de symptômes (dépression, anxiété) ; présences de problèmes relationnels importants ; le travail thérapeutique se centre principalement sur les problèmes relationnels (conflits, attentes, déception, reconstruction).

Ainsi, la psychologie des relations interpersonnelles nous emmène à faire l'inventaire des différentes catégories des relations interpersonnelles, leurs propriétés de base, leur nature et leurs caractéristiques de base. Elles sont relativement limitées: les relations parent / enfant ; les relations avec la fratrie ; les relations avec la famille élargie (grands-parents, tantes, oncles, cousins, cousines) ; les relations amoureuses ; les relations d'amitiés ; les relations avec des personnes significatives non apparentées (professeur, voisin, connaissance, enfant, adulte, …).

Les relations interpersonnelles sont reliées par propriétés de base: les relations peuvent être permanentes ou variables (certaines relations sont permanentes et durent toute la vie, les liens de « sang »); les relations peuvent

être imposées ou volontaires; les relations peuvent être symétriques (horizontales) ou asymétriques (verticales).

La symétrie ou l'asymétrie se définissent par le partage égal ou non des devoirs, des obligations et des droits.

La nature des relations interpersonnelles est représentée par les interactions entre personnes qui constituent le fondement de toutes relations interpersonnelles à savoir :

- séquence d'échanges verbaux (et non verbaux) entre deux personnes ;
- substance qui permet de construire et d'entretenir une relation.

La condition nécessaire pour bâtir une relation est la durée et la continuité. Il y a relation lorsqu'il y a répétition de séquence et d'interaction durant un certain temps. Les caractéristiques de base d'une relation interpersonnelle sont : la proximité, l'interdépendance(ou réciprocité), et l'intimité(ou rôle de la révélation de soi).

- la proximité s'exprime par les fréquences des rencontres et le temps passé ensemble et cela se traduit par le fait que : plus les personnes en relation passent assez de temps ensemble, plus la proximité et la familiarité augmentent. La proximité est caractérisée par la familiarité (absence de distance et obstacles sociaux) ;
- l'interdépendance fait référence à la notion de réciprocité dont le principe est je donne et je reçois. Toute relation interpersonnelle s'appuie sur un principe d'équité dans les droits et devoirs, chacun donne et chacun reçoit.
- l'intimité, elle fait référence à l'accès et au partage d'informations privées sur soi, elle permet l'accès à l'intérieur de l'autre.

L'expérience de l'intimité s'exprime par l'absence de barrières et conventions partage mutuel de confidence, une certaine transparence des

rapports. Une relation intime se construit principalement à partir des révélations de soi. Cette dernière est l'action de dévoiler des aspects privés de soi afin que l'autre puisse me percevoir et me connaître, se révéler. Révéler des informations privées sur soi est un mécanisme central dans la construction d'une relation intime. C'est dans ce sens qu'Alt Man et Taylor (1973) ont élaboré la théorie de pénétration sociale qui stipule que le développement d'une relation intime est fortement relié à une évolution systématique des échanges (Superficiel→ Personnel privé → Très privé).

La révélation de soi c'est donc le fait de dévoiler des aspects privés de soi afin que l'autre puisse me percevoir et me connaître. Sur ce, il est indispensable de donner certaines clarifications sur les effets, le rôle du sexe dans la révélation de soi ainsi que sur sa signification et ses fonctions.

- **Fonction des relations interpersonnelles**

Elle renvoie aux perspectives évolutionnistes de Darwin fondé sur la compétition et la sélection naturelle des espèces et des individus au sein d'une même espèce .Les êtres humains qui possédaient des dispositions pour interagir avec d'autres et formés de petits groupes ont survécu. La formation en petit groupe coopératif est la principale stratégie de survie caractéristique de l'espèce humaine (Brewer et Caporael, 1990).

Les relations interpersonnelles apportent de nombreux bénéfices pour la santé physique et mentale (Berkman et Syme, 1979). Ces bénéfices concernent: la santé physique(les personnes qui possèdent un réseau de relations interpersonnelles possèdent une espérance de vie supérieure), la santé mentale (les personnes qui possèdent les relations interpersonnelles sont en meilleure santé mentale et le suicide (les personnes qui possèdent les relations interpersonnelles se suicident moins).

En définitif, les bénéfices reliés aux relations interpersonnelles se traduisent par le fait d'être relié à d'autres et cela a un effet positif évident sur la santé physique et mentale des individus. Les liens interpersonnels agissent comme une protection contre le stress et la détresse psychologique.

En abordant les effets de révélation de soi, celui qui se révèle favorise l'expression de soi, libère les sentiments refoulés. Mais au niveau de celui qui reçoit la révélation de l'autre, ce dernier réduit l'incertitude, favorise la compréhension en profondeur chez les deux, met les choses en perspectives et aide à résoudre les problèmes.

❖ **Rôle du sexe dans la révélation de soi**

Petronie et Martin (1986) ont montré que les hommes se révèlent moins car ils anticipent plus les effets négatifs de révélation de soi que les femmes. Il y a certains facteurs qui aident. Il s'agit de : l'âge, la personnalité et l'impulsivité.

❖ **Signification des relations interpersonnelles**

Les relations sont un élément essentiel de l'existence, organisent et structurent la vie quotidienne, donne un sens à la vie, source des émotions les plus profondes. Exemple : Les positives exaltations de passion amoureuse, plaisirs de l'amitié ou les négatives souffrances lors des pertes de séparations. Les relations interpersonnelles sont la principale source de stress quotidien.

Pour finir avec les explications sur les relations interpersonnelles, et dans le cadre de notre mémoire, cette expression désigne d'une part les relations entre les pratiquants soignants eux-mêmes et d'autre part les relations entre les pratiquants soignants et les usagers.

Selon Prégent (1990), chaque membre possède une « énergie disponible » ; celle qu'il met à la disposition de l'équipe en s'impliquant dans la tâche à réaliser et dans les relations avec les autres. Il arrive, à certains moments et pour des raisons diverses (préoccupations personnelles, surcroît de travail,

était de santé, etc.), qu'une personne se montre moins intéressée aux activités de l'équipe. A ces moments, une partie de son énergie est transformée en ce que Prégent (1990) appelle « l'énergie résiduelle ». Plus l'énergie résiduelle de chaque membre est élevée, moins l'équipe possède d'énergie disponible pour progresser. À l'inverse, plus l'énergie résiduelle des membres est minime, plus l'énergie disponible sera élevée et le fonctionnement de l'équipe sera meilleur.

Pour les gestionnaires des ressources humaines, la communication a une grande importance pour une équipe de travail. Une des particularités du travail en équipe concerne les liens que cette formule exige entre les membres qui composent une équipe ; une collaboration, une convergence des efforts de chacun des membres et un partage des responsabilités qui doivent s'exercer dans un climat de travail sain et de solidarité. Bref, dans une équipe de travail, la communication entre les membres est essentielle. Elle doit englober autant les informations liées au sujet dont traite le travail que celles liées aux sentiments qui animent les membres de l'équipe qui participent à la tâche.

- L'expression des sentiments et des désaccords

Le climat qui règne au sein d'un groupe dépend, entre autres choses, de la façon dont les membres s'y prennent pour exprimer leurs suggestions, leurs oppositions ou leurs réserves concernant les différents aspects d'un travail à réaliser. Le même discours s'applique lorsqu'il s'agit d'exprimer des sentiments, des malaises ou des tensions concernant, par exemple, l'attitude, le comportement ou la façon d'échanger ou de travailler d'une personne. En ce sens, l'expression des sentiments doit aussi se faire de façon adéquate, soit dans le respect des membres de l'équipe, en utilisant un niveau de communication favorisant la confiance mutuelle entre les personnes et en assurant confidentialité des propos échangés au sein de l'équipe. Ainsi l'expression des sentiments qui animent au regard de la dynamique du groupe, des interactions qui s'y produisent, du partage des tâches, du rôle dévolu à chacun(e) des pairs

ou de tout autre aspect de la vie du groupe, alimentera l'équipe en énergie en créant des interactions entre ses membres.

En somme, tous les membres d'une équipe ne peuvent pas toujours être d'accord sur tout. Le désaccord fait partie du quotidien d'une équipe. Effectivement, une volonté ferme de la part de chaque équipière et équipier à entretenir au sein du groupe des relations interpersonnelles saines continue, au départ, un élément qui contribue à favoriser un climat de travail sain pour une équipe. C'est dans cette optique, d'ailleurs, que certaines personnes évitent d'exprimer leurs désaccords, leurs réserves ou leurs sentiments concernant la dynamique du groupe ou de certains de leurs pairs. Pourtant, s'abstenir d'exprimer ses réserves ou son désaccord concernant la tâche à accomplir ou les règles de l'équipe ne contribue pas nécessairement à procurer un climat de travail sain. Une telle situation contribue à réduire l'énergie dont dispose l'équipe et de freiner l'avancement de ses travaux. Chaque membre a donc avantage à communiquer ses réserves, ses désaccords et ses sentiments, au risque de créer un conflit, plutôt que de garder pour lui ou pour elle ses critiques ou ses réticences qui, elles aussi, nuiront autrement à l'avancement des travaux du groupe.

- Les conflits

Il existe deux types de conflits : les conflits de valeurs et les conflits de besoins. La nature d'un conflit détermine la façon dont on doit y faire face.

- Les conflits de valeurs

Les conflits de valeurs sont des divergences d'opinions amenées par des croyances ou des goûts opposés, des types de personnalité ou des origines sociales différentes, etc. Les conflits de valeurs peuvent embrouiller la communication entre les membres, créer des malentendus entre des membres, provoquer chez certain-e-s autres le sentiment d'être isolé-e et de ne pas

participer à la cible et à la tâche communes. Bref, les conflits de valeurs peuvent nuire à l'avancement des travaux d'une équipe ; ils doivent donc être dissipés.

- Les conflits de besoins

Les conflits de besoins surgissent plutôt lorsque des membres d'une équipe éprouvent des besoins contradictoires ou inconciliables. La définition des objectifs poursuivis, l'organisation du travail, le partage des responsabilités deviennent souvent des sources de conflit de besoins. La réalisation d'une tâche commune implique pourtant la participation active de tous et la convergence des efforts de chacun-e des membres. Pour cette raison, lorsqu'un conflit de besoins survient, tous les membres de l'équipe doivent participer à la recherche d'une solution satisfaisante ; une solution qui favorise la poursuite de la tâche commune vers l'atteinte de la cible commune.

- La communication

Dérivée du mot latin communicare qui signifie mettre en commun, la communication, selon le dictionnaire français Larousse(1996), est le fait, d'établir une relation avec autrui, de transmettre quelque chose à quelqu'un, de faire partager. Ainsi, la communication est des moyens pour établir une relation.

Parmi les facteurs importants de l'évolution d'une relation, celui de la communication a été retenu par les chercheurs comme ayant un rôle déterminant .Suivant des recherches, la communication semble être un critère selon lequel on peut à la fois, apprécier le niveau de satisfaction dans les relations et évaluer en conséquence, ses chances de survie.

D'autres tels que A. MASLOW(1954), Mc D.GREGOIR(1960), F. HERZBERG(1966), S. W.GELLERMAN(1968) conçoivent l'organisation comme un lieu d'émergence et de circulation de sentiments, émotions et désirs. Cette approche privilégie des problématiques liées aux affects et aux relations affectives (sympathie, amitié, confiance et confidence, etc). Elle essaie

essentiellement de voir comment la communication interpersonnelle permet de gérer les énergies affectives des membres de l'organisation.

CHAPITRE II : DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Cette partie expose les stratégies adoptées pour la collecte des données, les méthodes, les difficultés rencontrées, les outils d'analyse utilisés et le plan de traitement des résultats. Il convient de souligner ici, qu'avant la recherche empirique, il a été procédé à une recherche théorique qui a consisté à un recours aux sources écrites à travers une recherche documentaire.

1-TYPE OU NATURE DE L'ÉTUDE

Compte tenu des objectifs que nous nous sommes fixés dans la réalisation de ce travail, nous avons choisi de conduire une étude empirique, avec l'approche quantitative (hypothético-déductive), ce, dans le souci de maximiser la qualité de la recherche et d'obtenir des résultats fiables. Premièrement, nous nous sommes inscrits dans une démarche de découverte ; ce qui nous a conduit à une étude exploratoire à travers des entretiens exploratoires et des observations

2-POPULATION CIBLE

Cette étude s'est intéressée à l'ensemble des agents du CHD Mono-Couffo qui participent au fonctionnement quotidien dudit centre. La configuration est présentée dans le tableau II en annexe III. A ces agents s'ajoutent les malades hospitalisés qui ont pu nous fournir des informations.

De cette population, un échantillon a été dégagé.

3-ECHANTILLONNAGE

Pour la collecte des données utiles, nous avons utilisé l'échantillonnage par disponibilité car c'est une technique non probabiliste qui prend en compte « *tout le groupe de sujets disponibles dans le milieu d'étude. C'est un affaiblissement de la technique d'échantillonnage dans la mesure où les sujets peuvent ne pas être représentatifs* » selon Sockeel et Anceaux (2002).

De façon pratique, le choix des individus de la population cible proprement dite est justifié par des critères prédéfinis c'est-à-dire faire partir du

personnel, être disponible au poste de travail et avoir au moins un an d'ancienneté au CHD Mono-Couffo.

- **Présentation de l'échantillon**

L'échantillon de la présente étude est constitué de cinquante (50) agents salariés issus des divers services ou sections hospitaliers du CHD Mono-Couffo. Il s'agit des services ou sections de : Pédiatrie, Médecine, Radiologie (Imagerie médicale), Maternité, Laboratoire, O.R.L, Division Gestion des Malades et Statistiques, Service Social, Pharmacie, Comptabilité et Budget, Service Affaire Financière, Service Ressources Humaines. Cet échantillon représente 23% de la population mère c'est-à-dire l'ensemble du personnel qui participe au fonctionnement quotidien de ce centre hospitalier de référence.

Ces 50 individus ont répondu au questionnaire de ce travail de recherche.

C'est donc auprès de cet échantillon que la véritable collecte des informations a été effectuée. Cette collecte d'informations a nécessité l'utilisation des techniques et instruments bien précis. Ils sont présentés après la précision du type ou de la nature de la présente étude.

