UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
(F.L.A.S.H)
Formation Doctorale
Espaces Littéraires Linguistiques et Culturels (E.L.LI.C)

Année académique : 2021-2022 N° d'ordre : 297 /UMNG.VR-RC.DR

THESE DE DOCTORAT UNIQUE

Pour l'obtention du grade de Docteur de l'Université Marien NGOUABI.

Domaine : Sciences de l'Homme et de la Société
Parcours : Sociologie
Spécialité /Option : Sociologie de la Santé

Présentée et soutenue publiquement
Par

Jean Claude MBOUNGOU

Titulaire du Diplôme de Master Recherche de Sociologie

Le 09 mars 2017

INCIDENCES DE LA PRESENCE DES GARDE-MALADES SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PATIENS. ETUDE MENEE AU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE

DIRECTRICE DE THESE

Madame Gertrude NDEKO, Professeure Titulaire des Universités, (C.A.M.E.S), Université Marien NGOUABI, République du Congo

JURY

Président	**: Monsieur Michel Alain MOMBO,** Professeur titulaire (C.A.M.E.S), Université Marien NGOUABI, République du Congo
Rapporteur externe	**: Monsieur Dieudonné IYELI KATAMU,** Professeur Ordinaire, Université Pédagogique Nationale de Kinshasa, République Démocratique du Congo
Rapporteur interne	**: Monsieur Emile Didier LOUFOUA-LEMAY,** Maitre de Conférences (C.A.M.E.S), Université Marien NGOUABI, République du Congo
Examinateur	**: Monsieur Léon TSAMBU BULU,** Professeur, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo
Directrice de thèse	**: Madame Gertrude NDEKO,** Professeure titulaire (C.M.E.S), Université Marien NGOUABI, République du Congo

IN MEMORIAM

- A ma mère **Antoinette MOUKIAMA.**

REMERCIEMENTS

A toutes les personnes sans lesquelles ce long et fastidieux travail n'aurait certainement pas abouti. Je formule le vœu ardent d'exprimer particulièrement :

Toute ma profonde gratitude à Madame Gertrude NDEKO, Professeure titulaire des universités (C.A.M.E.S), Université Marien NGOUABI qui a dirigé cette thèse de doctorat unique.

Nos remerciements les plus profonds vont au feu Raoul GOYENZI, Maitre Assistant (C.A.M.E.S), ancien Chef de Parcours-Type Sociologie, Université Marien NGOUABI.

Mes remerciements les plus fraternels à l'ensemble du corps enseignant de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines de l'Université Marien NGOUABI, République du Congo et particulièrement celui du parcours-Type Sociologie pour leurs grandes contributions dans notre formation.

Mes remerciements de notre fond du cœur aux malades, garde-malades, personnel soignant et personnel administratif du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville qui ont bien voulu accepter contribuer dans cette recherche. Nous profitons de cette occasion de rendre un hommage très ému au malade EBA née Hélène NGATSONO. Nos remerciements vont particulièrement droit au canadien Sylvain WILLIARD, Directeur Général du C.H.U-B. Aux Professeurs Franck Arnaud ITIERE ODZILI, NG.KIMBALLY KAKY, Thiery GOMBET. Aux Docteurs MASSAMBA MIABAOU, Paul GANDOU, OKET, Sermane Chany ANGOUONO MOKI. A Armel Sylvain ADOUA, Blaise Guillaume POATY, Nicaise MOUNGUILI SAKO.

Nos remerciements à l'O.M.S Afro – Djoué pour son soutien sur la documentation, particulièrement à son personnel administratif : Messieurs Pascale MOUHULO et Christian Stéphane TOUNTA. De même, à Noël Magloire NDOBA, ancien Doyen de la Faculté des Sciences Economiques de l'Université Marien NGOUABI pour son soutien multiforme.

Merci infiniment à mon épouse Rosine Isabelle MIERE, à mes enfants : Claudith MBOUNGOU, Claude Prodige MBOUNGOU, Claude Précieuse MBOUNGOU MOUKIAMA et Claude Bienvenue MBOUNGOU MPOLOVIE. Aussi, merci à mes sœurs, frères, neveux et nièces : Marcelline MILONDO, Ma Pauline et Hortense MBOUGOU, Florence KIFOUNA, Anne Marie PEMBE et Firmin MBOUNGOU, Fulgence Brejnev MBOUNGOU. Grand merci pour les collègues de la promotion dans nos fructueux échanges.

SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

« 3D »	:	Démotivation, Dévalorisation et Dénaturation.
A.C.H.L	:	Association Contact Hors Limites
A.E.F	:	Afrique Equatoriale Française
A.G	:	Administrateur Gestionnaire.
A.G.I.R	:	Association Genevoise des Infirmières Réflexologues
A.R.V	:	Anti Retro Viral
A.S	:	Assistants Sociaux
A.S.H	:	Agent de Service Hospitalier
A.S.P	:	Assistant Social Principal
A.T.S	:	Agent Technique de Santé
B.A	:	Bloc d'Accouchement
B.C	:	Biologie Clinique
B.C	:	Bloc de Chirurgie
B.C.M	:	Bureau de la Commission Médicale
B.G.R	:	Bordereau Général de Règlement
B.M	:	Bloc Médical
B.O	:	Bloc Opératoire
B.R.A – O.M.S	:	Bureau Régional Afrique – Organisation Mondiale de la Santé
B.S	:	Banque de Sang
C.A	:	Conseil d'Administration
C.A.M.E.S	:	Conseil Africain et Malgash pour l'Enseignement Supérieur
C.C	:	Convention Collective
C.D	:	Chirurgie Digestive
C.D	:	Comité de Direction
C.D.E.P	:	Comité des Directions des Etablissements Publics
C.E	:	Conseil d'Etablissement
C.G	:	Chirurgie Générale
C.H.R	:	Centre Hospitalier Régional
C.H.U	:	Centre Hospitalier et Universitaire

C.I	:	Chirurgie Infantile
C.I.E.S.P.A.C	:	Centre Inter-états d'Enseignement Supérieur en Santé Publique d'Afrique Centrale
C.M	:	Comité Médicotechnique
C.N.S.S	:	Caisse National de Sécurité Sociale
C.O	:	Chirurgie Orthopédie
C.P	:	Conseil Pédagogique
C.P	:	Commis Principal
C.P	:	Chirurgie Pédiatrique
C.P	:	Chirurgie Polyvalente
C.P.A	:	Commission Paritaire d'Avancement
C.R	:	Comité Régional
C.R	:	Consultation de Référence
C.R.F	:	Caisse de Retraite des Fonctionnaires
C.S	:	Centre de Santé
C.S	:	Chef de Secrétariat
C.S	:	Comité de Santé
C.S.A.A	:	Chef de Section Archives Administratives
C.S.A.M	:	Chef de Section Archives Médicales
C.S.C	:	Chefs de Services Cliniques
C.S.C	:	Chef de Section Comptabilité
C.S.C.M	:	Chefs des Services Cliniques et Médicotechnique
C.S.C.S	:	Chef de Section Coordination des Soins
C.S.D.N.P	:	Chef de Section Dispensation Non Payante
C.S.D.P	:	Chef de Section Dispensation Payante
C.S.D.S	:	Chef de Section Documentation Scientifique
C.S.E	:	Chef de Section Equipement
C.S.E.P	:	Chef de Section Etude et Planification
C.S.E.R	:	Chef de Section Equipement et Recherche
C.S.F	:	Chef de Service Formation
C.S.F	:	Chef de Section Formation

C.S.G.A.P	:	Chef de Service Gestion Administrative du Personnel
C.S.G.M.E	:	Chef de Section Gestion de Maitrise des Effectifs
C.S.G.P	:	Chef de Section Gestion du Personnel
C.S.G.P.F	:	Chef de Section Gestion du Personnel et Famille
C.S.H	:	Chef de Service Hygiène
C.S.I.S	:	Chef de Section Information Sanitaire
C.S.I.S.D.S	:	Chef de Service Information Sanitaire et Documentation Scientifique.
C.S.J	:	Chef de Service Juridique
C.S.M.I	:	Chef de Section Maladie Indigent
C.S.P	:	Chef de Service du Personnel
C.S.P	:	Chef de Service Pharmacie
C.S.P.S	:	Chef de Section Prestation Sanitaire
C.S.P.S.F	:	Chef de Service Prestation Sanitaire et Formation
C.S.R	:	Chef de Section Règlementation
C.S.R	:	Chef de Section Recherche
C.S.R.S	:	Chef de Section Récupération et Stockage
C.S.S	:	Chef de Service Social
C.S.S	:	Chef de Section Stérilisation
C.S.S	:	Chef de Section Stagiaire
C.S.S	;	Chef de Section Salubrité
C.S.S	:	Chef de Section Stagiaire
C.S.S.E	:	Chef de Service Suivi et Evaluation
C.S.S.S	:	Chef de Section Sécurité Sanitaire
C.T	:	Comité Technique (Fask Force)
D.A.M	:	Direction des Affaires Médicales
D.A.P	:	Direction Administrative du Personnel
D.C.G	:	Direction du Contrôle de Gestion
D.D	:	Directeur Divisionnaire
D.D.T	:	Direction Départementale du Travail
D.E.F	:	Direction Economique et Financière
D.F	:	Division de la Formation

D.F	:	Direction Financière
D.G	:	Direction Générale
D.G.I	:	Direction Générale des Impôts
D.I.M	:	Département de l'Information Médicale
D.R.H	:	Direction des Ressources Humaines
D.S	:	District Sanitaire
D.S.I	:	Direction des Soins Infirmiers
D.S.I	:	Directeur des Soins Infirmiers
D.S.I	:	Direction du Service Infirmier
E.A	:	Ecole d'Abéché
E.C	:	Ecole Confessionnelle
E.C.O.S.A.B	:	Ecole de Santé de Biltine
E.D.S.T	:	Enquête Démographique de la Santé au Tchad
E.F.A.S.S.A	:	Ecole de Formation des Auxiliaires des Services de Santé des Armées
E.G	:	Effectifs Globaux
E.M	:	Ecole de Moundou
E.N.A.M	:	Ecole National d'Administration et Moyenne
E.N.A.S.S	:	Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
E.N.S.P	:	Ecole National Supérieur et Polytechnique
E.P	:	Enseignant Permanant
E.P.M.S	:	Ecole Paramédicale et Médico-sociale
E.P.R.D	:	Etat Provisionnel des Recettes et des Dépenses
E.R.S	:	Ecole Régionale de Santé
E.R.S.A.S	:	Ecole Régionale de Santé et des Affaires Sociales
E.S	:	Ecole Sarh
E.S.B	:	Ecole de Santé de Bébalem
E.S.B.S-N	:	Ecole de Santé Bon Samaritain de N'Djamena
E.S.G	:	Ecole de Santé de GASSI
E.S.L	:	Ecole de Santé de Levé
E.S.M	:	Ecole de Santé de Moundou
E.S.P	:	Ecole de Santé de Pala

E.V	:	Enseignant Vacataire
F.F	:	Fondation de France
F.I.D	:	Formation Initiale Décentralisée
F.M.I	:	Fond Monétaire International
F.S.S	:	Faculté de Science de la Santé
FAC.M-B.S	:	Faculté de Médecine le Bon Samaritain
FAC.S.S	:	Faculté des Sciences de la Santé
G.E	:	Gastro Entérologue
G.H	:	Gestion des Hôpitaux
G.P	:	Gestion du Personnel
G.R.H	:	Gestion des Ressources Humaines
G.S.S	:	Gestion des Services de Santé
H.G.B	:	Hôpital Général de Brazzaville
HBT/Km2	:	Habitant au Km2
I.A	:	Infirmière Accoucheuse
I.D.E	:	Infirmier Diplômé d'Etat
I.G.A.S	:	Inspection Générale des Affaires Sociales
I.M	:	Imagerie Médicale
I.M.R	:	Institut Marcel Rivière
I.N.S	:	Institut National de la Statistique
I.N.S.R.M	:	Institut National de la Santé et de la Recherche Médical
I.R.D	:	Institut de Recherche pour le Développement
I.R.M	:	Imagerie Résonance Magnétique
I.R.S.P.U.M	:	Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal
I.S.F-N	:	Institut de Santé de la Francophonie de N'Djamena
I.S.O	:	Infirmier Spécialisé en Ophtalmologie
I.S.T-N	:	Institut de Santé Toumai de N'Djamena
I.S.U.R.F-N	:	Institut de Santé de l'Université Roi Fayçal de Ndjamena
I.U.ST.A	:	Institut Universitaire des Sciences et Techniques
J.E	:	Jardinière d'Enfant
M.A	:	Maitre-assistant

M.C	:	Maitre de Conférences
M.C	:	Médecin Chef
M.C.O	:	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
M.D.N	:	Ministère de la Défense Nationale
M.E.S	:	Ministère de l'Enseignement Supérieur
M.E.S.R.F.P	:	Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de la Formation Professionnelle
M.G	:	Médecin Généraliste
M.I.T	:	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.L	:	Médecine Légale
M.M	:	Maladies Métaboliques
M.P	:	Médecin Psychiatre
M.P.V	:	Médecin Psychiatre Vacataire
M.S	:	Médecin Spécialisé
M.S.P	:	Ministère de la Santé Publique
M.S.P	:	Ministère de la Santé et de la Population
M.S.P.I.E.D	:	Ministère de la Santé, de la Population et de l'Intégration de la Femme au Développement
N.P	:	Net a Payé
O.C.H	:	Office Congolaise de l'Habitat
O.R.L	:	Oto-rhino-laryngologie
P.A	:	Personnel Administratif
P.C.D	:	Président du Comité de Direction
P.C.T	:	Parti Congolais du Travail
R.D.C	:	République Démocratique du Congo
R.G.P.H	:	Recensement Générale de la Population et de l'Habitat
R.H	:	Recette Hospitalière
R.H.S	:	Ressources Humaines pour la Santé
S.A	:	Service d'Accueil
S.A	:	Section Achat
S.A	:	Secrétaire d'Administration

S.A.A	:	Section Archives Administratives
S.A.C	:	Section des Affaires Contentieuses
S.A.C	:	Service Administratif du Personnel Contractuel
S.A.C.F	:	Section Audit Comptable et Financier
S.A.D	:	Service Archives et Documentations
S.A.I	:	Service Audit Interne
S.A.I.V.L	:	Section Audit Informatique et Vérification des Livraisons
S.A.M	:	Section Archives Médicales
S.A.O.S	:	Section Audit Opérationnel et Stratégique
S.A.P.P	:	Section Administrative du Personnel Professionnel
S.A.R	:	Service Administratif et Recettes
S.A.S.S	:	Secrétaire d'Administration Socio Sanitaire
S.B	:	Service Budget
S.B.S.O	:	Section Budget et Suivi des Opérations
S.C	:	Section Contentieux
S.C	:	Santé Communautaire
S.C	:	Section Comptabilité
S.C.A	:	Service Comptabilité Analytique
S.C.G	:	Service Contrôle de Gestion
S.C.M.D	:	Section Caisse Mini Dépense
S.C.O	:	Service Comptabilité et Ordonnancement
S.C.S	:	Section Coordination des Soins
S.D	:	Secrétariat de Direction
S.D	:	Secrétaire de Direction
S.D.N.P	:	Section Dispensation Non Payante
S.D.P	:	Section Dispensation Payante
S.D.S	:	Section Documentation Scientifique
S.E	:	Section Equipement
S.E.P	:	Section Engagement Pharmacie
S.E.P	:	Section Etude et Pharmacie
S.E.R	:	Service Equipement et Recherche

S.F	:	Section Facturation
S.F	:	Service Formation
S.F	:	Section Formation
S.F	:	Section Fichier
S.F.D.E	:	Sage-femme Diplômé d'Etat
S.G.A.P	:	Service Gestion Administrative du Personnel
S.G.C	:	Section de Gestion des Consommables
S.G.F.R	:	Section Gestion des Films de Radiologie
S.G.M	:	Service Gestion des Malades
S.G.M	:	Section Gestion des Malades
S.G.O	:	Service de Gynécologie Obstétrique
S.G.P	:	Section Gestion du Personnel
S.G.P.F	:	Section Gestion du Personnel et Famille
S.G.P.P	:	Section Gestion du Personnel Paramédical
S.G.S	:	Section Gestion des Stagiaires
S.H	:	Section Hospitalisation
S.H	:	Service Hygiène
S.H.S	:	Surveillance des Hôpitaux Santé
S.I	:	Section Informatique
S.I.D.A	:	Syndrome Immunodéficience Acquise
S.I.F.C	:	Section Indemnité de Fin de Carrière
S.I.R.S	:	Santé Inégalité – Ruptures Sociales
S.I.S	:	Section Information Scientifique
S.I.S	:	Information Sanitaire
S.I.S.D.S	:	Service Information Sanitaire et Documentation Scientifique
S.J	:	Service Juridique
S.L	:	Section Liquidation
S.M	:	Section Mandatement
S.M	:	Section Magasin
S.M	:	Section Matériel
S.M	:	Structure Militaire

S.M.E	:	Section Maitrise des Effectifs
S.M.I	:	Section Maladie Indigent
S.M.I	:	Service des Maladies Infectieuses
S.M.M	:	Section Mouvement des Malades
S.M.S.O	:	Section Mandatement et Suivi des Opérations
S.N.C.R.P	:	Stratégie Nationale de Croissance et Réduction de la Pauvreté
S.N.S.I.P	:	Service Néonatologie et Soins Intensifs Pédiatriques
S.O.MA.C S.A	:	Société Mam bogie du Congo Société Anonyme
S.O.N.U	:	Soins Obstétricaux Néonatal d'Urgence
S.P	:	Structure Public
S.P	:	Service Pharmacie
S.P	:	Secrétaire Particulier (e)
S.P	:	Service de Psychiatrie
S.P.A	:	Secrétaire Principal d'Administration
S.P.C	:	Structure Privée et Conventionnelle
S.P.D	:	Section Prévision des Dépenses
S.P.N	:	Service Pédiatrie Nourrisson
S.P.R	:	Section Prévision des Recettes
S.P.S	:	Service Prestations Sanitaires
S.P.S	:	Sections Prestations Sanitaires
S.P.S.F	:	Service Prestations Sanitaires et Formation
S.R	:	Section Recouvrement
S.R	:	Santé de la Reproduction
S.R	:	Section Reprographie
S.R	:	Section Réclamation
S.R.N	:	Service de Récupération Nutritionnelle
S.R.P	:	Service Rémunération du Personnel
S.R.S	:	Service Réception et Stockage
S.S	:	Section Salubrité
S.S	:	Service de Secrétariat
S.S	:	Surveillant de Service

S.S	:	Section Stérilisation
S.S	:	Service Solde
S.S	:	Section Solde
S.S	:	Service Social
S.S	:	Section Stagiaire
S.S.C.D	:	Section Suivi et Contrôle des Dépenses
S.S.C.I.H	:	Section Suivi et Contrôle des Indicateurs Hospitaliers
S.S.C.R	:	Section Suivi et Contrôle des Recettes
S.S.E	:	Service Suivi et Evaluation
S.S.E.P	:	Service Stratégique Etude et Planification
S.S.G.A.P	:	Service Secrétariat Gestion Administrative du Personnel
S.S.H	:	Section Statistiques et Hospitalières
S.S.S	:	Service Salubrité Sanitaire
S.S.S	:	Section Sécurité Sanitaire
S.S.S.S	:	Service de la Salubrité et Sécurité Sanitaire
S.T	:	Section Transite
S.U.C - C.H.N – Y.O	:	Service des Urgences Chirurgicales du Centre Hospitalier National de Yalgadode Ouagadougou.
S.V.M.R	:	Section Vérification et Mobilisation des Recettes
T- O.R.L	:	Technicien en Oto Rhino Laryngologie
T.A	:	Technicien d'Assainissement
T.A	:	Technicien en Administration
T.A	:	Technologie Appliquée
T.A.R	:	Technicien en Anesthésie Réanimation
T.B	:	Technicien de Bloc
T.C	:	Technicien en Chirurgie
T.E	:	Technicien en Epidémiologie
T.G	:	Technicien en Gynécologie
T.I.B	:	Techniciens Ingénieurs Biomédicaux
T.K.P.O.R.F	:	Technicien en Kiné Prothèse Orthopédie Rééducation Fonctionnelle.
T.L	:	Technicien de Laboratoire

T.N	:	Technicien en Nutrition
T.O	:	Technicien en Ophtalmologie
T.O	:	Technicien en Odontologie
T.P	:	Technicien en Pharmacie
T.R	:	Technicien de Radiologie
T.S	:	Technicien Supérieur
T.S – O.R.L	:	Technicien Supérieur en Oto Rhino Laryngologie
T.S.A.R	:	Technicien Supérieur en Anesthésie Réanimation
T.S.B.O.R	:	Technicien Supérieur de Bloc Opératoire et Réanimation
T.S.E.A	:	Technicien Supérieur en Enseignement et Administration
T.S.G.O	:	Technicien Supérieur en Gynéco Obstétrique
T.S.G.S	:	Technicien Supérieur en Géni Sanitaire
T.S.G.S.S	:	Technicien Supérieur en Gestion des Services de Santé
T.S.I	:	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers
T.S.I.M	:	Technicien Supérieur en Imagerie Médicale
T.S.K	:	Technicien Supérieur en Kiné
T.S.L	:	Technicien Supérieur en Laboratoire
T.S.N	:	Technicien Supérieur en Nutrition
T.S.O	:	Technicien Supérieur en Ophtalmologie
T.S.O.S	:	Technicien Supérieur en Odonto– Stomatologie
T.S.P.O	:	Technicien en Santé Publique en Ophtalmologie
T.S.S.P	:	Technicien Supérieur en Soins à l'Enfant ou Puériculture
T.S.S.P	:	Technicien Supérieur en Santé Publique
T.S/T.D	:	Technicien en Statistiques / Technicien en Démographie
U.A	:	Unité d'Accueil
U.D	:	Unité de Déchoquage
U.M	:	Urgences Médicales
U.NA.FAM	:	Union Nationale des Amis et Familles des Malades
U.S.I	:	Unité de Santé Internationale
U.U.C	:	Unité des Urgences Chirurgicales
U.U.D	:	Unité des Urgences de Déchoquage

U.U.M : Unité des Urgences Médicales

V.I.H : Virus de l'Immunodéficience Humain

LISTE DES FIGURES

Figure n°01 relative au schéma représentatif sur la Gestion des Ressources Humaines (G.R.H) : domaine caractérisé par la fluidité d'activités **…….... 57**

Figure n°02 relative à la présentation des services étudiés (services cliniques et administratifs) **…….... 143**

Figure n° 03 relative à la présentation du service des urgences du C.H.U.-B **.....144**

Figure n° 04 relative à la présentation de l'Unité d'accueil – Service des Urgences - C.H.U.-B **.....146**

Figure n° 05 relative à la présentation géographique de l'Unité des Urgences Médicales-Service des urgences du C.H.U.-B **.....147**

Figure n° 06 relative à la présentation de l'Unité des Urgences Chirurgicales – Services des Urgences du C.H.U.-B **.....149**

Figure n° 07 relative à la présentation de l'Unité des Urgences de Déchoquage – Service des Urgences du C.H.U-B**.....151**

Figure n°08 relative à la présentation du planning de travail Personnel Paramédical– Service des Urgences **.....153**

Figure n°09 relative à la présentation du planning de travail catégorie socioprofessionnelle de Médecin **…… 155**

Figure n° 10 relative à la présentation du service de Pédiatrie Nourrisson du C.H.U-B**.....160**

Figure n° 11 relative à la présentation de la situation géographique du service de Psychiatrie du C.H.U-B **.....165**

Figure n° 12 relative à la présentation de la gestion du médicament-Service pharmacie **.....…171**

Figure n°13 relative à la localisation du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) **…….. 174**

Figure n°14 relative à la représentation du lien de famille **…….... 238**

Figure n° 15 relative à la présentation de l'état de l'environnement du C.H.U-B**.....255**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°01 relatif à la présentation socioprofessionnelle des catégories des garde-malades de l'Unité des Urgences Médicales **92**

Tableau n°02 relatif à la répartition des garde-malades par zone d'habitation – Unité des Urgences Médicales **93**

Tableau n°03 relatif à la répartition des garde-malades par sexe – Unité des Urgences Médicales **93**

Tableau n°04 relatif à la présentation des garde-malades par nationalité – Unité des Urgences Médicales **93**

Tableau n°05 relatif à la présentation des garde-malades par tranche d'âge – Unité des Urgences Médicales **94**

Tableau n°06 relatif à la présentation des garde-malades par niveau d'instruction – Unité des Urgences Médicales **94**

Tableau n°07 relatif à la présentation des garde-malades par situation matrimoniale – Unité des urgences Médicales **95**

Tableau n°08 relatif à la présentation des garde-malades par catégorie socioprofessionnelle – Unité des Urgences Chirurgicales **95**

Tableau n°09 relatif à la répartition des garde-malades par zone géographique d'habitation – Unité des Urgences Chirurgicales **96**

Tableau n°10 relatif à la répartition des garde-malades par sexe – Unité des Urgences Chirurgicales **96**

Tableau n°11 relatif à la répartition des garde-malades par nationalité – Unité des Urgences Chirurgicales **97**

Tableau n°12 relatif à la présentation des garde-malades par tranche d'âge - Unité des Urgences Chirurgicales **97**

Tableau n°13 relatif à la présentation des garde-malades par niveau d'instruction – Unité des Urgences Chirurgicales **98**

Tableau n°14 relatif à la présentation des garde-malades par situation matrimoniale – Unité des Urgences Chirurgicales **98**

Tableau n°15 relatif à la présentation des garde-malades par catégorie socioprofessionnelle – Unité de Déchoque **99**

Tableau n°16 relatif à la répartition des garde-malades par zone géographique d'habitation – Unité de Déchoquage **99**

Tableau n°17 relatif à la répartition des garde-malades par sexe – Unité des Urgences de Déchoquage **99**

Tableau n°18 relatif à la répartition des garde-malades par nationalité – Unité des Urgences de Déchoquage **100**

Tableau n°19 relatif à la présentation des garde-malades par tranche d'âge –Unité de Déchoquage **100**

Tableau n°20 relatif à la présentation des garde-malades par niveau d'instruction – Unité de Déchoquage **101**

Tableau n°21 relatif à la présentation des malades par situation matrimoniale – Unité de Déchoquage **101**

Tableau n°22 relatif à la présentation des garde-malades par catégorie socioprofessionnelle – service de Pédiatrie Nourrisson **102**

Tableau n°23 relatif à la répartition des garde-malades par zone géographique d'habitation – servie de Pédiatrie Nourrisson **102**

Tableau n°24 relatif à la répartition des garde-malades par sexe – Service de Pédiatrie Nourrisson **102**

Tableau n°25 relatif à la répartition des garde-malades par nationalité – Service de Pédiatrie Nourrisson **103**

Tableau n°26 relatif à la répartition des garde-malades par tranche d'âge – Service de Pédiatrie Nourrisson **103**

Tableau n°27 relatif à la présentation des garde-malades par niveau d'instruction – Service de Pédiatrie Nourrisson **104**

Tableau n°28 relatif à la présentation des garde-malades par situation matrimoniale – Service de Pédiatrie Nourrisson **104**

Tableau n°29 relatif à la présentation des garde-malades par identité – Service de Psychiatrie **105**

Tableau n°30 relatif à la répartition des garde-malades par zone géographique d'habitation – service de Psychiatrie **105**

Tableau n°31 relatif à la répartition des garde-malades par sexe – Service de Psychiatrie **106**

Tableau n°32 relatif à la répartition des garde-malades par nationalité – Service de Psychiatrie **106**

Tableau n°33 relatif à la présentation des malades par tranche d'âge – Service de Psychiatrie **106**

Tableau n°34 relatif à la présentation des garde-malades par niveau d'instruction– Service de Psychiatrie **107**

Tableau n°35 relatif à la présentation des garde-malades par situation matrimoniale – Service de Psychiatrie **107**

Tableau n°36 relatif à la présentation des garde-malades par catégorie socioprofessionnelle– Unité des Urgences Médicales **108**

Tableau n°37 relatif à la répartition des garde-malades par zone géographique d'habitation – Unité des Urgences Médicales **108**

Tableau n°38 relatif à la répartition des malades par sexe – Unité des Urgences Médicales **109**

Tableau n°39 relatif à la répartition des malades par nationalité – Unité des Urgences Médicales **109**

Tableau n°40 relatif à la présentation des malades par tranche d'âge – Unité des Urgences Médicales **109**

Tableau n°41 relatif à la présentation des malades par niveau d'instruction – Unité des urgences Médicales **110**

Tableau n°42 relatif à la présentation des malades par situation matrimoniale – Unité des urgences Médicales **110**

Tableau n°43 relatif à la présentation des malades par catégorie socioprofessionnelle – Unité des Urgences Chirurgicales **111**

Tableau n°44 relatif à la répartition des malades par zone géographique d'habitation – Unité des Urgences Chirurgicales **111**

Tableau n°45 relatif à la répartition des malades par sexe – Unité des Urgences Chirurgicales **112**

Tableau n°46 relatif à la répartition des malades par nationalité – Unité des Urgences Chirurgicales **112**

Tableau n°47 relatif à la présentation des malades par tranche d'âge – Unité des Urgences Chirurgicales **113**

Tableau n°48 relatif à la présentation des malades par niveau d'instruction – Unité des Urgences Chirurgicales **113**

Tableau n°49 relatif à la présentation des malades par situation matrimoniale – Unité des Urgences Chirurgicales **114**

Tableau n°50 relatif à la présentation des malades par catégorie socioprofessionnelle – Unité de Déchoquage **114**

Tableau n°51 relatif à la répartition des malades par zone géographique d'habitation – Unité de Déchoquage **115**

Tableau n°52 relatif à la répartition des malades par sexe – Unité de Déchoquage **115**

Tableau n°53 relatif à la répartition des malades par nationalité – Unité de Déchoquage **115**

Tableau n°54 relatif à la présentation des malades par tranche d'âge – Unité de Déchoquage **116**

Tableau n°55 relatif à la présentation des malades par niveau d'instruction – Unité de Déchoquage **116**

Tableau n°56 relatif à la présentation des malades par situation matrimoniale – Unité de Déchoquage **117**

Tableau n°57 relatif à la répartition des malades par zone géographique d'habitation – Service de Pédiatrie Nourrisson **117**

Tableau n°58 relatif à la répartition des malades par sexe – Service de Pédiatrie Nourrisson **118**

Tableau n°59 relatif à la répartition des malades par nationalité – Service de Pédiatrie Nourrisson **118**

Tableau n°60 relatif à la présentation des malades par tranche d'âge – Service de Pédiatrie Nourrisson **118**

Tableau n°61 relatif à la présentation des malades par niveau d'instruction - Service de Pédiatrie Nourrisson **119**

Tableau n°62 relatif à la présentation des malades par catégorie socioprofessionnelle - Service de Psychiatrie **119**

Tableau n°63 relatif à la répartition des malades par zone géographique d'habitation – Service de Psychiatrie **120**

Tableau n°64 relatif à la répartition des malades par sexe – Service de Psychiatrie **120**

Tableau n°65 relatif à la répartition des malades par nationalité – Service de Psychiatrie **120**

Tableau n°66 relatif à la présentation des malades par tranche d'âge – Service de Psychiatrie **121**

Tableau n°67 relatif à la présentation des malades par niveau d'instruction – Service de Psychiatrie **121**

Tableau n°68 relatif à la présentation des malades par situation matrimoniale – Service de Psychiatrie **122**

Tableau n°69 relatif à la présentation du personnel clinicien par tranche d'âge – Unité des Urgences Médicales **122**

Tableau n°70 relatif à la présentation du personnel soignant par niveau d'instruction – Unité des Urgences Médicales **123**

Tableau n°71 relatif à la présentation du personnel soignant par situation matrimoniale – Unité des Urgences Médicales **123**

Tableau n°72 relatif à la présentation du personnel soignant par sexe - Unité des Urgences Chirurgicales **124**

Tableau n°73 relatif à la présentation du personnel soignant par nationalité – Unité des Urgences Chirurgicales **124**

Tableau n°74 relatif à la présentation du personnel soignant par catégorie socioprofessionnelle – unité des urgences chirurgicales **125**

Tableau n°75 relatif à la présentation du personnel soignant par zone géographique d'habitation – Unité des Urgences Chirurgicales **125**