4-TECHNIQUES ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES

Cette étude étant réalisée suivant une approche quantitative, l'observation et l'enquête par questionnaire sont les principales techniques utilisées pour collecter les données. Toutefois, nous avons eu recours à quelques entretiens exploratoires qui nous ont permis de circonscrire le sujet. Ces entretiens ont été également fort utiles dans le cadre de l'élaboration des deux questionnaires et de la vérification de nos hypothèses.

5-ORGANISATION DE LA COLLECTE DES DONNEES

5.1- Recherche documentaire

Cette étape a consisté à collecter des ouvrages de référence, des mémoires, des rapports et articles publiés dans différents centres de documentation, bibliothèques, centres cybernétiques tels que : centre de documentation de la FLASH, la bibliothèque de l'institut français de Cotonou, bibliothèque de l'ENAM, bibliothèque de l'ENEAM, bibliothèque centrale de l'UAC.

Pendant cette phase, nous avons consulté la littérature disponible sur les relations de travail, ses effets et les résultats de quelques enquêtes menées auparavant. Ceci nous a permis de faire le point des recherches antérieures sur les relations de travail dans une organisation et aussi de définir les grandes lignes de la problématique, de préciser les objectifs, et de formuler les hypothèses de recherche afin de déterminer les méthodes et les outils d'analyse. Cette documentation s'est prolongée tout au long de la recherche car elle a été utile pour les analyses et interprétations des résultats. Cette démarche menée constitue le plan d'observation indirecte.

5.2- Pré-enquête

Elle a consisté à faire des entretiens avec deux agents de chaque catégorie socioprofessionnelle, deux malades hospitalisés et deux garde-malades de ce centre hospitalier. Au nombre de dix, ces personnes interrogées nous ont permis d'avoir plus d'informations à travers leurs réponses afin d'affiner nos hypothèses de travail, d'enrichir et de préciser la problématique.

5.3- L'observation et l'écoute active

Nous avons fait l'observation directe des comportements des uns et des autres sur les lieux de travail ; aussi avons-nous utilisé la consultation documentaire comme observation indirecte.

Nous avons fait preuve d'écoute active des propos de toute personne rencontrée et interrogée lors de notre pré-enquête effectuée avec dix personnes afin de mieux préparer le questionner proprement dit sans ambiguïté.

En second lieu, cette phase nous a permis d'élaborer l'outil de notre investigation à savoir le questionnaire. Comme l'a souligné Durand (1990 : 309) « *l'enquête par questionnaire est souvent précédée d'une pré-enquête menée par entretien afin de sélectionner les questions pertinentes et les types de réponses à prévoir* ».

5.4- Enquête par questionnaire

Elle nous a permis la collecte de données chiffrées. Le questionnaire que nous avons utilisé dans le cadre de cette étude est composé des questions fermées, et des questions à choix multiples. De façon pratique, il a abordé après les informations relatives aux données sociodémographiques, les fondements de base des relations au travail et dans la société. Ensuite, il s'est attelé sur les conséquences d'un état défectueux des relations interpersonnelles sur l'ensemble d'une organisation ou nation.

Le questionnaire élaboré est administré à l'échantillon de notre recherche. Cette étape de collecte de données a été faite pendant un mois, du 1er au 31 juillet, 2013.

5.5- Entretien

Des entrevues directes ont été effectuées pour collecter des informations supplémentaires auprès des agents et des responsables, après administration du questionnaire. Ainsi, nous avons utilisé l'entretien comme outil d'approfondissement des informations recueillies auprès de la population cible notamment chez les malades hospitalisés.

6-METHODES ET OUTILS D'ANALYSE

Compte tenu des objectifs poursuivis par cette étude et la nature des données collectées grâce à l'observation, au questionnaire et l'entretien, nous avons opté pour l'analyse statistique qui est précédé d'un dépouillement manuel. Après cette analyse, les travaux de mise en forme des résultats sont faits à partir des logiciels Word et Excel 2007.

7-PLAN DE TRAITEMENT DES DONNEES

Après la partie purement théorique et le recueil des informations nécessaires pour mieux appréhender le problème sur le terrain, nous avons présenté dans la deuxième partie de ce document les résultats obtenus. Dans cette partie, après avoir présenté le cadre pratique de notre étude, nous avons présenté, analysé et interprété dans un premier temps les données recueillies sur le terrain puis procédé à la vérification de nos hypothèses. Ensuite, nous avons déduit de ces analyses et interprétations des résultats les conséquences avant de proposer quelques approches de solutions. Enfin, nous avons fait des suggestions.

Avant d'atteindre cette étape de la recherche, plusieurs difficultés ont dû être franchies. Les plus importantes méritent d'être énoncées.

8-DIFFICULTES RENCONTREES

Les difficultés inhérentes à toute activité de recherche ont quelque peu entravé notre démarche de collecte des données. En dehors de certaines difficultés, d'autres embûches se sont élevées et ont rendu notre étude ardue.

Entre autres, certaines personnes ont égaré le questionnaire qu'elles ont reçu tandis que d'autres nous ont demandé de repasser pour les chercher à plusieurs reprises sans jamais nous les retourner. D'agréables accueils ne nous ont pas toujours été réservés dans certains services ou sections.

DEUXIEME PARTIE: CADRE PRATIQUE DE L'ÉTUDE, PRÉSENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RÉSULTATS

CHAPITRE III : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre donne un aperçu sur la ville de Lokossa et sur le CHD Mono-Couffo. Dans ce cadre, il aborde brièvement le cadre géographique de Lokossa, l'historique, les missions et la structure organisationnelle du CHD Mono-Couffo.

1- CADRE GÉOGRAPHIQUE

Comme lieu, nous avons choisi le CHD Mono-Couffo qui se trouve dans l'arrondissement de Lokossa dans la commune du même nom. La commune de Lokossa est le chef-lieu du département du Mono (Le Bénin compte douze (12) départements). Située au Nord-Ouest du département du Mono, la commune de Lokossa s'étend sur 16,05km. Elle est l'une des six (06) subdivisions administratives que compte ce Département. Elle couvre une superficie de 260 km^2, ce qui représente 16% de la superficie du Mono et 0,23% de la superficie totale du Bénin (114763 km²). Limitée au Nord par la commune de Dogbo située dans le département du Couffo, au Sud par les communes d'Athiémé et de Houéyogbé, à l'Est par celle de Bopa et à l'Ouest par le territoire togolais, cette commune est divisée en cinq (05) arrondissements que sont : Agamè, Houin, Lokossa, Koudo et Ouèdèmè-Adja. Ces arrondissements sont subdivisés en huit (08) quartiers de ville et trente-sept (37) villages, soit un total de quarante-cinq (45) localités. Le chef-lieu de la commune (Lokossa) est situé à environ 106 km de Cotonou (capitale économique du Bénin). Il est en même temps le chef-lieu du département du Mono.

Selon les données du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation en 2002 ($RGPH_3$), la population de Lokossa était de 77.065 habitants dont 38.124 hommes et 38.941 femmes marquant un taux d'accroissement de 3,57%. Elle est estimée à **99 935** habitants en 2010 (INSAE). La population de la commune de Lokossa se compose, aujourd'hui,

d'un grand nombre de groupes sociolinguistiques, ce qui est expliqué par la grande variété de son peuplement.

En effet, les groupes ethniques majoritaires de la commune sont :

- les Kotafon (70%) venus de Toffo et installés à Lokossa, à Djèhadji et à Atikpéta. Ceux venus de Lon Agonmè, Avakpa, Togbin et Houngoh installés à Doukonta, à Agamè, à Koudo et à Ouèdèmè. Le groupe parti de Niaouli, Ayou et Sè installés à Adrogbo-Kpota, à Ahota et à Ouèdèmè,
- les Adja (26%) venus de Tado, ayant transité par le plateau d'Aplahoué avant de s'installer à Houin, Toguèmè, Hlodo, Zoungamey et Adjohoué.

A ces groupes majoritaires, il faut ajouter les Yoruba (1,3%), les Dendi (0,2%), les Bariba (0,1%), les Otamari (0,1%) et autres (Aïzo, Mina, Guin, Sahouè, Watchi, Hwéda, Nagot, Yom, Lokpa, Peulh, Ibo) représentant 1,4%. Au total, la commune de Lokossa est un véritable brassage linguistique.

La pratique de la religion traditionnelle est majoritaire (59,30%) au sein de la population devançant les catholiques (24%), les musulmans (2%) et les protestants (1%) et enfin autres religions (13%).

Dans l'arrondissement de Lokossa, on dénombre plusieurs centres de santé publics et privés dont le CHD Mono-Couffo. Le choix du CHD Mono-Couffo se justifie par le fait que c'est l'hôpital de référence des départements du Mono et du Couffo.

2- PRÉSENTATION DU CHD MONO-COUFFO

2.1- Historique du CHD Mono-Couffo

Conformément au décret N^{o} 2010-060 du 12 mars 2010 portant attribution, organisation, et fonctionnement du Ministère de la santé en son article 73, le CHD est un hôpital de référence à l'échelle intermédiaire. Il appartient à l'espace hospitalier et universitaire. Il a également rang de service à la direction départementale de santé. Mise en service le 04 Avril 1997, le Centre

Hospitalier Départemental du Mono-Couffo (CHD Mono-Couffo) est le fruit de la dynamique qui caractérise la coopération sino-béninoise. C'est un hôpital de référence qui couvre les départements du Mono et du Couffo. Il s'agit d'un établissement sanitaire public à caractère social. Sa capacité d'accueil initiale est de cent vingt (120) lits et l'effectif de son personnel est de cent quatre-vingt-cinq (185) en 2006. En 2013, sa capacité dépasse largement les cent vingt (120) lits initiaux et l'effectif de son personnel atteint 222, toutes catégories confondues dont treize de la mission médicale chinoise, treize contractuels "mesure sociales", 121 contractuels de l'État, 37 agents permanents de l'État, 33 agents sur Budget Autonome, quatre Agents sous Contrat de Prestation, un Agent sous le budget de CTB. Il bénéficie de trois sources de financements : le budget propre du centre, le budget général de l'État et l'appui de la coopération chinoise et celui d'autres partenaires.

2.2- Mission et organes dirigeants du CHD Mono-Couffo

2.2.1- Mission

Le CHD Mono-Couffo a pour mission d'assurer en permanence l'accueil et les soins. À cet effet, il est doté d'infrastructures lui permettant d'assurer :

- L'accueil et le traitement des urgences ;
- L'accueil des consultants dans les services de consultations externes ;
- L'hospitalisation des malades et des parturientes dans les différents services.

2.2.2- Organes dirigeantes

L'organisation du CHD Mono-Couffo repose sur les organes de gestion, de la consultation et sur les services administratifs et techniques. En ce qui concerne les organes de gestion, ils sont au nombre de deux(02). Il s'agit de :

2.2.2.1 Conseil d'administration (CA)

Il est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'établissement dans les limites de l'objectif. Il est chargé entre autres de :

- Statuer sur la politique générale de l'établissement élaborée par le comité de direction en conformité avec les objectifs définis dans la politique et stratégie sanitaire nationale ;
- S'assurer de la cohérence des différentes composantes de cette politique et en contrôler l'application ;
- Recevoir directement les rapports des commissaires aux comptes et de délibérer à ce sujet ;
- Examiner et approuver au début de chaque année sur proposition du directeur et dans les délais fixés par la loi :
  - L'étude des comptes du budget et les prévisions d'activités du centre ;
  - Les comptes bilans de l'exercice écoulé ;
- Rendre compte de ses travaux directement au ministre de la santé.

Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire deux (02) fois par an.

2.2.2.2- Comité de direction (CODIR)

Le Comité de Direction est un organe consultatif obligatoire examinant toutes les questions relatives à l'organisation générale du travail, aux statuts du personnel, à l'élaboration du budget, à la politique générale de l'hôpital, à l'hygiène, à la sécurité et à la salubrité dans les services.

Le CODIR se réunit une fois par mois en session ordinaire. Il peut également se réunir en session extraordinaire à la demande du directeur ou de la majorité de ses membres. Il regroupe ordinairement les chefs services administratifs et techniques, le président de la CMC, les partenaires sociaux et les délégués du personnel.

2.2.2.3- Commission Médicale Consultative (CMC)

C'est un organe qui est consulté sur les principales affaires concernant la gestion de l'hôpital dans les domaines relatifs aux domaines de la santé, à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux et médicotechniques.

La CMC doit se réunir en séance ordinaire une fois par trimestre. En cas de nécessité, elle peut se réunir en séance extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande de la moitié au moins de ses membres.

2.2.2.4- Comité d'hygiène et de sécurité (CHS)

C'est un organe technique de contrôle et de gestion en matière d'hygiène et sécurité des personnes et de leur bien, de la salubrité des espaces, celle du patrimoine du centre, des risques d'incendie ou d'inondation et des risques d'accident du travail tel que prévu par le code du travail dans toute entreprise. Il devrait se réunir en session ordinaire une fois par trimestre. Malheureusement celui du centre n'est pas fonctionnel et il se pose dans ce centre de véritables problèmes d'insécurité au travail et d'insalubrité.

2.2.2.5- Cellule de Contrôle de Gestion (CGC)

Il s'agit d'un organe conseil qui permet de fournir à la direction du centre et aux divers responsables des informations internes indispensables pour une gestion participative prévisionnelle et une gestion budgétaire transparente.

Elle est un organe technique d'analyse en position de staff par rapport au directeur et lui facilite les prises de décisions. Cet organe indispensable est envisagé après une mission de contrôle de la division qui a recommandé sa mise en place au CHD Mono-Couffo.

2.2.2.6- Cellule de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

Cette cellule n'est encore fonctionnelle même si le centre a vraiment besoin de ses services.

2.3- Structure organisationnelle du CHD Mono-Couffo

Dans cette rubrique, nous allons parler des structures qui font fonctionner quotidiennement le CHD Mono-Couffo.

2.3.1- Services Administratifs

2.3.1.1- Direction

La Direction du CHD Mono-Couffo est assurée par :

- un Directeur qui est le premier responsable ;
- un Chef service des affaires administratives et économique (C/SAAE) qui représente le directeur en cas d'absence ;
- un chef service des affaires financières (C/SAF).

La gestion de l'établissement est assurée par le directeur qui dispose à cet effet des pouvoirs définis par le document de la politique de gestion des hôpitaux, l'arrêté portant organisation, attribution et fonctionnement des centres hospitaliers départementaux au Bénin. Il assure notamment l'exécution des décisions prises par le CA à qui il rend compte. Il est l'ordonnateur du budget du centre et veille à son exécution tant en recettes qu'en dépenses. Le directeur est le responsable du développement des activités de l'établissement dans le cadre de la politique générale et des programmes définis par le CA.

2.3.1.2- Service des Affaires Administratives et Économiques (SAAE)

Il s'occupe de la gestion, des clients, des statistiques, de la facturation, de l'élaboration des rapports d'activités, de la tenue de la comptabilité matière, de la régie d'avance, de la gestion des services auxiliaires (cuisine, buanderie, lingerie, morgue) et de la maintenance des équipements. Il est composé de :

- la Division Gestion Administration et du Personnel (DGAP) ;
- la Division Gestion des Maladies, Accueil et Statistique (DGMAS) ;
- la Division Économat ;

- la division Maintenance.

2.3.1.3- Services des Affaires financières (SAF)

Il s'occupe de l'élaboration du budget, du recouvrement des recettes, du paiement des dépenses, des opérations de banque, de la comptabilité générale et analytique, de l'élaboration du bilan et du rapport financier ; il comprend les divisions suivantes :

- le Budget et la Comptabilité ;
- la Caisse et le Recouvrement.

2.3.1.4- Services techniques

Ils comprennent les secteurs médicaux et les secteurs médicaux techniques.

2.3.1.5- Secteurs médicaux

Ils sont au nombre de huit (08) dont les missions sont les suivantes :

2.3.1.5.1- Service de la Médecine

Le service de la médecine fait partie des services les plus connus et les plus fréquentés par la population. Le paludisme est l'affection qui amène le plus les individus à solliciter les expertises de ceux qui y travaillent. En son sein se trouve un centre de prise en charge des personnes vivantes avec le VIH/SIDA (PVVIH). Ce site est appuyé par le projet GIPESTHER qui met à sa disposition des produits pharmaceutiques, des équipements et autres produits nécessaires sans oublier le renforcement des capacités des agents. Deux (02) Médecins y travaillent actuellement.

2.3.1.5.2- Service de la Gynéco-Obstétricale (Maternité)

Elle est la porte d'entrée de toutes femmes venant consulter pour les urgences gynécologiques ou obstétricales. À l'issue d'un examen clinique effectué par les sages-femmes d'État ou par les médecins, un tri s'effectue :

- la patiente peut aller à la salle de dilatation si elle est en travail et si la dilatation est inférieure à 4cm ;
- la patiente est envoyée à la salle d'accouchement si la dilatation est supérieure ou égale à 4cm ;
- la patiente est orientée à la salle d'hospitalisation pour la poursuite des soins sous la surveillance des SFE et des médecins.

L'objectif est la prise en charge correcte depuis l'entrée jusqu'à la sortie de l'hôpital. En réalité, le bloc opératoire destiné exclusivement aux urgences obstétricales est un bâtiment flambant neuf nouvellement construit. Il est question surtout des césariennes, des hémorragies de délivrance et toutes interventions chirurgicales programmées telles que : la myomectomie, l'hystérectomie, la cœlioscopie, l'hystéroscopie,… . Ce service de gynécologie est appuyé par trois gynécologues.

2.3.1.5.3- Service de la Pédiatrie

C'est le service des plus vulnérables c'est-à-dire les enfants qui sont des candidats à toutes sortes d'affections surtout entre juin et novembre où on constate les taux les plus élevés d'utilisation de ce service.

2.3.1.5.4- Service de la Chirurgie (Bloc Opératoire, Réanimation et Urgence)

Ce service est le plus dynamique et utilise plus de personnel parmi les services techniques. Il prend en compte les unités suivantes : les urgences, le bloc opératoire, la réanimation et la chirurgie. Les cas de chirurgie, selon le tableau clinique peuvent après les premiers soins être admis directement au pavillon pour la poursuite des soins ou continuer à la réanimation et ensuite au bloc opératoire. Il faut préciser que l'unité de la réanimation est en amont et en aval de tout acte chirurgical.

2.3.1.5.5- Service de Kinésithérapie

C'est une unité charnière entre les autres services car ils y envoient tous leurs patients en cas de besoins. Cependant, les malades de la chirurgie constituent les clients potentiels et réguliers de ce service. C'est un nouveau service rendu fonctionnel depuis 2007. Elle est en train d'être connu du grand public. Mais un effort de communication reste à faire afin de faire connaître plus son utilité et ses activités.

2.3.1.6 - Autres services

Dans cette rubrique sont regroupés les services d'ophtalmologie, de stomatologie et d'ORL. Au niveau de l'ophtalmologie, la fréquentation n'est pas du tout négligeable surtout compte tenu de l'expertise du médecin ophtalmologue responsable dudit service, et il en n'est de même au niveau des deux (02) autres services en ce qui concerne l'affluence.

- **Les secteurs médicotechniques**

Ils sont composés du laboratoire, de l'imagerie médicale, de la pharmacie et des activités sociales.

- **Le service de Laboratoire**

Le service de laboratoire est composé des sections : biochimie, hématologie, pathologie, sérologie, immunologie, bactériologie, parasitologie et l'hémostase. Les activités du laboratoire s'inscrivent dans des démarches préventives et curatives. Ce service bénéficie de l'appui de la coopération chinoise à travers l'installation d'un équipement complémentaire de dépistage et de traitement du paludisme. Ce service travaille en collaboration avec l'unité de banque de sang installée au CHD Mono-Couffo.

- **Le service d'Imagerie Médicale**

Il s'occupe des examens de radiologie, d'échographie, de fibroscopie et d'électrocardiogramme. Ce plateau technique est renforcé en 2008 par la construction et la mise en service de l'unité de scanner.

Des unités tampons existent et facilitent la réalisation des services sus indiqués. Il s'agit de la buanderie qui s'occupe du lavage des gants, des casaques et civières ou fauteuils roulant ayant servi à transporter les malades.

L'unité de maintenance assure l'entretien et la maintenance des équipements en place dans le centre. Un contrat est également signé avec une entreprise privée chargée de la maintenance afin de garantir le suivi des équipements en cas de difficultés du personnel convié à travailler.

L'unité d'hygiène et de l'assainissement de base assure l'entretien de tout le cadre de travail et des abords immédiats. L'observance des règles d'hygiène permet de limiter les affections nosocomiales.

- **Le service de la pharmacie**

Ce service géré par un pharmacien s'occupe de la vente, la cession et l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et en consommables médicaux.

3- INFORMATIONS SUR LES PRATIQUES EN RESSOURCES HUMAINES DU CHD MONO-COUFFO

Il s'agit de présenter d'abord le service chargé de la gestion du personnel du CHD Mono-Couffo puis d'aborder quelques difficultés de ce service.

3.1- Présentation de la division chargée de la gestion du personnel

La division de la gestion administrative du personnel est la division qui s'occupe de la gestion quotidienne du personnel (congés, repos sanitaire, présence, absence…). Elle est directement rattachée au C/SAAE.

3.2- Difficultés rencontrées par le chef personnel

Affirmer qu'il s'agit d'un exercice facile serait s'écarter de la réalité. Pas mal d'embûches de non disponibilité, d'incompréhensions ont jalonné son chemin. Le matériel informatique ne favorise pas toujours le bon déroulement des activités. Il faut aussi noter que le personnel également n'allège pas la tâche au chef personnel car il ne taille pas assez d'importance au service des ressources humaines et ceci en fournissant tardivement ou pas du tout les informations ou documents demandés par ce dernier.

C'est donc dans ce centre que les enquêtes ayant conduit aux résultats de cette étude ont été menées. Les résultats obtenus, à cet effet, font l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

À l'issue des travaux de terrain, nous avons abouti à des résultats qui sont présentés, analysés et interprétés dans le présent chapitre. Ces différentes analyses et interprétations donnent lieu à des conséquences auxquelles nous avons proposé des solutions et fait des suggestions à l'endroit de tous.

1. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

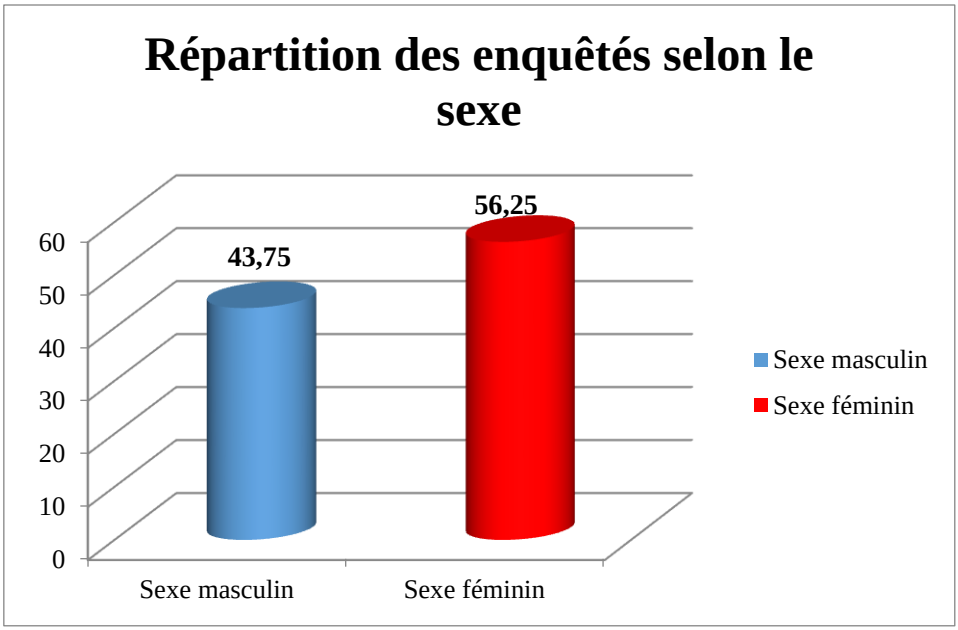
Les résultats qui sont présentés dans cette partie sont les fruits d'une enquête effectuée auprès de cinquante (50) employés ou agents de divers services ou sections du CHD Mono-Couffo.

Au niveau de cette rubrique, sont présentées et analysées dans un premier temps les données sociodémographiques puis dans un second temps celles relatives aux relations de travail pour ledit centre. Les différents graphiques obtenus à partir de certains tableaux illustrent la répartition des enquêtés suivant diverses variables.

1.1- Données sociodémographiques

Il s'agit ici de la répartition des enquêtés des différents services et sections du CHD Mono-Couffo selon leur sexe, leur tranche d'âge, leur situation matrimoniale, le nombre d'enfant(s) en charge, leur ancienneté au CHD Mono-Couffo et leur catégorie socioprofessionnelle.

La réponse à la question n°2 du présent questionnaire en annexe I nous a permis de réaliser le graphique de la représentation des enquêtés selon leur sexe.

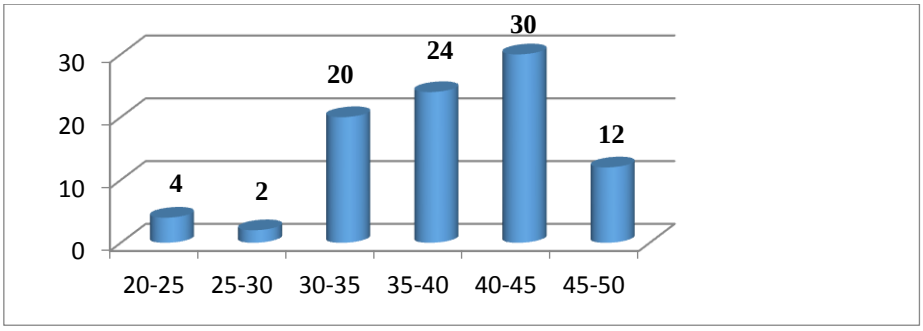


Graphique 1 : Répartition des enquêtés en fonction du sexe.

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

La répartition par sexe des enquêtés montre une légère prédominance des femmes par rapport aux hommes. C'est ce que traduit le graphique 1 ci-dessus. Selon ce graphique, 56.25% des agents enquêtés sont de sexe féminin contre 43.75% d'enquêtés de sexe masculin. De ce fait, l'échantillon de cette étude est relativement équilibrée du point de vue approche genre.

Ces hommes et femmes de la présente étude appartiennent à des tranches d'âge données. Le graphique ci-après l'illustre bien.