Tableau n°76 relatif à la présentation du personnel soignant par tranche d'âge – Unité des Urgences Chirurgicales **126**

Tableau n°77 relatif à la présentation du personnel soignant par niveau d'instruction – Unité des Urgences Chirurgicales **126**

Tableau n°78 relatif à la présentation du personnel soignant par situation matrimoniale – Unité des Urgences Chirurgicales **126**

Tableau n°79 relatif à la présentation du personnel soignant par sexe – Unité de Déchoquage **127**

Tableau n°80 relatif à la présentation du personnel soignant par nationalité – Unité de Déchoquage **127**

Tableau n°81 relatif à la présentation du personnel soignant par catégorie socioprofessionnelle – Unité de Déchoquage..... **128**

Tableau n°82 relatif à la présentation du personnel soignant par zone géographique d'habitation – Unité de Déchoquage **128**

Tableau n°83 relatif à la présentation du personnel soignant par tranche d'âge – Unité de Déchoquage **129**

Tableau n°84 relatif à la présentation du personnel soignant par niveau d'instruction – Unité de Déchoquage..... **129**

Tableau n°85 relatif à la présentation du personnel soignant par situation matrimoniale – Unité de Déchoquage..... **130**

Tableau n°86 relatif à la présentation du personnel soignant par sexe –Service de Pédiatrie Nourrisson..... **130**

Tableau n°87 relatif à la présentation du personnel soignant par nationalité – Service de Pédiatrie Nourrisson **130**

Tableau n°88 relatif à la présentation du personnel soignant par catégorie socioprofessionnelle – Service de Pédiatrie Nourrisson..... **131**

Tableau n°89 relatif à la présentation du personnel soignant par zone géographique d'habitation – Service de Pédiatrie Nourrisson **131**

Tableau n°90 relatif à la présentation du personnel soignant par tranche d'âge – Service de Pédiatrie Nourrisson **132**

Tableau n°91 relatif à la présentation du personnel soignant par niveau d'instruction – Service de Pédiatrie Nourrisson..... **132**

Tableau n°92 relatif à la présentation du personnel soignant par situation matrimoniale – Service de Pédiatrie Nourrisson..... **133**

Tableau n°93 relatif à la présentation du personnel soignant par sexe – Service de Psychiatrie..... **133**

Tableau n°94 relatif à la présentation du personnel soignant par nationalité – Service de Psychiatrie..... **133**

Tableau n°95 relatif à la présentation du personnel soignant par catégorie socioprofessionnelle – Service de Psychiatrie **134**

Tableau n°96 relatif à la présentation du personnel soignant par zone géographique d'habitation – Service de Psychiatrie..... **135**

Tableau n°97 relatif à la présentation des malades du personnel soignant par tranche d'âge – Service de Psychiatrie..... **135**

Tableau n°98 relatif à la présentation du personnel soignant par niveau d'instruction – Service de Psychiatrie..... **135**

Tableau n°99 relatif à la présentation du personnel soignant par situation matrimoniale – Service de Psychiatrie **136**

Tableau n°100 relatif à la présentation du personnel soignant par catégorie socioprofessionnelle évoluant au Service des Urgences (toutes les 03 unités de soins confondues) **151**

Tableau n°101 relatif à la présentation du personnel soignant par catégorie socioprofessionnelle – Service de Pédiatrie Nourrisson **159**

Tableau n°102 relatif à la récapitulation des effectifs du personnel socioprofessionnel Service de Psychiatrie **163**

Tableau n°103 relatif à la présentation des gestionnaires sous le régime de l'Hôpital Général de Brazzaville (H.G.B) **178**

Tableau n°104 relatif à la présentation des gestionnaires de cette structure hospitalière sous le régime du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) **179**

Tableau n°105 relatif à la présentation de la grille de prime des Médecins **197**

Tableau n°106 relatif à la présentation de la grille de prime d'astreinte des Médecins Spécialisés **198**

Tableau n°107 relatif à la présentation de la grille de prime de garde des Médecins Généralistes **198**

Tableau n°108 relatif à la présentation de la grille de permanence des Médecins **199**

Tableau n°109 relatif à la présentation des garde-malades par liens familiaux ou liens de rapprochement avec le malade – Unité des Urgences Médicales **248**

Tableau n°110 relatif à la représentation des garde-malades par nécessité – Unité des Urgences Médicales **250**

Tableau n°111 relatif à la présentation des garde-malades sur les conditions dans lesquelles ils assurent leur rôle – Unité des Urgences Médicales **250**

Tableau n°112 relatif à la présentation des malades sur leur gestion pendant la consultation – Unité des Urgences Médicales **251**

Tableau n°113 relatif à la présentation des malades sur l'appréciation du niveau des prestations du personnel soignant – Unité des Urgences Médicales **252**

Tableau n°114 relatif à la présentation des malades sur leur nombre en consultation et par service – Unité des Urgences Médicales **253**

Tableau n°115 relatif à la présentation des malades sur la qualité de leur prise en charge par le personnel soignant – Unité des Urgences Médicales **253**

Tableau n°116 relatif à la représentation des malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital –Unité des Urgences Médicales **254**

Tableau n°117 relatif à la représentation des malades sur la présence du garde-malade – Unité des Urgences Médicales **256**

Tableau n°118 relatif à la présentation du personnel soignant sur l'évolution de la population en République du Congo – Unité des Urgences Médicales **257**

Tableau n°119 relatif à la représentation du personnel soignant sur le rapport entre l'état actuel du C.H.U-B et l'évolution de la population en République du Congo – Unité des Urgences Médicales ……. **257**

Tableau n°120 relatif à la présentation du personnel clinicien sur leurs conditions de travail – Unité des Urgences Médicales …….. **258**

Tableau n°121 relatif à la présentation du personnel clinicien en termes d'effectifs – Unité des Urgences Médicales …….. **258**

Tableau n°122 relatif à la représentation du personnel soignant sur les heures de travail – Unité des Urgences Médicales ……. **259**

Tableau n°123 relatif à la présentation du personnel soignant sur leur prise en charge par la structure hospitalière du C.H.U-B – Unité des Urgences Médicales …….. **260**

Tableau n°124 relatif à la présentation du personnel soignant (étudiant en formation) dont l'organisation relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur – Unité des Urgences Médicales …….. **260**

Tableau n°125 relatif à la présentation du personnel soignant sur la rémunération en fonction du Salaire Minimum Inter Garanti (S.M.I.G) – Unité des Urgences Médicales …… **261**

Tableau n°126 relatif à la présentation du personnel soignant sur les allocations perçues – Unité des Urgences Médicales ……. **261**

Tableau n°127 relatif à la présentation des garde-malades par liens familiaux ou autres liens d'attache avec le malade – Unité des Urgences Chirurgicales …… **262**

Tableau n°128 relatif à la représentation des garde-malades par nécessité – Unité des Urgences Chirurgicales …… **264**

Tableau n°129 relatif à la représentation des garde-malades sur la nécessité de leur interdiction en milieu hospitalier – Unité des Urgences Chirurgicales …….. **265**

Tableau n°130 relatif à la présentation des garde-malades sur les conditions dans lesquelles ils assurent ce rôle de garde-malade – Unité des Urgences Chirurgicales …….. **266**

Tableau n°131 relatif à la présentation des malades sur leur gestion pendant la consultation – Unité des Urgences Chirurgicales ……. **268**

Tableau n°132 relatif à la présentation des malades de leur appréciation sur le niveau des prestations du personnel soignant – Unité des Urgences Chirurgicales …… **268**

Tableau n°133 relatif à la présentation des malades sur leur nombre pendant la consultation et par service – Unité des Urgences Chirurgicales …… **269**

Tableau n°134 relatif à la présentation des malades sur la qualité de leur prise en charge par le personnel soignant – Unité des Urgences Chirurgicales ……**270**

Tableau n°135 relatif à la présentation des malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital – Unité des Urgences Chirurgicales …….. **271**

Tableau n°136 relatif à la représentation des malades de leur perception sur la présence du garde-malade – Unité des Urgences Chirurgicales …….. **272**

Tableau n°137 relatif à la représentation du personnel soignant sur l'évolution de la population en République du Congo – Unité des Urgences Chirurgicales …….. **274**

Tableau n°138 relatif à la représentation du personnel soignant sur son organisation face au flux des malades – Unité des Urgences Chirurgicales …… **274**

Tableau n°139 relatif à la représentation du personnel clinicien sur leurs conditions de travail – Unité des Urgences Chirurgicale**s** …….. **275**

Tableau n°140 relatif à la présentation du personnel clinicien en termes d'effectifs – Unité des Urgences Chirurgicales …… **276**

Tableau n°141 relatif à la présentation du personnel clinicien sur ses heures de travail – Unité des Urgences Chirurgicales …… **277**

Tableau n°142 relatif à la présentation du personnel soignant sur sa prise en charge par la structure hospitalière du C.H.U-B – Unité des Urgences Chirurgicales ……..... **278**

Tableau n°143 relatif à la présentation du personnel soignant (stagiaire en formation) dont son organisation relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur – Unité des Urgences Chirurgicales …… **279**

Tableau n°144 relatif à la présentation du personnel soignant sur la rémunération en fonction du Salaire Minimum Inter Garanti (S.M.I.G) – Unité des Urgences Chirurgicales …… **280**

Tableau n°145 relatif à la présentation du personnel soignant sur ses allocations perçues – Unité des Urgences Chirurgicales …… **280**

Tableau n°146 relatif à la représentation du personnel soignant de sa perception sur la présence du garde-malade exerçant des pressions contre le personnel soignant dans le cadre de ses prestations – Unité des Urgences Chirurgicales …… **281**

Tableau n°147 relatif à la représentation des garde-malades sur les liens familiaux ou autres liens de rapprochement avec le malade – Unité de Déchoquage …… **282**

Tableau n°148 relatif à la représentation des garde-malades par leur nécessité – Unité de Déchoquage …….. **282**

Tableau n°149 relatif à la représentation des garde-malades sur la nécessité de leur interdiction à l'hôpital – Unité de Déchoquage ……**283**

Tableau n°150 relatif à la représentation des garde-malades sur ses conditions dans lesquelles ils assurent ce rôle de garde-malade – Unité de Déchoquage …….. **284**

Tableau n°151 relatif à la présentation des malades sur leur gestion pendant la consultation – Unité de Déchoquage …… **285**

Tableau n°152 relatif à la représentation des malades de leur appréciation sur le niveau d'appréciation des prestations du personnel soignant**–** Unité de Déchoquage …….. **287**

Tableau n°153 relatif à la présentation des malades par nombre et par service pendant la consultation – Unité de Déchoquage …… **287**

Tableau n°154 relatif à la présentation des malades sur la qualité de leur prise en charge par le personnel soignant – Unité de Déchoquage ……. **288**

Tableau n°155 relatif à la représentation des malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital – Unité de Déchoquage ……. **288**

Tableau n°156 relatif à la représentation des malades de leur perception de la présence du garde-malade – Unité de Déchoquage ……. **289**

Tableau n°157 relatif à la représentation du personnel soignant sur l'évolution de la population en République du Congo – Unité de Déchoquage ……. **290**

Tableau n°158 relatif à la représentation du personnel soignant sur l'organisation actuelle de la structure hospitalière du C.H.U-B et le flux de ses malades – Unité de Déchoquage ……... **291**

Tableau n°159 relatif à la représentation du personnel soignant sur ses conditions de travail – Unité de Déchoquage …… **292**

Tableau n°160 relatif à la représentation du personnel soignant en termes d'effectifs – Unité de Déchoquage ……. **292**

Tableau n°161 relatif à la représentation du personnel soignant sur ses heures de travail – Unité de Déchoquage …….. **293**

Tableau n°162 relatif à la présentation du personnel soignant sur sa prise en charge par la structure du C.H.U-B – Unité de Déchoquage …… **294**

Tableau n°163 relatif à la présentation du personnel soignant (étudiant en formation) sur le paiement de bourse dont l'organisation relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur …….. **294**

Tableau n°164 relatif à la présentation du personnel soignant sur la rémunération en fonction du Salaire Minimum Inter Garanti (S.M.I.G) – Unité de Déchoquage …… **295**

Tableau n°165 relatif à la présentation du personnel soignant sur ses diverses allocations perçues – Unité de Déchoquage …….. **296**

Tableau n°166 relatif à la présentation du personnel soignant de sa perception sur la présence des garde-malades exerçant des pressions contre le personnel soignant dans le cadre de ses prestations – Unité de Déchoquage…….. **297**

Tableau n°167 relatif à la représentation des garde-malades sur les liens familiaux ou autres liens de rapprochement avec le malade – Service de Pédiatrie Nourrisson …… **298**

Tableau n°168 relatif à la présentation des garde-malades par leur nécessité – Service de Pédiatrie Nourrisson …… **299**

Tableau n°169 relatif à la représentation des garde-malades sur la nécessité de leur interdiction à l'hôpital – Service de Pédiatrie Nourrisson ……. **300**

Tableau n°170 relatif à la représentation des garde-malades sur les conditions dans lesquelles ils assurent ce rôle d'assistance – Service de Pédiatrie Nourrisson ……**302**

Tableau n°171 relatif à la représentation des malades sur leur gestion pendant la consultation – Service de Pédiatrie Nourrisson …… **304**

Tableau n°172 relatif à la représentation des malades sur le niveau d'appréciation des prestations du personnel soignant – Service de Pédiatrie Nourrisson …….. **305**

Tableau n°173 relatif à la présentation des malades par nombre et par service – Service de Pédiatrie Nourrisson ……. **306**

Tableau n°174 relatif à la représentation des malades sur la qualité de leur prise en charge par le personnel soignant – Service de Pédiatrie Nourrisson …….. **307**

Tableau n°175 relatif à la représentation des malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital – Service de Pédiatrie Nourrisson ……. **308**

Tableau n°176 relatif à la représentation des malades de leur perception sur la présence du garde-malade – Service de Pédiatrie Nourrisson ……. **308**

Tableau n°177 relatif à la représentation du personnel soignant sur l'évolution de la population en République du Congo – Service de Pédiatrie Nourrisson ……. **309**

Tableau n°178 relatif à la présentation du personnel soignant sur le rapport entre l'état actuel du C.H.U-B et le flux des malades – Service de Pédiatrie Nourrisson …… **310**

Tableau n°179 relatif à la représentation du personnel soignant sur leurs conditions de travail – Service de Pédiatrie Nourrisson …… **310**

Tableau n°180 relatif à la présentation du personnel soignant en termes d'effectif – Service de Pédiatrie Nourrisson …… **311**

Tableau n°181 relatif à la présentation du personnel soignant sur ses heures de travail – Service de Pédiatrie Nourrisson …….. **312**

Tableau n°182 relatif à la représentation du personnel soignant sur sa prise en charge (l'assurance sur le paiement régulier des salaires) par la structure hospitalière du C.H.U-B – Service de Pédiatrie Nourrisson …….. **313**

Tableau n°183 relatif à la présentation du personnel soignant (étudiant en stage) sur la régularité du paiement de la bourse d'étude dont l'organisation relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur – Service de Pédiatrie Nourrisson ……. **314**

Tableau n°184 relatif à la présentation du personnel soignant sur la rémunération en fonction du Salaire Minimum Inter Garanti (S.M.I.G) – Service de Pédiatrie Nourrisson …… **314**

Tableau n°185 relatif à la présentation du personnel soignant sur ses diverses allocations perçues – Service de Pédiatrie Nourrisson …… **315**

Tableau n°186 relatif à la représentation du personnel soignant sur sa perception de la présence des garde-malades exerçant des pressions contre ce personnel soignant – Service de Pédiatrie Nourrisson …… **316**

Tableau n°187 relatif à la représentation du lien familial par le garde-malade ou autres liens d'attache avec le malade – Service de Pédiatrie Nourrisson …… **317**

Tableau n°188 relatif à la des garde-malades par nécessité – Service de Psychiatrie …… **318**

Tableau n°189 relatif à la présentation des garde-malades sur leur interdiction à l'hôpital – Service de Psychiatrie …….. **319**

Tableau n°190 relatif à la représentation des garde-malades sur les conditions dans lesquelles ils assurent ce rôle d'assistance – Service de Psychiatrie …… **321**

Tableau n°191 relatif à la présentation des malades sur le temps de consultation – Service de Psychiatrie …… **322**

Tableau n°192 relatif à la représentation des malades de leur appréciation sur le niveau des prestations du personnel soignant – Service de Psychiatrie …….. **323**

Tableau n°193 relatif à la présentation des malades en consultation par nombre et par service – Service de Psychiatrie …… **323**

Tableau n°194 relatif à la représentation des malades sur la qualité de leur prise en charge par le personnel soignant – Service de Psychiatrie …….. **325**

Tableau n°195 relatif à la représentation des malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital – Service de Psychiatrie ……. **326**

Tableau n°196 relatif à la représentation des malades sur la perception de la présence du garde-malade – Service de Psychiatrie ……. **327**

Tableau n°197 relatif à la représentation du personnel soignant sur l'évolution de la population en République du Congo – Service de Psychiatrie …… **328**

Tableau n°198 relatif à la représentation du personnel soignant sur sa gestion par la structure hospitalière du C.H.U-B en rapport avec l'évolution de la population et le flux des malades – Service de Psychiatrie …….. **329**

Tableau n°199 relatif à la représentation du personnel soignant sur ses conditions de travail – Service de Psychiatrie …… **329**

Tableau n°200 relatif à la représentation du personnel soignant sur ses effectifs – Service de Psychiatrie ……. **330**

Tableau n°201 relatif à la présentation du personnel soignant sur ses heures de travail – Service de Psychiatrie …….. **331**

Tableau n°202 relatif à la représentation du personnel soignant sur sa prise en charge (assurance sur la régularité du paiement des salaires) par la structure hospitalière du C.H.U-B – Service de Psychiatrie …… **332**

Tableau n°203 relatif à la représentation du personnel soignant (stagiaires) sur le paiement de la bourse d'étude dont l'organisation relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur – Service de Psychiatrie …….. **333**

Tableau n°204 relatif à la présentation du personnel soignant sur sa rémunération en fonction du Salaire Minimum Inter Garanti (S.M.I.G) – Service de Psychiatrie …….. **334**

Tableau n°205 relatif à la représentation du personnel soignant sur ses allocations perçues – Service de Psychiatrie …….. **334**

Tableau n°206 relatif à la représentation du personnel soignant sur la perception de la présence des garde-malades exerçant des pressions contre ce personnel soignant dans le cadre de travail – Service de Psychiatrie ……. **336**

SOMMAIRE

IN MEMORIAM.....i
REMERCIEMENTS ii
SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....iii
LISTE DES FIGURES xv
LISTE DES TABLEAUX xvi
SOMMAIRE.....xxvi
INTRODUCTION GENERALE ……1
PREMIERE PARTIE : CONSIDERATIONS GENERALES 31
INTRODUCTION PARTIELLE PREMIERE PARTIE ……...33
CHAPITRE I : CHAMP CONCEPTUEL ET THEORIES DE REFERENCE 35
I.1. Définition des concepts fondamentaux 35
I.2. THEORIES DE REFERENCES 59
CHAPITRE II : CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 81
II.1. Délimitation temporaire de l'étude 83
II.2. Champ d'investigation de l'étude 83
II.3. Matériel de travail utilisé dans le cadre de cette étude 84
II.4. Déroulement de l'enquête de terrain 84
II.5. Organisation de la recherche 86
II.6. Echantillon.....92
CONCLUSION PARTIELLE PREMIERE PARTIE ……..137
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE 139
INTRODUCTION PARTIELLE DEUXIEME PARTIE ……141
CHAPITRE III : LES SERVICES CLINIQUES DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE (C.H.U-B) 142
III.1. Présentation du Service des Urgences 143
III.2. Présentation du Service de Pédiatrie Nourrisson 156
III.3. Présentation du Service de Psychiatrie (S.P) 161
III.4. Présentation du Service Pharmacie et fonctionnement de ses différents services et sections 166

CHAPITRE IV : L'ETUDE ADMINISTRATIF DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE (C.H.U-B) 173
IV.1. Présentation structurale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) 173
IV.2. De la disposition architecturale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) 175
IV.3. De l'historique du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) 176
IV.4. De l'organisation administrative du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) 179
IV.5. Du fonctionnement de la structure hospitalière du C.H.U-B 216
CONCLUSION PARTIELLE DEUXIEME PARTIE ……219
TROISIEME PARTIE : CADRE OPERATOIRE DE L'ETUDE 222
INTRODUCTION PARTIELLE TROISIEME PARTIE ……...223
CHAPITRE V : LE PHENOMENE GARDE-MALADE AU C.H.U-B 225
V.1. Facteurs générateurs du phénomène de garde-malade au C.H.U-B 225
V.2. EFFETS RESULTANT DE LA PRESENCE DE GARDE-MALADE EN MILIEU HOSPITALIER 242
V.3. SUGGETIONS SUR LA RESOLUTION DU PHENOMENE DE GARDE-MALADE AU NIVEAU DE LA STRUCTURE HOSPITALIERE DU C.H.U-B 245
CHAPITRE VI : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE 248
VI.1. Service des Urgences (S.U) 248
VI.2. Service de Pédiatrie Nourrisson (S.P.N) du C.H.U-B 297
VI.3. Le Service de Psychiatrie du C.H.U-B..... 317
CONCLUSION PARTIELLE TROISIEME PARTIE ……337
CONCLUSION GENERALE ……339
BIBLIOGRAPHIE 353
TABLE DES MATIERES..... 366
ANNEXES 374

INTRODUCTION GENERALE

Le système de santé est organisé selon le modèle d'organisation choisi par chaque société. On distingue deux (02) catégories des hôpitaux où la présence du garde-malade est perçue et interpréter différemment, à savoir : les hôpitaux de catégorie 1 dont l'organisation nécessite la présence du garde-malade et la catégorie 2 dont l'organisation par contre rejette cette présence. En effet, certaines structures de santé excluent dans leur programme de travail toute assistance familiale sur cette question de gestion du malade en milieu hospitalier. Ces structures de santé préfèrent que la gestion et la guérison du corps physique du malade soit exclusivement sous la responsabilité du corps médical. Cette politique influe nécessairement sur la présence, sinon l'importance ou non du garde-malade en ce milieu hospitalier. Dans des sociétés dites *« développées »*, la question de gestion du malade en milieu hospitalier ne se fait qu'entre professionnel de santé.

Par contre, en Afrique et particulièrement au Congo, la gestion du malade se fait en associant l'entourage du malade, notamment la famille, premier cercle d'assistance qui y joue un rôle majeur. Ainsi, la famille est nécessairement impliquée. Cette différence sur la question de gestion du malade s'explique par le niveau de culture sur la perception de la solidarité dans chaque société. En effet, en Afrique de manière générale et au Congo en particulier, la solidarité observable dans la situation de maladie, constitue la première forme d'assistance avant même la prise en charge médicale. Mais, cette solidarité n'est pas bien perçue et mieux partagée par d'autres sociétés dites évoluées qui se distinguent plus par l'individualisme. A ce sujet, dans la société française par exemple, cette notion de solidarité en milieu hospitalier n'est pas vécue de la même manière qu'au niveau des sociétés africaines. Chacune des sociétés l'a vie donc différemment sur fond de leurs déterminants sociaux culturels.

La valeur de la solidarité est très récente dans la société française. A ce propos la solidarité en France a été légiférée pour l'accompagnement d'une personne en fin de vie (loi du 09 Juin 1999). Les mutations sociales et les nécessités de la vie sociale ont entrainé la transformation de cette loi en indiquant le *« congé de solidarité familiale »* par la loi

FILLON du 21 août 2003. Cette loi élargit donc le champ des bénéficiaires et détermine les conditions d'obtention de ce congé parmi lesquelles :

- pas de pénalisation du au salarié du public ou du privé dont un ascendant, un descendant ou une personne partageant le domicile souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ;
- durée maximum du congé de trois (03) mois ;
- fin de congé dans les trois (03) jours suivant le décès ;
- congé cumulable avec les congés légaux ;
- congé non rémunéré ;
- demande par lettre recommandée ;
- pas de pénalisation due à ce congé *(loi Fillon du 23 Aout 2003).*

L'institution de la solidarité en milieu hospitalier par cette loi, la délimitation de son champ d'action et des conditions liées à son acquisition, montrent bien la place sinon la perception de la solidarité dans cette société française par apport aux sociétés africaines. Dans ces sociétés africaines, la matérialisation de la solidarité ou ses premiers indices sur son existence remontent bien des traditions de ces sociétés. En effet, ces sociétés inspirées par des valeurs du Bantoue, la solidarité est donc perçue comme une identité culturelle, une référence. Elle s'attache à la personne humaine. Dans la société bantoue, l'homme est reconnu par le sens du partage envers l'autre dans toute sa vie sociale. Cela traduit les valeurs d'assistance, d'amour et de soutien. Ces valeurs amènent à comprendre et à déduire que, l'individualisme n'a pas sa place dans la société africaine. La solidarité est un fait culturel qui se transmet d'un membre de la famille à un autre par l'entremise de la socialisation à travers les déterminants socio culturels.

Cette recherche s'inscrit sur la base d'un constat, lequel met en exergue l'existence d'une chaine hospitalière importante dans la République du Congo. Cette chaine hospitalière assure la déserte des besoins de santé de la population. Cette recherche a eu pour cadre Brazzaville, ville capitale qui dispose d'un Centre Hospitalier et Universitaire ; Un hôpital de troisième niveau, une référence pour le pays. Cependant, comparativement à d'autres structures de santé comme l'Hôpital des Armées Pierre MOBENGO de Brazzaville, le Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, est toujours envahit par un nombre impressionnant des garde-

malades dont la présence constitue une difficulté majeure dans la prise en charge médicale des malades. Cette présence devenant de plus en plus inquiétante, interpelle plus d'un observateur.

Plusieurs raisons justifient le choix de cette recherche qui porte sur : *«Incidences de la présence des garde-malades sur la prise en charge médicale des patients. Etude menée au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville* ».

Tout système de santé obéit à une organisation qui repose essentiellement sur des principaux acteurs assurant des rôles spécifiques et déterminants dans la prise en charge du malade en milieu hospitalier. De ce fait, le présent travail de thèse qui porte sur la : *«Incidences de la présence des garde-malades sur la prise en charge médicale des patients. Etude menée au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville »*, met en exergue la représentation sociale de la maladie et la présence massive des garde-malades. Cette corrélation convoque donc la gouvernance de la structure hospitalière du C.H.U-B tant de la manière organisationnelle que systémique. Trois (03) principaux acteurs majeurs assurent cette prise en charge du malade dans l'univers hospitalier de manière générale et particulièrement au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville en République du Congo. Le garde-malade, acteur plus rapproché du malade, en mesure de mieux connaitre le malade, car partageant le même environnement social que le malade. Il est donc le mieux placé pour mieux informer le personnel soignant pour la prise en charge du malade. Ainsi, le garde-malade de par la spécificité de son rôle, est l'acteur primordial en termes de positionnement social qui sert de liaison entre le personnel soignant et le malade. Il est donc cet agent de liaison entre les deux (02) principaux acteurs précités.

Le personnel soignant, est le second acteur majeur qui, détient le secret de la guérison du malade avec son savoir-faire. Aussi, faut-il rappeler à ce sujet qu'aucune consultation médicale ne peut se faire sans la moindre assistance du garde-malade. Il renseigne en premier lieu le personnel soignant qui, au-delà de son savoir-faire, tient compte de l'expertise du garde-malade pour une prise en charge globale. Le personnel administratif, comme annoncer ci-haut dont le rôle essentiel consiste à assurer l'organisation administrative sur la gestion de

la structure hospitalière pour répondre au mieux sur les besoins du malade, constitue le troisième acteur majeur dans cette prise en charge du malade. Ces trois (03) acteurs agissant ensemble sur le corps physique du malade dans une synergie, dans la diversité et dans la spécialisation des rôles, crées une interaction qui fait que, cette prise en charge du malade s'effectue de manière globale et le rassure dans son rétablissement. Cette interaction qui s'opère au niveau de l'implication de ces trois (03) acteurs, détermine la vie du malade. Jaffré Y. et Failon J[1]., s'inscrivent bien dans cette perspective en insistant dans leurs ouvrages respectifs sur la nécessité de la synergie qui se créée au tour de ces acteurs majeurs agissant sur le corps physique du malade jusqu'à son rétablissement.

La difficulté de gestion du malade résulte du dysfonctionnement des services sous tutelle de la structure hospitalière du C.H.U-B. Ce dysfonctionnement s'explique par la qualité d'accueil des malades qui n'inspire plus confiance auprès de ces derniers au niveau de cette structure hospitalière. Ce qui nécessite la solidarité de la famille et d'autres proches. Cette réalité sociale traduit ici le niveau social de cet hôpital. .Dans la pratique, et se fondant sur le niveau social de chaque formation sanitaire, on ne perd pas de vue sur certaines réalités sociales.

Outre cet aspect de différence de niveau de culture de chaque société sur la perception de la solidarité en milieu hospitalier qui s'expliquerait en fonction du niveau social de ces hôpitaux selon leurs situations sociales et économiques, évoqué dans les premières lignes, cette problématique de garde-malade pose en fin de compte le problème de gestion des structures sanitaires au niveau de la structure sanitaire du C.H.U-B en République du Congo.

Cette situation qui ne concerne pas que ce pays, elle s'observe également dans beaucoup bien d'autres hôpitaux des pays africains et d'autres à travers le monde dont le niveau correspond bien à leur niveau du développement socioéconomique. Ainsi, la solidarité renforcée au tour du malade dans ces formations sanitaires met en relief le dysfonctionnement des services de ces formations sanitaires. Aussi, loin d'être perçue ici comme un véritable remède en

[1]- Jaffré Y. 2009b, « Quand on est pauvre, c'est facile de mourir », in : Jaffré Y., Diallo Y., Vasseur P., Grenier Torres C., eds, la bataille des femmes, analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest, *Paris, Faustroll, Descartes, 45-93 ; Failon J., « Privat medicalpraetice in Benin : dynamics of a growingsector, 4 th » European Conference on African Studies, Uppsala.*

situation de maladie, cette solidarité, reflète le niveau organisationnel réel des services placés sous tutelle de ces structures de santé. Au fond, la présence massive des garde-malades observée dans ces structures de santé ne traduit pas forcement l'idée de la preuve de cette solidarité envers les malades, mais cette présence met en exergue la faiblesse de l'organisation des services spécialisés de ces structures de santé.

A cela s'ajouterait un autre aspect majeur, celui des comportements socioprofessionnels peux sociaux développés par le personnel en charge de la gestion de ces services sous tutelle de ces formations sanitaires afin de mieux gérer le flux les malades. Il n'est pas à démontrer les rapports non rationnels entre malade et personnel soignant marqués par ce comportement de méfiance, de crainte, voire même de peur et de rejet. Ces comportements asociaux font que le malade s'intéresse et s'entoure plus de son milieu social qui est pour ce dernier une véritable garantie d'assurance. La faiblesse observée au niveau de l'organisation de ces services est donc par le concours de circonstance *« une passe en or »* pour ces milliers de garde-malades en situation d'attente d'une pareille occasion.

Cette situation appel bien d'autres conséquences comme : le flux des malades observé pendant les consultations, des rendez-vous médical s'étalant parfois au-delà de la durée normale pour une consultation médicale avec toutes les conséquences qui en découlent, la détérioration de l'état de santé du malade condamné contre sa volonté et selon la gravité de la maladie dans une situation de convention précaire (situation où le malade est soumis dans une longue et pénible attente pour une consultation médicale).

De même, la faiblesse observée au niveau de l'organisation de ces services met le malade et son entourage dans une situation inquiétante et d'incertitude. Dans cette situation, le malade s'en remet à lui-même et ne sait plus finalement sur quel saint se vouer avec la forte probabilité de développer en lui d'autres pathologies, telle la dépression. Elle résulte de l'incertitude de rencontrer le personnel soignant pour y recevoir des soins pour un éventuel rétablissement tant attendu. Il y a également les infections nosocomiales du fait que le malade reste longtemps en milieu hospitalisé rarement désinfecté, ...

Cette thèse s'inscrit dans la perspective d'une analyse tablée sur la faiblesse des pouvoirs publics en République du Congo qui se traduit par la mauvaise gestion de la structure hospitalière du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, ventre moue de cette présence massive des garde-malades dont la solidarité mécanique demeure le dernier recours pour les proches parents en situation de maladie.