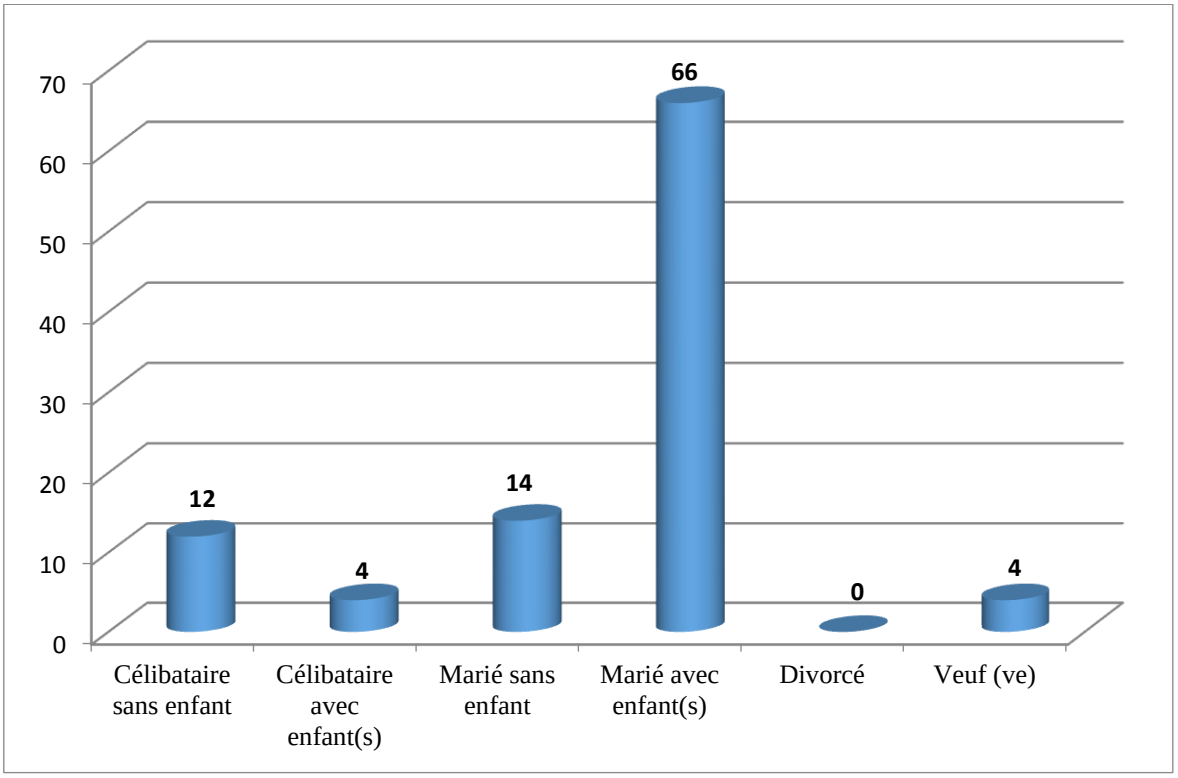
Graphique 2 : Répartition des enquêtés selon leur tranche d'âge

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

Comme le présente si bien le graphique ci-dessus, les enquêtés de ce centre hospitalier sont un peu jeunes, et se situent majoritairement dans la

tranche d'âge de 40 à 45 ans (30%). Cette tranche d'âge est suivie de celle de 35 à 40ans avec un écart de 6%. La tranche d'âge de 30 à 35 ans vient en troisième position avec une fréquence de 20%. Ainsi se lit aisément à travers le graphique ci-dessus, la jeunesse des acteurs dudit centre.

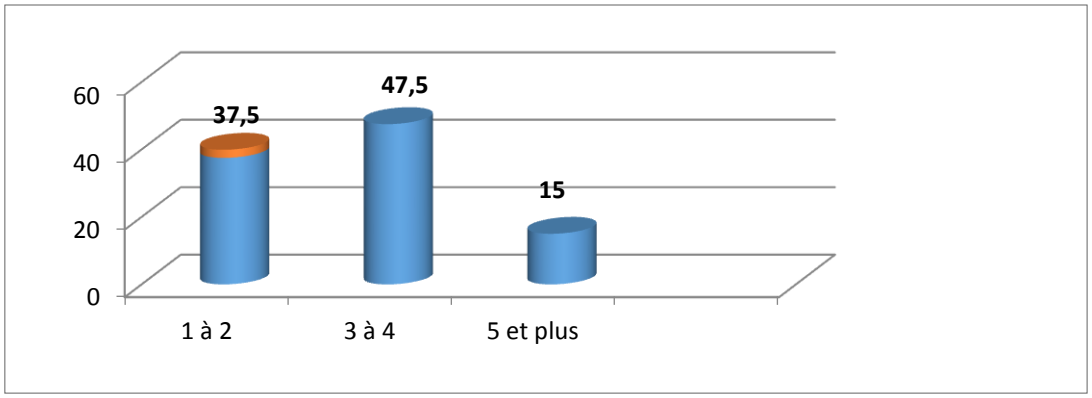
En dehors de leur âge, nous nous sommes intéressés à leur situation matrimoniale. Les résultats obtenus à ce propos figurent sur le graphique que voici:



Graphique 3: Répartition des enquêtés selon leur situation matrimoniale
Source : Enquête terrain, juillet 2013.

Plus de la moitié (68%) de ceux qui sont enquêtés sont mariés, avec un ou plusieurs enfant(s).

Dans ce contexte, il nous paraît utile de présenter à titre illustratif, la répartition des enquêtés dans le cadre de cette étude selon le nombre d'enfants engendrés par chacun d'eux.

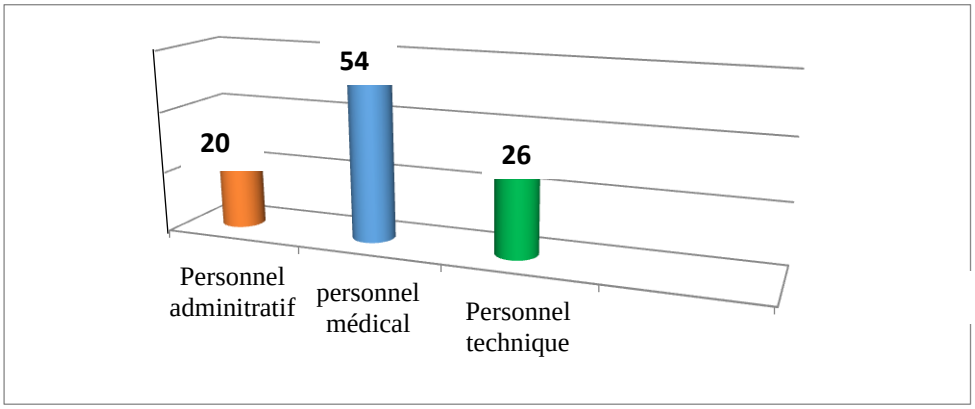


Graphique 4: Répartition des enquêtés selon leur charge filiale

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

La proportion des mariés de l'échantillon de ce travail de recherche qui ont un ou deux enfant(s) est de 37.5% contre 47.5% qui ont de trois à quatre enfants.

De par leur formation et leur niveau d'instruction, le personnel enquêté au CHD. Mono-Couffo, est réparti principalement en trois catégories. Ainsi, le graphique ci-dessous montre la répartition des enquêtés selon leur catégorie socioprofessionnelle d'appartenance.



Graphique 5: Répartition des enquêtés selon leur catégorie socioprofessionnelle d'appartenance

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

Le graphique 5 ci-dessus indique que le personnel médical comporte un nombre important d'agents suivi du personnel technique et enfin celui administratif. Cette différence s'explique par le fait que ce personnel joue le rôle

le plus important dans ce centre hospitalier. Cette majorité des enquêtés est de 54% auquel suit le personnel technique dont le taux s'élève à 26% et enfin le personnel administratif avec un taux de 20%. On peut donc déduire que toutes les catégories intervenant dans ce centre hospitalier départemental et ayant participé à cette enquête sont représentées dans notre échantillon.

1.2- Données relatives aux relations de travail au CHD Mono-Couffo

Ces catégories de personnel ont certainement de relations. Ainsi de cette enquête on note deux grandes relations à savoir celles positives et celles négatives comme nature de relations rencontrées. Pour avoir ces deux natures de relations, nous nous sommes basés sur les réponses données aux questions 12 à 16 du questionnaire en annexe I. De ces réponses, nous avons réalisé les tableaux 3 et 4 présentant respectivement les grands types de relations.

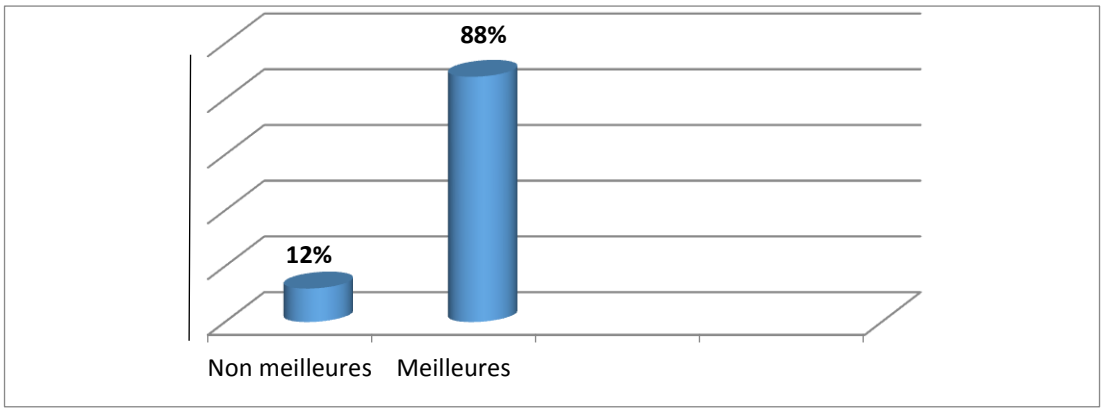
- les questions12 à14 leur ont été posées pour tester les liens de collaboration qui existent entre eux dans le cadre du service ;
- les questions 15 et 16 ont pour but, quant à elles de montrer les liens d'amitié qui pourraient exister entre collaborateurs hors du cadre du service ;
- les questions 17 à 19 du questionnaire adressé aux enquêtés nous renseignent sur l'existence au sein du service de conflits interpersonnels, de leurs causes et leurs manifestations.

Les questions 24 et 25 nous permettent de savoir si des liens d'amitié peuvent exister entre les agents de différents services. Les réponses positives ou négatives, favorables ou défavorables à ces différentes questions précitées nous permettent de mettre en relief quatre types de faits qui sont présentés dans les tableaux III et IV en annexe III :

Sur la base des données représentées dans les tableaux III et IV nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1- Le nombre de réponses en ce qui concerne chaque type de relations positives est plus élevé que le nombre de réponses correspondant à chaque type de relations négatives. Ainsi le pourcentage des agents ayant participé à cette enquête et répondant de manière positive est plus fort que celui des agents répondant de manière négative sauf le seul cas où il est de 46% contre 54%.
2- En ce qui concerne les relations positives, l'existence de relation d'amitié entre agents d'un service et ceux d'un autre service est le type de relation auquel correspond un pourcentage assez élevé soit 80% contre 20% de son inexistence.
3- Par contre, toujours dans le cadre des relations positives, le pourcentage le moins élevé de réponses est celui correspondant à l'existence de relations amicales entre agents d'un même service hors du cadre du travail ; soit 46% de réponses positives contre 54% de réponses négatives.

Il apparaît que hors du cadre du travail, les agents n'entretiennent pas des relations amicales, à l'image des relations positives qui les lient dans le cadre du travail. Ils préfèrent entretenir des relations amicales avec des agents des services autres que les leurs et plus particulièrement avec des personnes n'appartenant pas au centre dans lequel ils travaillent comme le présente le graphique ci-dessous. C'est la réponse à la question 28 du questionnaire en annexe I qui nous a permis de le réaliser.



Graphique 6: Répartition des enquêtés selon leur appréciation de la qualité des relations entretenues au CHD Mono-Couffo et celles entretenues hors de ce centre.

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

Ce graphique nous montre effectivement que 88% des enquêtés trouvent plus meilleures les relations entretenues en dehors du CHD Mono –Couffo contre 12% des enquêtés.

L'on pourrait donc à partir des résultats précédents dire que les agents ont donc un certain désir de fuir ce qui constitue leur cadre de travail pour se créer d'autres horizons et pour discuter d'autres problèmes, d'où l'importance des relations d'amitié entretenues avec des agents venant des autres services et autres personnes n'appartenant pas à ce centre. Tout ceci, se justifie aussi par la qualité des relations dudit centre. Le fort pourcentage d'existence de relations d'amitié entre agents d'un service et ceux d'un autre service peut être aussi expliqué par l'importance du nombre des enquêtés ayant des amis dans les autres services. Entre autres, cela peut être le fait que ceux-ci pensent bénéficier de leur service au moment où l'un de leurs parents ou proches serait admis dans ce centre pour recevoir des soins. Ainsi, comme nous le confiait un agent: «Quand vous ne connaissez personne dans les services médicaux, votre malade n'est pas bien suivi».

Ce que nous remarquons à travers les réponses apportées, c'est que les relations amicales se tissent en fonction du profil, le poste occupé et de la catégorie professionnelle de chacun.

Pour les relations négatives, si leurs pourcentages sont en majorité inférieurs à ceux des relations positives sauf là où il est de 54% c'est qu'ils n'en demeurent pas moins importants. Ainsi, l'inexistence de relations positives entre agents d'un même service sur le plan du travail et l'existence de conflits interpersonnels au sein du service va de pair puisque les 24% de l'un et les 30% de l'autre nous le montrent si bien et ne doivent pas être négligés.

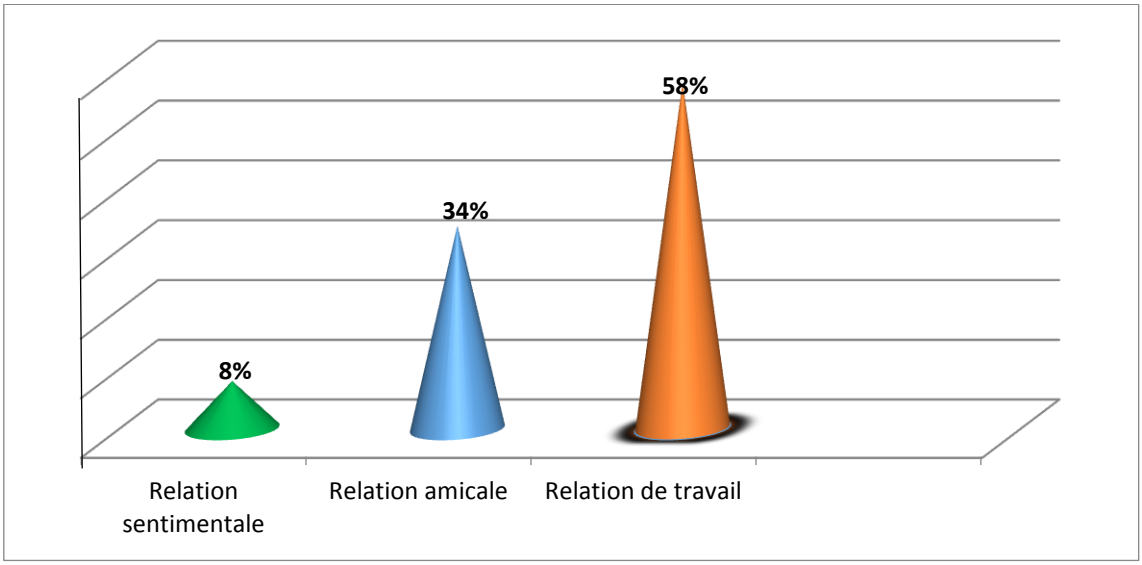
En ce qui concerne les conflits, la plupart sont causées par la médisance, la jalousie, l'incompréhension, l'absence d'une franche collaboration entre collègues, le profil, le poste occupé, l'ethnie d'origine. Pour preuve, on a le cas des Adja et des Cotafon intervenant dans ce centre.