La maladie étant donc ce triste moment de circonstance où se tisse et se renforce la *« cohésion sociale »*, il va de soi que la prise en charge médicale du malade intègre nécessairement cette dimension sociale et culturelle pour une prise en charge aussi globale du malade. De même, les visites générales des malades organisées par le personnel soignant par exemple, ne doivent plus faire l'objet d'exclusion du garde-malade au regard de son rôle. Il demeure un appui majeur tant pour le personnel soignant que pour la famille. Ainsi, la valeur du garde-malade s'apprécie en fonction de la spécificité de son rôle joué qui s'appuie essentiellement sur l'assistance et contribue au rétablissement du malade. Les auteurs comme Placidie OVOUROUSSOUMBA et Marie SCHNITZLER[2], reconnaissent bien la nécessité du rôle joué par le garde-malade en situation de maladie. Cette catégorie socioprofessionnelle manque encore dans les hôpitaux africains. La spécialisation du personnel au niveau du Centre Hospitalier de ce niveau, passe nécessairement aussi par la catégorisation de ce personnel. Or, la réalité montre qu'au niveau de cette structure hospitalière, il n'y a que des garde-malades familiaux avec une expérience empirique dans le cadre de l'exercice de leur rôle. Les incompatibilités observées dans le cadre des rapports de travail entre garde-malade et personnel soignant résultent du manque d'expérience professionnelle sur cette question de gestion du malade en ce milieu hospitalier. D'où la nécessité d'un personnel plus spécialisé. Il s'agit du garde-malade attitré qui répondra de mieux à mieux aux besoins des deux (02) principaux acteurs : le personnel soignant et le malade dans le cadre du bon fonctionnement de cette structure hospitalière dont le principe de gouvernance réside sur la division du travail et beaucoup plus sur la spécialisation des rôles des acteurs impliqués dans la gestion du malade. Quoi qu'il en soit, cette approche

[2]- Placidie OVOUROUSSOUMBA, 2015-2016 *« Rôle de garde-malade au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) : cas du Service des Maladies Infectieuses (S.M.I) ; Problèmes et perspectives »*, Rapport de soutenance en vue de l'obtention du diplôme d'Assistant Social, Ecole Paramédicale et Médico-sociale Jean Joseph Loukabou – Brazzaville (Congo) ; Marie SCHNTZLER, 2014, « le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain »,. *Science Sociale de la Santé n°1 pp.39-64.*

soufrerait dans sa pratique, de certaines limites. C'est donc ici l'occasion de repréciser les circonstances de la nécessité de la famille dans sa constitution.

La famille remonte d'une histoire commune qui explique la nécessité des liens unissant ses membres. La famille ne se décrète pas comme une loi et selon la volonté des hommes en société. Elle est l'expression d'un long processus de certaines ramifications sociales et historiques où chaque membre sent en lui la justesse d'être aimé devant un autre membre de la famille. On se connait mieux avec l'autre par l'entremise de la parenté. On vit la famille, on ne saurait par ailleurs se soustraire ou être étranger à elle. Tout prête à croire que dans la famille, tout est comme lié et s'explique selon l'Histoire et non selon la volonté des hommes dans la société. Cette représentation sociale de la famille à travers cette analyse, réitère la place de la famille dans l'organisation sociale.

L'originalité de cette thèse et les travaux de Placidie OUVOUSSOUMBA, Marie SCHNITZLER porte sur la spécificité du garde-malade qui de par sa formation se distingue du garde-malade familial. Le critère de formation professionnelle, fait de ce garde-malade spécialisé, appeler garde-malade attitré, le personnel de santé qui répondrait de mieux en mieux aux besoins et à la situation du malade.

Cependant, le garde-malade attitré bien qu'un professionnel, ne peut pas mieux connaitre le malade que le garde-malade familial, membre de famille à part entière faisant donc partie du premier cercle réputé plus proche du malade. Le garde-malade, membre de la famille connait mieux le malade dans sa sphère sociale. Ainsi, le rôle du garde-malade, membre de la famille s'accommode bien avec les réalités sociales de ces formations sanitaires. La famille est ici, l'expression des valeurs socio culturelles du bantoue. Sur ce, il revient donc à ces formations sanitaires de ce niveau, d'en tenir compte des réalités sociales du malade. Car bien soigner, c'est aussi connaitre mieux le malade dans son milieu social. Ce qui justifie bien le sens profond de ces propos : *« on ne soigne pas la maladie, mais on soigne le malade, c'est-à-dire*

la personne physique en rapport avec son milieu social.»[3] Cette relation liant le malade à son milieu social renseigne sur l'attitude à adopter par le personnel soignant qui est appelé à mieux connaitre et maitriser l'environnement social du malade. La connaissance et la maîtrise du milieu social du malade constituent des déterminants pour une prise en charge médicale conséquente. Or, la réalité de terrain tout au moins pour cette recherche montre bien que, le grand nombre des diagnostics réalisés par le personnel soignant sur le malade, n'inclus pas cet aspect environnemental ou social du malade. Ce qui influe négativement sur la chance de guérison du malade. C'est pour dire, le diagnostic clinicien présente aussi aux yeux des nombreux observateurs, certaines limites. La résolution de ce problème passe nécessairement par l'implication des deux (02) aspects, notamment celui de la prise en compte du diagnostic clinicien sur le malade et celui de la connaissance des interactions liant le malade à son milieu environnemental.

Il ressort de cette analyse que la cause de la maladie peut soit résulter du corps physique du malade, soit de l'environnement social du malade ou à défaut les deux (02) aspects. Aussi, des nombreux diagnostics médicaux ne parviennent pas aux bons résultats par le non prise en compte soit de l'un des aspects ci-haut évoqués, ou soit de l'autre ou encore les deux (02) aspects. Le personnel soignant dans le cadre de ses prestations doit de ce fait, se rendre à l'évidence que tout malade part de quelque part avec toutes ses croyances. Le recours thérapeutique auquel adhère le malade, reflète bien ces croyances. Le cas cité ici, c'est celui de la médecine moderne qui doit prendre en ligne de compte la dimension de ces croyances rattachées à la vie du malade. La prise en compte de cette dimension sociale apporte une valeur ajoutée pour mieux connaitre le malade.

Pour ce qui est de la gestion du personnel, il ressort que cette gestion détermine le fonctionnement d'une structure sanitaire. Aussi, le dysfonctionnement des services relevant particulièrement de la formation sanitaire du C.H.U-B observé dans le cadre de cette recherche qui expliquerait cette présence massive des garde-malades a pour toile de fond cette question des ressources humaines, véritable catalyseur du fonctionnement des services

[3] - Propos du Docteur SIAFOUMOU, Urgentiste, spécialiste de la Médecine de la catastrophe, Chef de Service des Urgences – C.H.U-B ; Activité : Entretien avec le personnel soignant Service des Urgences sur la thématique : *« rôle de garde-malade »*, Période d'étude du 14 Octobre au 13 Novembre 2019.

de cette formation sanitaire. Par cette gestion du personnel, il faut entendre par là, la gestion rationnelle du personnel relevant de cette structure hospitalière. Cette gestion exige avant tout la formation du personnel et sa spécialisation comme annoncé ci-haut. Ces critères répondent bien aux exigences de la division du travail dont le but recherché est la performance et la rentabilité de la structure. Or, au C.H.U de Brazzaville, la gestion de son personnel pose problème. Elle ne reflète pas l'image d'un centre hospitalier de ce nom. En effet, au niveau de ce centre hospitalier, il n'est pas étonnant de constater qu'un agent fasse ce qui ne relève pas de sa compétence, de même que cet agent n'est pas l'aptitude physique et intellectuelle d'accomplir telle ou telle tâche. Au Service des Urgences de cette structure hospitalière par exemple, le brancardier renseigne le malade au niveau de la consultation. Ce qui relève pourtant du domaine de compétence du Service d'Accueil ou de Réception. De même, voire un brancardier monter une perfusion à un malade, l'injecter. Ce qui est également du domaine exclusif de l'Infirmier ; on peut voir un malade se faire consulter par l'Infirmier. Ce qui est de plus, du ressort du Médecin, ... Cette confusion de rôle entretenue par certains agents de ce *« service miroir »*[4] ne correspond pas au profil de chaque catégorie du personnel en fonction des tâches assignées. Ce qui crée des sérieuses difficultés notamment au niveau de la gestion des malades et entame de plus sur la rentabilité de la structure, voire le rayonnement de son image.

Ainsi, le dynamisme et la rentabilité d'une structure de santé dépend étroitement du dynamisme de son personnel. Ce dynamisme répond à la question de la délimitation du rôle de chaque agent dans cette structure. Qui fait quoi ? Sous qui ? Pour qui ? Pourquoi ? Et pour quel objectif ? Ces questions mettent en relief les principes de gouvernance nécessaires adaptés à la réalité de la structure hospitalière du C.H.U de Brazzaville. Ainsi conçue de la sorte, chaque agent de cette structure, saura sur quoi s'en tenir. Perçue de cette manière, il ne se poserait aucune confusion dans l'accomplissement des rôles dans le cadre des rapports de travail. Car la gestion de la structure obéirait dès lors aux principes de gouvernance désormais connus de tous et qu'à ce sujet le problème de garde-malade ne pourrait pas par contre se poser dans la gestion de cette structure hospitalière.

[4]- Le Service des Urgences est perçu ici comme un service de référence. Ainsi, l'image de la structure hospitalière du C.H.U-B passe nécessairement par la qualité des prestations de son personnel dans toute sa représentation au niveau du Service des Urgences.

Cependant, la réalité de terrain qu'offre cette structure hospitalière à la lecture de ce triste phénomène, celui de cette présence inquiétante des garde-malades, qui crée un dysfonctionnement au niveau des services, interpelle d'emblée la gestion des ressources humaines dont le rôle est de moins en moins effacé. Cette présence des garde-malades devenant très inquiétante interpelle plus d'un observateur au regard de cette gestion des ressources humaines. Ce qui justifie d'ailleurs l'intérêt que revêt cette recherche. Aussi, est-il vrai que ces règles de gouvernance soit-elles connues de tous, ce qui garantirait au mieux la crédibilité de l'établissement dans son fonctionnement. Mais il se poserait la question de l'applicabilité et du suivi de ces règles de gouvernance.

Or, la réalité de terrain montre qu'aucun suivi n'est réservé à ces règles de gouvernance au point où se crée un vide, une vacance de pouvoir. La contrainte sur la nécessité de la loi est pratiquement inexistante. Chacun fait ce qui est de son pouvoir. La répression comme outil de sanction à tout contrevenant pour la bonne marche de la structure, n'existe que de nom. Ce qui facilite l'accès à ces milliers des garde- malades d'élire pour domicile cette structure hospitalière du C.H.U-B avec toutes les conséquences qui en découlent.

A contrario, tout proche du C.H.U-B, l'Hôpital militaire Pierre MOBENGO de Brazzaville qui exerce la contrainte de la loi, parvient à contrôler le flux de ces garde-malades. Aucun débordement n'est observé. Malgré le degré de solidarité dont-ils témoignent de leurs proches malades, ces garde-malades sont tous soumis au strict respect des directifs des gestionnaires de cette structure hospitalière, où règne discipline et rigueur. Là encore, faut-il se poser la question de savoir, si cette rigueur instaurée au niveau de cet hôpital serait-elle l'œuvre de la violence dont font recourt les agents de cet établissement hospitalier militaire devant ces garde-malades ? Faut-il chercher à comprendre comment cette rigueur dont l'action porte sur la régulation de la présence des garde-malades dans cet établissement hospitalier s'explique à partir de l'imaginaire de la violence qui caractérise l'institution de l'armée et les structures sociales et économiques sous sa gestion ?

Pour répondre à ces questions, il convient de montrer que l'identité culturelle de la violence physique et verbale à laquelle s'attache l'institution de l'armée influe certes sur son mode

d'organisation. Mais c'est bien le suivi des directives de la hiérarchie qui explique la régulation du phénomène de garde-malade. A ces jours, cet établissement de santé a presque conquis la confiance de la population au regard de la qualité de ses prestations. A cela il faut ajouter que la rigueur observée au niveau de l'hôpital militaire sur la gestion de ses garde-malades n'est pas synonyme de l'abstraction à la solidarité mécanique qui est une identité socio culturelle des sociétés africaines observée en milieu hospitalier. Cette solidarité a bien sa place. Cela se justifie pendant les heures de visites instituées par cet établissement où les proches des malades manifestent tout leur soutien à leurs malades. Ce qui n'est pas le cas au C.H.U-B, où même bien que ces heures de visite sont connues du grand public, mais toujours est-il que les garde-malades envahissent cet établissement même pendant les heures de travail. Ce qui suscite une analyse dont les développements qui vont suivre pourraient édifier davantage notre lanterne sur les motivations de cette présence aussi importante.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE

La République du Congo compte plus d'une dizaine d'hôpitaux (Hôpitaux de base, Hôpitaux de Référence, Hôpitaux Généraux, un Hôpital Spécialisé récemment installé à Oyo)-Et Brazzaville, la capital a actuellement un Centre Hospitalier et Universitaire. Toutes ces structures sanitaires contribuent à assurer une couverture médicale sur l'ensemble de l'étendue du territoire national. Malgré la présence de cette chaîne hospitalière, le C.H.U de Brazzaville, hôpital de 3ème niveau, une référence pour tout le pays, comparé à l'Hôpital des Armées Pierre MOBENGO de Brazzaville et bien d'autres structures de santé de la place, compte un nombre impressionnant des garde-malades au point d'interpeller plus d'un observateur. Leur présence massive incite à réfléchir sur le dysfonctionnement des services sous tutelle du C.H.U-B et la solidarité mécanique à laquelle s'ajoute l'inadéquation entre les nouvelles attentes des malades et l'état actuel de ce centre hospitalier. Aussi, le niveau de prestations actuelles de ce centre hospitalier de référence suscite des nombreuses plaintes quotidiennes de ses malades.

Ces plaintes ont entre autres pour toile de fond : la mise en cause de la qualité de la prise en charge des malades, la qualité du personnel soignant de ce centre hospitalier à laquelle

s'associe l'absence de l'éthique professionnelle qui se traduit par le comportement d'abandon, s'intéressant plus à la quête des *brebis à rançonner*[5].Ce qui justifie ce comportement de manque d'amour pour le travail bien fait et bien accompli, lequel n'arrange pas la situation du malade… Ces plaintes des milliers des malades de ce centre hospitalier, justifient bien cette présence massive des garde-malades autour de leurs proches malades. Cette présence massive des garde-malades au-delà de leur rôle d'assistance, auquel s'ajoute celui d'assurer la liaison entre les acteurs intervenant dans la prise en charge du malade en milieu hospitalier, ces garde-malades ne sont pas encadrés par le Service de la Salubrité et Sécurité Sanitaire (S.S.S.S). Service placé sous contrôle de la Direction des Soins Infirmiers (D.S.I) en sa seconde section, celle de la Sécurité Sanitaire (S.S), en partenariat avec la Société Privée de Gardiennage et de Sureté, SO.MA.C. S.A.

Cette société de sécurité privée, succède au service de Police depuis 2017. Ainsi, en dehors de son rôle régalien, celui de la sécurisation des biens du C.H.U-B, de son personnel et de ses malades, ce service de sécurité privée s'assigne également pour tâche, celle de réguler le flux des garde-malades devenant de plus en plus inquiétant. Leur présence à des conséquences non seulement au niveau de la détérioration de l'espace environnemental hospitalier (état de salubrité très avancé, pollution sur toutes ses formes, existence des foyers des marchés de fortune occasionnant ainsi l'apparition d'autres phénomènes susceptibles de mettre en cause la quiétude retrouvée progressivement des malades hospitalisés dans leur rétablissement,…), mais cette présence massive de ces garde-malades, contribue aussi à la désorganisation du programme de travail du personnel soignant.

2. POINT DES TRAVAUX OU REVUE DE LA LITTERATURE

Cette étude n'est pas la première qui soit consacrée à cette thèse de Doctorat sur cette question de garde-malade. Pour se faire, plusieurs travaux antérieurs qui abordent la même question ont été convoqués dans le cadre de cette revue de la littérature.

[5]- L'expression *« brebis à rançonner »*, renvoie à l'offre non réglementé du personnel soignant proposé aux malades et à leurs proches pour certaines prestations : l'approvisionnement en produits pharmaceutiques, le déplacement du malade d'un service à un autre et bien d'autres services moyennant contrepartie.

Pour cette revue de la littérature, nous convoquons Stéphane Delberghe d'Atanor et Michel Teller *(Similes)*[6] (2011), *« les familles comme partenaires de soins en santé mentale »*. Ces auteurs pensent que, le garde-malade est généralement un membre de la famille. Il faut entendre par la famille dans une approche sociologique, *«les proches, l'entourage, qui peut parfois se réduire à une seule personne.»* Les membres de cette famille proche partagent deux caractéristiques communes : ils se sentent concernés par la situation et ils bénéficient si possible de la confiance du patient. Celui-ci est donc tout à fait libre de bouleverser une hiérarchie traditionnelle s'il préfère accorder confiance à l'un plutôt qu'à l'autre.

Dans ce sens, un patient au cours de rencontres avec des acteurs du secteur de la santé mentale et d'échanges avec des patients, des proches et des professionnels de santé réunis au sein de focus groups : des groupes de discussion thématiques qui favorisent la confrontation constructive des points de vue et des perceptions, ce patient rapporte qu' *« il n'existe pas de hiérarchie naturelle dans la famille, c'est toujours au patient de décider à qui il fait le plus confiance. S'il a plus confiance à un cousin ou un ami que son propre père, eh bien c'est comme ça ! »*

ST-ONGE Johanne (2002), dans son ouvrage intitulé *« la Gestion de Ressources Humaines »* développe des mesures principalement regroupées sous trois (03) axes : Acquisition, Développement et Rétention. L'ensemble de ces actions visent à fournir à l'organisation une main-d'œuvre productive, stable, motivée et satisfaites. »

Ces activités sont :

- les activités d'acquisition : Pour l'auteur, ces activités font référence à la description des postes et des profils recherchés, la planification des effectifs, le recrutement et la sélection, l'accueil et l'intégration du personnel.

- les activités de développement : Ce sont des activités, qui pour l'auteur, font référence à la collecte des besoins de formation continue, la gestion de carrière en lien avec

[6]- Similes : est une Association des familles et amis des personnes atteintes de troubles psychiques. Siège de l'Association : Wallonie, Boulevard Beaufraitpon 19/2, 3042 Chénée. Téléphone : 04/344. 45. 45 Wallonie. Org. Www. Org.

le système promotionnel, l'élaboration des programmes et la réalisation des activités de formation, l'évaluation du rendement.

- les activités de rétention : Ces activités font référence au(x) condition(s) de travail (congés, mesures disciplinaires, équipement et matériels,…), système de rémunération, avantages sociaux (logement, assurance, gratuité des soins), climat de travail.

Au regard de ce qui précède, ces trois (03) principales activités contribuent au fonctionnement de la structure dans sa cohésion.

La spécificité de cette approche réside sur la répartition strict par axe d'activités au sein de la structure avec pour conséquence la délimitation des tâches et des rôles. Chaque secteur d'activité fait intervenir une catégorie d'homme aux tâches et rôles précises. Il ressort l'idée de la division du travail. Cette configuration nous amène à penser que si un tel système pourrait- il être implanté au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville où les garde-malades sont en nombre croissant. Ce système rimerait bien avec la réalité sociale de cette structure hospitalière inondée par la présence de ses garde-malades.

L'article de Marie Schnitzler (2014) « Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain : une thématique négligée ? », nous a servi aussi d'orientation dans le cadre de ce travail. En effet, *« L'entourage perçu sous d'autres cieux comme un acteur oublier »,* nous renseigne sur la nécessité de l'historique de l'entourage du malade, mais aussi sur celle de la triade : garde malade, malade et personnel soignant. L'auteur nous rapporte que, *« le rôle de l'entourage du malade a peu été traité dans les sciences sociales. L'anthropologie médicale classique s'intéressait aux systèmes médicaux « traditionnels. » (S'inspirant des travaux de Hours en 1999) et les pratiques occidentales n'ont donc été abordées qu'assez récemment. Du côté de la Sociologie médicale, développée dans les années 1950 aux Etats Unis, quatre thèmes dominaient :*

- *le lien entre le malade et la société ;*
- *les relations médecin-patient ;*
- *l'organisation hospitalière et la profession médicale ;*
- *les dimensions économiques et politiques de la santé. »*

Le retard observé dans le traitement de la problématique de garde – malade jusqu'à cette période de l'histoire, se trouve également renforcé davantage par les travaux de Cresson (1997) qui, justement étudie la question de *« soins domestiques en France »*. Ces travaux ne donnent aucune place à la famille, accomplissant le rôle de garde-malade. C'est ainsi, avec l'émergence des études sur les maladies chroniques, ces maladies suscitent un enjeu et les recherches y relatives débouchent sur une double réflexion sur l'évidence de la nécessité de la place de l'entourage qui a pour conséquence, l'intégration de la famille dans un milieu hospitalier d'un côté et les soins donnés à domicile de l'autre côté.

Le tour revient alors à Fainzang (2006) de conclure dans ses travaux sur les patients français en oncologie illustrent ce face à face avec finesse, ainsi que l'importance de l'entourage et de sa présence durant les consultations et, déclare à ce sujet : *« L'entourage présent participe donc à la négociation des soins. »*

Noëlle BALLOUZ (2005) dans *« Parcours de soins du patient hospitalisé et implication de l'entourage familial : quelle contribution pour la Direction des Soins ? »*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique Renne (France), aborde l'approche de la qualité de l'entourage pour un malade.

Au-delà du rôle controversé de garde-malade, c'est-à-dire, celui de sa reconnaissance, en terme de nécessité sur sa présence d'une part, et celui de rejet, en terme d'incompatibilité dans ses rapports avec le personnel soignant d'autre part, Noëlle BALLOUZ à travers ces travaux, s'interroge sur la question de savoir *« comment les familles peuvent être aidantes au regard de l'évolution de la société ? »*

Ses travaux ont eut une influence sur la tenue de la conférence du 10 mars 2005, organisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.R.M) sur les journées de la Santé- Inégalités-Ruptures Sociales (S.I.R.S) autours des thématiques comme : *« La famille face à ces malades : Quelles ressources ? Quel rôle ? A quel prix ? »*. Cette conférence met en exergue la question des déterminants sociaux de la santé par rapport aux rôles des familles face aux maladies qui, se résument sur une question essentielle, celle que

rapporte l'auteur sur *« l'impact de l'entourage sur la santé des personnes malades »*, en d'autres termes, *« Quel est l'impact de la maladie d'un proche (dans la cellule familiale par exemple) sur son ou ses « aidants » (parents, conjoints enfants, ...) ? »*

Ces questions évoquées au cours de cette conférence du 10 Mars 2005, soulèvent le problème d'entourage du patient abordé par les auteurs précédents. L'auteur s'inscrivant certes sur la même perspective que ses prédécesseurs, définit au préalable le concept de l' « entourage du patient », détermine son âge et sa capacité ou l'état de cet entourage. Ainsi, par entourage du patient, l'auteur entend, les différents acteurs qui peuvent être qualifiés « d'entourage » tels que les amis, les bénévoles. L'auteur met un accent particulier sur un type d'entourage, celui de la famille qu'il estime mieux en raison de son importance, car il constitue le premier cercle d'assistance en situation de maladie. La famille, déclare l'auteur : *« peut-être considérée comme un acteur primordial de la santé. Elle prodigue des soins accompagne ses malades (...). Elle est également un lieu de transmission et de formation de comportements de santé, liés par exemple à l'hygiène et à l'alimentation. D'une façon générale, elle oriente les expériences vécues par les malades. »* De ce point de vue, la famille est perçue comme le premier garde-malade plus proche du malade.

Bernard MARTORY et Daniel CROZET (1988) dans leur ouvrage intitulé *« Gestion des Ressources Humaines »*, définissent la Gestion des Ressources Humaines à travers une Direction dont ils assignent des tâches ou missions précises. Ces auteurs orientent l'action des Ressources Humaines sur trois (03) axes complémentaires à savoir : administrer, communiquer et gérer.

Paul R. BELANGER (1991) dans son article, « La Gestion des Ressources Humaines dans les établissements de santé et de Services Sociaux : Une impasse », conceptualise la question de « Gestion des Ressource Humaines » à travers un vocable qu'il appelle : le « Taylorisme»[7], structuré en deux modes : un mode de division du travail et un autre mode de coordination des tâches.

[7]- Ce concept vient de la commission Rochon, encore appelée la Commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux (1988) qui pose un diagnostic extrêmement sévère sur la Gestion des Ressources

Dans le mode de division du travail, on y consacre une stricte séparation entre conception et exécution des tâches. Ici, l'accent est mis sur deux catégories des personnes : les décideurs (dont le rôle s'articule essentiellement sur le fait d'arrêter les mesures) et les concepteurs de poste de travail (dont la tâche s'analyse uniquement dans la conception).

Pour ce qui est de la coordination des tâches, le monopole de la conception reconnu aux catégories des personnes accomplissant la fonction de planificateur et de coordinateur, cette fonction leur permet d'analyser scientifiquement le travail, de faire une répartition des tâches correspondant à chaque catégorie de personne, de faire la description du poste de travail, ses mécanismes de fonctionnement et de déterminer le temps dans son exécution. Il en résulte une spécialisation dans le travail, d'où d'ailleurs le sens de rapport entre catégorie de personne et le poste de travail. Mais, ce rapport de correspondance exclus l'interaction entre salariés et privilégie par contre l'axe de rapport salarié et la hiérarchie la plus rapprochée.

Dans l'organisation de la structure, la fonction du réalisateur et celle de l'exécutant s'assimile à celle accomplie par le personnel qui est ici perçu comme l'exécutant de directives et des procédures édictées par le concepteur. Ce qui revient à dire que, le personnel joue un rôle de second plan et le concepteur apparaît ici comme l'épicentre même de l'organisation.

Aussi, le Rapport définitif présenté conjointement par : Hélène STROHL, Jean Paul BASTIANELLI, Gérard LAUREND et Christian PLANES-RAISENAUER (2007), tous membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (I.G.A.S) sur : *«Gestion et Utilisation des Ressources Humaines dans six Etablissements de Santé Spécialisés en Psychiatrie»*, Tome I/III n°2007-003P, s'inscrit dans cette perspective. En effet, ce rapport structuré en quatre (04) parties dont les trois (03) premiers évoquent ici, les difficultés auxquelles sont confrontés les six (06) Etablissements de Santé Spécialisés en Psychiatrie et

---

Humaines dans les établissements de santé et des services sociaux. Elle y constate *« un sentiment de malaise général et profond chez le personnel » ; « Un climat de travail détérioré »*, des Ressources Humaines *« démotivées et peu valorisées, négligées et mal gérées »*. La commission Rochon a donc observé ce profond malaise qui sévit parmi les praticiens sociaux, et les commissaires l'on attribué au style de gestion qualifie de « Tayloriste.»*(« Pratiques sociales au Québec »* P.134.)

la dernière partie consacrée à la lecture et proposition des solutions aux difficultés de ces Etablissements psychiatriques.

L'enjeu de ce rapport pour notre recherche, est de montrer la nécessité de la capacité organisationnelle d'une structure hospitalière, facteur déterminant de la gouvernabilité de ces ressources humaines.

Appréciant la première partie de ce rapport sur : L'attribution des moyens aux établissements psychiatriques, les auteurs notent que cette attribution n'obéit à aucune règle cohérente. Ils mettent en exergue l'affectation du personnel à chaque niveau d'établissement hospitalier effectuée par des autorités de la tutelle : Agence Régionale Hospitalière (A.R.H) et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S) sur la base du projet établi par les établissements. Cette approche débouche sur l'analyse des points suivants : la tarification à l'activité ne s'applique pas à la psychiatrie, qui se voit fixer des moyens sans réelle méthode. Les données sur l'activité recueillies dans certains établissements ne permettent pas de servir de base à une tarification et enfin, la difficulté qu'il y a d'apprécier la bonne allocation de moyens en Psychiatrie.

Hélène STROHL, Gérard LAURAND, Jean Paul BASTIANELLI et Christian PLANES-RAISENAUER, auteurs du rapport *« Gestion et Utilisation des Ressources Humaines dans six établissements de Santé Spécialisés en Psychiatrie »*, parviennent à mettre en évidence dans leur conclusion, le lien de cette question de garde-malade avec celle la Gestion des Ressources Humaines. Ce lien est d'un intérêt capital et donc nécessite de ce fait, une approche méthodologique pour comprendre les enjeux y relatifs.

La question de l'entourage, la famille en particulier, dans son implication dans la gestion du malade en milieu hospitalier, est abordée dans une autre approche plus spécifique par K.F. LAHOUEL et M. MEBTOUL (2011)[8]**.** En effet, dans un article conjoint intitulé « le rôle du garde-malade auprès des personnes en situation de handicap au Centre Hospitalo-

[8]- La famille et les proches face au handicap ; « Le rôle des garde-malades auprès des personnes en situation de handicap au Centre Hospitalo-universitaire d'Oran (Algérie) » *; Elsevier Masson SAS. Journal de réadaptions médical 2011 ; 31 :36-45.*

universitaire d'Oran (Algérie) », ces auteurs abordent cette question dans ses aspects relatifs au premier rôle du garde-malade, son contact avec le corps biologique du malade en situation d'handicap, celui de son savoir-faire comme personnel profane de santé et l'activité de la manutention entreprise par ce dernier dans les circonstances imposées, …

Dans un premier temps, ces auteurs abordent l'aspect du premier rôle de garde-malade, celui d'assistance aux soins primaires, c'est-à-dire assister le malade dans ces besoins quotidiens avant l'intervention du personnel soignant qui, n'intervient que sur l'évaluation technique. Dans cette tâche, le garde-malade est au centre de la vie du malade. Il apporte secours. Prend soin d'apprécier sinon d'évaluer la situation du malade avant d'informer le personnel soignant. L'on conviendrait bien qu'il y a un travail important qui se fait en amont. Seulement, ce rôle apparait comme effacé.

Dans son article : « Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain » publié en 2014, Marie SCHNITZLER étudie sur l'hôpital de Ménontin, République du Bénin. Dans cet article l'auteur insiste sur l'importance à donner au travail des garde- malades. Dans cet Hôpital, comme d'ailleurs dans d'autres structures de santé, la directive limitant le nombre des garde-malades par malade affichée sur une simple feuille A4 dans les salles d'hospitalisation et les chambres, ne suscite pas l'adhésion massive de ces garde-malades qui ne cessent d'envahir les malades au point d'être une pratique institutionnalisée**.** MEBTOUL (2010a : 12) dans ces travaux souligne que : *« Les familles sont contraintes d'investir activement les espaces domestiques et professionnels face aux multiples failles institutionnelles. »* Il déduit donc pour conclure que, *« La place particulière attribuée à la famille serait donc liée au manque d'effectifs dans les hôpitaux. »*

Armandide FILLOL, E. BONNET, A. KABORE, J. BASSOLE, V. RIDDE (2015), *Note de recherche*, ces auteurs dans le cadre de l'appui de Recherches et Interventions Communautaires pour l'Equité en Santé au Burkina Faso, ces auteurs nous rapporte que les associations au même titre que le garde-malade, personne physique, interviennent dans le cadre d'offrir une prise en charge médicale aux patients non accompagnés dans les Services

d'Urgences des hôpitaux au Burkina Faso. Tel est l'engagement de l'association *« Contact Hors Limites (C.H.L).*

Les actions entreprises par ces associations dans le cadre de la prise en charge médicale aux patients non accompagnés dans les hôpitaux de Burkina Faso mettent en exergue la nécessité d'être accompagné sans proche parent, mais par une personne morale.
La maladie devenant une préoccupation dans la société à cause de nos imaginaires qui nous ramène à la mort, sa prise en charge suscite autant d'approches.

Edmond VII MBALLA ELANDA[9] (2011) dans son article, «Les profanes « professionnels » de santé : le garde-malade au cœur de l'organisation du système de santé au Cameroun », rejoint l'approche précédente en reconnaissant l'importance du garde-malade dans la gestion du malade en milieu hospitalier. Au pire, la particularité de cette importance se fonde surtout sur le nombre croissant des gardes - malades par rapport aux malades, objet de cette présence massive, du sachant, c'est-à-dire du personnel de santé.

Ce qui justifie bien la place prépondérante du profane au-delà de celle du professionnel de santé. Cette présence motive les malades, assure un réconfort psychologique au malade en rapport avec ses déterminants socioculturels. En Afrique, l'assistance physique rassure la guérison[10]. Son absence par contre, cause un désagrément sur l'état psychique du malade. Ainsi, l'observation dont le malade déplore l'absence de son proche, illustre bien cette situation rapportée par l'auteur dans son article. L'on conviendrait aisément avec cette approche pour conclure sur l'importance de garde-malade comme rapporte l'auteur.

[9]- Doctorant en Sociologie, Université de Yaoundé 1.
[10]- La maladie est source des représentations socioculturelles. Si en Occident, un malade peut se retrouver seul à l'Hôpital, il va de soi avec leur culture. En Afrique par contre, l'assistance est un facteur déterminant dans la guérison du malade. Cette assistance s'appuie sur les déterminants socioculturels qui du reste, enseignent la culture de la solidarité et qui voudraient bien que, la personne malade mérite toute assistance. Etre seul, traduit la solitude qui exprime la pauvreté, source de rejet en société. La ressource humaine, un puissant remède qui rassure le malade. Elle est de ce fait, une fortune. Le nombre des garde-malades autour du malade, justifie bien son statut social. La vie du malade n'a de sens que, dans l'interactionnisme qu'il noue avec son assistance, voire la précédente étude sur : *« Problématique de garde-malade au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) », 2016-2017,Mémoire pour l'obtention du diplôme de Master Recherche – U.M.NG., P.P.2-8).*

Les travaux d'Edmond VII MBALLA ELENDA sur « les profanes professionnels de santé : le garde-malade au cœur de l'organisation du système de santé au Cameroun » , ont eu le grand mérite d'enrichir le débat sur cette question de garde-malade en réalisant une « *autopsie* » sur la personne de garde-malade en vue de diagnostiquer son mal, le soigner et le rendre utile dans la chaine des valeurs des acteurs socioprofessionnels intervenant dans la gestion du malade en milieu hospitalier. Ces travaux mettent en exergue la véritable identité de la personne de garde-malade. Cette personne au chevet du malade, n'est pas un malade en consultation. Mais, participe au rétablissement du malade en complément des effectifs du personnel soignant. Si le médecin devant le malade, détient le pouvoir de guérison, de sauver sa vie en danger, le garde-malade de son coté de par son *«savoir-faire du profane»*, détient aussi le pouvoir de guérison sur ce malade. Chacun agit selon son savoir-faire.

DJEDOSSOUM NAOUNDANGAR, Cadre Supérieur de Santé, Consultant National et l'un des participants à l'atelier de rédaction à BAKARA du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé du Tchad (2010), met l'accent sur le personnel et dans tous ses enjeux : sa diversification, ses effectifs et bien d'autres enjeux comme base des Ressources Humaines dans une formation sanitaire.

La seconde idée, est celle de la formation de ce personnel qui obéit à l'armature organisationnelle de l'institution abritant cette formation, mettant au profit de ce personnel des enjeux comme : la spécialisation, la catégorisation socioprofessionnelle, la formation continue, …

Pour le cas du Tchad, la formation du Personnel de Santé est assurée par les Facultés de Médecine dont une Publique, la Faculté des Sciences de la Santé de N'Djamena (FACSS), une autre Privée, la Faculté de Médecine le *«Bon Samaritain »*, l'Institut Universitaire des Sciences et Techniques d'Abéché (I.U.S.T.A), les Ecoles Interrégionales de Santé (E.I.S), les Ecoles Confessionnelles et Privées (E.C.P) et l'Ecole de Formation des Auxiliaires des Services des Armées (EFASSA).

Le mérite de ce Plan Stratégique, est celui d'avoir mis en évidence ces deux (02) aspects fondamentaux du développement des Ressources Humaines. Ce grand mérite vient donc en appui aux autres points stratégiques de la Politique de développement des Ressources Humaines pour la Santé (R.H.S). En effet, une des six (06) orientations de la Politique Nationale de Santé (P.N.S), certes définie tard, a trait au développement et à la gestion rationnelle des Ressources Humaines.

Un autre auteur a retenu notre attention, Placidie OVOUROSSOUMBA EGONGUI (2016**),** « *Rôle des gardes – malades au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) : Cas du Service des Maladies infectieuses (S.M.I) ; problèmes et perspectives* », à travers ces travaux, l'auteur nous montre également cette diversité du nombre important de l'entourage du malade qui en dehors du cercle de la famille, peut soit être constitué d'autres cercles d'affinité. En effet, sur un échantillon représentatif des quatre (04) malades enquêtés, un premier malade, a un garde-malade. Ce qui est d'ailleurs la règle ; un deuxième malade, a sept (07) ; un troisième malade, a huit (08) ; le dernier malade, a quatorze (14).

Ce nombre croissant de l'entourage, dans toute sa diversité et représenté selon le cercle d'appartenance du garde-malade, montre bien la place prépondérante de l'entourage dans la gestion du malade dans cet espace hospitalier. Cet entourage agit sur le corps du malade. En effet, les services ou prestations du garde- malade avec ceux du personnel soignant, se déroulent ou se matérialisent dans un même espace, celui de l'hôpital, et sur un seul corps, celui du malade. Il en ressort que la mise en relief du corps du malade dans l'environnement de l'hôpital, dernière approche de l'auteur, nécessite aussi bien l'entourage du malade au cœur de sa gestion. Cela témoigne également de notre culture.

Il en ressort que cette revue de la littérature consacrée à cette question de garde-malade qui s'ouvre à l'universel en raison de l'implication de la diversité de ses auteurs qui l'aborde, pose le problème en termes des critères définissant le garde-malade. Celui-ci selon ces auteurs, peut soit être une personne physique comme membre de famille, soit personne morale comme une structure sociale en charge de la gestion du malade en milieu hospitalier. L'affinité est le seul moyen de communication qui lie le malade de son proche. Cette affinité

diffère selon la nature des rapports entretenus entre les deux acteurs (le malade et son proche). En conséquence, le garde-malade peut donc soit sortir du milieu familial, comme indiquer ci-haut, du milieu religieux, du milieu professionnel et bien d'autres formes d'organisation de la vie sociale. Cette affinité préside à la définition de la personne du garde-malade à qui on assigne un rôle traditionnel ne répondant malheureusement plus en fonction des mutations sociales imposées par l'univers hospitalier qui s'oriente et se détermine en fonction des réalités sociales de nos jours.

Cependant, loin d'enfermer le garde-malade dans un rôle révolu dont il a du mal de s'adapter aux exigences de l'univers hospitalier en perpétuels mutations sociales, l'approche développée par ces auteurs présente une limite majeure, celle de juste penser à la définition de la personne de garde-malade sans au préalable lui donner des outils nécessaires pour accomplir ce rôle. C'est pourquoi, il nous revient le mérite dans cette thèse de donner une identité réelle et complète du garde-malade qui se définie non seulement de part son origine, c'est-à-dire son lien social d'attache. Mais cette identité devrait être définie à travers son rôle dans le cadre de la prise en charge du malade. Ce rôle repose donc sur la gestion de l'information par le garde-malade, son courage et sa mobilité qui sont ici, les critères le définissant dans son entièreté.

Par la gestion de l'information, le garde-malade disposerait d'un atout majeur pour mieux géré le malade en milieu hospitalier. En effet, se soigner s'est s'informer au préalable ce sur quoi faire. A ce sujet, il faut reconnaitre que l'information joue un rôle de premier plan.

Le courage par contre est une nécessité pour le garde-malade en milieu hospitalier. En effet, le courage du garde-malade à travers ses initiatives comme contribution au rétablissement du malade, le rassure. Le milieu hospitalier nécessite avant tout le courage dans les initiatives entreprises.

Pour ce qui est de la mobilité, elle fait partie également de l'un des atouts majeurs dans l'accomplissement du rôle de garde-malade. En effet, le garde-malade doit être réactif et prompte devant la situation du malade. Le moindre retard peut couter la vie du malade.

A travers ces atouts, on passe d'une définition juste de forme pour une définition plus pratique et opérationnelle du garde-malade répondant ainsi donc aux exigences de l'univers hospitalier en pleine mutations sociales selon les besoins du malade hospitalisé.

Les différentes études que nous venons de présenter dans notre revue de la littérature bien que s'intéressant à une même thématique que la nôtre, n'abordent pas la question des gardes-malades de la même manière que nous. Les uns s'intéressent au rôle des gardes-malades, les autres mettent l'accent aux problèmes qu'ils posent à l'organisation du système de santé. Notre thèse bien qu'elle analyse les incidences aussi bien positives que négatives de la présence des garde-malades sur la prise en charge médicale des malades, insiste sur le fait que cette présence est plus positive que négative et mérite d'être maintenue tout en étant encadrée par des dispositions juridiques nécessaires.

3. PROBEMATIQUE

Partout dans le monde, les malades sont assistés par des garde-malades dans les hôpitaux. Ceux-ci peuvent se retrouver avec des garde-malades attristés ou des garde-malades familiaux selon l'organisation de la structure. Si dans certains pays, la question de la présence des garde-malades ne constitue pas un réel problème, dans d'autres cette présence pose effectivement un problème au niveau de l'organisation du système médical.

En effet, la bonne organisation des soins, nécessite l'exclusion de la présence de ces garde-malades, souvent source des problèmes qui s'expliquent au niveau des interactions entre les deux acteurs, personnel soignant et garde-malade. Aussi, de cette présence génère certaines conséquences tant au niveau du personnel soignant dans le cadre de ses prestations que du côté du malade, bénéficiaire de la prise en charge médicale. Au niveau du personnel soignant, l'envahissement des salles d'hospitalisation par ces garde-malades par exemple, ne donne pas la possibilité à ce personnel de bien prester. A cela s'ajoute, un fait important, le savoir profane de ces garde-malades, met en difficulté des initiatives relatives à l'organisation des soins, etc. On s'aperçoit que la présence des garde-malades pose donc des problèmes au niveau d'organisation des soins.

Seulement, il faut noter que cette présence qui cause problème diffère de tel ou tel niveau d'organisation de chaque hôpital et de chaque société. C'est ainsi, si dans d'autres hôpitaux selon le niveau d'organisation au plan mondial, la présence des garde-malades ne se pose pas, au Centre Hospitalier et Universitaire en République du Congo, cette présence pose bien des problèmes. Ceux-ci s'analysent comme annoncer ci-haut au niveau des rapports qu'entretiennent garde-malades et personnel soignant. Ainsi, la question qui se pose est celle de savoir pourquoi la présence des garde-malades pose-t-elle problème au niveau d'une structure hospitalière. Le niveau d'organisation de chaque hôpital peut ici être la cause ou non de cette présence. Aussi, au C.H.U de Brazzaville en République du Congo, la présence des garde-malades cause problème parce qu'elle constitue une difficulté majeure dans le cadre des prestations du personnel soignant.

4. QUESTIONS DE RECHERCHE

4.1. Question centrale

- Quels sont les facteurs déterminant le phénomène social de garde-malade récurant au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville ?

4.2. Questions secondaires

- le fait social de garde-malade résulte- t-il du dysfonctionnement des services sous tutelle du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville ?
- les facteurs socio culturels sont-ils responsables du fait social de garde-malade au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville ?

5. HYPOTHESES DE RECHERCHE

Cette étude s'appuie sur une hypothèse générale et des hypothèses secondaires.

5.1. Hypothèse centrale

- La faiblesse de la gestion des services sous tutelle du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville et la culture bantoue constituent des facteurs déterminant du phénomène de garde-malade.

5.2. Hypothèses secondaires

- les comportements liés à la culture bantoue pourraient expliquer le fait social de garde-malade observé au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville.
- les limites managériales induiraient le phénomène de garde-malade au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville.

6. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Cette étude met en évidence le dysfonctionnement structurel du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville dans sa complexité et aussi la problématique de garde-malade qui nous ramène à la fois à la condition sociale du malade et aux habitudes culturelles.

Aussi, la présence massive des gardes-malade nous renvoie aux diverses attentes qui souvent passent inaperçues (le don contre don). A ce sujet, plusieurs exemples illustrent bien cela : Le malade m'a aidé, je lui rends donc visite à l'hôpital ; la croyance à la sorcellerie qui nécessite pour le malade la présence d'une assistance conséquente. En effet, plus qu'on est nombreux au tour du malade, plus qu'on chasse l'esprit du diable, cause de la maladie ; la présence du chef de famille qui parle pour le malade, rassure ce dernier dans son rétablissement ; la présence des religieux qui, pour leurs prières, chassent les mauvais esprits au tour du malade. Des faits susmentionnés, cette étude s'assigne également les objectifs suivants :

6.1. Objectif général de l'étude

Cette étude consiste à évaluer le mode de gestion en déterminant les facteurs socio culturels responsables du phénomène de garde-malade au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. A cet objectif principal, l'étude s'assigne également des objectifs spécifiques.

6.2. Objectifs spécifiques de l'étude

Cette étude permet d'évaluer la qualité des services de prise en charge des malades au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Aussi, cette question de prise en charge s'apprécie dans l'analyse de certaines réalités sociales qui minent le fonctionnement de cet établissement de santé public. Entre autres :

- la qualité du personnel soignant de ce centre hospitalier dont la réalité de terrain montre bien qu'il n'est plus en mesure de contenir le flux des malades en consultation. Des nombreuses plaintes des malades au sujet des longues attentes pour la consultation, des difficultés d'orientation, du suivi médical, … justifient bien l'inadéquation entre les effectifs du personnel soignant en déficit par apport au niveau des attentes de ces malades ;

- la qualité des services de prise en charge des malades dans ce centre hospitalier, remonte aussi sur l'analyse de cet aspect managérial du personnel, celui de la prise en charge de ce personnel soignant par cette structure de santé. En effet, il ressort de l'enquête de terrain que la structure hospitalière du C.H.U-B qui, pour des raisons de mal gouvernance, n'assure plus le paiement régulier des salaires de son personnel ;

- la qualité des services de prise en charge des malades au C.H.U-B, met en évidence une troisième difficulté sociale, celle relative au déficit du matériel de travail qui ne répond plus par apport au flux des malades et au besoin de leurs attentes ;

- d'analyser les motivations d'accompagnement des malades par les parents, amis et connaissances au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville ;

- identification des liens qui rapprochent le malade de son assistance et, le deuxième volet, c'est celui de chercher à comprendre les motivations d'accompagnement du malade par son environnement social.

7. INTERET DE L'ETUDE

Les ressources humaines jouent un rôle important dans le cadre de la gestion d'un établissement hospitalier. La bonne organisation de ses ressources contribue au bon fonctionnement de cet établissement. Cependant, la présence massive des garde-malades constatée au C.H.U-B, est une difficulté résultant de la gestion de ces ressources humaines. Ainsi, de façon générale, l'intérêt de cette étude, est de montrer comment ce phénomène devenu fréquent dans ce centre hospitalier, se justifierait-il ?

Est-ce pour autant dire que, l'organisation actuelle des ressources humaines de cette structure hospitalière de santé publique est-elle à l'origine de ce phénomène ?

Il s'agit donc à travers cette étude, de montrer comment les défaillances constatées au niveau de l'organisation de la gestion des ressources humaines de cet hôpital, sont à l'origine de ce phénomène. Il va de soi que le niveau des prestations de ce centre hospitalier, s'apprécie en fonction du niveau actuel d'organisation de ces ressources humaines. Il s'agit d'un facteur déterminant dont la force réside essentiellement sur la capacité d'accroitre le personnel en fonction de la demande, de faire une évaluation estimative sur l'état de besoin dans la fourchette de vingt (20) ans sur le nombre des services cliniques, le nombre des médecins, l'évolution du personnel.

Hormis ces faits énumérés constitutifs de l'intérêt général de cette étude, elle comprend trois (03) autres centres d'intérêts secondaires :

7.1. Intérêt scientifique

Cette étude montre aux yeux de la communauté scientifique la difficulté en ressource humaine observée au niveau de l'organisation de la structure hospitalière du C.H.U-B,

laquelle met en évidence la sous représentation des catégories socio professionnelles en ce milieu hospitalier qui, en réalité, contribueraient efficacement à la prise en charge globale du malade. Il en ressort que, la gestion du malade n'est pas l'œuvre exclusive de la prise en charge médicale, mais un tout, c'est-à-dire, la gestion du malade passe nécessairement aussi par la prise en compte de la solidarité mécanique à travers l'assistance ou le soutien psychologique de la famille. En raison de sa représentation importante dans le cadre de cette étude, la famille constitue le premier cercle d'assistance en situation de maladie.

7.2. Intérêt social

Cette recherche met en exergue la nécessité de la cohésion sociale qui s'exprime à travers la chaine de solidarité mécanique dont la famille en est la génitrice. En effet, être malade est avant tout un fait social qui implique donc la nécessité de la présence de la famille.

7.3. Intérêt personnel

La présente recherche montre ici, un aspect culturel très intéressant, celui de l'homogénéité et la dynamique des rapports des acteurs sociaux impliqués dans la gestion du malade qui sont au tant des atouts majeurs. En effet, la gestion du malade implique nécessairement tous les acteurs sociaux sans distinction aucune. Chaque acteur y joue un rôle déterminant pour une prise en charge globale du malade.

8. PLAN DU TRAVAIL

Hormis cette introduction et la conclusion, ce travail comprend trois (03) parties. Une première partie porte sur les considérations générales. Cette première partie est structurée en deux (02) chapitres. Un premier chapitre traite du champ théorique et conceptuel de référence où sont abordés tous les aspects théoriques de la recherche et un deuxième chapitre traite du cadre méthodologique de la recherche.

Ce chapitre table sur la question d'ordre organisationnelle de la recherche. Il s'agit de montrer à travers quelle méthode cette recherche a pu se réaliser. A cette première partie, cette étude comprend une deuxième partie qui traite de la présentation du cadre de l'étude. Elle comprend deux (02) chapitres. Un troisième chapitre traite de la présentation des services cliniques de cette structure hospitalière. Il s'agit des Services des Urgences y compris ses trois (03) unités des soins : Unité des Urgences Médicales, Unité des Urgences Chirurgicales et l'Unité de Déchoquage, sorte de mini réanimation où les malades dans un état critique sont hospitalisés provisoirement avant d'être référé dans les services spécialisés pour des soins appropriés sur expertise du corps médical. S'ajoute à ce service, celui de Pédiatrie Nourrisson où sont hospitalisés les malades de 0 à 12 ans et le Service de Psychiatrie où sont hospitalisés les malades en situation de trouble de comportement ou en difficulté psychologique et physique.

Signalons en passant que, cette étude s'est élargie également au niveau du Service Pharmacie en raison du flux des proches des malades constatés agissant en qualité de garde-malade s'approvisionnent en produits pharmaceutiques. Le quatrième chapitre de cette deuxième partie traite de l'étude administrative du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Ce chapitre aborde l'organisation administrative et le fonctionnement de cette structure hospitalière. La troisième partie de cette thèse porte sur le cadre opératoire de l'étude. Deux chapitres sont consacrés à ce sujet. Le chapitre V traite sur le phénomène de garde-malade et le chapitre VI présente les résultats de l'enquête et les analyse.

PREMIERE PARTIE
CONSIDERATIONS GENERALES

INTRODUCTION PARTIELLE PREMIERE PARTIE

La première partie de cette thèse intitulée considérations générales, pose les fondamentaux dans le cadre de la recherche entreprise. En effet, ces fondamentaux constituent la charpente de la première partie de cette thèse de doctorat. Celle-ci comprend deux (02) chapitres : le premier chapitre table sur le champ conceptuel et théorique de référence. Ce chapitre traite dans un premier temps de la définition des concepts fondamentaux qui nécessitent d'être définis pour cerner et comprendre cette question de garde-malade. Parmi les concepts qui retiennent notre attention figurent en place : le garde-malade avec toutes ses considérations sociales, la prise en charge du malade dans ses différentes formes et le concept de gestion qui revêt deux (02) sens : la gestion au sens des ressources humaines, de façon générale et la gestion au sens des ressources humaines dans le contexte de l'univers hospitalier.

Aussi, ce premier chapitre aborde les théories de référence qui sous-tendent notre recherche. Ainsi, la théorie dans le cadre d'une étude peut être définie comme la perception de l'auteur sur un phénomène social. Celui-ci est régi par un principe de gouvernance perçu comme une idéologie soutenue et défendue par cet auteur en vue d'expliquer et de chercher à comprendre l'enjeu du dit phénomène en rapport avec d'autres phénomènes sociaux. Au nombre de ces théories, il y a : la théorie défendue par la seconde école de Chicago sur *« l'interactionnisme symbolique »*. Cette théorie est défendue par les adeptes de cette école. Il s'agit de : Hebert Blumer, Everett Cherington Hughes, Anselm Strauss, Howard Becker et Erving Goffman (1922-1982). Cette théorie repose sur la nécessité de la complémentarité des rôles dévolus à chaque acteur social impliqué dans une relation. En rapport avec l'étude, celle qui porte sur incidences de la présence des garde-malades au regard de la prise en charge médicale des malades dans la structure hospitalière du C.H.U-B, il se donne à l'évidence de comprendre que le personnel soignant, le garde-malade et le malade sont liés par un lien, lequel assure la prise en charge médicale conséquente du malade. Aussi, Chaque acteur impliqué dans cette relation de par la spécificité de son rôle, contribue également à l'effectivité de cette prise en charge médicale du malade.

Une autre théorie convoquée pour la défense de cette étude, est celle de *« de la solidarité mécanique »* développée par Emile Durkheim dans *« la division du travail social,»*. Cette théorie

met en exergue l'idée de la nécessité de la solidarité mécanique dans un groupe social. Ainsi, dans le cadre de notre étude, la situation du malade, nécessite un soutien multiforme qui est donc l'expression de la solidarité qui s'exprime à travers l'assistance de l'entourage du malade, le sécurise et le rassure dans sa guérison.

Ensuite, la théorie du culturalisme développée par les auteurs comme Ruth BENEDICT, Ralph LINTON, Abram KARDINER, Margared MEAD et Cora DU BOIS, est aussi convoquée dans le cadre de la défense de cette étude. En effet, le culturalisme, ce courant de pensée qui tend à expliquer la culture comme système de comportements appris et transmis par l'éducation, l'imitation et le conditionnement, dans un milieu social donné. Le façonnement de la personnalité s'opère inconsciemment ou consciemment par des institutions et par le jeu des règles ou des pratiques habituelles. Cette théorie rime bien avec notre étude, car elle reflète bien notre réalité sociale qui repose sur la culture et détermine notre comportement devant la situation de maladie. Ainsi, la présence massive des garde-malades dans cette structure hospitalière, est bien un fait culturel.

Enfin, la théorie de l'administration développée par Henri FAYOL dans *« L'administration industrielle et générale »*, retiens également notre attention dans la défense de cette thèse. Elle justifie et cadre bien avec cette thèse de doctorat. En effet, l'apport de FAYOL repose essentiellement sur l'organisation administrative de l'entreprise. Ainsi, la présence massive des garde-malades observée au niveau de la structure hospitalière du C.H.U-B s'explique par l'organisation administrative actuelle de cette structure en rupture avec les attentes des malades en sur nombre.

Le deuxième chapitre de cette première partie de thèse est consacré au cadre méthodologique. Dans ce chapitre, Il s'agit de faire le point sur la démarche scientifique empruntée en vue de répondre aux objectifs assignés par ce travail. Ainsi, il s'est agit d'une étude perspective. L'étude est donc de type hypothético déductive. Cette méthode met en évidence l'hypothèse comme source d'information pour parvenir à une conclusion et tirer la conséquence qui s'impose au regard du phénomène social étudié. Plusieurs étapes déterminent cette méthode. Parmi ces étapes figurent : le champ d'investigation de l'étude. Cette étape consiste à circonscrire l'étude dans une période et le lieu où elle s'est effectuée. Elle s'est effectuée du 07 Octobre 2019 au 07 Avril 2020 au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville en République du Congo, pays situé en Afrique

Centrale. Une autre étape, est celle de la matérialité des moyens nécessaires pour la réalisation de ce travail. Pour se faire, des moyens matériels conséquents ont été consenti pour réaliser ce travail. A cette étape aussi déterminante s'ajoute une autre, celle du déroulement de l'enquête en deux phases : une première phase concerne les services cliniques et une deuxième phase porte sur les services administratifs.

Trois (03) techniques misent au point dans le cadre de l'organisation de cette recherche pour la collecte des données. Une première technique, celle de l'observation participante. Elle consiste de s'intégrer aux activités du personnel soignant et celles du garde-malade pour se rendre compte de la nécessité des besoins du malade dans sa situation. Une deuxième technique est le questionnaire. Il consiste à rentrer en contact avec le personnel soignant, le garde-malade, le malade et le personnel administratif au moyen de ce questionnaire pour des informations jugées utiles. Ce mode de technique nous a permis de collecter les données nécessaires, les analysées pour cerner davantage cette question de garde-malade dans le cadre de la prise en charge médicale des malades. Une autre technique est celle de la recherche documentaire. Elle consiste à tabler sur une documentation nécessaire qui à trait à l'étude. Cette documentation abondante et diversifiée correspond bien à l'étude. Aussi, la grille d'observation, celle d'entretien et des focus groupe, outils de collecte des données s'inscrivent dans la perspective des étapes importantes observées dans le cadre méthodologique. Il en est de même pour l'échantillon. Cet échantillon est de type aléatoire, constitué des garde-malades, des malades et du personnel soignant.

Au regard de ce qui précède, il convient d'en découvrir avec plus des détails et de précision l'articulation ou la présentation de cette première partie de thèse dans les lignes qui suivent.

CHAPITRE I : CHAMP CONCEPTUEL ET THEORIES DE REFERENCE

Ce chapitre consacré à la définition des concepts de notre étude et à la présentation et analyse des théories qui jouent le rôle de gouvernail dans notre étude, est d'une importance capitale. Car, il permet d'éclairer les lecteurs sur le sens que nous réservons à chaque concept-clé dans le cadre de cette thèse et de montrer par la suite comment les théories sélectionnées ont naturellement un lien étroit avec notre étude.

I.1. DEFINITION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX

La lecture minutieuse du titre de la thèse nous amène de porter notre attention sur l'analyse de certains concepts jugés nécessaires qui peuvent dans une mesure comme dans l'autre concourir à la bonne compréhension de notre sujet. Au nombre de ces concepts nous pouvons définir des concepts comme :

I.1.1. Le garde-malade

Personne physique en charge de la gestion du malade pendant son hospitalisation. Elle est l'intermédiaire entre le malade et le personnel soignant. D'importants rôles lui sont assignés dans le cadre de la gestion du malade en milieu hospitalier. Parmi ces rôles, il y a : veuillez au malade tout en observant les directives du personnel soignant. Ces directives consistent entre autres à prélever par exemple la température du malade sur demande du personnel soignant, respecter la posologie, remonter l'information au Médecin traitant lorsque celle-ci s'avère nécessaire pour toutes décision conséquentes à prendre. A ce premier rôle s'ajoute d'autres rôles comme celui de veiller également au malade sur directives de la famille. Il s'agit là aussi, de remonter l'information à la hiérarchie de la famille pour toute décision à prendre. Par exemple, respecter les consignes de la hiérarchie de la famille sur la discrétion de l'évolution de l'état de santé du malade selon les normes sociales de chaque culture. En effet, être malade suppose être exposé à la mort, d'où la nécessité de la discrétion au sujet de la maladie du malade où l'information est partagée qu'au niveau du premier cercle impliqué dans la gestion du malade.

Edmond VII MBALLA ELENDA (2011) dans son article, « Le garde – malade au cœur de l'organisation du système de santé au Cameroun : entre participation à la prise en charge des malades et risques de débordements » ou « Les profanes « professionnels » de santé : Le garde – malade au cœur de l'organisation du système de santé au Cameroun », l'auteur définit le garde-malade comme *« un profane professionnel de santé »*. Pour l'auteur, le garde-malade est donc cette personne qui, certes dépourvue de toute connaissance scientifique, mais de par son savoir-faire du profane, peut d'une façon ou d'une autre contribuer à la prise en charge du malade. Devant la situation de maladie, tout acteur impliqué dans la gestion du malade se mobilise. Chacun joue son rôle pour sauver la vie du malade. Le personnel soignant apporte son expertise scientifique et le garde-malade apporte son expertise du profane. Dans ce foisonnement des rôles des acteurs sociaux impliqués dans la gestion du malade, tous contribuent à sa guérison.

La personne physique qui assure ce rôle de garde-malade est généralement un proche de la famille qui, d'emblée n'a aucune formation professionnelle dans ce domaine. C'est ce qu'on appelle le garde-malade familial. La réalité en Afrique montre que le garde-malade est souvent un membre de la famille. Ce rapprochement entre malade et famille s'explique à travers nos valeurs socio culturelles fondées sur la solidarité qui s'exprime à travers l'assistance. Ce qui montre que la famille est le premier cercle d'assistance en situation de maladie. Les travaux de Delphine DE HORVILLEUR (2020) dans *« Vivre avec les morts », donner un sens à la mort et accompagner les vivants »,* consacrent une place importante à la famille en situation de maladie.

Cependant, le niveau de vie sociale des sociétés dites développées, la question de garde-malade au niveau organisationnel hospitalier ne se présente pas de la même manière que dans les sociétés moins développées, l'Afrique en générale et la République du Congo en particulier. Dans ces sociétés dites développées, l'organisation des structures de santé est faite de sorte qu'il y est une représentation importante sur les différentes catégories socio professionnelles évoluant dans ces structures. On note donc la présence du garde-malade attitré ou professionnel. Cette catégorie socio professionnelle évolue pour le compte de la structure hospitalière.

Ce qui fait que, la famille intervienne de moins à moins contrairement au niveau des hôpitaux africains où on note une présence remarquable des garde-malades familiaux. La prépondérance de la famille dans la chaîne des acteurs intervenant dans la prise en charge du malade, se justifie en

raison du rôle que la famille joue pendant la maladie. Ce triste et pénible moment de la maladie appel à plus d'expérience, de compassion, d'amour pour la famille. Ce qui réconforte le malade et rassure très tôt sa guérison.

Sur ce, se fondant sur des valeurs socio culturels, en Afrique en général et en République du Congo en particulier, il est démontré qu'on ne guéri pas seulement de la prise en charge médicale, mais aussi de l'assistance familiale. La présence de la famille au côté du malade est le gage de sa guérison. Dans ce sens, les travaux de Guénais M. E. (1990), *« Le malade et sa famille. Une étude de cas à Brazzaville, in D., Jaffré Y. », eds, Sociétés, développement et santé, Paris, Ellipses/ AUPELF, 257-272,* ces travaux s'inscrivent dans cette approche. Dans ce sens, voire également les travaux des auteurs comme M. MEBTOUL (2010 a), *« Introduction générale, In : M. MEBTOUL, Greson G., » eds, Famille et santé, Paris, Presse de l'EHESP, 11-18 ; Reyneart C., Libert Y., Jacques D., Zdanoviwiez N., (2006), « Autour du corps souffrant : relation – médecin – patient – entourage, trio infernal ou constructif ?cahiers critiques de thérapie familial et de pratique de réseaux, 36, 103-123 ;* Strauss A., *(1992), La traine de la négociation, Sociologie qualitative et interactionniste, Paris, L'harmattan.*

De même, les amis et connaissances peuvent dans certaines circonstances assurer également ce rôle de garde-malade.

En dehors de la personne physique, la personne morale assure également ce rôle de garde, telles les associations, les fondations, les congrégations religieuses,...

Parlant des congrégations religieuses, la République du Burundi (l'hebdomadaire Burundais le Rohero) rapporte dans un de ses numéros de parution que dans ce pays, l'Eglise Catholique dans le cadre de ses actions charitables recrute parmi ses adeptes, certaines personnes qui au terme d'une formation appropriée, les mettent à la disposition des hôpitaux du pays qui se trouveraient dans le besoin pour assurer ce rôle de garde-malade. C'est ce qu'on appellerait des garde-malades attitrés. La République du Congo, présentement, dans le cadre de l'organisation de son système de santé, n'a pas encore une telle expérience. Ainsi, au niveau de la chaîne hospitalière que disposerait le pays y compris le Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, on n'en trouve que des garde-

malades familiaux qui comme annoncé ci-haut, n'ont aucune formation professionnelle, mais joue un rôle de premier plan sur la gestion du malade en milieu hospitalier.