Certains agents subalternes mais ayant de l'ancienneté ne souffrent que leurs chefs hiérarchiques plus jeunes qu'eux, et étant récemment arrivés dans le service leur donnent des ordres et des tâches à exécuter. Ils mettent alors de la mauvaise volonté dans l'exécution de cette tâche ou la bâclent car ils sont frustrés. Dès lors, cette atmosphère ne favorise pas l'existence de relations amicales entre agents du même service hors du cadre de travail. Ce type de relations négatives est particulièrement sensible entre chefs et subordonnés.

D'autres agents quant à eux cherchent visiblement à rompre avec tout ce qui relève de l'hôpital dès qu'ils finissent leur travail et sortent de l'hôpital. Ceux-là préfèrent se créer d'autres idées. Parfois, ce sont des agents très mécontents de leur sort, aussi bien du travail qu'on leur confie au sein du service que de leur rémunération mensuelle. Ils trouvent déjà que les autres, ceux qui ont un niveau supérieur au leur sont des privilégiés et que par conséquent, il n'y a aucun rapport entre eux.

Ceux parmi les enquêtés, qui nous ont répondu n'avoir pas d'amis dans les autres services sont aussi bien des chefs de service de même que leurs collaborateurs.

La répartition selon le type de relation nous indique que les agents sont plus liés par une relation de travail que par rapport aux autres types de relations à savoir : celles sentimentales et amicales. C'est ce que traduit le graphique ci-après obtenu à base des réponses à la question n°21 du questionnaire en annexe I.



Graphique 7: Répartition des enquêtés selon le type de relation entretenue au CHD Mono-Couffo

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

D'après ce graphique, 58% des enquêtés ont des relations de travail, 34% des relations amicales et 8% celles sentimentales. De ces informations, on peut dire que les agents de ce centre hospitalier entretiennent des relations de travail plus que les autres ; c'est-à-dire que c'est le travail qui est à l'origine de leur relation avec les autres. Ce constat vient donc confirmer les différentes informations que nous avons eues au cours de nos entretiens et des idées que nous nous sommes faites suite à nos observations sur le terrain.

Ces différents types de relations peuvent avoir ou non un impact sur les agents et les soins qu'ils administrent. Pour avoir une idée claire sur cet aspect des relations, la réponse à la question n°23 nous a aidé à établir le tableau V faisant le point de l'appréciation que chacun des enquêtés a par rapport à l'impact.

L'observation de ce tableau révèle que 76% des agents enquêtés affirment que l'état des relations (interpersonnelles) a un effet sur les soins apportés aux malades tandis que 24% pensent le contraire. De ce tableau, il ressort que la majorité des agents enquêtés reconnaisse l'effet des relations sur les soins apportés aux malades.

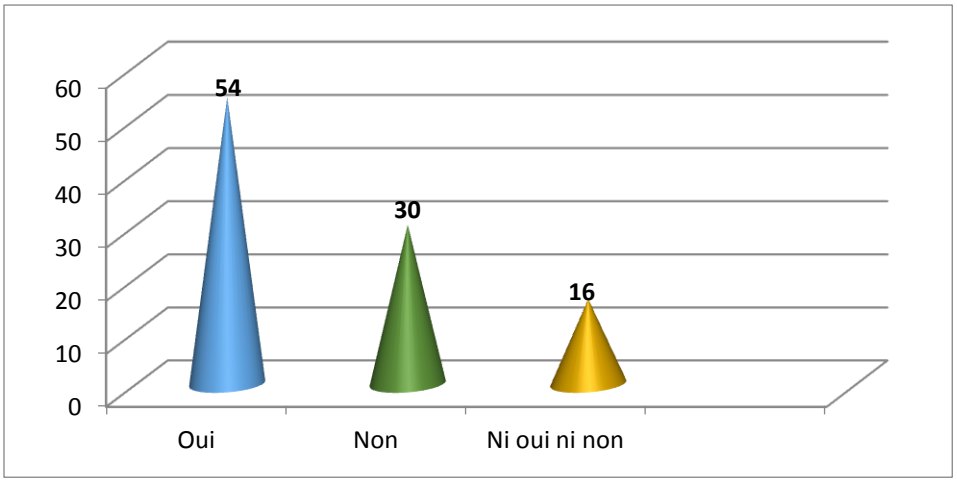
Pour connaître l'effet dont il s'agit, nous nous sommes intéressés à la question n°30 du questionnaire en annexe I, et dont les réponses des enquêtés nous ont permis de faire le tableau 6 suivant :

À partir de ce tableau VI, on constate que 62% des agents enquêtés estiment que l'état des relations a un impact positif sur les soins apportés aux malades dans ce centre hospitalier tandis que 38% sont d'avis contraire.

Pour savoir l'impact qu'à l'état des relations entretenues sur les agents eux-mêmes, nous nous sommes basés sur les réponses aux questions n°23 et 31 du questionnaire en annexe I. Ceci nous a donc permis de représenter le tableau 7 ci-après.

À la lecture de ce tableau, 100% des enquêtés affirment que le type de relations qu'ils ont avec leurs collègues leur est bénéfique ou profitable. Ce même tableau nous montre par ailleurs que 88% des enquêtés estiment que les relations de travail (surtout interpersonnelles) entretenues favorisent leur propre épanouissement contre 12% qui sont d'avis contraire.

Les 12% qui sont d'avis contraire et les autres peuvent nous suggérer si leur place ou situation actuelle dans le centre en est pour quelque chose. Ainsi le graphique ci-dessous nous renseigne sur leur satisfaction par rapport à cela.



Graphique 8: Répartition des enquêtés selon la satisfaction par rapport à leur place ou leur situation actuelle au CHD Mono-Couffo.

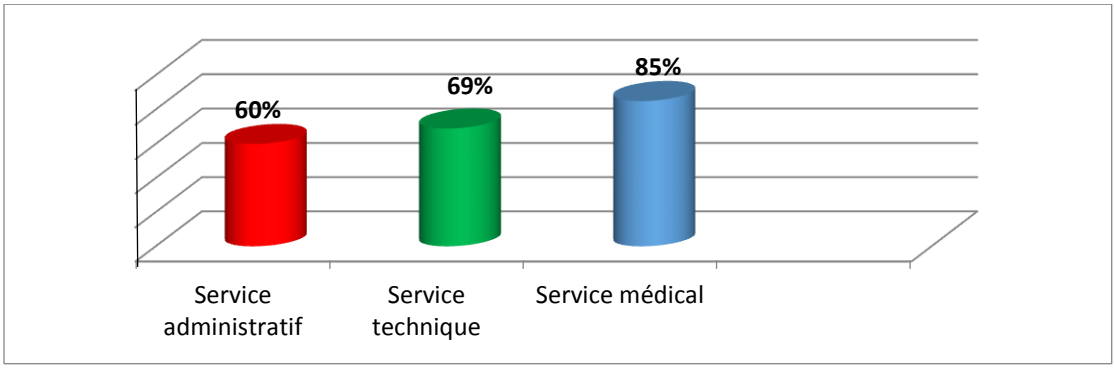
Source : Enquête terrain, juillet 2013.

En ce qui concerne la satisfaction par rapport à la place ou situation actuelle dans le centre, 54% des enquêtés sont d'avis positifs contre 30% d'avis négatifs. Les 16% qui n'ont donné aucun avis par rapport à cet aspect peuvent être rangés du côté de ceux qui sont d'avis négatifs car ils ne devraient pas être indifférents dans la mesure où ce qui est positif se dit facilement.

Ainsi, en combinant les deux on trouve 46% contre 54%. Ces résultats viennent montrer que dans ce Centre les agents ne s'épanouissent pas comme il le faut. Cette insatisfaction a nécessairement d'effet négatif sur les relations qu'ils entretiennent et par conséquent sur les activités qu'ils font. Pour approfondir ces analyses, le tableau comparatif de la nature des relations interpersonnelles nous permettra de voir dans quelle catégorie d'agents il y a plus de relations positives.

Sur la base du tableau VII, nous pouvons faire les observations suivantes en ce qui concerne l'existence des relations d'ordre positif dans les différents services :

1- Le graphique ci-après traduit l'existence de relations positives entre agents d'un même service sur le plan du travail.

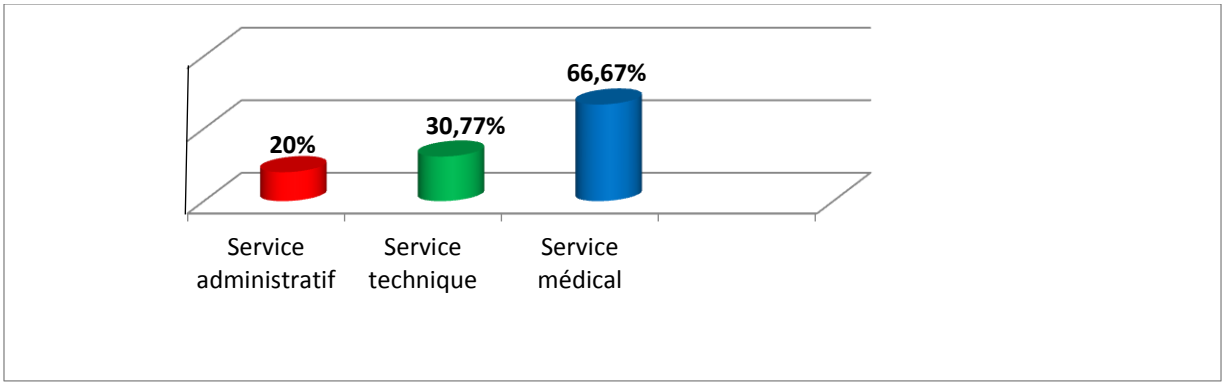


Graphique 9: Répartition des enquêtés en fonction de l'existence de relations positives entre agents dans les différents services sur le plan du travail.
Source: Enquête terrain, juillet 2013.

Ce graphique nous montre que ce sont les services médicaux qui présentent le plus fort pourcentage d'existence de relations positives entre les agents enquêtés soit 85% ; ensuite, viennent respectivement les services techniques avec 69.23% et les services administratifs avec 60%.

Dans les pages précédentes, nous avions eu à expliquer les causes pouvant justifier l'inexistence des relations interpersonnelles dans les services.

2-Le graphique suivant présente l'existence de relations amicales entre les agents d'un même service hors du cadre du travail.

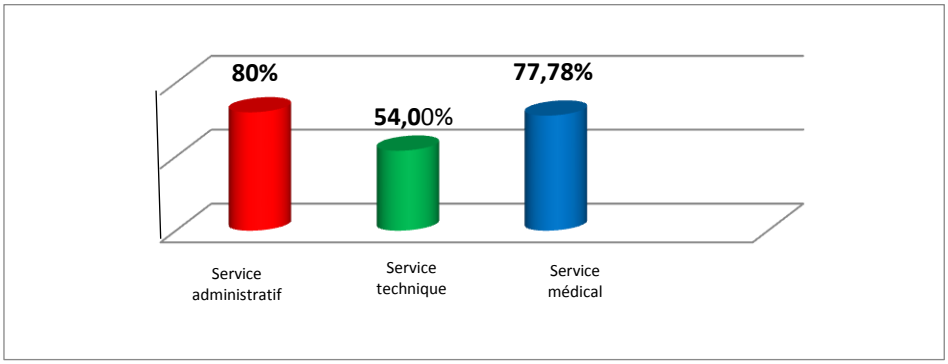


Graphique 10: **Répartition des enquêtés en fonction de l'existence de relations amicales entre agents d'un même service hors du cadre du travail.**

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

Ce graphique X nous révèle que les agents enquêtés des services médicaux entretiennent plus de relations amicales en dehors du cadre du travail soit 66.66% comparativement aux autres services qui ne présentent qu'un faible pourcentage de ce type de relations soit 30.77% pour les services techniques et 20% pour les services administratifs. On constate que ces faibles pourcentages qu'affichent ces deux services témoignent le fait qu'ils évitent tout ce qui a rapport avec le travail. Comme par exemple le cas où 80% des enquêtés disent n'avoir pas de relations amicales avec les collègues du même service.

Ce résultat peut nous renseigner sur l'existence ou non de conflits interpersonnels. Le graphique ci-après nous permettra de nous prononcer avec certitude.

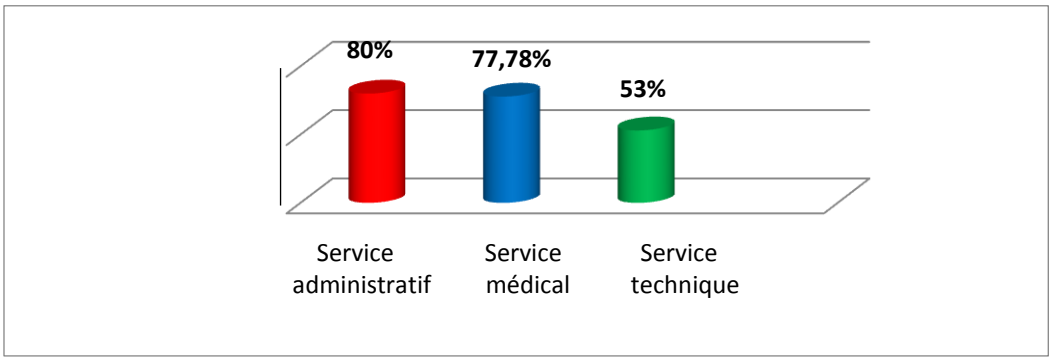


Graphique 11:Répartition des enquêtés en fonction de la non existence de conflits interpersonnels au sein des différents services du CHD Mono-Couffo.

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

Ce graphique nous montre que les services techniques présentent un pourcentage moins élevé de non existence de conflits interpersonnels soit 54% contre 46%. Les 20% et les 22.22% des autres ainsi que les 46% indiquent qu'il existe de conflits dans les différents services de ce centre hospitalier. En général, ce pourcentage est de 28% ce qui n'est pas négligeable et par conséquent aura forcément d'impact sur l'ensemble du système sanitaire.