Pour ce qui est du garde-malade comme personne morale, c'est-à-dire, les groupements associatifs, les Organisations Non Gouvernementales (O.N.G), les Fondations, les humanitaires, ... les pays comme la France, certains pays de l''Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso par exemple, ces pays sont suffisamment avancés dans ce domaine. Le personnel ainsi formé, devient un personnel à part entière de la structure hospitalière et contribue efficacement dans la prise en charge globale du malade.

Arborio A. M. (2001), dans « Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital », dans ses travaux, cet auteur défini le garde-malade comme une personne invisible, c'est-à-dire un personnel avec un rôle effacé. Son invisibilité au niveau de la chaîne des acteurs sociaux impliqués dans la gestion du malade s'explique par son absence parmi les catégories socioprofessionnelles intervenant dans la gestion du malade dans la structure hospitalière. Par ailleurs, sa contribution à travers son savoir-faire du *« profane »* dans la gestion du malade se dissimile au détriment du personnel soignant. Ainsi, la guérison du malade est perçue comme l'œuvre exclusive du personnel soignant et non le fruit des efforts conjugués par l'ensemble de ces acteurs impliqués dans la gestion du malade. Nonobstant le rôle traditionnel du garde-malade, celui d'accompagner le personnel soignant dans le cadre de ses prestations au profit du malade, il en demeure vrai qu'il joue un rôle déterminant sans lequel le personnel soignant ne pourrait venir à bout de ses prestations.

Greson G. (1995), « Le travail domestique de santé », Analyse sociologique. Dans cet article, l'auteur fait une représentation du fonctionnement du travail de santé à celui d'un ménage. Greson assimile le travail de santé à celui du ménage où le domestique est le principal artisan. Définissant le domestique, il ressort au sens courant que, c'est cette personne qui s'occupe de tout dans le ménage, c'est-à-dire cet employé de maison dont le rôle est de maintenir le ménage dans un état où il fait bon à vivre. Etablissant le lien entre le domestique et le garde-malade, l'auteur parvient à définir le garde-malade comme un domestique au niveau d'une structure hospitalière.

En effet, si au niveau du ménage, le domestique s'occuperait de tout, il en est de même qu'au niveau de la prise en charge du malade, le garde-malade serait également au centre de cette prise en charge, et par conséquent, il est donc perçu comme l'artisan de cette prise en charge. Aussi, en raison de la spécificité de son rôle, il est évident que le garde-malade se retrouve partout au profit du malade. Aussi, Saillan F., (1999), « Femmes soins domestiques et espace thérapeutique », ses travaux s'inscrivent dans la même approche que celle développée par Greson G.

1.1.1.1. Le garde-malade familial

Le garde-malade familial se distingue du garde-malade au sens large du terme tel examiné en amont de ce travail. Cette distinction s'explique par la nature de lien qui le rattache avec le malade. En effet, si le garde-malade tel définie en amont, est toute personne de quelque nature que ce soit appeler à assurer le rôle de garde-malade en milieu hospitalier, le garde-malade familial quant à lui, il se définit à travers un lien d'attache avec le malade. Ce lien de par sa nature se repose sur la parenté ou la famille. Dans ce contexte, le garde-malade familial se définie comme, ce membre de famille au chevet du lit du malade, l'assistant dans le cadre de sa prise en charge globale en milieu hospitalier jusqu'à son rétablissement et à son intégration dans son milieu social d'origine. Il en ressort que le choix qui prélude sur la personne assurant le rôle de garde-malade porte sur un membre de famille.

Cependant, il faut relever que le choix de la famille dans l'accompagnement du rôle de garde-malade en milieu hospitalier se justifie par l'affinité qui rapproche les deux, le malade et son garde-malade qui mutuellement se connaissent mieux, car partageant le même environnement social sur fond d'une affinité socialement connue de tous : la parenté qui est donc perçue ici, comme le seul indice définissant le lien d'attache entre le malade et son assistance représenté par le garde-malade, membre de famille à part entière. Ce lien autre que la parenté, rassure le malade dans le cadre de sa prise en charge, dans son rétablissement et dans sa réinsertion dans sa vie sociale d'origine. La spécificité du lien rapprochant le malade de sa famille, premier cercle d'assistance en situation de maladie, est la preuve irréfutable d'une intimité liant les deux acteurs.

Le choix de la famille comme institution sociale associée pour accomplir en conséquence le rôle de garde-malade en situation de maladie, remonte de nos traditions qui accordent une place importante à la famille. Pour cette approche, la famille est le cadre de vie sociale idéal où se partagent les valeurs de compassion, d'amour, d'entre-aide, de fraternité, d'assistance, ... Aussi, la nature du lien qui lie les membres de famille, donne un caractère obligatoire d'assistance entre ces membres de cette structure sociale.

De ce fait, on doit impérativement s'assister mutuellement. L'assistance par voie de conséquence est perçue par la société comme une norme sociale qui reflète nos réalités sociales. Cette norme s'impose et s'intègre donc en nous comme un texte de droit avec force obligatoire où aucun membre de la structure de la famille ne s'échappe à l'obligation de compassion et d'assistance. La norme sociale occupe toute notre vie sociale pour en devenir une loi qui s'impose à nous tous.

Dans ce sens, la pratique sociale nous édifie davantage sur ce sujet. En effet, il n'est pas étonner de constater que dans l'univers hospitalier et dans le contexte des hôpitaux des sociétés sous développées, autour du malade, il n'y a que les membres de la famille associés dans l'accomplissement en toute considération le rôle de garde-malade. De plus, notre étude montre que le grand nombre des garde-malades consultés dans les services cliniques tout au moins retenus dans le cadre de cette étude, sont des membres de la famille. Pour s'en convaincre, les statistiques issues de cette étude en témoignent. Le Service des Urgences avec ses trois unités de soins donne les résultats suivants : Unité des Urgences Médicales avec un effectif total de 57 garde-malades, soient 95, 00%, voire également le tableau n°63 relatif à la présentation des garde-malades par liens familiaux ou autres liens de rapprochement avec le malade et par nécessité des garde-malades – Unité des Urgences Médicales. L'Unité des Urgences Chirurgicales : 55 garde-malades, soit 91, 67%, tableau n°72 relatif à la présentation des garde-malades par liens familiaux ou autres liens d'attache avec le malade et par nécessité de ces garde-malades – Unité des Urgences Chirurgicales. L'Unité des Urgences de Déchoquage : 08 garde-malades, soit 100, 00%, tableau n°83 relatif à la présentation des garde-malades par liens familiaux ou autres liens de rapprochement avec le malade et par nécessité des garde-malades - Unité des Urgences de Déchoquage.

Le Service de Pédiatrie Nourrisson : 57 garde-malades, soit 95, 00%, tableau n°94 relatif à la présentation des garde-malades par liens familiaux ou autres liens de rapprochement avec le malade et par nécessité des garde-malades - Service de Pédiatrie Nourrisson. Le Service de Psychiatrie : 59 garde-malades, soit 98, 34%, référence tableau n°106 relatif à la présentation des garde-malades par liens familiaux ou autres liens de rapprochement avec le malade et par nécessité des garde-malades - Service de Psychiatrie.

Ces statistiques montrent bien l'importance de l'implication de la famille dans l'accomplissement de ce rôle de garde-malade. Cette implication remonte bien de notre culture issue des us et coutumes qui placent la famille en ligne de front sur le rôle de garde-malade en toute situation de maladie. Ce qui justifie bien cette appellation de garde-malade familial qui est donc le symbole de l'unité de famille dont l'assistance qui se traduit en signe de solidarité, n'est que l'expression de la matérialité du lien fort de parenté ou de famille partageant les mêmes valeurs.

Parlant de l'implication de la famille agissant comme acteur principal en qualité de garde-malade dans l'univers hospitalier comme fait résultant du poids culturel d'une société, Olivier DE SARDAN J.P., (2001), « *la sage-femme et le douanier, cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest, Autrepart, 4, 20, 61-73 »*,consacre à ce sujet des développements très intéressants. En effet, pour l'auteur, l'assistance perçue comme un principe divin relève d'un fait culturel ayant pris corps dans une structure sociale, telle la famille. Cette culture produit du brassage des différents milieux sociaux : *« le milieu professionnel local »* et celui relevant de la *« bureautique »*, c'est-à- dire importée. L'auteur dans son analyse montre la nécessité du fusionnement des deux formes de culture pour construire une identité culturelle, un repère ou un référentiel à la famille qui se reconnait à travers le devoir d'assistance auprès de son proche malade.

Ainsi, l'implication de la famille dans la gestion du malade, relève bien d'un fait culturel résultant du milieu professionnel locale et de la bureaucratie, fruit de l'importation. Aussi, diversité culturelle est la caractéristique essentielle de l'Afrique de l'Ouest de façon particulière et de façon globale pour l'ensemble de l'Afrique. Cette approche montre non

seulement le processus historique de l'institution sociale de la famille dans son implication dans la gestion du malade en milieu hospitalier, mais aussi de la place de famille reconnu dans le rôle de garde-malade. Dans ce sens, du même auteur, (2004) dans« l'Etat, *bureaucratie et gouvernance en Afrique de l'Ouest francophone. Un diagnostic empirique, une perspective historique, Politique Africaine, 96, 4, 139-162. »*

Le Circulaire n°DH/E03/98/688 du 23 Novembre 1988 relative au régime de visite des enfants hospitalisé en Pédiatrie en France, consacre une place belle à la famille en qualité de garde-malade familial. Les circonstances de l'institutionnalisation de cette circulaire s'expliquent pour des raisons liées à la spécificité des malades de ce service qui sont des nourrissons dont leur prise en charge médicale nécessite l'implication de la présence des parents. Le travail sur cette catégorie des malades ne peut se faire qu'avec l'appui des parents qui connaissent bien le malade. Le choix des parents pour ce rôle d'accompagnement du nourrisson malade s'explique comme annoncé en amont de ce travail sur le fait que les parents partageant le même environnement social que ce dernier dont ils ont la parfaite connaisse. Aussi, la réalité de terrain nous met devant l'évidence où la quasi-totalité des garde-malades consultés pendant cette recherche, sont d'office des proches du malade relevant de la famille. Les statistiques telles annoncées ci-haut à la p.32 nous édifie davantage.

Il en ressort de l'approche développée par cette circulaire qu'elle consacre une place importante non seulement au rôle de garde-malade de façon générale, mais cette circulaire s'appuie particulièrement à la famille entend que structure sociale de premier rang habilité d'accomplir ce rôle. Ce qui justifie d'ailleurs la particularité de l'appellation de garde-malade familial.

La consultation des archives de l'Union National des Amis et Familles des Malades Psychiques (U.N.A.F.A.M), structure à caractère social à charge d'accompagner les familles dont les proches, amis, ... souffrent des troubles psychiques. Cette consultation de ces archives définisse le garde-malade familial comme ce membre de la famille en charge d'accompagner le malade pour une prise en charge médicale. L'action de cette structure

sociale s'appuie essentiellement sur la famille comme acteur majeur dans le cadre de la gestion du malade. Au regard du rôle majeur que la famille joue, cette structure sociale reconnait en la famille le rôle essentiel de garde-malade familial.

Cette reconnaissance de la famille sur la gestion du malade en milieu hospitalier, confirme bien sa légitimité en tant que première forme d'institution sociale qui assure l'organisation sociale au point où la résolution de chaque problème, en occurrence la gestion de la maladie passe nécessairement par la famille. Ce qui explique la détermination de ses membres devant une situation de maladie. Cette détermination remonte du rôle majeur que joue la famille dans l'organisation de la vie en société. A ce titre, l'appellation de garde-malade familial convienne bien.

Dans ce sens, la consultation des archives de l'association SPARADRAP de type loi 1901 qui œuvre pour aider les familles et les professionnels quand un enfant est malade ou hospitalisé, en définissant le garde-malade dans sa généralité, met également l'accent sur le membre de famille comme garde-malade familial appelé à assurer ce rôle. C'est donc la personne ressource qui participe à la gestion du malade de concert avec le personnel soignant. Le choix du garde-malade familial s'explique en raison de l'affinité qui le lie avec le malade. Cette affinité fondée sur la parenté, est source de motivation pour le garde-malade dans l'accomplissement de son rôle. Ce qui revient à dire qu'on assiste parce qu'on se reconnait unit à travers l'affinité de la parenté.

Il en ressort que, le garde malade familial n'est autre qu'un membre de famille, car partageant comme annoncer ci-haut, le même environnement social avec le malade.

Par contre, Bungener M. (1987) dans « Logique et statut de la production familiale de santé », définit le garde-malade familial en s'appuyant sur le statut de la famille comme structure sociale de socialisation des valeurs. Ces valeurs déterminent la personnalité de chaque membre de famille en fonction des liens de rapprochement. De facto, la structure de

la famille est la source de production des hommes au service de la famille en situation de maladie. Ce qui justifie l'appellation de garde-malade familial.

Il en ressort que l'accent mis sur le statut de la production familiale comme critère définissant le garde-malade familial, l'approche de Bungener M., rejoint celle des autres auteurs cités ci-haut qui définissent le garde-malade familial comme naturellement ce membre de la famille au service du malade se fondant sur la nature de lien d'attache qui est la famille. Ce lien devient la source de contrainte pour ce garde-malade familial dans sa fonction sociale, celle d'assurer la garde du malade à l'hôpital. Ce qui lui vaut le titre de garde-malade familial.

1.1.1.2. Le garde-malade attitré

Catégorie socioprofessionnelle en charge de la gestion du malade en milieu hospitalier. Elle est au même titre que d'autres catégories socioprofessionnelles évoluant en milieu hospitalier. Le garde-malade attitré est rencontré dans des hôpitaux dont l'organisation ne nécessite pas toute assistance familiale. Ce qui revient à dire que le niveau d'organisation de cette catégorie d'hôpitaux exclus de facto toute assistance familiale avec toutes ses représentations sociales qui en découlent. Dans cette perspective, la prise en charge du malade se faite de façon globale. Celle-ci implique nécessairement l'ensemble les catégories socioprofessionnelles évoluant dans le cadre de la gestion du malade.

Le niveau d'organisation de ces hôpitaux rassure le malade. Cela s'explique par des efforts consentis par ces hôpitaux au niveau de la formation de leurs ressources humaines. Cette formation permet de mieux accompagner et d'intégrer le malade en milieu hospitalier pour une prise en charge plus conséquente. Cette prise en charge dont l'image reflète le niveau d'organisation de la structure hospitalière traduit également le niveau de culture de la société, cadre social qui influence et détermine le niveau d'organisation de ces hôpitaux.

Or, cette situation est différemment apprécie selon qu'on se trouve dans telle ou telle société. Ainsi, l'organisation de certains hôpitaux associe par fois les garde-malades familiaux dans

le cadre de la gestion de ses malades, d'autres hôpitaux par contre exclus ces garde-malade au détriment d'un personnel approprié, connu sous le vocable de garde-malade attitré.

Le garde-malade attitré, non seulement est l'expression du niveau d'organisation de la structure hospitalière d'une société, sa présence est perçue également comme le symbole d'une société en rupture avec la cohésion sociale où le malade s'isole de son premier lien d'attache qui est la famille au détriment d'un personnel spécialisé appelé garde-malade attitré. Cette forme d'organisation appelle à l'individualisme, perçu comme une caractéristique essentielle qui prend le dessus sur d'autres hôpitaux où le malade s'entoure de ses proches.

Dans cette perspective, le garde-malade attitré est perçu comme cette catégorie socioprofessionnelle au service de la structure hospitalière. Il va de soi dans ce cas de figure que le niveau social du malade cadre bien avec l'organisation de la structure hospitalière. Tout est fait de sorte que, seul le niveau social du malade rassure sa guérison. Dans cette circonstance, la fréquentation de l'hôpital pour un malade repose sur son niveau social. Ainsi, qui va à l'hôpital s'entoure donc des conditions nécessaires d'accompagnement.

Cette situation est vécue dans nos sociétés où les malades référés dans d'autres structures hospitalières autres qu'étrangères se justifient par le niveau d'organisation où d'assistance de leur familiale respective. Ce qui fait que l'effectif des membres de famille accompagnant le malade soit réduit. La présence de la famille est rendue moins utile. En conséquence, la gestion du malade est confiée à un personnel spécialisé. La nécessité de la présence familiale se justifie juste pour des raisons autres que : le règlement des factures relatif à la prise en charge médicale, ou soit sur des éventuels avis du médecin sur la vie du malade qui nécessite l'accord de la famille. La famille perd sa place dans la gestion du malade. L'assistance familiale est reléguée au second plan au détriment du rôle qu'incarne le personnel spécialisé sur la gestion du malade. Ce qui traduit l'expression d'une structure hospitalière d'un autre niveau organisation.

Il faut signaler que selon le niveau d'organisation de chaque hôpital, le rôle du garde-malade attitré s'assimile à celui de l'aide-soignant, catégorie socioprofessionnelle qui vienne en appui au personnel soignant dans le cadre de la prise en charge médicale du malade.

A la lumière de la définition réservée au garde-malade attitré, l'on convient à retenir qu'il est cette catégorie socioprofessionnelle au service de la structure de l'hôpital et celui du malade. En effet, de par la spécificité de son rôle, cette catégorie socioprofessionnelle fait donc partie des effectifs de la structure de l'hôpital comme bien d'autres. Ce rapprochement s'explique par la nature des rapports entretenus entre les deux. L'hôpital en tant que structure employeur, définit le cadre de travail à travers les règles visant l'organisation de la structure. Le garde-malade en qualité de salarié par contre, respecte ses règles et les mettent en application. De l'autre coté, le malade n'est qu'un usager des services de la structure de l'hôpital. Aucune affinité du genre famille ne lie le malade au garde-malade attitré. Le malade n'est qu'un bénéficiaire des services moyennant contrepartie. Cette situation n'est malheureusement pas la même dans le cadre des rapports entre garde-malade familial et le malade. Leurs rapports se définissent par une affinité, celle de la famille. Ainsi le garde-malade se trouverait cheval entre le personnel soignant et le malade.

1.1.2. La prise en charge du malade

Elle se définit comme l'ensemble des mesures susceptibles d'accompagner le malade dans une structure hospitalière. Ces moyens déterminent et rassurent le malade dans le processus de guérison. Ce qui revient à dire que toute guérison est subordonnée au préalable par une prise en charge.

Ce concept de prise en charge et dans le contexte qui est le nôtre implique avant tout :

- un milieu qui d'accueille le malade. Ce milieu n'est autre que la structure de l'hôpital. Celle-ci est donc ce cadre approprié de par les conditions qu'elle offre envers le malade pour une prise en charge conséquente ;

- un personnel représentatif par catégorie socioprofessionnelle en fonction des besoins de la structure de l'hôpital. A ce personnel s'ajoute un autre aspect très intéressant, celui de la qualité des soins. En effet, il ne suffit pour la structure de l'hôpital de disposer d'un personnel, faut-il encore que celui-ci soit qualifié pour répondre aux attentes du malade et aux objectifs de la structure de l'hôpital ;

- des moyens financiers selon le niveau d'organisation de chaque malade et de chaque société. A ce sujet, il faut alors distinguer des sociétés où la couverture maladie est assurée par les assurances, cas de certains pays de l'Europe, et les sociétés où le malade n'a pas cette couverture maladie, c'est-dire le malade appuyé par fois par l'assistance de famille parvient de se prendre en charge. C'est ici le cas des certains pays d'Afrique. Au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville en République du Congo, la quasi-totalité des malades enquêtés n'ont pas de couverture maladie des structures du genre d'assurance et bien d'autres. La prise en charge des malades se fait individuellement par l'entremise soit des parents ou d'autres proches.

C'est donc au terme de ces conditions réunit que l'on parle de prise en charge. Celle-ci dans le cadre de notre étude implique deux volets : la prise en charge médicale et la prise en charge globale.

1.1.2.1. La prise en charge médicale

C'est une forme de prise en charge où l'accent est mis sur le volet médical. Cette prise en charge implique deux volets :

- le premier volet implique le personnel soignant dans le cadre de ses rapports avec le malade, c'est-dire le personnel soignant assure les soins médicaux au malade ;

- le deuxième volet implique par fois l'entourage familial ou les proches qui s'en chargent de cette prise en charge. Aussi, la famille participe activement à la gestion financière des charges du malade pendant son séjour à l'hôpital (achat des médicaments et bien d'autres charges relatives à la prise en charge médicale). *« Le quand on est pauvre, c'est*

facile de mourir »[11], justifie bien la place prépondérante de la famille ou les proches sur cette question de prise en charge sur son volet médical. Celui-ci constitue un atout majeur dans le processus de rétablissement du malade. La famille de par sa position sociale dans le cadre de l'organisation de la vie sociale, demeure la principale source qui génère les moyens matériels et financiers susceptibles de contribuer à la prise en charge médicale et rassure la guérison du malade.

De ce fait, elle est donc perçue comme un acteur majeur dans le cadre de la gestion de cette forme de prise en charge. Cette situation s'observe au niveau de certaines familles dans certains pays africains. Au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville en République du Congo par exemple, cette deuxième forme de prise en charge est assurée généralement par la famille au nom de la parenté qui le lie avec le malade. La spécificité de ce lien fait obligation à la famille d'assurer la prise en charge médicale au profit du malade.

Il apparait clairement que, la prise en charge médicale implique nécessairement l'apport matériel et financière de l'assistance qui garantit le rétablissement du malade. Ce dernier en a énormément besoin sans lesquels la vie humaine n'a de sens dans la société. La prise en charge médicale offre un spectacle désolant au niveau de la structure hospitalière du C.H.U-B. Tout se fait avec l'argent et l'appui de la famille sans lesquels la survie du malade n'est garantie. La famille se ruine sur tous les plans sous l'œil timide de l'hôpital. En effet, des nombreux décès enregistrés dans cette structure hospitalière se justifient entre autres par le manque d'une prise en charge médicale conséquente. La famille qui serait le principal appui ne disposant assez des ressources pour subvenir à la prise en charge médicale du malade, à cela s'ajoute l'impuissance du Service Social qui n'existe que de nom. Tout ceci conduit de facto à la fatalité.

Au-delà de la définition que présente le concept de prise en charge médical, nous pouvons retenir qu'il implique nécessairement des moyens notamment matériels et financiers.

[11] - Jaffré Y., « Quand on est pauvre, c'est facile de mourir », In Jaffré Y., Diallo Y., Vasseur P., Grenier Torres C., eds, la bataille des femmes, analyse Anthropologiques de la mortalité maternelle dans quelques services obstétriques d'Afrique de l'Ouest, *Paris Faustroll Descartes, 95 – 108.*

L'assistance morale n'a de place dans la circonstance de la maladie. Toute assistance est subordonnée par la libération d'un apport comme contribution pour sauver la vie du malade.

1.1.2.2. La prise en charge globale

Elle se définie comme l'implication de l'ensemble des acteurs sociaux en charge de la gestion du malade en milieu hospitalier. Ces acteurs sont représentatifs et constitués : du personnel soignant et de l'assistance représentée par la famille et les proches du malade qui intervient en qualité de garde-malade. Chaque acteur impliqué dans la gestion du malade joue sa partition. Le personnel soignant apporte son expertise médicale pour une prise en charge médicale, l'assistance par contre représentée par la famille ou les proches, apporte son savoir profane qui contribue à cette prise en charge qui rassure le rétablissement du malade.

L'implication de l'ensemble de ces acteurs sur la gestion du malade, constitue la prise en charge globale. Dans cette phase, le garde-malade joue un rôle déterminant non seulement dans la gestion du malade, mais contribue également dans son rétablissement. La spécificité de son rôle réside sur son positionnement, c'est-à-dire celui d'être situé à cheval entre le personnel soignant et le malade. Ce rôle se justifie par la nature d'activités menées par le garde-malade au tour du corps du malade. Ces activités de par leur nature et de par leur diversité contribuent au processus du rétablissement du malade. Ces activités se définissent à travers des rôles bien définis dont la caractéristique essentielle réside sur l'assistance auprès du malade. Celle-ci consiste de bien prendre soin du malade : le laver, l'aider pour ses petits besoins, l'achat de ses produits pharmaceutiques, faire ses courses, …

Ce rôle aussi spécifique mais diversifié, contribue à cette prise en charge globale qui rassure la guérison du malade. Ces atouts autant dans sa spécificité que dans sa diversité nous permet d'évaluer le rôle du garde-malade et de se rendre compte sur sa place réelle sur cette question de prise en charge globale du malade en milieu hospitalier. Cela nous amène à comprendre que, la prise en charge médicale n'est pas aussi déterminant que la prise charge globale du malade susceptible d'assurer son rétablissement. Il faut donc prendre en ligne de compte les représentations sociales du malade qui s'expriment à travers les croyances, les habitudes, les

comportements, … Ceux-ci témoignent bien du savoir profane du garde-malade et constituent en conséquence un atout majeur pour cette prise en charge globale.

Ses représentations sociales encore appelées déterminants socio culturels qui accompagnent la vie du malade sont naturellement des atouts majeurs sur cette question de prise en charge globale. Elles ont une influence capitale sur le rétablissement du malade. Ce qui nous amène à penser que, la guérison du malade n'est pas l'œuvre exclusive de la prise en charge clinique, mais un *« tout »*.Ce *« tout »* s'analyse et se comprend à travers la prise en compte de ses représentations sociales. Tout prête donc à croire que, c'est ce *« tout »* entendu comme cette prise en compte des aspects cliniques associés aux représentations sociales du malade lors de la consultation clinique. Cette approche corrobore bien avec les propos du Docteur SIAFOUMOU rencontré au cours de notre enquête qui s'exprimé en ces termes : *« On ne soigne pas la maladie, mais le malade en rapport avec son milieu social.» (P.7)*Dans ces propos, l'auteur privilégie la prise en compte des rapports liant le malade et son environnement social au détriment des rapports liants le malade et le personnel soignant. Pour l'auteur de ces propos, la guérison du malade repose donc sur la prise en compte de son volet social associé au volet clinique. C'est ce qui constitue la globalité de cette prise en charge qui d'office exclus tout singularisme de prise en charge.

Au regard de ce qui précède, il nous parait essentiel de retenir que, le concept de prise en charge globale, exprime l'idée de la globalité ou de la globalisation sur la gestion du malade en milieu hospitalier. Cette globalité ouvre le champ à tous les acteurs sociaux de participer à la gestion du malade, comme possibilité de sortie sur sa situation.

L'idée de la globalité est perçue comme une panacée à la difficile situation du malade. Ce qui nous fait penser à ce dicton qui dit qu': *« On ne guéri pas que du médicament, mais de tout.»* Le *« tout »* exprime ici, cette idée de globalité qui vient en appui à la prise en charge médicale qui est perçue comme un facteur privilégié par le personnel soignant à travers son rôle. Perçue donc de la sorte, la présence de la famille qui selon l'organisation de notre société laquelle repose sur les déterminants socio culturels, elle (la famille) est considérée comme le premier cercle d'assistance en situation de maladie. Elle a donc de l'influence sur

la guérison du malade. On semble croire par-là que, le rôle du personnel soignant qui s'explique à travers la prise en compte de l'aspect clinique dans la gestion du malade, a plus d'importance au détriment des représentations sociales qui prônent l'idée de la globalité de cette prise en charge.

Cette perspective ne saurait retenir notre attention dès lors qu'elle ne vise que la prise en compte d'un aspect sur la gestion du malade, celui de l'implication rien que du personnel soignant. Or, la globalité dans cette prise en charge pose avant tout le problème de la prise en compte de l'ensemble des acteurs sociaux impliqués sur cette question de gestion de malade.

Cette approche est globale qu'elle ne l'est sur l'autre point, celui relative à la prise en charge médicale.

1.1.3. Gestion

« Gestion vient du latin *gestio,* qui veut dire *« action de gérer ».* La gestion correspond à l'origine à l'administration des organisations. Elle est développée dans les années 1950 pour englober des questions de management et de direction. La gestion renvoie à la conduite des organisations : c'est l'action ou la manière de gérer, d'administrer, d'organiser quelque chose. En somme, c'est l'ensemble des connaissances permettant de conduire une entreprise. La gestion est également le management des actions collectives. Elle fait référence à :

- un besoin de repartir les taches, de coordonner les individus ;
- une nécessité de gérer la contrainte de temps ;
- de gérer les ressources (humaines, matérielles et financières) ;
- l'organisation : groupe d'individu qui structure, ordonne, pilote des ressources afin d'atteindre un objectif commun. L'organisation est par nature plurielle et multiforme »[12].

Pour le comité des experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), définie la gestion comme : *« l'ensemble des activités qui mobilisent et motivent les individus qui, leur*

[12] - AUNEGE, Introduction à la gestion, Qu'est-ce que la gestion ? www.ressources.aunege.fr, consulté le 16 Novembre 2020.

permettent de se développer et de se réaliser tout leur potentiel dans et par le travail en vue de la réalisation d'objectif sanitaire. Cette définition reconnait que les agents de santé ne sont pas de simples facteurs de production, mais des êtres vivants qui sentent et qui veulent tirer une certaine satisfaction de leur travail » [13]*(Van Leberghe W.2001)*

Ces définitions ont en commun la ressource humaine et l'organisation. Ce qui revient à dire que, ces éléments sont à la base de la définition des ressources humaines. Ce qui fait l'objet du second concept à définir.

I.1.3.1. Gestion des Ressources Humaines (G.R.H)

Le dictionnaire le Robert Dixel Mobile (2010 – 2014), version : 1. 2. 1, défini le concept de Gestion des Ressources Humaines comme l'ensemble des moyens (personnes, réserves, ...) dont dispose ou peut disposer une collectivité. Ressources humaines d'une entreprise, son personnel.

Dans leur ouvrage intitulé *« Les fonctions pratiques de la Gestion de Ressources Humaines »,* Nadia GHADDAB et Sourour AOUADI définissent la notion de Gestion des Ressources Humaines. Ils retiennent sept (07) critères. Le premier critère est celui de l'étude et l'analyse des postes en entreprise, le second critère est relatif à la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences ; le troisième critère table sur le recrutement et la sélection du personnel ; le critère de la formation ; le critère de rémunération ; le critère de l'évaluation du rendement et la mesure de la performance. La gestion des carrières est le dernier critère dans le cadre des critères constitutifs de la définition de Gestion des Ressources Humaines selon cet auteur.

De-là, il se désigne dès lors une structuration des rôles au sein de la structure où chaque critère se défini à travers un /des objectifs poursuivis. Un lien étroit se noue entre ces critères. Ce qui crée un dynamisme et assure la bonne gestion du personnel au niveau de la structure ou de l'organisation.

[13] - Vincent DE BROUWERE et *al. « Développement des ressources humaines pour la santé », CIPS 2000-2001.P.9*

Au-delà de ces critères qui définissent la Gestion des Ressources Humaines dans une structure ordinaire, l'organisation en matière de cette Gestion des Ressources Humaines se Présente de la sorte.

Premièrement, il y a des objectifs généraux poursuivi par l'organisation. Ces objectifs définissent ou font connaitre en deuxième lieu les besoins de la structure. Ceux-ci définissent en troisième lieu les objectifs particuliers en ressources humaines. A ce stade, se distingue deux (02) phases sur lesquelles porterait l'orientation du personnel. Une première phase consiste pour la structure d'étudier les postes existant. Ce qui permet de déterminer les besoins prévisionnels et conduit nécessairement à faire l'éventaire des postes à éliminer. Cette première phase de l'orientation du personnel termine par une étape importante, celle d'examiner les postes réellement disponibles. A côté de cette première phase de l'orientation du personnel, s'ajoute une deuxième phase, celle qui consiste premièrement de faire l'éventaire des métiers existants. Ces métiers déterminent la spécificité du personnel relatif pour la gestion de ces métiers. S'en suit en deuxième lieu, la détermination des compétences futures nécessaires pour la bonne gestion de ces métiers. La détermination de ces compétences, donne la possibilité de faire l'éventaire des métiers à éliminés. Cette deuxièmement phase sur l'orientation du personnel se termine par l'examen des emplois et des compétences en place selon les écrits de Nadia GHADDAB et Sourour AOUADI.

Pour ces deux auteurs, ces deux (02) phases qui portent sur l'orientation du personnel au sein d'une structure débouchent sur l'analyse des écarts qui, de facto, permettent de réaliser la planification et donne la possibilité de faire le suivi ou le contrôle du personnel.
La Gestion des Ressources Humaines permet donc au manager de cette structure de prendre la température de l'organisation des activités de cette structure afin de prendre en toute conséquence les décisions y relatives.

L'historique de la gestion des ressources humaines, remonte aux années 1960 à 1980. En effet, au cours de ces années et avec l'arrivée des spécialistes dans le domaine, le concept de Gestion du Personnel (G.P) est progressivement remplacé par celui de Gestion des

Ressources Humaines. Par-là, on développe la conception de la personne au travail à titre d'actif et de ressource de l'organisation. C'est donc l'époque du rôle de fournisseur de service à caractère technique et juridique. A partir des années 1980, la maturité des concepts et la naissance des modèles de G.R.H introduisent progressivement le courant de gestion stratégique de ressources humaines. Ce courant vient de reconnaitre la contribution de la gestion des ressources humaines dans l'atteinte des objectifs organisationnels. Les spécialistes assument un rôle d'expert conseil et sont associés au processus décisionnel de l'organisation[14].

A propos de la définition de cette notion de ressources humaines, il convient de le distinguer avec la gestion du personnel. La gestion des ressources humaines fait appel à l'évolution de la gestion des ressources humaines au cours des années. Aussi, l'expression Gestion du Personnel fait référence à travers les années 1920-1960 où les activités avaient principalement un caractère administratif et étaient axés sur l'application des politiques, des procédures et des règlements. La gestion des ressources humaines est caractérisée par trois (03) vocables : gestion, hommes au travail et organisation[15]

- **Gestion** : vient du mot gérer qui signifie effectuer des choix. Le gestionnaire, le manager, doivent faire en sorte que, leurs décisions soient appliquées et évaluées, modifiées le cas échéant.

Il convient de nuancer la gestion et l'administration du personnel qui consiste à réunir et organiser l'information afin d'éclairer les choix. L'administration du personnel fournie les bases de décisions de gestion et contribue à entretenir les relations courant avec les salariés et les pouvoirs publics.

[14] - Livrable, P.F.G.S.S (Projet de Financement et de Gestion du Secteur de Santé), Pol D. Gestion de ressources humaines, étape 3 : mise en place d'un S.G.R.H (Service de Gestion des Ressources Humaines) P.7, dans le cadre du *« projet d'amélioration de la gestion des ressources humaines au Centre Hospitalier de TETOUAN »*, Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme de Maitrise en Administration Sanitaire et Santé Publique ; Option : Administration Sanitaire ; Elaboré par : Mr. Abdeddayem ABOUS ; Juillet 2006. Royaume du Maroc – Ministère de la Santé – Institut National d'Administration Sanitaire.

[15] - Bernard MARTORY et Daniel CROSET, « Gestion des Ressources Humaines », 3ème édition, NATHAN. P. 10-12, cité par Abdeddayem, ABOUS, « Projet d'amélioration de la Gestion des Ressources Humaines au Centre Hospitalier Provincial de TETOUAN. »

Gérer le personnel, c'est donc effectuer des choix stratégiques ; c'est-à-dire définir des options engageant l'unité à long terme au niveau des directions générales et du personnel. Ces options visent :

- la politique d'emploi : choix de niveaux de qualification, substitution capital travail, affectation des hommes ;
- la politique de rémunération et d'avantages sociaux ;
- l'organisation et la transmission du pouvoir : déterminer et faire respecter les normes régissant l'activité du personnel dans l'organisation.

C'est aussi effectuer des choix tactiques : il s'agit de la prise de décisions quotidiennes au niveau des responsables décentralisés et en conformité avec les choix stratégiques. C'est seront par exemple des décisions d'embauches ; de mise en place d'une action de formation, d'aménagement des postes de travail, de fixer le montant d'une prime, de négocier la mise en œuvre de la réduction du travail[16]

- les hommes au travail :

La gestion des ressources humaines possède la double spécialité de conserver les hommes, facteur de production particulier, au travail c'est-à-dire effectuant une activité contraignante[17]

Les hommes ne sont pas des objets bruts de calcul économique : ils disposent d'une relative inertie au changement compensée par une assez grande adaptabilité aux situations diverses : les hommes sont moins maniables que les choses (Bartoli H.). C'est dire que la gestion du personnel est aussi celle de la durée, des délais d'ajustement, de régulations individuelles.[18]

- gérer les hommes au travail dans les organisations.

Le champ de la gestion des ressources humaines ce sont :

- les organisations ;

[16] - Bernard MARTORY et Daniel CROSET, « Gestion des Ressources Humaines », 3ème édition, Paris, NATHAN. 1988, P.11
[17] - Bernard MARTORY et Daniel CROSET, Op. Cit, P.11
[18] - Bernard MARTORY et Daniel CROSET, Op. Cit, P.11

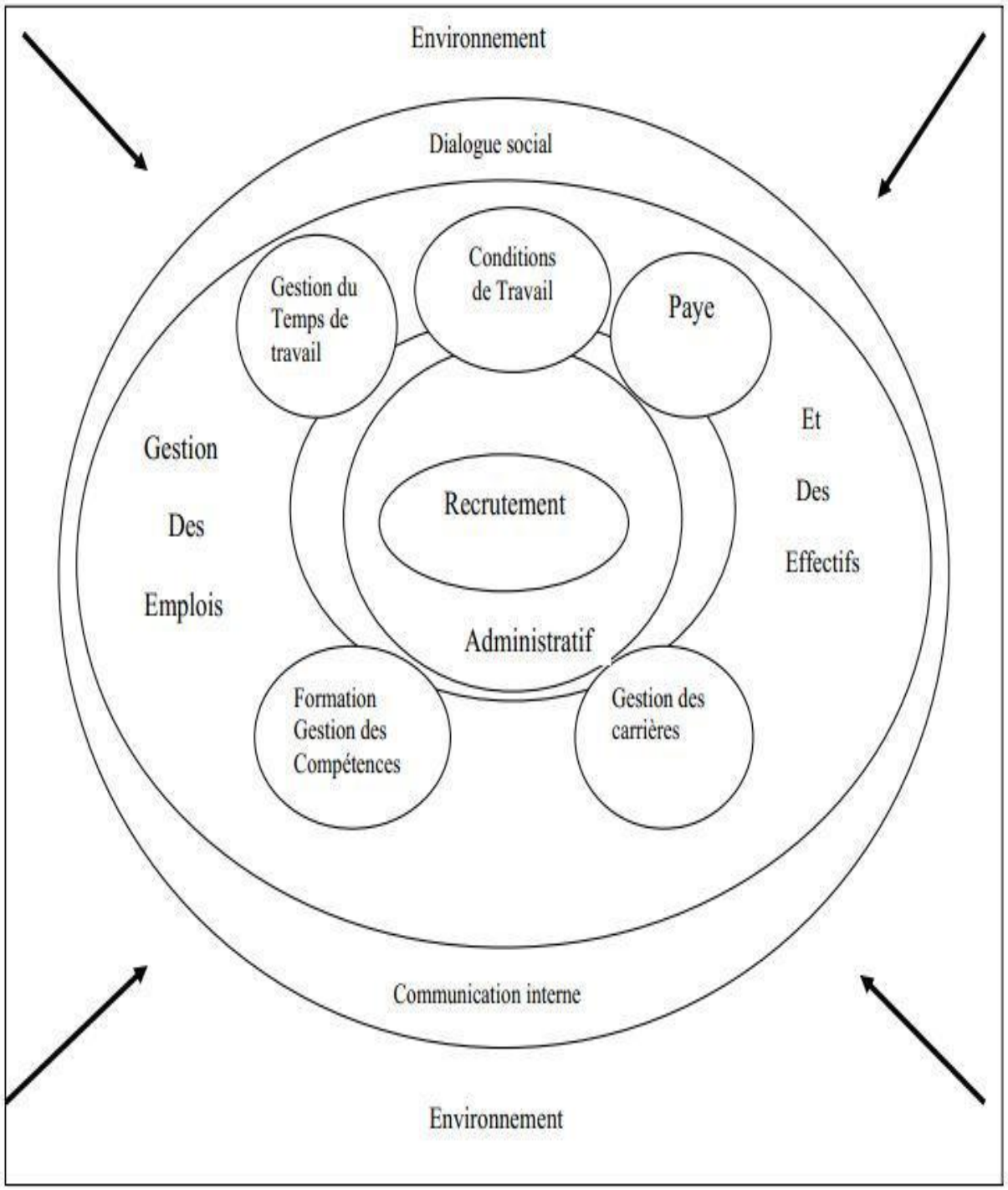
- ce sont des groupes sociaux qui réunissent des individus travaillant pour les mêmes objectifs ;
- ce sont des groupes organisés ;
- ce sont des groupes durables et finalité.

Aussi, le concept de gestion des ressources humaines consiste en des mesures (politiques, procédures) et des activités (recrutement, formation, …) principalement regroupées sous 03 axes : Acquisition, Développement et Rétention. L'ensemble de ces activités visent à fournir à l'organisation une main d'œuvre productive, stable, motivée et satisfaite[19].
Au de-là de cette panoplie des définitions de ce concept de gestion des ressources humaines, il ressort l'idée de la fluidité d'activités au niveau de ces dites ressources qui nécessitent la mobilisation des hommes à travers leurs rôles respectifs au sein de l'organisation.

Pour plus d'illustration, la figure ci-dessous représente cette fluidité d'activités observée au niveau de ces ressources humaines dans l'organisation d'une structure.

[19] - Johanne ST-ONGE, P.F.G.S.S, Pole D, Gestion des Ressources Humaines étape 3, P.6, 2002.

Figure n° 01relative au schéma représentatif de la gestion des ressources humaines (G.R.H) : domaine caractérisé par la fluidité d'activités.



Ce schéma traduit la fluidité d'activités observées au niveau des ressources humaines relevant d'une structure.

Source : Guilaine DEMARAIS, Christine MARTINET, « la maitrise de la gestion des ressources humaines », Doins éditeurs, 2000, P.9

I.1.3.2. Gestion des Ressources Humaines dans le contexte hospitalier

Dans l'univers hospitalier de manière générale et particulièrement au niveau du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville en République du Congo, la Gestion des Ressources Humaines est perçue comme l'ensemble du personnel (clinique comme administratif) sous contrôle d'une Direction, l'actuelle Direction des Ressources Humaines, structure en charge de ce personnel. Cette structure est sous tutelle de la structure hospitalière du C.H.U-B.

L'organisation de Gestion des Ressources Humaines de la structure hospitalière du C.H.U-B, remonte dans l'histoire avec l'ancienne Direction Administrative du Personnel (D.A.P) mise en place par deux textes administratifs, le décret n°88/622 du 30 Juillet 1988 et l'ordonnance n°12/2001 du 19 Septembre 2001 avec son décret d'application n°2002/388 du 30 Novembre 2002. Suite aux limites observées dans le fonctionnement de cette ancienne Direction, une nouvelle Direction a vu le jour, celle de la Direction des Ressources Humaines avec la délibération n°06/2014 portant changement de la dénomination de la Direction des Ressources Humaines (C.H.U-B), structure actuelle en charge de Gestion des Ressources Humaines au C.H.U-B.

Ces limites observées, constituent une difficulté majeure au niveau de la structure hospitalière du C.H.U-B. Cette situation appelle nécessairement non seulement pour cette structure, mais aussi pour l'ensemble de l'univers hospitalier à des réformes conséquentes pour une bonne gestion des ressources humaines, levier important sur lequel repose le fonctionnement de toute structure hospitalière. Ces réformes hospitalières, mettent en exergue l'idée de la nécessité de repenser une nouvelle politique sur la Gestion des Ressources Humaines. Plusieurs travaux sont consacrés à ce sujet.

Julienne BRABET (1993), *« Repenser la gestion des ressources humaines », édition Economica.* Cet auteur pense que, lorsqu'une structure hospitalière acquise des difficultés dans son fonctionnement, il conviendrait d'impulser une nouvelle dynamique, celle de revoir une nouvelle organisation de son personnel. Pour cet auteur, la gestion des ressources humaines dans l'univers hospitalier, est conçue comme la pièce maitresse, sinon la colonne vertébrale qui sous-tende le fonctionnement de toute la structure hospitalière. De même, les

travaux de Cauvin C., Cremadez M., Dumont J. P et al. (2002), *« Gestionnaires et professionnels de santé à l'épreuve des restructurations hospitalières », CCI/HEC Jouy en – jocas,* les travaux de ces auteurs s'inscrivent dans cette approche. Il en est de même pour ces deux (02) circulaires, le premier circulaire n° 161DHOS/0/2004 du 29 Mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique et la deuxième circulaire n°91-34 du 14 Mai 1991 relative au guide d'organisation des services hospitaliers d'accueil des urgences.

Dans le cadre du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, la gestion des ressources humaines passe par trois (03) directions, celle des Ressources Humaines qui, administrativement gère l'ensemble du personnel de cette structure hospitalière (personnel clinique et administratif). Par contre, la Direction des Affaires Médicales (D.A.M), s'en charge du recrutement des Médecins et de leur gestion. Cette direction a donc compétence d'évaluer le besoin, d'apprécier sur la qualité et la compétence du personnel a recruté. Après le recrutement, elle (D.A.M) communique à la D.R.H pour d'autres fins utiles. La Direction des Soins Infirmiers (D.S.I) s'en charge de la gestion du personnel paramédical (Infirmiers, Agents Hospitalier de Santé, et d'autres catégories socio professionnelles en dessous des Médecins). Cette direction est le miroir de la structure hospitalière de par la qualité des soins attendu des malades (voire pour plus des détails l'organisation administrative du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, au chapitre III dans la 2ème partie de cette thèse).

I.2. THEORIES DE REFERENCE

Cette étude met en relief les rapports entre personnel soignant, garde-malade et le malade au niveau de la structure hospitalière du C.H.U-B. Ces acteurs sociaux entretiennent des rapports étroits. Mais, ces rapports dans leur réalisation nécessitent l'apport des uns et des autres dans le rôle dévolu à chaque acteur social. Ainsi, l'interactionnisme symbolique de l'école de Chicago, la solidarité mécanique développée par Émile DURKHEIM, le culturalisme développé par les auteurs comme Ruth BENEDICT, Ralph LINTON, Abram KARDINER, Margared MEAD et Cora du BOIS et la théorie de l'administration de Henri FAYOL, sont des théories qui sous-tendent la problématique de garde – malade.

I.2.1. La théorie de l'interactionnisme symbolique mise au point par les adeptes de l'école de Chicago

Dans le cadre de cette recherche nous convoquons la théorie de l'interactionnisme symbolique. Cette théorie est défendue par la seconde école de Chicago. Parmi ses adeptes, Hebert BLUMER est le géniteur si non le créateur du concept *«interactionnisme symbolique »*. Everett Chrrington HUGHES, Anselm STRAUSS, Howard BECKER, Erving GOFFMAN, sont également les représentants de cette école.

L'idéologie soutenue par cette école repose sur l'analyse sociologique qui doit partir des significations que les individus attribuent à leurs actions. Non pas des « modèles » préétablis (comme intérêt ou les valeurs dans l'individualisme méthodologique), mais des interprétations des situations concrètes. Or, ces situations sont faites d'interaction entre plusieurs personnes dont les interprétations sont, selon l'expression d'Erving GOFFMAN des *« relations syntaxiques qui unissent les actions des diverses personnes mutuellement en présence »*[20]

Parmi celles – ci, la question de l'identité, des rapports aux rôles, du maintien de la face sont, selon Goffman au cœur de cette dramaturgie que constitue une rencontre ou, a fortiori, une action commune. La vie sociale est un théâtre dont les acteurs jouent des rôles multiples et doivent, en dépit de cette diversité, se faire connaitre par eux – mêmes.

Ainsi, la problématique de garde – malade en rapport avec la gestion des ressources humaines au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, s'inscrit bien dans la perspective théorique de l'interactionnisme symbolique développé par cette école de Chicago, dont l'idée essentielle se fonde sur la nécessité du rôle de chaque acteur dans une relation syntaxique. En effet, la présence massive des garde–malades au centre hospitalier du C.H.U-B qui, s'explique par les interactions entre garde-malade et malade. Elle n'est en fait la résultante de l'organisation actuelle de la gestion des ressources humaines de cette structure hospitalière. Il en résulte bien de cette analyse que, la relation entre malade, garde–

[20] - Erving GOFFMAN, Les éditions de Minuit, URC.www.leséditionsdeminuit.fr , 1974, Consulté le 24/12/2020 à 00h27mm.

malade et personnel soignant, se trouve bien établie et chaque acteur dans le cadre de cette même relation joue un rôle essentiel. De cette relation, les actions de ces acteurs sont complémentaires. C'est dans cette perspective GOFFMAN affirme que : *« (...) »* *« l'interaction entre plusieurs personnes dont les interactions sont les relations syntaxiques qui unissent les actions des diverses personnes mutuellement en présence ».*[21]

I.2.2. La théorie de la solidarité mécanique développée par Émile DURKHEIM dans la *« la division du travail social livre I »*

Les sociétés à solidarité mécanique ou par similitudes, dans « ces sociétés, les individus diffèrent très peu, ils ressemblent largement, les mêmes individus adhèrent aux mêmes valeurs. Ce qui fait une société très cohérente car les individus sont fort peu différenciés. Les sociétés rurales ont une solidarité mécanique ». (DURKHEIM cité in BIRNBAUM Pierre et CHAZEL, *Théorie sociologique*, P.U.F., Paris, 1975, p.160)

« Dans ces conditions, en effet, non seulement tous les membres du groupe sont individuellement attirés les uns vers les autres parce qu'ils se ressemblent, mais, ils sont attachés aussi à ce qui est la condition d'existence de ce type collectif, c'est-à-dire à la société qu'ils forment par leur réunion. De là résulte une solidarité, qui née des ressemblances, rattache directement l'individu à la société ». (Emile DURKHEIM cité in BIRNBAUM Pierre et CHAZEL, *Théorie sociologique*, P.U.F., Paris, 1975, p.160)

De même, la théorie de la solidarité mécanique développée par Émile DURKHEIM dans la *«Division du travail social livre I»* s'inscrit également dans la perspective de notre problématique. En effet, pour l'auteur la solidarité mécanique est caractéristique des sociétés traditionnelles dites « primitives » ou « inférieurs ». Elle est basée sur la ressemblance entre les individus. C'est une solidarité qui exige l'adhésion totale au groupe, l'absorption des consciences individuelles dans la conscience collective (chacun exécute les mêmes tâches, joue les mêmes rôles par conséquent tous ont les mêmes intérêts, la même vision de la vie, les mêmes valeurs).

[21] - Erving GOFFMAN, op. Cit..

Cette solidarité est le reflet de ce qui se noue entre le malade, le garde – malade et le personnel soignant, explique cette présence massive des garde-malades en ce milieu hospitalier.

La famille africaine dans sa culture, prône la valeur de solidarité fondée sur l'assistance en situation de maladie. Cette solidarité est une nécessité au point d'être conçue comme une norme sociale intégrant ainsi nos valeurs socio culturelles devant lesquelles aucun membre de la communauté ne peut pas se soustraire. Le personnel administratif en charge de l'organisation des ressources humaines de la structure du C.H.U-B, malgré les pesanteurs du rôle qu'il joue dans cette structure, s'imprégnant par la suite de la nécessité des valeurs de solidarité, il est difficile que ce personnel parvient d'enrayer ce phénomène de garde-malade. Ce phénomène prend racine dans notre culture et se repend dans toute la société.

Il ressort que, ces deux théories convergent sur l'idée de la nécessité de l'interaction entretenu par les garde-malades, le personnel soignant et le malade. De même, cette relation développe une certaine solidarité.

Ce qui nous amène à s'intéresser également à la solidarité mécanique développée par Emile DURKHEIM (1893) dans son ouvrage intitulé, *«De la division du travail social »* livre I. Cette solidarité mécanique, aussi de par sa pertinence laquelle génère la nécessité est ici, la deuxième théorie qui correspond bien avec notre étude qui porte sur incidences de la présence des garde-malades sur la prise en charge médicale des patients. Etude menée au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Ainsi, le but poursuivi par la solidarité mécanique est la cohésion sociale entre les membres de la société. C'est ce que DURKHEIM appelle par *« la solidarité mécanique »*. (De la division du travail social livre I, IV, P. 80)

C'est donc du Droit Pénal que Durkheim tire sa source d'inspiration dans la conception de sa théorie de solidarité mécanique. S'inspirant donc de ce domaine d'étude, l'auteur de la division du travail social définit le crime comme : *« cet acte contraire aux états forts et définis de la conscience commune. »(De la division du travail social livre I, IV, P. 80)* .Tirant les conséquences de cette définition, Durkheim établi un lien de correspondance entre la

peine et le crime et à ce stade pense t – il que, *« les règles qui sanctionnent le crime expriment les similitudes sociales. »* (De la division du travail social livre I, IV, P. 80). C'est pour dire, tel crime correspond à telle peine en rapport avec les réalités sociales.

Par-là, DURKHEIM en déduit une sorte de solidarité symbolique à travers le droit pénal et il écrit dans son même ouvrage :

> *Tout le monde sait, en effet, qu'il y a une cohésion sociale dont la cause est dans une certaine conformité de toutes les consciences particulières à un type commun qui n'est autre que le type psychique de la société. Dans ces conditions, en effet, non seulement tous les membres du groupe sont individuellement attirés les uns vers les autres parce qu'ils se ressemblent, mais ils sont attachés aussi à ce qui est la condition d'existence de ce type collectif, c'est – à – dire à la société qu'ils forment par leur réunion. Non seulement les citoyens s'aiment et se recherchent entre eux de préférence aux étrangers, mais ils aiment leur patrie. Ils la veulent comme ils se veulent eux – mêmes tiennent à ce qu'elle dure et prospère parce que, sans elle, il y a toute une partie de leur vie psychique dont le fonctionnement serait entravé. Inversement, la société tient à ce qu'ils présentent tous ces ressemblances fondamentales, parce que c'est une condition de sa cohésion.*[22]

Cette réalité s'applique bien dans le rapport garde-malade et le personnel soignant du C.H.U-B. En effet, la présence massive des garde-malades dans cette structure hospitalière tire sa cause de l'inorganisation des services sous tutelle de la structure hospitalière du C.H.U-B. Structure au cœur même de la gestion des flux des garde-malades. Il en résulte qu'il se noue des liens de familiarité entre les gestionnaires de ces services. Cette familiarité est l'expression même de la solidarité. En effet, on ne peut se réjouir du malheur de l'autre. L'assistance mutuelle en situation de maladie s'avère nécessaire. Cette situation s'observe dans nos sociétés. En Afrique, la maladie est le moment de par sa nature qui suscite la participation des membres de la communauté. C'est donc un phénomène culturel devant lequel, les gestionnaires de cette structure hospitalière qui, constituent le capital humain issue

[22] - Jean- Marie. TREMBLAY, De la division du travail social livre I, chapitre II : Solidarité mécanique ou par similitudes IV, Version numérique produit par, Professeur de Sociologie au Cégep de Chicoutimi, URL : www.pages.Infinit.Net!Sociojmt.le 17 Octobre 2019, p.80.

d'une société établie sur le lien d'assistance fondée sur la solidarité, ces gestionnaires ne peuvent pas se soustraire à l'action de solidarité. De même, les rapports de travail sont faits sur la base de la culture de solidarité. Cette culture influe sur le statut social de l'acteur social dans l'accomplissement de son rôle.

En conséquence, on se sent uni en situation de maladie pour sauver la vie du malade. Au tour du malade, se noue un cercle d'assistance où le personnel soignant, le garde-malade et l'administration de la structure hospitalière agissent ensemble au chevet du malade. L'on conviendrait que la solidarité est l'outil de communication au centre même de la cohésion sociale. C'est ce qui ressort d'ailleurs de l'analyse de DURKHEIM de son même ouvrage lorsqu'il écrit : *« Non seulement les citoyens s'aiment et se recherchent entre eux de préférence aux étrangers, mais ils aiment leur patrie. Ils la veulent comme ils se veulent eux – mêmes, tiennent à ce que qu'elle dure et prospère, parce que, sans elle, il y a toute une partie de leur vie psychique dont le fonctionnement serait entravé. » (De la division du travail livre I, IV, P.80)*

Il en résulte que la solidarité mécanique est le socle de la cohésion sociale devant laquelle les acteurs sociaux s'impliquent. La cohésion sociale, conséquence de la solidarité se construit sur deux (02) consciences : la conscience individuelle et la conscience collective intimement liée l'une de l'autre et poursuivant ainsi l'intérêt collectif.

DURKHEIM expose ici, le parcours de la solidarité dont la conscience individuelle et la conscience collective sont des étapes importantes. Pour s'en convaincre, nous pouvons extraire de ce même ouvrage et du même auteur l'argument suivant *: « Il y a donc en nous deux consciences : l'une ne contient que des états qui sont personnels à chacun de nous et qui nous caractérisent, tandis que les états que comprend l'autre sont communs à toute la société. La première ne représente que notre personnalité individuelle et la constitue ; la seconde représente le type collectif … Or, quoique distinctes, ces deux consciences sont tirées l'une à l'autre, puisque en somme elles n'en font qu'une, n'ayant pour elles deux qu'un seul et même substrat organique. Elles sont donc solidaires. De là, résulte une solidarité «Sui generis» qui, née des ressemblances, rattache directement l'individu à la société. » (De la division du travail social livre I, IV, P.80)*

1.2.3. La théorie du culturalisme développée par les auteurs : Ruth BENEDICT, Ralph LINTON, Abram KARDINER, Margared MEAD et Cora DU BOIS,

Le culturalisme est un courant de l'anthropologie et plus globalement des sciences sociales né aux Etats-Unis sous l'impulsion principal de Ruth BENEDICT, Ralph LINTON, Abram KARDINER, Margared MEAD et Cora DU BOI. Ce courant tente une description de la société sous les points de vue conjugués de l'Anthropologie et de la Psychanalyse. Il constitue un des courants qui ont dominé la Sociologie américaine.

Le culturalisme est un courant de pensée qui tend à expliquer la culture comme système de comportements appris et transmis par l'éducation, l'imitation et le conditionnement, dans un milieu social donné. Le façonnement de la personnalité s'opère inconsciemment ou consciemment par des institutions et par le jeu des règles ou des pratiques habituelles.[23] L'école culturaliste, à partir des années 1920-1930, s'interroge sur les modalités d'incorporation, par chaque individu, des éléments constitutifs de sa culture.

A partir d'études comparatives entre les tribus d'Amérique du Nord en 1934 (les Zuni et les Kwakiutl), Ruth BENEDICT (1887-1948) élabore une typologie des formes de culture et relève des traits culturels spécifiques pour chacune d'elles. Les Zuni ont plutôt des tendances conformistes, paisibles, respectueuses d'autrui (elle parle de culture apollinienne), tandis que les Kwakiutl sont davantage ambitieux, individualistes et agressifs (elle parle alors de culture dionysienne). Ainsi selon R. Benedict, chaque culture est caractérisée par un pattern**,** c'est-à-dire un certain modèle de conduite, une configuration propre à chaque société qui unifie les comportements de ses membres et les rend compréhensibles, (BEITONE Alain. et al. *Sciences sociales*, Sirey, Paris, 2004, p. 231).

A la même époque, Margared. MEAD (1901-1978) effectue des recherches en Océanie (tribus des Arapesh et des Mundugumor en Nouvelle-Guinée). Elle constate ainsi que certaines conduites qui sont considérée en Occident comme des phénomènes universels

[23] BOUDON Raymond, et al. 1999, *Dictionnaire de sociologie*, éd. Larousse, Paris, p.53.

parce que perçus comme biologiques, n'existe pas en tant que tels dans toutes les cultures. Par exemple, les sentiments et les comportements valorisés chez les Arapesh sont, pour un homme ou une femme, la douceur, la sensibilité, la coquetterie (alors qu'ils sont associés à la féminité dans la culture occidentale). A l'opposé, les Mundugumor ont un système d'éducation incitant à la rivalité voire à l'agressivité aussi bien chez les hommes que chez les femmes (comportements plutôt associés à la virilité masculine en Occident). L'apport principal de M. MEAD consiste à montrer que la personnalité ne s'explique pas seulement par de prédispositions personnelles mais aussi et surtout par des modèles culturels qui en stimulant ou en inhibant ces dernières, vont durablement et profondément transformer les comportements individuels : « *la nature humaine est éminemment malléable, (elle) obéit fidèlement aux impulsions que lui communique le corps social »* (Margared MEAD).[24]

Margaret MEAD affirme clairement que la culture est une abstraction (ce qui ne veut pas dire une illusion). Ce qui existe, dit-elle, ce sont des individus qui créent la culture, qui la transmettent, qui la transforment. L'anthropologue ne peut pas observer une culture sur terrain ; ce qu'il observe, ce ne sont que des comportements individuels. Tout l'effort des culturalistes proches de MEAD sera donc de comprendre les cultures à partir des conduites des individus qui « sont la culture », selon une expression de MEAD.[25]

Le culturalisme a aussi été accusé de présenter une conception statique, figée, de la culture. Il a déjà été montré que cette critique et peu fondée. Les culturalistes ne croient pas à la stabilité des cultures et sont attentifs aux évolutions culturelles. Ils cherchent à les expliquer par le jeu des variations individuelles dans l'acquisition de la culture. L'individu, en fonction de son histoire personnelle, qui produit une psychologie singulière, *« réinterprète »* sa culture d'une façon particulière. La somme et l'interaction de toutes les réinterprétations individuelles font évoluer la culture. Margaret MEAD insiste beaucoup sur le fait que la culture n'est pas un *« donné »* que l'individu recevrait comme un tout, une fois pour toutes,

[24] - BEITONE, A. et al, *Sciences sociales,* Sirey, Paris, 2004, p.231.

[25] - CUCHE Denys., 2004, *La notion de culture dans les sciences sociales,* éd. La Découverte, Paris, p.40.

au cours de l'éducation. La culture ne se transmet pas comme les gènes. L'individu *« s'approprie »* sa culture progressivement tout au long de sa vie et, de toute façon, il ne peut jamais acquérir toute la culture de son groupe.[26]

Les chercheurs culturalistes ont beaucoup contribué à éliminer les confusions entre ce qui relève de la nature (chez l'homme) et ce qui relève de la culture. Ils ont été très attentifs aux phénomènes d'incorporation de la culture, au sens propre du terme, montrant que le corps lui-même est travaillé par la culture. La culture, expliquaient-ils, « interprète » la nature et la transforme. Même les fonctions vitales sont « informées » par la culture : manger, dormir, copuler, accoucher, mais aussi déféquer, uriner, et encore marcher, courir, nager, etc. Toutes ces pratiques du corps, absolument, semble-t-il, naturelles, sont profondément déterminées par chaque culture particulière, ce que Marcel MAUSS, de son côté, démontra en 1936 dans son étude sur les « techniques du corps » : on ne s'assoit pas, on ne couche pas, on ne mange pas de la même manière d'une culture à une autre. Chez l'être humain, on ne peut observer la nature que transformée par la culture.[27] (CUCHE Denys., *La notion de culture dans les sciences sociales,* éd. La Découverte, Paris, 2004, p. 41).

En empruntant la notion de culture aux anthropologues, le culturalisme cherche à rendre compte de l'intégration sociale des individus. En s'appuyant sur l'observation des sociétés archaïques, les culturalistes mettent en évidence l'influence prépondérante de la culture et les habitudes culturelles d'éducation sur la personnalité de base des individus.[28]

- contexte d'apparition ou l'historique du courant de culturalisme

Dès ses débuts au XIXème siècle, l'Anthropologie s'intéressé à la relation existant entre l'homme et la culture. Constatant des similarités qui existaient entre des coutumes et des institutions de cultures distinctes et éloignées géographiquement, les anthropologues les

[26] - CUCHE Denys. 2004, *La notion de culture dans les sciences sociales,* éd. La Découverte, Paris, p.40

[27] - CUCHE Denys. 2004. op. cit.. p41

[28] - CUCHE Denys. Op. Cit. p. 42.

expliquant alors par la thèse de la convergence évolutionniste : chaque société se transformerait en passant par différents paliers menant dans une même direction.[29]

Contrairement à l'évolutionnisme, le culturalisme ne présuppose pas de suite de développements entre des périodes historiques, mais des rapports variables, complexes et instables de cultures spécifiques sans déterminisme absolu. Influencés par la pensée de l'anthropologue Franz Boas qui affirme que, *« chaque culture à un style »*, différents chercheurs des Etats-Unis s'efforcent, dès les années 1930, de rechercher l'explication des nombreuses différences culturelles observées sur le terrain[30].