Pour voir si cette situation n'influe pas sur les relations d'amitié entre les agents d'un service et ceux d'un autre service, nous avons réalisé le graphique suivant.



Graphique 12: Répartition des enquêtés de chaque service en fonction de l'existence de relations d'amitié entre agents d'un service et ceux d'un autre service.

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

Le présent graphique nous fait voir que les agents des services administratifs lient plus de relations d'amitié avec les agents des autres services soit 100% de réponses favorables à ce type de relation, ensuite viennent les services médicaux avec 85% et enfin les services techniques avec 54%. Ces différents résultats obtenus montrent d'une part comme nous l'avions expliqué plus haut que les relations se nouent afin que lorsqu'un des parents ou proches soit admis dans ce centre, il puisse être bien suivi. D'autre part, les 46% d'existence de conflits interpersonnels au sein des services techniques influent négativement sur les relations.

2. INTERPRETATION ET VERIFICATION DES HYPOTHESES

Après l'interprétation des différents résultats précédents nous vérifierons les hypothèses.

Sur la base des pourcentages calculés, les hypothèses seront vérifiées si la proportion des enquêtés qui sont d'avis favorables ou défavorables représente une majorité absolue ; c'est-à-dire qu'on doit avoir au moins 50% pour les résultats relatifs à l'hypothèse avant qu'elle ne soit vérifiée et non si tel n'est pas le cas.

En considérant le graphique 1, il revient donc de dire que le nombre de femmes travaillant dans ce centre hospitalier est considérablement élevé par rapport à celui des hommes. Ceci vient expliquer l'affection que les femmes ont pour ce type de métier.

Se référant aux tableaux III et IV les 76% d'existence de relations positives entre agents d'un même service sur le plan du travail contre 24% de son inexistence montrent l'existence d'échange et d'interactivité dans le cadre du travail. Donc, y une certaine dynamique. Cette remarque nous amène à dire que les hypothèses 1 et 2 de notre étude sont vérifiées.

Les 54% des enquêtés qui affirment n'ayant pas de relations amicales avec leurs collègues en dehors du service contre 46% d'enquêtés affirmant le contraire vient davantage confirmer l'hypothèse n°1 de cette étude. Il s'en déduit que la qualité des relations interpersonnelles au travail n'est pas totalement satisfaisante.

Les 70% des enquêtés qui affirment la non existence de conflits interpersonnels au sein du service contre 30% révèle que l'état des relations de travail n'est pas mauvais. Cette qualité de relations influe positivement sur la prestation au service d'où l'épanouissement des agents et la satisfaction des usagers (patients) qui bénéficient de leurs services. Ceci vient donc confirmer

l'hypothèse n°2 de la présente étude. Néanmoins les 30% d'existence de conflits interpersonnels ne sont pas sans conséquences négatives et doivent être gérés au quotidien. De même, l'existence de conflits est un signe évocateur de la dégradation de l'état de la dynamique des relations de travail dans ce centre hospitalier ce qui agir nécessairement sur l'ambiance de travail. Ceci va donc agir négativement sur les agents eux-mêmes et sur les malades qui sont admis dans ce centre pour y recevoir des soins appropriés. Tout cela peut entraver la performance de l'entreprise (du centre) et créer un manque à gagner à la nation. A la lumière de toutes ces informations, les hypothèses n°1 et 3 de notre étude sont à nouveau vérifiées.

Les 80% des enquêtés qui affirment avoir des relations d'amitié avec ceux des autres services montrent que c'est dans l'intention de bénéficier de leur service en cas de besoin que ces derniers sont en relation. Ceci démontre que la qualité des relations interpersonnelles dans les différents services de ce centre ne va pas toujours dans l'intérêt des patients (usagers). Ce constat prouve que ce n'est que par le travail que les agents ont de relations interpersonnelles dans leurs services respectifs. C'est ce qu'indique le graphique 9 de la présente étude où 58% des enquêtés n'ont rien que des relations de travail. Ceci vient confirmer l'hypothèse n°3 sauf que cette relation interpersonnelle n'est pas la meilleure dans la mesure où la meilleure est celle qui est à la fois de travail et d'amitié.

Du tableau V, il ressort que 76% des enquêtés estiment que l'état des relations a d'effet sur les soins. De ce fait, nous pouvons dire que les relations qu'entretiennent les agents dans les différents services ont d'effets sur leurs prestations et particulièrement sur les soins apportés aux patients.

Du tableau VII, si les 62% des enquêtés pensent que l'impact des relations est positif sur les soins apportés aux malades alors il va s'en dire que le type de relations qu'ont les agents sur le lieu du travail est déterminant pour l'efficacité du travail ou soins apportés aux patients. Comme l'impact n'est pas seulement

sur les malades, au regard du tableau VII, si 88% des enquêtés disent que l'état des relations (interpersonnelles) favorise leur propre épanouissement, ceci vient donc prouver que la bonne qualité des relations compte pour la bonne marche du travail et de l'émergence de l'entreprise.

À partir de ces informations, il en résulte que lorsque la qualité des relations commence à se dégrader les travailleurs ne s'épanouissent plus comme il le faut et leur prestation en prend un coup. L'un des inconvénients remarquables dans cette souffrance psychosociale dans laquelle se trouve le travailleur est la mauvaise qualité des soins administrés et des services rendus. Or, comme l'homme est un acteur primordial pour le développement tout ceci freine l'évolution de la nation.

A la lumière de tout ce qui précède, toutes les hypothèses de la présente étude sont donc totalement confirmées.

3- CONSEQUENCES PSYCHOSOCIOLOGIQUES ET ECONOMIQUES

Elles sont de plusieurs natures, mais nous pouvons les regrouper en deux : les conséquences psychosociologiques et celles économiques.

3.1- Conséquences psychosociologiques

Elles découlent d'une part des relations interpersonnelles au sein du personnel du CHD Mono-Couffo et d'autre part, des rapports entre personnel et malades.

L'inexistence de relations positives entre les agents d'un même service sur le plan du travail favorise les situations de conflits. Ce climat dans lequel s'effectue le travail a forcément des répercussions sur la qualité des soins donnés aux malades. Quand il existe des conflits interpersonnels, les antagonistes dans la majeure partie des cas cherchent mutuellement à se nuire.

Aussi, fait-on tout pour entamer ou détruire le prestige que confère à son collègue ou à son chef hiérarchique, sa situation au sein de l'hôpital. Ce climat

dans lequel évoluent les agents au sein du service va agir sur leur psychologie et sur celle des patients. Ces derniers sont désorientés et ne savent pas à qui adresser leurs plaintes car ils ont constaté la tension qui règne à ce lieu d'accueil où ils espèrent trouver satisfaction. Par ailleurs, il arrive des fois comme nous le confiait un agent que certains collaborateurs ou collègues au passage sont sollicités à présenter l'évolution du mal d'un patient, mais ceux-ci vous disent qu'ils reviennent dans un instant, reviennent tardivement ou pas du tout. Le malade espère trouver une consolation, mais en définitive, ne trouve rien.

L'inexistence de relations amicales entre les agents d'un même service hors du cadre de travail fait que ceux-ci ne se préoccupent pas du sort de leurs collègues. Un infirmier se plaignait à nous en ces termes : « Lorsqu'il vous arrive quelque chose, et que vous ne venez pas au service, aucun des collègues ne vient demander de vos nouvelles, et ce n'est que lorsque l'on a urgemment besoin de vos services que l'on dépêche quelqu'un pour aller vous chercher immédiatement chez vous. Au cas où vous ne vous présentez pas au service, vous êtes tenus responsables de toutes les conséquences qui peuvent en découler de votre absence ». Ainsi, quand un agent ne vient pas au service, parfois, le travail qu'il doit faire n'est fait par personnes d'autres. Parfois, quand les agents sont nombreux à faire le même travail, ils ne font que leur stricte part et laissent aux autres le soin de faire ce qui leur revient. Le malade reste en définitive le seul perdant. Cependant, la renommée du centre hospitalier départemental du Mono-Couffo en pâtit largement.

Le mauvais comportement du personnel de santé envers les malades n'est pas en reste en ce qui concerne les conséquences sociales que peuvent entraîner leur incompétence et inconscience professionnelles. Ainsi, quand certains Docteurs ou infirmiers, au lieu de s'occuper concrètement du travail qui leur revient, le laissent à leurs subordonnées qui le font mal, cela entraîne pour le malade, des complications qui souvent laissent de graves séquelles : infirmité,

malaises périodiques, parfois stérilité et peuvent même causer la mort du patient. Le comportement parfois autoritaire, les reproches et mises en gardes acerbes dont sont l'objet des malades de la part du personnel de santé agissent psychologiquement sur ceux-là qui, déjà angoissés, finissent par être traumatisés. La confiance et le courage qui leur sont nécessaires pour l'amélioration de leur état de santé faisant défaut, ils arrivent difficilement à être guéris.

En effet, il faudrait nécessairement une certaine prédisposition physique et mentale pour affronter par exemple, les traitements chirurgicaux. Le vol des médicaments destinés aux malades par certains agents qui sont en principe chargés de le leur administrer peut souvent entraîner la mort de ces malades.

Par ailleurs, le fait que certains agents entretiennent des relations obscènes avec de jeunes filles ou femmes venues en tant que garde-malades ceci sur le plan des valeurs traditionnelles cause la perte de virginité avant le mariage et l'adultère, donc le déshonneur. Ces actes provoquent également des grossesses non désirées qui aboutissent soit à la mise au monde d'enfants naturels, soit à des avortements clandestins dans des conditions souvent critiques.

Ces agents qui agissent de la sorte ne mesurent pas toute l'étendue des conséquences que peuvent entraîner leurs mauvais comportements.

Tout cet état de choses entrave largement la renommée de l'hôpital.

De même, dans ce centre hospitalier, le plus souvent les indigents sont grondés ou délaissés à leur sort et rare sont ceux qui s'en sortent. Aussi, l'hôpital, ne se présente-t-il plus pour eux comme un lieu où ils peuvent rapidement récupérer la santé et des forces.

Ces conséquences psychosociologiques ne sont pas sans conséquences économiques.

3.2- Conséquences économiques

Les conséquences économiques découlant des relations de travail au CHD Mono-Couffo sont de nature diverse. Les agents qui ne font pas effectivement leur travail comme il le faut et qui à la fin du mois perçoivent leurs salaires, contribuent à la mauvaise renommée de l'hôpital. Le fait que leurs salaires soient garantis est une perte pour l'hôpital en ce sens qu'ils sont payés sans faire réellement la tâche qui leur revient. Ceci contribue également à faire orienter les malades nantis vers les cliniques privées et à léser ainsi cet hôpital de référence des clients qui peuvent, en occupant les premières et deuxièmes catégories lui rapporter assez d'argent. Or, ce n'est que sur la base de ses propres ressources qui sont en majeure partie le paiement des soins, que l'hôpital paie mensuellement le personnel occasionnel et effectue d'autres dépenses contenues dans le budget.

Les patients qui sont souvent brutalisés par certains agents désertent clandestinement l'hôpital lorsque l'occasion s'offre à eux et regagnent leur domicile sans laisser de traces. Au prix de leur santé qui peut, faute de soins s'aggraver et leur causer la mort, ils évitent ainsi de payer les soins qui reviennent trop chers pour leur condition sociale. Ces cas de fuite empêchent l'hôpital de rentrer en possession de ses fonds ce qui constitue une certaine perte sur le plan économique quand l'on sait qu'il faudrait à la fin du mois payer les agents occasionnels et faire face à certaines dépenses du budget.

Certains malades, faute de moyens financiers sont obligés de s'endetter ou de vendre certains biens pour payer les soins dont ils bénéficient au CHD Mono-Couffo. Mais, ce faisant, s'ils retrouvent la santé avant de quitter l'hôpital, ce n'est que provisoirement, car les soucis les attendent chez eux. Il faudrait penser à rembourser les dettes, or l'on n'arrivait pas déjà à joindre les deux bouts.

À force de jeûner et de multiples privations, l'organisme affaibli, ne résiste pas longtemps aux maladies qu'engendrent la misère et les mauvaises conditions de vie.

Quand les soins sont mal donnés aux malades et que les médicaments qui leur sont destinés détournés par certains agents, ceci peut entraîner une aggravation ou une rechute de la maladie, source de nouvelles dépenses en médicaments et d'un séjour plus long dans les services hospitaliers. Ainsi, les malades se ruinent pour payer les soins et les médicaments fournis par l'hôpital, loin de lui profiter, vont dans les poches du personnel qui, soit les revend, soit les utilise à des fins personnels.

Les aides-soignants qui en principe doivent s'occuper du nettoyage des locaux et de l'entretien du matériel de travail ne font pas correctement leur travail. Le matériel mal entretenu s'abîme; de même, le nombre de malades sains contractent à l'hôpital de nouvelles maladies faute d'un rigoureux entretien hygiénique des locaux et du matériel. Ce fait engendre d'autres dépenses qui mettent à mal les patients qui se demandent quand ils finiront par retrouver leur santé définitive.

Aussi, beaucoup de patients fuient-ils l'hôpital et préfèrent aller se soigner dans les cliniques privées. Compte tenu de tous ces problèmes, l'hôpital arrive difficilement à s'en sortir et se trouve confronter parfois à de très grands problèmes d'ordre financier.

Cette situation dans laquelle se trouve parfois ce centre hospitalier fait que l'État en ressent également les conséquences en ce sens que pour amorcer effectivement un développement endogène, il faudrait des bras valides. Or, sans la santé des citoyens l'on ne saurait envisager une émergence économique pouvant contribuer au bien-être physique, mental et psychologique de l'ensemble de la population.

Pour que l'on soit épargné de ces différentes conséquences évoquées, il faudrait qu'on prenne en compte les solutions suivantes.

3.3- Approches de solutions

Sur la base des différentes conséquences engendrées par l'état des relations de travail au CHD Mono-Couffo, il importe pour un réel épanouissement sanitaire de notre pays, la République du Bénin, et pour son développement effectif d'envisager un mieux-être des choses.

Le premier point et peut être le plus important, est celui de la formation du personnel de santé. Un accent particulier doit être mis sur la déontologie médicale dans les programmes d'enseignement. L'agent de santé doit savoir que son rôle est de s'occuper du malade et par conséquent, il se doit de lui consacrer le maximum de son temps, ce qui ne veut pas dire qu'il doit se priver des moments de loisir. Il devrait agir envers les malades, comme il souhaiterait être lui-même traité. Il doit faire preuve d'amabilité dans ses gestes et dans ses paroles. Il doit être patient envers le malade qui est parfois anxieux et capricieux, car c'est un être humain dont la vie est perturbée. Il est séparé de sa famille, il a quitté son travail du fait de son hospitalisation, il a des soucis pour sa famille, ses enfants et des préoccupations d'argent car, la maladie coûte très chère et ceci lorsqu'il s'agit d'une personne responsable.

L'agent de santé doit faire preuve d'honnêteté et de compétence. Il doit obéissance à toute la hiérarchie, obéissance immédiate sans discussion, intelligente donc bien comprise. Il doit coopérer avec ses collègues et chefs dans un même but : le bien être du malade et de la bonne marche de l'hôpital. Le malade bénéficie de la compréhension et de la bonne entente entre les membres du personnel médical. Les principes d'une équipe hospitalière doivent être : «s'aider et se faciliter la tâche dans la bonne humeur et la bonne camaraderie ».

Sur le plan purement sanitaire, l'hôpital doit veiller à ce qu'il y ait à la pharmacie, les médicaments et les produits de première nécessité tels que : Qoartem, alcool, compresses stérilisées, gants stérilisés, seringues , sérum, etc.

Les premiers soins doivent être au moins dispensés aux malades qui se présentent à l'hôpital dans les cas d'urgence en attendant que ceux-ci puissent payer la consultation et les médicaments qui leur seront prescrits. Ainsi, l'on évitera les complications et les morts dues au retard des soins appropriés.

L'État, quant à lui, à un très grand rôle à jouer au CHD Mono-Couffo. Cet hôpital a d'abord une vocation sociale, c'est-à-dire, d'apporter des soins de qualité à la population et à des prix très réduits. Or, il apparaît que, jouissant d'une autonomie financière, cet hôpital doit supporter tous ses frais y compris le salaire du personnel occasionnel. Mais le coût des soins est bas et n'a pratiquement pas évolué depuis des années ; la subvention de l'État étant très infime par rapport au nombre d'indigents , et l'hôpital ne rentrant pas toujours dans ses fonds à cause des fausses adresses ou fuites des malades, l'État doit mieux prêter main forte à ce centre hospitalier.

Ainsi, l'État doit augmenter de manière suffisante sa subvention au CHD Mono-Couffo, ou bien alors, prendre en charge le salaire du personnel occasionnel et autres en compensation du versement dans ses caisses; d'un certain pourcentage des bénéfices réalisés par ce centre hospitalier départemental.

Les autorités administratives du CHD Mono-Couffo doivent d'une part veiller à l'institution d'un système de contrôle dans les différents services hospitaliers. D'autre part, elles doivent veiller à ce que le personnel sanitaire soit bien payé et ceci dès la fin de chaque mois afin de leur éviter les soucis d'argent qui les empêchent de bien travailler.

Ceci empêcherait aussi bon nombre de docteurs d'ouvrir des cliniques privées dans lesquelles ils passent la majeure partie de leur temps. En principe,

seuls les particuliers et les retraités doivent avoir l'autorisation de s'installer à leur propre compte. Or, quand les Docteurs sont mal payés, ils ne peuvent que chercher d'autres issues pour augmenter leurs revenus.

Il en va de même pour le personnel paramédical. Aussi, l'augmentation du salaire du personnel de santé est un réel problème sur lequel il convient de méditer.

En fait, rien ne vaut la santé, mais un soigneur mal payé peut devenir un mauvais soigneur s'il est tiraillé par ses propres besoins, ceux de son entourage et de sa famille particulièrement.

4- SUGGESTIONS

4.1- Suggestions à l' endroit des autorités en charge du CHD Mono-Couffo

- Accorder une nouvelle et véritable importance aux relations interpersonnelles au sein des travailleurs dudit centre ;
- Favoriser l'implication des travailleurs dans les tâches et activités ;
- Améliorer la politique de gestion et de motivation au CHD Mono-Couffo afin de la rendre beaucoup plus efficace et performante ;
- Associer davantage les agents aux prises de décisions ;
- Mettre en place un système d'évaluation trimestrielle de tous les agents ;
- Faire une bonne gestion des agents occasionnels en régularisant la situation de titre d'occasionnel à vie, car ils constituent en partie le poumon du centre ;
- Veiller à une mise en œuvre rigoureuse du plan de formation annuelle (pour tous les agents) qui prendra en compte les besoins réels du centre et des travailleurs. Cela offrira au personnel l'opportunité de se développer au sein de ce centre hospitalier et de donner davantage le meilleur d'eux-mêmes pour l'atteinte de résultats plus satisfaisants.

- Faire une gestion efficiente et rigoureuse des ressources humaines et celles des carrières ;
- Procéder à ce que le reclassement catégoriel soit fait sur la base des diplômes ;
- Disposer d'une base de données fiables afin d'éviter la lenteur administrative en informatisant tous les services.

4.2- Suggestions émanant des enquêtés

- Amener les travailleurs à être conscients de leur travail en y mettant beaucoup plus de rigueur envers eux-mêmes ;
- Veiller à la solidarité entre les travailleurs ;
- Construire des logements sociaux pour abriter les chefs services et certains responsables d'unité du centre ;
- Motiver davantage les travailleurs ;
- Repenser et améliorer la politique de communication au sein du centre ;
- Favoriser une répartition rationnelle des fournitures de bureau et matériel informatique ;
- Dispenser des formations sur le comportement et le travail en équipe ;
- Tenir des réunions périodiques ;
- Favoriser une bonne et franche collaboration entre les chefs hiérarchiques et les agents (surtout occasionnels) ;
- Favoriser de bonnes conditions de travail et améliorer la situation des travailleurs occasionnels ;
- Associer les travailleurs aux prises de décision ;
- Favoriser une bonne ambiance dans les services et sections hospitaliers.
- Faire le bilan social du centre à chaque fin de semestre pour s'enquérir des problèmes et des difficultés qu'a l'ensemble du personnel.

CONCLUSION

La santé, selon les objectifs de l'organisation mondiale de la santé, étant synonyme du bien-être physique, mental et social, l'on ne doit pas la considérer indépendamment de ses relations avec les autres éléments pouvant favoriser le développement d'un pays. Ceci met en exergue, le rôle important que doivent jouer les services de santé dans un pays tel que la République du Bénin.

S'il est évident que le niveau technique médical reste encore embryonnaire dans notre pays, nous psychologues, pensons que la nature des rapports humains, des relations interpersonnelles, contribue énormément à relever un tant soit peu le niveau sanitaire. C'est en ce sens que notre étude sur la dynamique des relations de travail au CHD Mono-Couffo, nous a permis de faire ressortir bon nombre d'éléments qui entravent ou favorisent l'épanouissement sanitaire. Si au niveau des relations interpersonnelles au sein même du personnel de santé, à savoir : personnel administratif, médical et technique, il existe un pourcentage assez important de façon générale de relations d'ordre positif entre les agents, l'existence de relations d'ordre négatif n'est pas aussi négligeable. Ce dernier type de relations se justifie par l'inconscience et l'incompétence professionnelles, la jalousie, la suffisance, l'esprit de discrimination, de favoritisme, l'abus d'autorité de certains agents, l'ethnocentrisme, le régionalisme, etc. Ce climat favorise les conflits interpersonnels qui soit sont ouverts, soit sont latents. Ceci contribue énormément à rabaisser le niveau du rendement des agents au travail, mais également la qualité des soins donnés par eux.

En ce qui concerne les rapports interpersonnels entre le personnel et les malades au CHD Mono-Couffo, l'observation directe sur le terrain et les réponses aux questionnaires ont révélé que bon nombre de malades sont satisfaits du comportement de certaines catégories de personnel envers eux.

Mais, ce sentiment n'est pas partagé par tous les malades dans la mesure où le comportement de certains agents laisse souvent à désirer.

Si dans presque tous les services d'hospitalisation les médecins sont la catégorie de personnel la plus estimée par les malades, il n'en est pas de même pour les préposés des services administratifs et des aides-soignants. Quant aux infirmiers et sages-femmes, ils sont après les Docteurs, la catégorie de personnel de santé la plus appréciée.

L'insatisfaction et le mécontentement des malades vis-à-vis de certains agents s'expliquent par leur arrogance, leur indifférence, leur mépris et leur malhonnêteté envers eux. Tout ceci constitue un frein à l'épanouissement sanitaire de notre pays, ce qui rejaillit en dernière instance sur son émergence économique.

L'absentéisme caractéristique, remarquable dans presque tous les services, la nonchalance, l'indifférence vis-à-vis de certaines valeurs telles que l'honnêteté et l'esprit de responsabilité sont autant d'éléments qui tendent non seulement à dépersonnaliser le travailleur béninois, mais à l'écarter de plus en plus de son objectif fondamental, qui est d'assurer au vrai sens du mot le développement de son pays.

Le centre hospitalier départemental du Mono-Couffo ne demeure pas dans ce domaine un cas isolé, mais ne fait que refléter une situation presque générale.

L'enquête sur la dynamique des relations de travail produit des indicateurs tangibles et fiables sur les relations interpersonnelles internes à l'entreprise. Ces informations sont particulièrement utiles pour les sociétés en développement ou en période de changement. En effet, c'est pendant les périodes de changement que des tensions apparaissent et que la motivation peut se dégrader.

Il est très important de souvent conduire une enquête sur les relations interpersonnelles en milieu de travail. Lorsque cette enquête est régulièrement reconduite, elle permet de maintenir un baromètre sur les relations interpersonnelles dans l'entreprise. Ce type de baromètre est particulièrement utile pour les entreprises qui désirent anticiper les évolutions des relations interpersonnelles et mesurer les impacts des actions menées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alderson M. (2004). La psycho dynamique du travail et le paradigme du stress : une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de santé mentale à Québec.
- Allport G.W. (1945). « The psychology of participation », Revue de psychologi.
- Boivin et al (2007). Nouvelles dynamiques des relations de travail, Congrès des relations de travail, Université Laval, PUL.
- Citeau, J. P. (1999-2000). Gestion des ressources humaines, Principes généraux et cas pratique, Paris.
- Crozier, M. Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système. Paris, Seuil.
- Doise, W. (1976) : L'articulation psychologique et les relations en groupe, Bruxelles, A. de Boeck.
- Dolmans, Lamoureux G, Gosselin E. (1996) : « Psychologie du travail et des organisations », Montréal, Gaétan Morin.
- Fischer, G.N. (1996). Les concepts fondamentaux de la Psychologie sociale, Paris, Dunod.
- Fischer, G.N. (1997). La Psychologie sociale, Paris, le seuil (Coll, Points).
- Goffman, E. (1974). Les rites d'interactions, Paris, les éditions de Minuit.
- Herzberg F, (1966). Le travail et la nature de l'homme, Pari, entreprise moderne d'édition.
- Jean-Bernatchez (2010). Les relations de travail : de l'entreprise à la société.
- Jean Louis DUBIER et Isabelle INCHAUSPE, (2000),"le stress", Les essentiels Milan.
- Kurt Lewin (1935). Dynamic Theory of Personality. New York.
- Levy-Le Boyer C. Speran dio J. C. (1987). Psychologie du travail, Paris PUF.
- Maslow A. (1943). A theory of human motivation, « Psychology revew ».

- Mchèle Truchman Saporta, Management des organisations. Traduction de la 5ème édition américaine.
- Marc, E. Picard D. (1989). L'interaction sociale. Paris, PUF.
- Mayer et Quellet, F. (1991). Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux, Gaétant Morin, Boucherville.
- Omar Aktouf (1987). Méthodologies des sciences sociales et approche qualitative des organisations.
- Peretti J. (1981). « Gestion du personnel », Paris, Vuibert.
- Peretti J-M (2007) : « Gestion des ressources humaines », 14ème édition, Paris, Vuibert.
- Sainsaulieu. R. (1987). « Sociologie des organisations et des entreprises », Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques-Dalloz.
- Savoie A. Beaudin G. (1995). « Les équipes de travail : que faut-il en connaître ? », Psychologie du travail et des organisations, paris, Dunod 1 et 2.
- Zajonc, R.B(1965). « Social facilitation, science ».

ANNEXE

Annexe I : Questionnaire adressé aux agents du CHD Mono -Couffo

Informations générales

L'enquête à la laquelle nous vous prions de participer en ayant l'obligeance de répondre à nos questions, entre dans le cadre des recherches que nous effectuons actuellement au CHD Mono-Couffo en vue de rédiger notre mémoire de maîtrise en psychologie de la vie sociale et professionnelle, portant sur le sujet suivant : « Etude de la dynamique des relations de travail: au CHD Mono-Couffo (Bénin).»

Notre souci majeur en abordant cette étude est de faire ressortir l'importance de la dynamique des relations humaines dans tout groupe social et notamment dans le milieu médical. Cette enquête a pour but spécifique de faire un état des lieux des relations de travail au CHD Mono-Couffo et d'informer les autorités à divers niveaux sur l'importance de la qualité des relations pour l'épanouissement de l'homme au travail et par ricochet pour l'amélioration des services ou soins apportés aux malades.

Par ailleurs, nous tenons à vous informer qu'un total anonymat de vos réponses vous est garanti. Prenez tout votre temps pour répondre sachant qu'il vous faudra consacrer une heure environ de votre temps.

Comment répondre ?

Pour chaque question, vous aurez selon le cas :

- Choisir entre plusieurs affirmations,
- Exprimer par oui ou par non votre accord ou votre désaccord avec une série d'affirmations.

Si vous êtes sans opinions, ne cochez aucune des cases et passez à la ligne suivante.

Par ailleurs, certaines questions ouvertes vous inviteront à commenter librement un thème, voire à faire part de vos attentes et vos suggestions. Vos réponses aux questions nous permettront d'enrichir notre analyse.

Nous vous sommes déjà reconnaissants de l'effort supplémentaire qui vous est demandé pour nous satisfaire.