- principaux travaux théoriques sur le culturalisme

Les travaux de l'anthropologue Ruth BENEDICT se sont concentrés sur le repérage de *« types de cultures »* par le recours de la notion de *« model culturel » (pattern of culture).* Cette configuration du *« model culturel »*se traduit par un certain style de vie poursuivant par certains buts choisis parmi la gamme de possibilités théoriques. Les types constatés permettent une caractérisation des conduites observables parmi les groupes culturels distincts[31]. Cette approche de l'anthropologue Ruth BENEDICT sur le repérage de type de culture, s'observe bien dans la société congolaise. En effet, le statut social du malade détermine la nature de l'assistance.

Plus que ce statut est mieux vue, plus qu'il fait bénéficier à son auteur une bonne assistance en situation de maladie par la famille. Par contre, lorsque le malade ne l'a pas, de moins à moins qu'il est assisté par son entourage social. Cette situation s'observe au niveau du C.H.U-B où on note deux catégories des malades. Une première catégorie des malades mieux intégrés en milieu hospitalier et une autre catégorie de moins en moins intégré dans ce milieu. Cette différence s'explique de par le niveau culturel de chaque groupe social où la notion de la solidarité qui s'exprime à travers l'assistance est perçue différemment.

Cette situation montre ici, la possibilité de l'existence d'une pluralité des cultures qui peuvent coexister dans une même société. Ainsi, on relève des cultures basées sur

[29] - Ruth BENEDICT et al, Culturalisme. URL : www.fr.wikipédia.org , consulté le 23.12.2019.
[30] -Ruth BENEDICT et al, op.cit.
[31]- Ruth BENEDICT et al, op.cit.

l'individualisme, des cultures défendant des valeurs de solidarité qui sont d'ailleurs la caractéristique fondamentale des sociétés africaines. Cette différence de culture s'explique par la sociabilité de l'individu à travers les institutions sociales qui accompagnent sa vie sociale (la famille, l'église, l'école et bien d'autres ...)

L'anthropologue Margaret MEAD, influencé par la Psychanalyse, s'est consacrée à l'étude des processus de la transmission culturelle et de socialisation de la personnalité. En se fondant sur ses études de terrain en Océanie, elle considère que, pour être compris, les comportements humains doivent être restitués au cœur des cultures qui les font naitre. Elle a en particulier montré que le traitement culturel du genre générait des différences dans les catégorisations sociales par le sexe[32].

Cette approche met en exergue la culture pour expliquer le comportement humain résultant du processus de transmission et de socialisation. Ainsi, la présence massive des garde-malades observé au C.H.U-B se justifie à travers un comportement résultant d'une culture transmise et socialisée de génération en génération. La solidarité qui s'exprime à travers l'assistance est un fait culturel qui définit l'identité du bantoue. De même, les valeurs de solidarité qui se traduisent par diverses formes d'assistance s'enseignent à travers des institutions sociales pour être pérennisées afin de devenir une culture, sinon une identité. On se reconnait donc à travers les valeurs d'amour, de sympathie, de compassion dans des situations de maladie. Ce qui justifie ce comportement d'attroupement autour du malade. Cet attroupement est perçu par le malade comme une première forme de prise en charge qui rassure sa sécurité et sa guérison que la prise en charge médicale.

Ralph LINTON a analysé le dynamisme actif de transmission culturelle : l'individu incorpore la culture sur une base sélective et en y réagissant. Figure importante du courant *« culture et personnalité »*, il a cherché à comprendre le fondement culturel de la personnalité (ou personnalité de base.) De même, Abram KARDINER a étudié les modes d'acquisition de la configuration psychologique particulière aux membres d'une société donnée en analysant les éléments constitutifs (techniques de pensées, système de sécurité,

[32]- Ruth BENEDICT et al, op.cit.

surmoi, attitudes religieuses.) Tant LINTON que KARDINER insistent sur le fait que, la constitution de la personnalité de base se fait par transmission, mais n'est pas mécanique : les individus en fonction de divers facteurs, créent des formules culturelles diverses et participent au dynamisme de changement culturel[33].

Ces auteurs mettent en exergue le modèle de transmission de la culture. Pour ces auteurs, la transmission de la culture ne se décrète pas à l'image d'un décret ou d'une ordonnance. Elle prendrait la forme d'une transmission mécanique conclu-t-ils. Le dynamisme de cette transmission culturelle s'observe au niveau de la famille. En effet, les membres de la famille en toute situation de maladie, se mobilisent autour du malade. Ce rapprochement crée un dynamisme qui explique le nombre élevé des garde-malades.

- apports et postérité du culturalisme

Sur le plan idéologique, le courant du culturalisme a nourri le relativisme culturel qui prétend avoir permis de lutter contre les préjugés racistes, ethnocentrismes et sexistes. Sur le plan théorique, il a tissé des liens entre sciences sociales et sciences psychologiques, permettant la prise en compte de la réalité culturelle des destins individuels. Il a contribué à l'émergence des sciences comme l'anthropologie psychologique, l'ethnopsychiatrie cognitive. Ses héritiers modernes ont bâti leurs œuvres autour du concept de culture : Clifford GEERTZ en Anthropologie, Bernd KREWER et Pierre DASEN en Psychologie.

Cependant, il faut noter qu'en France récemment, le concept de « culturalisme est souvent utilisé dans le débat public pour qualifier négativement des travaux ou des prises de position donnant une part trop importante aux explications culturelles de comportements conditionnées socialement. Ainsi, les travaux d'Hugues LA GRANDE publiés dans l'ouvrage, *« Le déni des cultures »* et analysant l'influence culturelle familiale sur les moins bons résultats scolaires des jeunes d'origine sahélienne en France par rapport à ceux d'autres jeunes étrangers, ont-ils été critiqués par des sociologues tels qu'Eric FASSIN ou Laurent MUCCHIELLI comme une réhabilitation du culturalisme. De la même façon, l'analyse de Karmel DAOUD des agressions sexuelles du nouvel An 2016 en Allemagne qu'il attribue en

[33]- Ruth BENEDICT et al, op.cit.

partie à un « piège culturel » lié au rapport à Dieu et à la femme dans les pays islamiques *(« le monde d'Allah »)* d'où proviennent les réfugiés a été critiquée par un collectif pour son essentialisation culturaliste des musulmans[34].

Ainsi, la présence massive des garde-malades au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville est un fait culturel. Il relève donc des habitudes et comportements des bantoues. La solidarité exprimée par les proches des malades à travers l'assistance dans toute sa représentation est ici l'expression de l'identité de la société bantoue. Dans l'imaginaire de la société bantoue, toute hospitalisation suppose déjà la mort. Ce qui nécessite l'assistance sur toute sa représentation afin de sauver la vie du malade en danger. Ainsi, la non-assistance et l'indifférence à toute situation de maladie ne relève pas de la culture du bantoue.

La solidarité qui s'exprime à travers l'assistance est une identité culturelle. A ce sujet, Amadou HAMPATE BA dans l'étrange destin de Wagrin disait, « *on nait dans la solidarité, on grandi dans la solidarité et on meurt dans la solidarité.* » Cette solidarité qui lie le malade à son milieu social, témoigne bien du niveau socio culturel de chaque société. L'exclusivité de la gestion du malade par le personnel soignant traduit l'attitude d'abandon .La prise en charge globale du malade doit se faire avec l'assistance de son environnement social, caractéristique de l'individualisme propre aux sociétés dites développées tenant compte de leur niveau socio culturel. Ce qui n'est pas étonnant de constater dans des sociétés dites développées, les malades se font exclusivement assistés que par le personnel de santé dans toute sa représentation socio professionnelle. Ce qui exclut la place de famille qui ne joue qu'un rôle de second plan contrairement dans les sociétés africaines.

I.2.4. la théorie de l'administration développée par Henri FAYOL (1841-1925)[35]

Directeur d'une société minière à Decazeville, il a publié un livre intitulé, *« L'administration industrielle et générale » (1916)* dans lequel il reconnait 6 fonctions à l'entreprise[36] :

1. Technique
2. Commercial ;

[34]- Ruth BENEDICT et al, op.cit.
[35]- Henri FAYOL, 1916, *Administration industrielle et générale.*
[36] Henri FAYOL, op.cit

3. Comptable ;
4. Financière ;
5. Sécuritaire ;
6. Administrative

Au commencement, s'interrogeant sur le concept d' *« administration »*, Henri FAYOL répond qu' *« administrer »* pouvait se résumer en cinq (05) verbes[37] :

- prévoir et planifier, premier verbe qui consiste à supputer l'avenir et le préparé ;
- organiser, qui au sens fort du terme signifie *« constituer »* l'organigramme qu'est l'entreprise ;
- commander, qui signifie permettre au personnel de remplir ses fonctions en lui donnant des ordres ;
- contrôler, qui signifie veiller au respect des ordres et des règles établies.

L'apport de FAYOL repose essentiellement sur l'organisation administrative de l'entreprise (TAYLOR était quant à lui, plus concerné par l'aspect technique.)
Fayol constate que, les activités administratives augmentent au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie (que FAYOL, comme TAYLOR, voit d'une façon pyramidale) et qu'elles concernent principalement l'administration des hommes[38].
Fayol insiste sur la nécessité dans laquelle se trouvent les responsables d'organisation d'acquérir une formation administrative. Sa théorie représente donc un progrès par rapport au taylorisme. Ce progrès s'explique par ces différents points, à savoir[39] :

- cette théorie n'est pas seulement une science du travail ;
- elle traite donc de l'organisation humaine, qui n'a plus pour seul fin le rendement, mais le meilleur fonctionnement global de l'entreprise, et qui, par conséquent, concerne davantage les dirigeants que les exécutants ;

[37] - Henri FAYOL, op.cit
[38] - Henri FAYOL, op.cit.
[39] - Henri FAYOL, 1916, *Administration industrielle et générale.*

- il sied d'effectuer la rationalisation d'un tel ensemble. A cette fin, il est essentiel de dresser des « *tableaux d'organisation* » qui permettent de saisir d'un coup d'œil l'ensemble de l'organigramme, les services, leurs structures et la filière hiérarchique ;

- c'est par l'étude minutieuse de ces tableaux, ancêtre de ce qu'on appelle aujourd'hui l'organigramme, qu'on découvrira tous les défauts d'organisation, ou qu'on décèlera l'absence d'unité dans le commandement, qui constitue la faute la plus grave aux yeux de FAYOL.

FAYOL classe les activités (appelées fonctions) en six (06) groupes :

- premier groupe, les activités techniques, réparties en deux (02) : la production et la transformation ;

- un deuxième groupe, les activités commerciales, subdivisées en trois (03) : achats, ventes et échanges ;

- troisième groupe d'activité, les activités financières axées sur la recherche et gérance des capitaux ;

- la quatrième activité, les activités de sécurité, comprend la protection des biens et des personnes ;

- la cinquième activité, les activités comptables. Elles comprennent l'inventaire, bilan, prix de revient, statistique ;
- la sixième activité, les activités administratives. Ces activités comprennent : la prévoyance, l'organisation, le commandement, la coordination et le contrôle.

FAYOL pour sa théorie sur l'administration, met au point quatorze (14) principes de gouvernance. Il s'agit de[40] :

- la division du travail.

Cette division consiste à spécialiser les travailleurs pour des objectifs suivants : permettre aux travailleurs de devenir plus expérimentés et productifs. L'autre objectif, c'est produire mieux avec le même effort.

Cependant, la réalité de terrain montre qu'au niveau de la structure hospitalière du C.H.U-B, la question de la spécialisation de ses travailleurs, demeure une difficulté majeure. Ce qui explique la transhumance de beaucoup de ses travailleurs dans leur poste de responsabilité. A cet effet, il n'est pas étonnant de constater qu'au niveau du service d'accueil et d'orientation par exemple qu'un brancardier renseigne et oriente les usagers sur diverses questions : renseignement sur un cas de décès, identifier un malade dans la salle d'hospitalisation, monter une perfusion à un malade, ... Cette confusion de rôle entretenu par cette catégorie socio professionnelle, pose des sérieux problèmes dans le cadre de la spécialisation du personnel de cette structure hospitalière. C'est ce qui fait que ce personnel manque d'expérience et devient inefficace. Or, la rentabilité d'une structure repose essentiellement sur ces deux conditions, c'est-à-dire l'expérimentation qui découle de la spécialisation du personnel et l'effort à fournir dans la production.

Ce premier principe de gouvernance sur les quatorze, la théorie d'Henri FAYOL sur l'administration cadre bien avec notre étude.

L'autorité et la responsabilité, constituent le deuxième principe de gouvernance de la théorie de FAYOL. En effet, l'autorité et la responsabilité reposent sur deux (02) éléments : le droit de donner des ordres et le pouvoir de les faire exécuter. A ce sujet, Fayol distingue l'autorité statutaire et l'autorité personnelle. Ici, la sanction est la marque de la responsabilité et doit exister partout même au sommet de la hiérarchie. Or la réalité de terrain montre que, les ordres donnés par la hiérarchie de cette structure hospitalière ne sont pas suivis. Ce qui cause

[40] - Henri FAYOL, op.cit.

problème au niveau de l'organisation de cette structure. Aussi, le système de parrainage à un poste de responsabilité dans cette structure fait que, chaque travailleur est protégé par un responsable. Ce qui fait que, l'impunité s'installe au grand jour dans cette structure. Là aussi, ce deuxième principe de la théorie de Fayol reflète bien la réalité du C.H.U-B.

Un autre point qui constitue le troisième principe, c'est la discipline. FAYOL conditionne cette discipline par l'obligation d'obéir selon les conventions établies. En effet, la discipline dans une structure détermine le lien entre la hiérarchie et la base, constituée des salariés. Dans le cadre du Droit du travail, l'obligation d'obéir est l'un des éléments majeurs constitutif d'un contrat du travail. Elle détermine la subordination juridique, c'est-à-dire le salarié se soumet aux ordres de son employeur. Cependant, la situation du C.H.U-B, présente une réalité plus différente que ce principe de gouvernance cardinal. Le retard au poste de travail, la vente clandestine des médicaments, le non-respect des heures de travail par le personnel soignant ... montrent bien ici que, ce principe de bonne gouvernance fondé sur l'obligation d'obéir selon les conventions établis, tiré de la discipline, n'est pas respecté par ce personnel. Il s'en suit un dysfonctionnement au niveau des services de cette structure hospitalière.

L'unité de commandement est un autre point majeur de la théorie de FAYOL sur l'administration. Ce principe repose sur la subordination d'un homme devant son seul chef. Ce principe permet au chef de bien suivre l'exécution de ses ordres par son subordonné. Or, la réalité de terrain montre bien le contraire. Un subordonné est devant plusieurs chefs. Le rançonnement des malades par le personnel causé par la rareté de paiement des salaires, le parrainage à un poste de responsabilité dans la structure, ... sont autant d'éléments qui justifient la situation du subordonné devant plusieurs chefs. Ce qui montre que, le salarié ne travaille pas pour l'entreprise, mais pour des intérêts individuels sous la protection d'un lobby assurant le commandement de la structure en qualité d'employeur. Il faut souligner que le problème du C.H.U-B, c'est l'administration. Or, l'administration repose sur l'unicité du commandement des hommes.

L'unité de direction. De ce principe, les travailleurs non seulement ne doivent avoir qu'un seul chef, mais aussi un seul programme. Ici, l'unicité du programme détermine

l'organisation du travail dans la structure. Cette situation s'observe beaucoup plus au niveau des services cliniques visités pendant cette enquête. En effet, dans un service clinique, il peut y avoir plusieurs programmes de travail non coordonnés. Ce qui cause des difficultés énormes dans l'exécution des tâches. Cela a des répercussions sur la prise en charge médicale des malades. Là aussi, il faut relever ce dysfonctionnement observé au niveau des services de cette structure hospitalière et qui explique de ce fait, cette présence massive des garde-malades.

La subordination de l'intérêt individuel à l'intérêt général. Ce principe pose le problème des buts de l'entreprise qui sont prioritaires à ceux des personnes physiques. Pour y parvenir, les travailleurs doivent être socialisés à promouvoir l'entreprise pour assurer la vie des travailleurs. Or, la situation actuelle du C.H.U-B montre que, le rançonnement des malades par le personnel soignant causé par le retard de paiement des salaires qui ne répondent plus au coût de la vie actuelle, une bonne prise en charge du personnel, ... développent un autre comportement pour ces travailleurs, celui de travailler pour l'intérêt individuel au détriment de l'intérêt général. Il ressort que, les travailleurs sont les laissés-pour-compte de cette structure sanitaire. Ce qui fait que, ce personnel s'active jour après jour pour sa survie. La structure ne garantissant pas la vie de ses salariés par une bonne prise en charge, l'intérêt général est donc mise en mal.

La rémunération doit nécessairement être proportionnelle aux efforts fournis pour la firme. Or, la situation sur la question de rémunération au C.H.U-B montre que, certaines catégories professionnelles ne sont pas rémunérées proportionnellement à leurs efforts fournis dans le travail : la catégorie des agents hospitaliers de santé, les brancardiers, les aides-soignants, les puéricultrices,... Toutefois, les catégories professionnelles comme les médecins, les infirmiers, le personnel profane (administratif), bénéficient d'une bonne rémunération. Les efforts consentis dans le travail, sont proportionnels à la rémunération.
Le degré de décentralisation**,** à travers ce principe, FAYOL note que la centralisation est un fait d'ordre naturel, mais en soi, il n'est ni forcement bon, ni forcement mauvais, cela dépend de l'activité et surtout de la qualité du personnel.

Un autre principe de la théorie d'administration de Fayol, c'est la hiérarchie. Celle-ci détermine le bon fonctionnement de la structure-employeur. Les hommes et leurs actes obéissent à une hiérarchie. Cependant, ce principe ne reflète pas la réalité du C.H.U-B. La qualité de la prise en charge de son personnel qui ne suscite aucune perspective d'avenir ne permet pas la bonne application de ce principe. Ce qui constitue d'ailleurs une difficulté majeure à l'origine du dysfonctionnement observé au niveau des services de cette structure hospitalière.

L'ordre fait également partie des principes de la théorie de FAYOL. Pour cet auteur, l'ordre est à la fois matériel et moral avec pour règle, une place pour chaque personne et chaque personne à sa place. Or, la situation du C.H.U-B qui repose sur la confusion de rôle entretenu par certaines catégories professionnelles telles qu'énoncées ci-haut, ne donne aucune chance pour cette structure hospitalière de mettre ses hommes et ses activités en ordre. Ce qui constitue une difficulté majeure susceptible d'expliquer le dysfonctionnement des services de cette structure hospitalière.

L'équité, c'est aussi un des principes de cette théorie. L'équité pour FAYOL, se définie à travers la justice qui résulte des conventions établies. Ici, les travailleurs doivent bénéficier d'un même traitement sur toute sa représentation. Aucun travail n'est laissé-pour-compte. Des préférences n'assurent pas l'équité en milieu professionnel. A cet effet, la situation de l'existence des camps ou lobbys militant pour tel ou tel objectif, met en cause l'équilibre social en milieu professionnel.

La stabilité du personnel. De ce principe, FAYOL pense que, la stabilité est un facteur de réussite, car il faut du temps pour bien remplir une fonction. A contrario, l'instabilité de ce personnel est une maladie de l'entreprise. Sur ce, les nominations répétées des gestionnaires à la tête de la structure du C.H.U-B, ne donne assez de chance à cette structure de prospérer. En effet, dans la période allant de 2012 à 2020, 04 gestionnaires ce sont succédés à la tête de cette structure dont les mandats ne sont pas conséquent au regard des objectifs poursuivis par la structure.

L'initiative, elle repose sur la conception d'un plan et en assure sa réussite. Il va de soi que, cette conception est l'une des plus vives satisfactions de l'intellectuel et cela constitue un puissant stimulant que l'entreprise doit nécessairement encourager. Cependant la situation de terrain montre bien le contraire. En effet, il n'est pas étonnant de constater que certains responsables des services de cette structure hospitalière évoluent sans aucune initiative dans le cadre de l'organisation du service en charge. Au service des Urgences par exemple, les malades mettent assez du temps pendant les consultations. Le personnel habilité délaisse leur rôle au profit d'autres intérêts. Cette situation se justifie par le manque d'initiative du responsable de service avec pour conséquence le dysfonctionnement des services sous tutelle de la structure hospitalière du C.H.U-B.

Enfin, le dernier principe élaboré par FAYOL dans le cadre de sa théorie d'administration, c'est le principe de l'union du personnel. Pour FAYOL, l'union fait la force et le chef d'entreprise l'obtient en pratiquant l'unité de commandement en évitant de diviser son personnel.

Parmi les plus significatifs, le *« principe d'autorité »* est posé comme le *« le droit de commander et le pouvoir de se faire obéir »*
Ces principes d'organisation devaient, dans l'esprit de Fayol, prendre place dans un *« code administratif »* qu'il appelait de ses vœux. La nécessité de constituer une science de l'administration ne lui avait pas échappé.

Les idées de FAYOL ont été largement reprises par les auteurs anglo-saxons tels que GULICK, URWICK, MOONEY, BRESH, ...
Comme nous venons de le montrer, les différentes théories qui font partie du cadre théorique de notre travail (l'interactionnisme symbolique, la théorie de la solidarité mécanique, la théorie culturaliste, la théorie de l'administration de FAYOL), trouvent un écho favorable dans le cadre de notre travail et nous permettent de bien asseoir les explications y afférentes.

Ces différentes théories évoquées qui sous-tendent cette étude obéissent bien à un ordre hiérarchique. Cet ordre se justifie par la nécessité de comprendre l'enjeu de cette question de garde-malade au niveau de la structure hospitalière du Centre Hospitalier et Universitaire de

Brazzaville qui s'explique par l'importance du rôle accompli par chaque acteur social impliqué dans la gestion du malade en ce milieu hospitalier. Ce qui garanti et rassure une bonne prise en charge du malade qui du reste résulterait de la dynamique des rôles des acteurs sociaux impliqués. A cet effet, le choix de la théorie de l'interactionnisme symbolique soutenue par les adeptes de la nouvelle l'école de Chicago, représenté par Hebert BLUMER, se justifie bien. De même, la préférence de commencer en premier lieu par cette théorie dans le cadre de cette étude, se justifie également, car la prise en charge du malade suppose avant tout la répartition des rôles de chaque acteur impliqué, c'est-à-dire à travers une relation où les acteurs sont liés, chercher à comprendre qui fait quoi ? Et pourquoi ?

Ainsi, dans la perspective de cette répartition des rôles dévolus à chaque acteur lié dans une relation et dans le cadre de la prise en charge du malade, il se dessine une attitude de collaboration entre ses acteurs. Cette collaboration exprime une solidarité qui se traduit par l'assistance des parents au tour du malade. Cette solidarité est donc la conséquence logique de la première action, celle de la répartition et la réciprocité des rôles des acteurs implique dans la gestion du malade.

En conséquence, le choix sur la théorie de la solidarité mécanique défendue par Emile DURKHEIM dans le cadre de cette étude, se justifie et tien bien sa place.

Cette solidarité est l'expression de la culture. En effet, l'assistance du malade en ce milieu hospitalier relève de nos habitudes et comportements qui déterminent notre mode de vie social qui constitue notre culture. Ainsi, la solidarité perçue comme une norme sociale, s'inscrit dans la même perspective du but poursuivi par la loi, facteur de régulation social. Sur ce, cette norme sociale qui détermine notre culture, revêt donc un caractère obligatoire. Ainsi, l'assistance au malade en ce milieu hospitalier, revêt donc une obligation puisque cet acte relève du fait culturel qui détermine l'ordre social.

Au bout de cette analyse, il ressort que le choix et la place du culturalisme comme courant défendue par Ruth BENEDICT et consorts dans le cadre de cette étude, se justifie et tien bien sa place.

Enfin, la dernière théorie évoquée dans le cadre de cette étude, celle de l'administration défendue par Henri FAYOL, se justifie par le fait que la présence massive de ces garde-malades dans cette structure de santé publique est la conséquence d'une mauvaise organisation de ses ressources humaines. Par ailleurs, la bonne organisation de ces ressources humaines exclue l'idée sur la nécessité de la présence du garde-malade qui naturellement implique l'action de solidarité comme l'expression de la culture dans une société.

Il ressort de cette analyse que la hiérarchisation de ces théories convoquées dans le cadre cette étude, se justifie et tiennent bien leur place.

Après avoir défini les concepts-clés jugés nécessaires dans le cadre de notre étude et présenté les différentes théories qui sous-tendent cette étude, il nous paraît impérieux de s'appesantir à présent sur le cadre méthodologique. Cette matière fera l'objet du deuxième chapitre de ce travail dans les lignes qui suivent.

CHAPITRE II : CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre qui porte sur le cadre méthodologique consiste à une organisation de la recherche autour d'une méthode spécifique qui permettra d'étudier le fait social de garde-malade au niveau du C.H.U-B. Ce qui nous amène à nous poser la question de savoir, quelle démarche scientifique adoptée en vue d'entreprendre cette enquête pour atteindre les objectifs auxquels elle s'est assignée ? Il s'est agi donc d'une étude perspective. Cette recherche est de type hypothético-déductif. Elle met donc en évidence le rapport entre l'observation du fait pour parvenir à une déduction laquelle, s'appuie sur l'hypothèse émise pour atteindre le résultat. Ce qui veut dire que dans le cadre de cette méthodologie, l'hypothèse émise conduit de facto à la déduction du fait social, celui de garde-malade. Pour y parvenir, nous nous sommes servis de l'observation participante pour comprendre et cerner les enjeux de la problématique de garde-malade. Il était donc nécessaire dans le cadre de cette enquête de participer de plus près aux activités des acteurs impliqués dans la gestion du malade au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Parmi ces activités, celles du personnel soignant, du garde-malade pour enfin d'analyser les rapports entretenus entre les trois (03) acteurs : garde-malade, personnel soignant et le malade.

Premièrement, prenant part aux activités du personnel soignant, l'observation faite sur ces activités, montre bien la nécessité de la présence du garde-malade dans le cadre des prestations du personnel soignant. Cette nécessité s'explique par la spécificité du rôle de garde-malade dont les activités s'orientent sur deux (02) axes majeurs. Il s'agit :

- du respect des directives du personnel soignant :

Ce premier axe consiste pour le garde-malade entre autres de veiller sur les prescriptions médicales, informer régulièrement le personnel soignant sur l'évolution de l'état de santé du malade, être disponible pour assister le personnel soignant sur toute éventualité résultant de la situation de santé du malade, etc.

- du respect des directives du malade et de son entourage :

Ce second axe consiste pour le garde-malade, de transmettre auprès du personnel soignant les préoccupations du malade en rapport avec son entourage.
Deuxièmement, prenant part aux activités du garde-malade, l'observation menée montre ici, la contribution majeure du garde-malade dans la réalisation des prestations du personnel soignant. Celles-ci ne peuvent se réaliser qu'avec l'assistance du garde-malade, d'où son importance.

Enfin, sur l'analyse des rapports de la triade garde-malade, personnel soignant et le malade, l'observation faite sur ce type des rapports, montre que, ces trois (03) acteurs entretiennent des rapports intimement liés. Chaque acteur contribue dans la réalisation du rôle dévolu à l'autre.

Cette démarche méthodologique choisie, a permis de comprendre les enjeux de la présence massive des garde-malades au niveau du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Cette présence s'explique donc pour deux (02) principales raisons :

- la première raison, est celle du comportement lié à la culture Bantoue qui voudrait que, la solidarité mécanique s'exprime à travers l'assistance familiale pour le malade. Ce qui expliquerait le fait social de garde-malade observé au niveau de ce Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville ;

- la seconde raison, est celle liée aux limites managériales qui, de facto induirait le phénomène de garde-malade.

Mais, signalons en passant que, cette démarche méthodologique était précédé par l'observation de quelques étapes préliminaires ayant contribuées efficacement à l'aboutissement de cette recherche.
Ainsi, pour des raisons de nécessité des exigences de terrain, il était nécessaire de se procurer de l'attestation d'autorisation de recherche, délivrée par la Directrice de cette thèse de Doctorat Unique en date du 15 Juillet 2019.

Ce titre de recherche a permis la rédaction d'une correspondance destinée à Monsieur le Directeur Général du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) dont

l'objet portait sur la demande d'un stage de recherche laquelle, il fallait joindre cette attestation de recherche. Ce courrier déposé au Secrétariat de la Direction Générale du C.H.U-B en date du 17 Septembre 2019 avec accusé réception a nécessité quelques jours de formalités administratives pour son traitement, et, s'en est suivi l'avis favorable du responsable de la structure sollicitée pour effectuer une enquête de terrain qui débute le 07 Octobre 2019.

Sur orientation du Directeur des Ressources Humaines par l'entremise de son Chef de Service de Gestion Administratif du Personnel, le Service de la Formation continue (S.F.C) a été instruit de nous accueillir afin de s'accommoder sur les modalités du déroulement de ce stage. A ce stade, certaines informations pratiques ont été rendue publiques, lesquelles déterminent la période du déroulement du stage en deux (02) phases. Une première phase du stage couvre les services cliniques dans le cadre de l'enquête dont le déroulement est conditionné par la possession de la fiche n°4 dûment délivrée par le responsable du service de tutelle (Service de Formation Continue relevant de la Direction des Soins Infirmiers) et, une seconde phrase de cette enquête devrait couvrir les services administratifs des trois (03) Directions administratives. Pour ce faire, la note de service portant autorisation de recherche, suffirait comme document administratif qui justifierait notre présence dans ces structures administratives. Toutes ces formalités administratives visent la délimitation du champ et du temps d'étude.

II.1. Délimitation temporelle de la recherche

Cette thèse de doctorat a été menée de bout à l'autre pendant quatre années. Autrement, nous avons entamé cette étude en octobre 2017 pour l'achever en novembre 2021.

II.2. Champ d'investigation de l'étude

Cette investigation est effectuée du 07 Octobre 2019 au 07 Avril 2020 au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) en République du Congo, pays situé en Afrique Centrale.

II.3.Matériel de travail utilisé dans le cadre de cette recherche

Pour des raisons de trésorerie renforcées davantage par la crise financière que traverse cette structure hospitalière ces dernières années, les stagiaires se prennent seuls en charge. Sur la logistique nécessaire pour cette recherche, il y a : blouse blanche, sabots, calo (protège tête), masque chirurgicale (indispensable pour des entretiens avec les malades dans les services à haut risque : Unité des Urgences Chirurgicales, le Service de Pédiatrie Nourrisson avec des pathologies liées aux complications respiratoires dont le risque de contamination est fort probable pour l'assistance, le Service de Psychiatrie qui, de nos jours est devenu un laisser-pour-compte des autres services de cette structure hospitalière. Ce service, donne l'image d'une structure carcérale dont l'insalubrité a atteint des proportions très inquiétantes au point où ses usagers sont exposés aux infections nosocomiales). Il y a également des écritoires, bloc-notes pour prises de notes, documents à photocopier pouvant renseigner davantage en rapport avec la recherche, support d'images pour filmage (appareil photographique ou téléphone approprié) nécessaire pour certaines situations en rapport avec la recherche, clé U.S.B pour les informations utiles. Ensuite, frais disponibles pour les impressions, pot de vin comme seul moyen puissant pour être en possession des informations utiles en cas de réticence manifestée par les enquêtés. Enfin, support audiovisuel pour l'enregistrement des entretiens avec les acteurs concernés par la recherche : garde-malades, malades, personnel soignant, des sachant et bien d'autres acteurs impliqués pour cette recherche, les gants en cas de nécessité.

L'essentiel de ce matériel est donc à la charge exclusive du stagiaire. L'hôpital quant – à - lui, ne donne que les informations nécessaires dans le cadre du travail. Il en est de même pour la consultation des documents jugés nécessaires pour le travail.

II.4. Déroulement de l'enquête de terrain

L'objectif visé ici, c'est de rencontrer le maximum de la population cible de notre enquête constituée par des garde-malades, des malades et du personnel soignant. Aussi, au moyen des échanges avec cette population, on s'est rendu compte de l'importance consacrée à cette problématique. Cette enquête couvre une période de six (06) mois, du 07 Octobre 2019 au 07 Avril 2020, soit trois (03) mois pour chaque groupe de service (cliniques et administratifs.)