1- Nom du service ou section hospitalière:……

2- Sexe : M ☐ F ☐ Age :……

3- a) Situation matrimoniale: Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (ve)

b) Nombre d'enfant (s):……..……

4- Commune d'origine :……..

5- Titre ou statut professionnel ☐

a) Personnel administratif: ☐

b) Personnel médical et paramédical ☐

*Docteur : ☐ Infirmier (ère) ☐ Aide- soignant (e) ☐ Technicien ☐

Autre à préciser……

2- Avez –vous toujours travaillé au CHD Mono-Couffo ? Oui ☐ Non ☐

3- Si oui, depuis combien d'année (s) ?.....

4- Si non, dans quelle structure aviez-vous travaillé ?..... et combien d'année (s) passez-vous déjà ici ?

5- Quels sont vos rôles et attributions dans votre service ou section de travail ?.....

Aviez-vous des difficultés dans l'exercice de vos fonctions ? Oui ☐ Non ☐

6- Si oui, quels genres de difficultés ?.....

7- S'il vous arrive de ne pas venir au service sans pouvoir prévenir vos collaborateurs ou collègues, qui du personnel peut s'en inquiéter et venir vous rendre visite après le travail ?

8- Avec qui parmi vos collègues ou collaborateurs pouvez-vous ainsi vous comportez à votre tour ?.....

9- Pourquoi ?.....

10- Pendant vos heures de loisir, à qui parmi vos collaborateurs ou collègues rendez-vous souvent visite ?.....

11- Qui parmi vos collègues ou collaborateurs vous rend (ont) visite pendant vos heures de loisir ?

12- Existe-t-il des conflits interpersonnels au sein de votre service ou section ?

Oui ☐ Non ☐

13- Si oui, comment se manifestent-ils ?.....

14- Quels sont selon vous les causes ou les sources de ces conflits ?.....

15- Comment et par qui sont tranchés ces conflits ?.....

16- Quels types de relation avez-vous avec vos collègues ou collaborateurs ?.....

Relation : a) de travail ☐ b) Amicale ☐ c)Sentimentale ☐

17- Sur quoi vous vous êtes basés pour avoir ce type de relation ?.....

18- a) Pensez-vous que cette relation vous est bénéfique ou profitable ? Oui ☐ Non☐

b) Pourquoi ?.....

19- Avez-vous des amis dans les autres services ou sections du CHD Mono-Couffo ? Oui ☐ Non ☐

20- Si oui, dans quels services ou sections ?.....et combien d'amis ?.....

21- Êtes-vous directement en contact avec les malades Oui ☐ Non ☐

22- Si oui, pour quelle (s) raison (s) ……

23- Trouvez-vous meilleures les relations que vous entretenez avec d'autres personnes en dehors du CHD Mono -Couffo ? Oui ☐ Non ☐

24- L'état des relations au CHD Mono-Couffo selon vous a-t-il un impact sur les soins apportés aux malades (ou patients) ? Oui ☐ Non ☐

25- Si oui, cet impact est : positif ☐ ou négatif ☐

26- L'état de vos relations avec les autres agents du CHD Mono- Couffo favorise-t-il votre propre épanouissement ? Oui ☐ Non ☐

27- Pourquoi ?.....

28- En fonction de votre expérience dans le service ou section, quelle(s) idée (s) faites-vous des malades ?

29- Connaissez-vous les opinions que les malades se font de vous ? Oui ☐ Non ☐

30- Si oui, pensez-vous qu'elles soient justifiées ? Oui ☐ Non ☐

31- a) Êtes-vous pleinement satisfait de votre place et de votre situation actuelle au CHD Mono-Couffo ? Oui ☐ Non ☐

b) Justifiez votre réponse ?……

32- Que suggérez-vous pour que les relations de travail s'améliorent davantage au CHD Mono-Couffo ? ……

<u>Annexe II</u> : Guide de l'entrevue

À l'attention des malades hospitalisés au CHD Mono-Couffo

Chers patients, dans le cadre d'une recherche sur le sujet : « Étude de la dynamique des relations de travail cas du CHD Mono-Couffo (Bénin) », nous avons bien voulu organiser cet entrevue avec vous.

L'objectif que nous visons dans ce cadre est de contribuer à l'amélioration des relations de travail au CHD Mono-Couffo et partant de là, leurs implications sur les malades.

Nous sommes «d'ores et déjà persuadés que vos réponses nous seront d'un grand apport dans la résolution de ce problème.

D'avance, nous vous remercions pour votre participation active.

1-Dans votre chambre d'hospitalisation, est-ce-que tous les malades qui y viennent recouvrent normalement leur santé ? Oui ☐ Non ☐

2-Si non, qu'est-ce-qui selon vous serait à la base de cette situation ?

3-Comment trouvez-vous les agents de ce centre hospitalier ?

4-L'état des relations de travail est –il : Moins satisfaisant ☐ satisfaisant ☐

Plus satisfaisant ☐

5-Pourquoi ?.....

6-Vos relations avec les agents contribuent-ils à votre guérison ? Oui ☐Non ☐

Pourquoi ?.....

Annexe III : TABLEAUX STATISTIQUES

Tableau1:Tableau récapitulatif des objectifs et hypothèses

.**Objectifs Spécifiques**	**Hypothèses**
Identifier les causes de la nature de la dynamique des relations de travail dans un centre hospitalier.	➢ H1: Plusieurs facteurs influencent la nature des relations de travail qui existent au CHD Mono-Couffo.
Faire l'état des lieux de la dynamique des relations de travail du personnel au CHD Mono-Couffo.	➢ H2: La dynamique des relations de travail au CHD Mono-Couffo dépend de la perception qu'ont les agents de leurs relations interpersonnelles et du climat social (ambiance de travail);
Et ressortir les conséquences de la nature des relations de travail dans ce centre de santé.	H3: Les relations de travail positives contribuent à l'épanouissement des agents et à la satisfaction des usagers (patients) ;

Source : Élaboré par nous- mêmes.

Tableau II: La configuration de la population totale

Catégorie Sexe	ACE	APE	AMS	FC	Prestataires	MMC	Totaux
Hommes	**71**	**25**	**00**	**21**	**05**	**09**	**131**
Femmes	**50**	**20**	**01**	**9**	**04**	**03**	**87**
Totaux	**121**	**45**	**01**	**30**	**09**	**12**	**218**

Source : Fichier du personnel du CHD Mono-Couffo.

Tableau III: Répartition des relations **positives**

	Nature des relations	**Nombre de réponses**	**Pourcentage(%)**
Relations positives	Existence de relations positives entre agents d'un même service sur le plan du travail.	38	76
	Existence de relations amicales entre agents d'un même service hors du cadre du travail.	23	46
	Non existence de conflits interpersonnels au sein du service.	35	70
	Existence de relations d'amitié entre agents d'un service et ceux d'un autre service.	40	80

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

Tableau IV : Répartition des relations négatives

	Nature des relations	Nombre de réponses	Pourcentage(%)
Relations négatives	Non existence de relations positives entre agents d'un même service sur le plan du travail.	12	24
	Non existence de relations amicales entre agents d'un même service hors du travail.	27	54
	Existence de conflits interpersonnels au sein du service.	15	30
	Non existence de relations d'amitié entre agents d'un service et ceux d'un autre service.	10	20

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

Tableau V: Appréciation de l'impact que l'état des relations a sur les soins apportés aux malades.

Appréciation de l'impact que l'état des relations a sur les soins apportés aux malades.	**Nombre de réponses**	**Pourcentage(en%)**
Oui	38	76
Non	12	24
Total	**50**	**100**

Source : **Enquête terrain, juillet 2013**

Tableau VI: Impact de l'état des relations sur les soins apportés aux malades.

Impact de l'état des relations sur les soins apportés aux malades.	**Type d'impact**	**Nombre de réponses**	**Pourcentage (en%)**
	Positif	31	62
	Négatif (aucun)	19	38
	Total	**50**	**100**

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

Tableau VII: Impact de l'état des relations entretenues sur les agents eux-mêmes.

Impact de l'état des relations entretenues sur les agents eux-mêmes.	**Appréciation de l'impact de l'état de la relation.**		**Nombre de réponses**	**Pourcentage (en%)**
	Bénéfique		50	100
	Non bénéfique		00	00
	Total		50	100
	Favorise l'épanouissement.	Oui	44	88
		Non	06	12
	Total		**50**	**100**

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

Tableau VIII: Tableau comparatif des pourcentages des différents types de relations dans les services du CHD Mono-Couffo.

Nature des relations		**Services administratifs**	**Services médicaux**	**Services techniques**
Relations positives.	Existence de relations positives entre agents d'un même service sur le plan du travail.	60%	85.18%	69.23%
	Existence de relations amicales entre agents d'un même service hors du cadre du travail.	20%	66.66%	30.77%
	Non existence de conflits interpersonnels au sein du service.	80%	77.78%	53.85%
	Existence de relations d'amitié entre agents d'un service et ceux	100%	85.18%	53.85

	d'un autre service.			
Relations négatives.	Non existence de relations positives entre agents d'un même service sur le plan du travail.	40%	14.82%	30.77%
	Non existence de relations amicales entre agents d'un même service hors du travail.	80%	33.44%	69.23%
	Existence de conflits interpersonnels au sein du service.	20%	22.22%	46.15%
	Non existence de relations d'amitié entre agents d'un service et ceux d'un autre service.	00%	14.82%	46.15%

Source : Enquête terrain, juillet 2013.

TABLE DES MATIERES

IN MEMORIUM……i

DEDICACE……..…ii

REMERCIEMENTS……iii

SOMMAIRE…… iv

RESUME……..…..……v

ABSTRACT…….……v

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS……..……vi

LISTE DES TABLEAUX……...……vii

LISTE DES GRAPHIQUES……...……viii

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE THEORIQUE 4

ET METHODOLOGIQUE 4

CHAPITRE I : CONTEXTE THEORIQUE..... ……5

1- PROBLÉMATIQUE.....5

2-OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE LA RECHERCHE.....8

2.1.1- Objectif général.....8

2.1.2- Objectifs spécifiques 8

2.2- Hypothèses 8

2.2.1- Hypothèse générale 8

2.2.2- Hypothèses spécifiques 9

2.2.3- Hypothèse opérationnelle 9

3- JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET.....9

4- CLARIFICATION CONCEPTUELLE..... 11

4.1- Dynamique……...11

4.2- Relations interpersonnelles 11

4.3- Travail 13

4.4- Les interactions et les interdépendances…….……13

4.5- L'ambiance de travail ……..13

4.6- La perception ……..……14

4.7- Notion de centre hospitalier……..….15

5- REVUE DE LITTERATURE 16

5.1- Qu'est-ce que la relation ?..... 17

5.2- Formes principales de la relation 18

5.2.1- Les relations interpersonnelles..... 18

5.2.2- Les relations affectives..... 22

5.2.3- Les relations institutionnelles..... 23

5.2.4- Les relations sociales. 25

CHAPITRE II : DEMARCHE METHODOLOGIQUE 39

1-TYPE OU NATURE DE L'ÉTUDE.....39

2- POPULATION CIBLE 39

3- ECHANTILLONNAGE..... 39

4- TECHNIQUES ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES 40

5- ORGANISATION DE LA COLLECTE DES DONNEES..... 41

5.1- Recherche documentaire 41

5.2- Pré-enquête..... 41

5.3- L'observation et l'écoute active ……..……41

5.4- Enquête par questionnaire..... 42

5.5- Entretien……42

6- METHODES ET OUTILS D'ANALYSE 43

7- PLAN DE TRAITEMENT DES DONNEES..... 43

8- DIFFICULTES RENCONTREES 43

DEUXIEME PARTIE: CADRE PRATIQUE DE L'ÉTUDE, PRÉSENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RÉSULTATS 44

CHAPITRE III : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE 45

1- CADRE GÉOGRAPHIQUE 45

2- PRÉSENTATION DU CHD MONO-COUFFO..... 46

2.1- Historique du CHD Mono-Couffo 46

2.2- Mission et organes dirigeants du CHD Mono-Couffo ……..47

2.2.1- Mission 47
2.2.2- Organes dirigeantes 47
2.2.2.1 Conseil d'administration (CA) 48
2.2.2.2- Comité de direction (CODIR) 48
2.2.2.3- Commission Médicale Consultative (CMC) 49
2.2.2.4- Comité d'hygiène et de sécurité (CHS) 49
2.2.2.6- Cellule de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) 49
2.3- Structure organisationnelle du CHD Mono-Couffo 50
2.3.1- Services Administratifs 50
2.3.1.1- Direction 50
2.3.1.2- Service des Affaires Administratives et Économiques (SAAE) 50
2.3.1.3- Services des Affaires financières (SAF) 51
2.3.1.4- Services techniques 51
2.3.1.5- Secteurs médicaux 51
2.3.1.5.1- Service de la Médecine 51
2.3.1.5.2- Service de la Gynéco-Obstétricale (Maternité) 52
2.3.1.5.3- Service de la Pédiatrie 52
2.3.1.5.4- Service de la Chirurgie (Bloc Opératoire, Réanimation et Urgence) 52
2.3.1.5.5- Service de Kinésithérapie 53
2.3.1.6 - Autres services 53
3- INFORMATIONS SUR LES PRATIQUES EN RESSOURCES HUMAINES DU CHD MONO-COUFFO 54
3.1- Présentation de la division chargée de la gestion du personnel 54
3.2- Difficultés rencontrées par le chef personnel 55
CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION ..... DES RESULTATS 56
1. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 56
1.1. Données sociodémographiques 56
1.2- Données relatives aux relations de travail au CHD Mono-Couffo 60
2. INTERPRETATION ET VERIFICATION DES HYPOTHESES 70
3- CONSEQUENCES PSYCHOSOCIOLOGIQUES ET ECONOMIQUES 72
3.1- Conséquences psychosociologiques 72
3.2- Conséquences économiques 75

3.3- Approches de solutions 77

4- SUGGESTIONS 79

4.1- Suggestions à l' endroit des autorités en charge du CHD Mono-Couffo 79

4.2- Suggestions émanant des enquêtés 80

CONCLUSION 81

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 84

ANNEXE 86

TABLE DES MATIERES 96