II.4.1. Première phase : les services administratifs du C.H.U-B

Trois (03) Directions sont concernées pour cette enquête : la Direction des Ressources Humaines (D.R.H), ses services et sections rattachés, la Direction des Affaires Médicales (D.A.M), services et sections rattachés et la Direction des Soins Infirmiers (D.S.I), services et sections rattachés.

Objectif visé à ce stade, rencontrer le personnel administratif en rapport avec leurs attributions pour se rendre à l'évidence des enjeux des hypothèses émises dans le cadre de notre étude lesquelles mettent en évidence la capacité d'accueil pour les malades au C.H.U de Brazzaville en rapport avec l'évolution démographique et apprécier les effectifs du personnel de cet hôpital en termes de besoin pour les malades avec l'implication de la présence massive des garde-malades.

Outre cela, nous nous sommes également intéressés aux structures de formation du personnel soignant. Objectif visé ici, c'est de se rendre compte sur la qualité de la formation de ce personnel en termes quantitatif et qualitatif en fonction des demandes des malades ayant une incidence sur leur présence massive. La République du Congo, à l'heure actuelle, compte deux catégories (02) d'écoles qui assurent la formation du personnel soignant : l'école publique qui comprend la Faculté des Sciences de la Santé (F.S.S.A) de l'Université Marien NGOUABI de Brazzaville (Congo) qui assure une formation supérieure à ces étudiants et l'Ecole Paramédicale et Médico-sociale de Brazzaville qui à son tour assure également à ses étudiants cette formation professionnelle moyenne. Cette école est basée dans les cinq (05) départements du pays : le Département de Brazzaville, de Pointe-Noire, du Niari (Dolisie), du Pool (Kinkala) et de la Cuvette Centrale(Owando). Une école sous régionale, C.I.E.S.P.A.C assure également la formation du personnel soignant. Cette grande école sous régionale est implantée au nord de Brazzaville plus précisément dans le quartier du lycée Thomas Sankara en République du Congo. Elle assure cette formation en faveur de quelques pays : la République du Congo, la République Centrafricaine, la République du Tchad, la République du Cameroun, la République de Sierra-Léone.

Il faut noter que la République du Congo jusqu'à l'heure actuelle ne dispose d'aucune école conventionnelle religieuse assurant la formation du personnel soignant comme il en est le cas pour la République tchadienne qui à une longue expérience dans ce secteur d'activité.
Un autre objectif à atteindre à travers nos descentes dans ces structures de formation, c'est de vérifier si le C.H.U-B se suffit de son personnel pour contenir le flux de ces malades. Cette inquiétude se vérifie lors de la gestion des catastrophes survenues dans le pays (situation d'épidémie, pandémie, troubles sociopolitiques, accidents de voie publique, ...)
Aussi, une autre source de formation du personnel, c'est celle assurée par des écoles étrangères dans le cadre de la coopération régionale ou sous régionale, voire internationale par voie de concours.

Enfin, nous nous sommes aussi rapprochés d'autres sachant actifs ou non actifs de la santé pour d'autres informations complémentaires en rapport avec notre recherche. C'est ainsi que nous avons réalisés des entretiens avec certains Médecins et quelques responsables en charge de la gestion des services administratifs de l'Hôpital de Référence de Talangai admis déjà en retraite.

II.4.2.Deuxième phase : les services cliniques du C.H.U-B

Les services concernés pour cette première phase de cette enquête sont : Le Service des Urgences avec ses trois unités : Unité des Urgences Médicales, Unité des Urgences Chirurgicales, le Déchoquage (mini réanimation), le Service d'accueil pour l'orientation des malades, le Service de Pédiatrie nourrissons et celui de psychiatrie, servent ici de cadre d'étude pour cette enquête. Trois (03) mois consacrés pour cette première phase du déroulement de cette enquête qui couvre les trois (03) services cliniques retenus dans le cadre de notre étude à raison d'un (01) mois par service.

II.5. L'ORGANISATION DE LA RECHERCHE

La problématique de garde-malade est un sujet pratique dont la collecte des données passe par l'observation des techniques appropriées. Ainsi, dans le cadre de notre recherche, la

collecte des données s'est faite au tour de trois (03) techniques : l'observation participante, le questionnaire et la recherche documentaire.

II.5.1. L'observation participante comme technique de collecte des données

Cette technique nous a permis de se rapprocher de notre population cible pour chercher à comprendre l'enjeu de cette problématique de garde-malade. Cette population cible est repartie en deux catégories : Au niveau des services cliniques, la population cible était constituée de la triade : malade, garde-malade et personnel soignant, et au niveau des services administratifs, elle était constituée par le personnel administratif.

Au niveau des services cliniques, pour comprendre l'engouement du rapprochement des malades de leurs proches, nous avons jugé nécessaire de participer aux activités du personnel soignant, plus précisément dans la prise en charge des malades du Service d'Accueil jusqu'aux soins internes. Cette participation active nous a permis de se rendre compte des besoins réels de ces malades et de la nécessité de la présence du garde-malade en termes d'assistance. Il ressort que ces malades en consultation, ont nécessairement besoin de se faire assister. Parmi ces besoins : nécessité de signaler le majeur ou l'infirmier de service pour le suivi d'une perfusion (contrôler son début, c'est-à-dire vérifier si la perfusion s'effectue selon la prescription du médecin traitant ou savoir l'arrêter dans le cas échéant), l'approvisionnement en produits pharmaceutiques, prélèvements de toute nature (prélèvement de la température pour vérifier l'évolution de la fièvre par exemple, la tension, le taux de glycémie avant toutes autres transfusions), le besoin d'être assisté pour le petit besoin. En effet, réduit par l'incapacité physique, le malade a nécessairement besoin de se faire assister par un proche pour éventuellement accomplir ce besoin), se faire assister pendant le repas, son nettoyage, le nettoyage de son linge, faire ses courses jusqu'à sa guérison, assurer au malade une prise en charge psychologique. Sur ce, beaucoup des malades succombent suite au manque d'assistance psychologique, physique et matérielle. En effet, le réconfort moral par exemple, rassure le malade de son entourage et confiant de ses soignants pour une guérison certaine. Ainsi, lors des interventions chirurgicales, des concertations se tiennent entre malades et leurs proches pour certaines consignes éventuellement avant leur admission au bloc.

Ce besoin d'être assisté ne se limite pas dans les rapports malades et leurs proches, mais il s'étend aussi dans les rapports garde-malades et personnel soignant. Ainsi, ce besoin s'accompli dans la mise en œuvre des instructions du personnel soignant par ces garde-malades (questions liées au respect du protocole de traitement).
Cette assistance dans sa diversité et à la demande du malade, justifie bien la nécessité de la problématique de garde-malade.

Enfin, nous nous sommes entretenus avec ces malades qui dans leurs plaintes multiples, nous révèlent la nécessité d'être assisté. Mais ne sachant pas réellement le rôle du garde-malade. Ce rapprochement a permis aux malades de se rendre compte qu'ils ont droit de se faire assister en situation de maladie. Ce rapprochement nous renseigne également sur l'importance du garde- malade.

Au niveau des services administratifs, notre population cible comme annoncée en amont, c'est le personnel administratif. Pour ainsi comprendre les enjeux de cette présence de gardes-malade, nous nous sommes également impliqués dans les activités du personnel administratif pour s'imprégner selon la délimitation géographique de zone d'étude établie par l'étude, les rapports entre directions, services et sections dans le but de comprendre leur fonctionnement, la zone de compétence, les besoins en personnel et en matériel, les difficultés de chaque structure pouvant nécessiter le besoin d'assistance pour ces malades en milieu hospitalier. Ce qui met en exergue le problème de la présence de garde-malade.

II.5.2. Le questionnaire comme technique de collecte des données

L'observation participante s'est faite accompagnée par un questionnaire pour mieux organiser notre recherche. Ce choix se justifie sur le fondement des écrits d'ABRIC cité par Hygin Bellarmin ELENGA dans la thèse. Cet auteur estime que c'est un outil de mesure qui nous rassure par son efficacité. Ainsi, le questionnaire écrit le même auteur : *« Permet, par exemple, de repérer et, situer les positions, respectivement, des groupes étudiés par rapport à ces axes explicatifs. »* (Abric 1997c, P.62)
Cette deuxième technique enrichie le même auteur toujours cité par Hygin Bellarmin ELENGA dans ses travaux de thèse, *« a trait à sa standardisation, qui réduit à la fois les*

risques subjectifs du recueil (comportement standardisé de l'enquêteur) et les variations interindividuelles de l'expression des sujets (standardisation de l'expression des enquêtés : thèmes abordés, ordre des thèmes, modalités de réponses). (ABRIC, op. cit.). »Il faut noter que, la technique du questionnaire nécessite une réflexion approfondie sur le type de question à poser.

Dans le cadre de ces travaux de thèse, il nous semble crédible de dire que, la technique du questionnaire convoquée ici, est adaptable à notre recherche. Ainsi, cette technique compte dans sa composition des rubriques dont les thèmes varient selon la catégorie de l'enquêté aussi bien dans les services cliniques que les services administratifs.
La collecte de ces informations nous a permis de constituer une base de données laquelle nous a permis de vérifier les hypothèses émises en amont pour l'objectif assigné à la recherche.

Ce questionnaire fermé, distribuer à une population cible nous permet de vite recueillir les informations. Cette technique ne prend pas assez du temps avec les enquêtés et fait donc gagner du temps. Pour se faire, il faut persuader les enquêtés de se prêter à nous pour se livrer à l'enquête. Il y a eu des enquêtés réticents, s'abstenant donc de s'apprêter à notre questionnaire de peur que les informations recueillis ne servent à des fins susceptibles de compromettre leur vie. Face à cette catégorie des enquêtés, il faut user de toutes les stratégies possibles pour les convaincre.
Par contre, d'autres catégories d'enquêtés se livrent facilement à nous sans résistance, car rassurant de notre présence par le port de la blouse blanche au point de se comparer au personnel soignant. Cela se justifie d'autant plus que, dans l'imaginaire des malades, en présence de toute personne vêtue en blouse il y a assurance, confiance et espoir de guérison. Sur cette base, il ne se pose aucune résistance.

II.5.3. La recherche documentaire comme technique de collecte des données

Cette technique table sur les documents consultés et jugés nécessaires dans le cadre de ce travail. Un choix minutieux est opéré dans la documentation ayant trait avec ces travaux de

thèse qui met en relief la problématique de garde-malade. A cet effet, une documentation importante a été consacrée dans le cadre de ce travail.

II.5.4. L'entretien comme technique de collecte des données

Cette technique a permis de nous entretenir avec le personnel soignant, le garde-malade et le malade. Cet entretien a pour objectif de se rendre compte sur le rôle dévolu à chaque acteur impliqué sur la gestion du malade et l'influence sur la présence des garde-malades. Aussi, il faut souligner que dans le cadre de cette technique de collecte des données, nous avons organisé des focus group, c'est-à-dire des entretiens en groupe en associant des acteurs impliqués dans la gestion des malades.

II.5.5. Grille d'observation

Ayant utilisé dans le cadre de notre étude la technique d'observation ; au cours de celle-ci, notre attention était focalisé sur les faits suivants :

1. S'imprégner des facteurs déterminants le phénomène social de garde-malade au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (CHUB) ;

2. Vérifier si la présence récurrente des gardes-malades est liée au dysfonctionnement des services du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (CHUB) ou à autres choses ;

3. Déterminer l'influence des facteurs socioculturels sur la présence des gardes-malades au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (CHUB).

II.5.6. Les focus group

Dans le cadre de ce travail, nous avons utilisé également les focus group comme technique de collecte des données. Cette technique s'est tablée sur des séances de travail élargies à tous les acteurs sociaux impliqués sur cette question de garde-malade. Ses séances de travail ont été organisées par group de travail. Ainsi, en premier lieu nous nous sommes échangés à travers des exposés des garde-malades des services cliniques enquêtés sur des questions stratégiques suivantes :

1. La motivation de ces garde-malades pour leur assistance au près des malades ;

2. La perception de ces garde-malades au sujet des prestations du personnel soignant ;
3. L'analyse sur les rapports entre ces garde-malades et le personnel soignant.

Ensuite, à travers ces focus group utilisé comme technique des données dans le cadre de ce travail, nous nous sommes également échangés avec le personnel soignant. Cette séance travail à tourné sur les questions suivantes :

1. La place de ces garde-malades dans le cadre des prestations du personnel clinicien ;
2. La détermination des taches de ces deux acteurs majeurs (personnel soignant et garde-malade) impliqués dans la gestion du malade dans le cadre de leurs rapports au niveau de la structure hospitalière du C.H.UB;
3. Incidences des déterminants socio culturels et la pratique médicale : position du personnel soignant;
4. Les rapports entre personnel clinicien et les normes administratives au sujet de la présence du garde-malade dans cette structure hospitalière.

Enfin, dans le cadre de cette technique de collecte des données, nous nous sommes intéressés de suivre l'exposé des malades pendant leur séjour d'hospitalisation. Le malade, acteur majeur dans la triade garde-malade, personnel soignant et le malade. A travers ce groupe social, notre attention était focalisée sur les questions suivantes :

1. La place du garde-malade dans la relation personnel clinicien et le malade ;
2. L'imaginaire du malade sur la présence du garde-malade à ses cotés ;
3. La place des déterminants socio culturels dans les rapports entre le malade et le personnel clinicien ;
4. La perception du malade sur les déterminants socio culturels et sa guérison.

Ces focus group, nous a permis de cerner davantage cette question de garde-malade au niveau de cette structure hospitalière pour comprendre le niveau d'envahissement de ces garde-malades comparativement à d'autres structures hospitalières de la place.

II.6. Echantillon

L'enquête se déroule dans l'enceinte de l'Unité des Urgences Médicales au Service des Urgences du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Un (01) mois durant, du 13 Octobre au 14 Novembre 2019, c'est le temps consacré à cette enquête. Nous avons interrogé 248 garde-malades, 268 malades et 75 personnels soignant pour les trois services cliniques à savoir le Service des Urgences, le Services de Pédiatrie Nourrisson et le Service de Psychiatrie.

II.6.1. Garde malades

II.6.1.1. Service des Urgences

- **Unité des Urgences Médicales (U.U.M)**

Tableau n°01 relatif à la présentation socioprofessionnelle des catégories des garde-malades de l'Unité des Urgences Médicales.

Présentation des catégories des garde-malades enquêtés	Effectifs		Pourcentage	
	Garde-malades avec emploi	Garde-malades sans emploi		
	36	24	60%	40%
	36	24	60%	40%

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Médicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Il ressort de la lecture de ce tableau que, la catégorie des garde-malades *«avec emploi»* est plus représentative. Soit un effectif total de 36 avec un pourcentage de 60% sur un échantillon de 60 garde-malades enquêtés. Tandis que, celle des garde-malades *« sans emploi »* ne représente que, 24 garde-malades, soit un pourcentage de 40%.

Après la présentation de garde-malades par catégories socioprofessionnelle, le tableau suivant nous renseigne sur les statistiques concernant la répartition géographique de ces garde-malades.

Tableau n°0 2 relatif à la répartition des garde-malades par zone géographique d'habitation – Unité des Urgences Médicales.

Zones géographiques	Effectif	Pourcentage
Zone Nord	28	46,6%
Zone centre	05	8,3%
Zone Sud	27	45%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Médicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les gardes-malade reçus dans l'Unité des Urgences Médicales, viennent en grande majorité de zone nord de Brazzaville, soit un effectif total de 28 et, un pourcentage de 46, 6% des garde-malades. Vient en deuxième lieu les garde-malades de zone Sud avec une représentativité de 05 garde-malades, soit un pourcentage de 08,3%.

A cette répartition géographique de ces garde-malades, le tableau suivant porte sur leur répartition par sexe.

Tableau n° 03 relatif à la répartition des garde-malades par sexe – Unité des Urgences Médicales.

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	14	23,33%
Féminin	46	76,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Médicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

La grande représentativité des garde-malades est de sexe féminin. Soit un effectif total de 46 garde-malades avec un pourcentage de 76,6%. 14 garde-malades de sexe masculin et un pourcentage de 23,33%.

Le tableau qui suit porte sur la répartition de ces garde-malades par nationalité.

Tableau n° 04 relatif à la répartition des garde-malades par nationalité – Unité des Urgences Médicales.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	59	98,33%
Etrangère	01	01,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Médicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Ce tableau montre que, les garde-malades de nationalité congolaise, sont plus représentatifs par apport à ceux de nationalité étrangère. Soit un effectif total de 59 et un pourcentage de 93, 3% des garde-malades de nationalité congolaise. 01 garde-malade de nationalité

étrangère avec un pourcentage de 01, 6% de nationalité centrafricaine. Ceci se justifie parce que l'enquête a été menée en République du Congo.

Le tableau suivant nous renseigne sur la répartition de ces garde-malades par tranche d'âge.

Tableau n°05 relatif à la présentation des garde-malades par tranche d'âge – Unité des Urgences Médicales.

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30ans	11	18, 3%
De 31à 60 ans	39	65%
De 61ans à plus	10	16,6%
Total	60	99,9%

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Médicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Sur les trois (03) catégories des garde-malades, la catégorie dont la tranche d'âge est comprise entre 31 à 60 ans, est la plus représentative. Soit un effectif total de 39 gardes-malade avec un pourcentage de 65%. Vient en deuxième lieu, la catégorie des garde-malades située entre 18 à 30 ans et un pourcentage de 18, 3%. Enfin, la catégorie dont l'âge est comprise entre 60 ans et plus avec un effectif total de 10 garde-malades et un pourcentage de 16, 6%.

Il convient par la suite de présenter ces garde-malades par niveau d'instruction.

Tableau n°06 relatif à la présentation des garde-malades par niveau d'instruction – Unité des Urgences Médicales.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	05	08,33%
Primaire	1	1,66%
Collège	22	36,66%
Lycée	19	31,66%
Supérieur	13	21,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Médicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les garde-malades du niveau Secondaire I, sont au total 22 soit 36, 00 %. Les garde-malades du niveau de secondaire II ont un effectif de 19 soit 31, 00%. Les garde-malades du niveau supérieur ont un effectif de 13 garde-malades soit 21, 00%. Les garde-malades non scolarisés et du niveau primaire, occupent la dernière place de ce tableau avec respectivement 05 et 01 soit 08, 00% et 01, 00%.

Le tableau ci-dessous nous fixe sur la présentation de ces garde-malades par situation matrimoniale.

Tableau07 relatif à la présentation des garde-malades par situation matrimoniale – Unité des Urgences Médicales.

Niveau d'in	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	07	11,66%
Célibataire	42	70%
Union libre	03	05%
Divorcé (e)	02	03,33%
Veuf (veuve)	06	10%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Médicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

La catégorie des garde-malades célibataire est largement représentative. Soit un effectif total de 42 avec un pourcentage de 70, 00%. Par contre, la catégorie des gardes-malade mariés (e), présente un effectif total de 07 avec un pourcentage de 11%; ceux en union libre sont au nombre de 03 soit 05% ; les divorcé (e) sont 02 soit 03,33% et les veufs (ves) sont au nombre de 06 soit 10%.

Après la présentation des garde-malades de l'Unité des Urgences Médicales, nous présentons à présent les garde-malades de l'Unité des Urgences Chirurgicales

- **Unité des Urgences Chirurgicales (U.U.C)**

Tableau n°08 relatif à la présentation des garde-malades par catégories socio professionnelles - Unité des Urgences Chirurgicales.

Catégories socio professionnelles	Effectifs	Pourcentage
Avec emploi	25	41,67%
Sans emploi	35	59,33%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences Chirurgicales Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Contrairement à l'Unité des Urgences Médicales, au niveau de l'Unité des Urgences Chirurgicales, la catégorie des gardes-malade sans emploi est la plus représentative. Soit 35 garde-malades avec un pourcentage de 59,33%. Par contre, la catégorie des garde-malades avec emploi est moins représentative. Soit un effectif un total de 25 garde-malades avec 41, 67%.

Nous présentons à présent les garde-malades de cette unité des soins par zone géographique.

Tableau n° 09 relatif à la répartition des garde-malades par zone géographique d'habitation – Unité des Urgences Chirurgicales.

Zones géographiques	Effectif	Pourcentage
Zone Nord	25	41,67%
Zone centre	05	08,3%
Zone Sud	30	50%
Total	**60**	**100%**

Source ***:*** *Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Chirurgicales Service des Urgences C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.*

Les garde-malades de la zone Nord sont au nombre de 25 avec un pourcentage de 41, 67%, ceux de la zone géographique d'habitation Sud, sont au nombre de 30 avec un pourcentage de 50 % et les garde-malades de zone Centre de Brazzaville sont 05 avec un pourcentage de 08, 3%.

S'en suit la présentation de ces garde-malades par sexe.

Tableau n° 10 relatif à la répartition des garde-malades par sexe – Unité des Urgences Chirurgicales.

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	14	23,33%
Féminin	46	76,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Chirurgicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

La grande représentativité des garde-malades est de sexe féminin. Soit un effectif total de 46 avec un pourcentage de 76,66% et 14 garde-malades de sexe masculin, soit un pourcentage de 23,3%.

Vient par la suite la répartition des garde-malades par nationalité.

Tableau n° 11 relatif à la répartition des garde-malades par nationalité – Unité des Urgences Chirurgicales.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	58	96,66%
Etrangère	02	03,33%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Chirurgicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Ce tableau montre que, les garde-malades de nationalité congolaise, sont plus représentés par apport à ceux de nationalité étrangère. Soit un effectif total de 58 et un pourcentage de 96,66% des garde-malades de nationalité congolaise. 02 garde-malades de nationalité étrangère avec un pourcentage de 03,33% de nationalité centrafricaine.

Nous présentons par la suite la répartition de ses garde-malades par tranche d'âge.

Tableau n°12 relatif à la présentation des garde-malades par tranche d'âge - Unité des Urgences Chirurgicales.

présentation des garde-malades par tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30ans	08	13, 34%
De 31à 60 ans	41	68, 34%
De 61ans à plus	11	18,34%
Total	**60**	**100, 02%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

La catégorie des garde-malades de la tranche d'âge de 31 à 60 ans est la plus représentée. Soit un effectif total de 41 garde-malades, avec un pourcentage de 68, 34%. Celle de la tranche d'âge comprise entre 18 à 30 ans est de 08 garde-malades, soit un pourcentage de 13,34%. Cependant, on note la sous représentation des garde-malades de la catégorie dont l'âge se situe entre 61ans à plus avec un effectif total de 11 garde-malades et un pourcentage de 18, 34%.

S'en suit la présentation de ces garde-malades par niveau d'instruction.

Tableau n°13 relatif à la présentation des garde-malades par niveau d'instruction – Unité des Urgences Chirurgicales.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	08	13,33%
Primaire	3	05%
Collège	18	30%
Lycée	20	33,33%
Supérieur	11	18,33%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

La catégorie des garde-malades non scolarisés est de 08, soit un pourcentage de 13,33% ; celle du niveau primaire est représentée par 03 personnes, soit 05%. Au collège, ils sont 18 avec un pourcentage de 30%. Les lycéens atteignent l'effectif de 20, soit 33,33%. Au supérieur, nous avons 11 soit, 18, 33%.

Le tableau qui suit porte sur la présentation de ces garde-malades par situation matrimoniale.

Tableau n°14 relatif à la présentation des garde-malades par situation matrimoniale – Unité des Urgences Chirurgicales.

Niveau d'in	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	13	21,66%
Célibataire	26	43,33%
Union libre	08	13,33%
Divorcé (e)	10	16,66%
Veuf (veuve)	3	5%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

La catégorie des garde-malades en situation de marié (e) est de 13, soit un pourcentage de 21, 66%. Celle en situation de célibataire est de 26, soit un pourcentage de 43,33%. Union libre 08, soit un pourcentage de 13,33%. Divorcé (e) présente un effectif de 10 avec un pourcentage de 16, 66%. Les veufs sont au nombre de 03 avec un pourcentage de 05%.

Nous abordons à présent les garde-malades de l'Unité de Déchoquage.

- **Unité des Urgences de Déchoquage (U.U.D)**

Tableau n°15 relatif à la présentation des garde-malades par catégories socio professionnelles – Unité de Déchoquage

Catégories socio professionnelles	Effectifs	Pourcentage
Avec emploi	03	37,50%
Sans emploi	05	62,50%
Total	**08**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

La catégorie socioprofessionnelle des garde-malades avec emploi, réunie un effectif total de 03, soit un pourcentage de 37, 50%. Celle des garde-malades sans emploi, totalise un effectif total de 05 avec un pourcentage de 62, 50%.

Le tableau qui vient par la suite porte sur la répartition de ces garde-malades par zone géographique d'habitation.

Tableau n° 16 relatif à la répartition des garde-malades par zone géographique d'habitation – Unité des Urgences de Déchoquage.

Zones géographiques		Pourcentage
Zone Nord	01	12,5%
Zone centre	03	25,%
Zone Sud	05	62,50%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences de Déchoquage - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Garde-malades zone géographique d'habitation Sud de Brazzaville : 01 garde-malade avec un pourcentage de 12, 50%. Garde-malades zone géographique du Centre de Brazzaville : 02 gardes-malade avec un pourcentage de 25, 00% et garde-malades zone Nord de la ville : 05 gardes-malade avec un pourcentage de 62, 50%.

S'en suit la répartition de ces garde-malades par sexe. .

Tableau n° 17 relatif à la répartition des garde-malades par sexe – Unité des Urgences de Déchoquage

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	01	12,50%
Féminin	07	87,50%
Total	**08**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences de Déchoquage-C. H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019

Sur base des données présentées par ce tableau, les garde-malades de sexe féminin sont les plus représentatifs. Soit un effectif total de 07 gardes-malade avec un pourcentage de 87, 50%. Par contre il y a une sous-représentativité des garde-malades de sexe masculin avec un effectif total d'un (01) seul garde-malade, soit un pourcentage de 12, 50%.

Le tableau qui suit porte sur la répartition de ces garde-malades par nationalité.

Tableau n° 18 relatif à la répartition des garde-malades par nationalité – Unité de Déchoquage.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	10	100%
Etrangère	00	00%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences de Déchoquage - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

En fonction des données recueillies sur le terrain, la totalité des garde-malades de cette unité des soins, sont de nationalité congolaise. Soit un effectif total de 08 garde-malades avec un pourcentage de 100, 00%. Par conséquent, on ne note aucune représentativité étrangère.

Le tableau qui suit porte sur la présentation de ces garde-malades par tranche d'âge.

Tableau n°19 relatif à la présentation des garde-malades par tranche d'âge – Unité de Déchoquage

présentation des gardes-malade par tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30ans	03	37,50%
De 31à 60 ans	05	62,50%
De 61ans à plus	00	00,00%
Total	**08**	**100,00%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage- Service des Urgences C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Ici, les données de terrain font état de 03 garde-malades de la tranche d'âge comprise entre 18 à 30 ans, soit un pourcentage de 37, 50%. 05 garde-malades, soit un pourcentage de 62, 50% pour la tranche d'âge allant de 31 à 60 ans. Par contre, aucune représentation pour la tranche d'âge située entre 61 ans à plus.

Le tableau suivant porte sur la présentation des garde-malades par niveau d'instruction.

Tableau n° 20 : Présentation des garde-malades par niveau d'instruction – Unité des Urgences de Déchoquage.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	00	00%
Primaire	01	12,50%
Collège	01	12,50%
Lycée	04	50,%
Supérieur	02	25%
Total	**08**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage -C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Aucune représentation de la catégorie des garde-malades non scolarisé. Catégorie des garde-malades du niveau primaire : 01 et un pourcentage de 12, 50%. Celle du niveau secondaire I, 01 garde-malade avec un pourcentage de 12,50, %. Pour la catégorie des garde-malades du niveau secondaire II : 04 garde-malades avec un pourcentage de 25, 00%. Pour la catégorie des garde-malades du niveau supérieur, 02, soit un pourcentage de25%.

S'en suit le tableau relatif à la présentation de ces garde-malades par situation matrimoniale.

Tableau n°21 relatif à la présentation des garde-malades par situation matrimoniale – Unité des Urgences de Déchoquage.

Niveau d'in	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	01	12,50%
Célibataire	07	87,50%
Union libre	00	00%
Divorcé (e)	00	00%
Veuf (veuve)	00	00%
Total	**08**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Au regard des statistiques que présentent ce tableau, il ressort que la catégorie des garde-malades en situation de célibataire est plus représentée que d'autres. Soit un effectif total de 07 garde-malades avec 87, 50%. 01 garde-malade avec un pourcentage de 12,50% en situation de marié (e). Aucune représentation pour le reste des catégories de garde-malades.

Après la présentation des garde-malades des trois (03) unités de soins du Service des Urgences Médicales, nous abordons la présentation de ceux du Service de Pédiatrie Nourrisson.

II.6.1.2. Service de Pédiatrie Nourrisson (S.P.N)

Tableau n°22 relatif à la présentation des garde-malades par catégorie socioprofessionnelle – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Catégories socio professionnelles	Effectifs	Pourcentage
Avec emploi	36	60%
Sans emploi	24	40%
Total	60	100%

Source : *Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.*

La catégorie socio professionnelle des garde-malades avec emploi, est plus représentée dans ce tableau. Soit un effectif total de 36 garde-malades avec un pourcentage de 60, 00%. Par contre, la catégorie socioprofessionnelle des garde-malades sans emploi est moins représentative. Soit un effectif total de 24 garde-malades et un pourcentage de 24%.

Dans le tableau qui suit, nous présentons la répartition des garde-malades de ce service par zone géographique d'habitation.

Tableau n° 23 relatif à la répartition des garde-malades par zone géographique d'habitation – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Zones géographiques	Effectif	Pourcentage
Zone Nord	34	56,67%
Zone centre	06	10,%
Zone Sud	20	33,34%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Pédiatrie Nourrisson C.H.U-B, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Les garde-malades de la zone Sud représentent un effectif total de 34 avec un pourcentage de 56, 67%. Ils sont beaucoup représentés que ceux des garde-malades zones Centre et Nord qui, présentent respectivement un effectif total de 06 avec un pourcentage de 10, 00% pour la zone C1entre de Brazzaville et 20 garde-malades avec un pourcentage de 33, 34% pour la zone Nord.

Le tableau suivant table sur la répartition de ces garde-malades par sexe.

Tableau n° 24 relatif à la répartition des garde-malades par sexe – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	09	15%
Féminin	51	85%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Pédiatrie Nourrisson C.H.U-B, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Ici, le rapport de proportionnalité reste le même entre garde-malades de sexe masculin et ceux de sexe féminin des unités de soins du Service des Urgence et celui de Pédiatrie Nourrisson. Ainsi, ce service selon les données, présente un effectif total de 51 garde-malades de sexe féminin avec un pourcentage de 85, 00% ; 09 garde-malades de sexe masculin avec 15, 00%.

Nous abordons par la suite le tableau qui présente la répartition des garde-malades du Service de Pédiatrie Nourrisson par nationalité.

Tableau n° 25 relatif à la répartition des garde-malades par nationalité – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	59	98,33%
Etrangère	01	01,67%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Pédiatrie Nourrisson - C.H.U-B, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Ce tableau présente un effectif total de 59 garde-malades avec 98, 33% de nationalité congolaise ; 01 seul garde-malade de nationalité centrafricaine, soit un pourcentage de 01, 67%.

Vient par la suite le tableau qui présente ces garde-malades par tranche d'âge.

Tableau n°26 relatif à la répartition des garde-malades par tranche d'âge – Service de Pédiatrie Nourrisson.

présentation des garde-malades par tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30ans	27	45,00%
De 31à 60 ans	29	48,34%
De 61ans à plus	04	06,67%
Total	60	100,00%

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Pédiatrie Nourrisson C.H.U-B, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Les données montrent que la catégorie des garde-malades dont la tranche d'âge est comprise entre 31 et 60 ans est plus représentée. Soit un effectif total de 29 garde-malades avec un pourcentage de 48, 34%. Par contre, les garde-malades dont la tranche d'âge varie entre 18 et 30 ans avec un effectif total de 27 et un pourcentage de 45, 00% ; 04 garde-malades de la tranche d'âge comprise entre 61 ans à plus avec un pourcentage de 06, 67%.

Le tableau qui suit après traite de la présentation des garde-malades par niveau d'instruction.

Tableau n° 27 relatif à la Présentation des garde-malades par niveau d'instruction – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	00	00%
Primaire	3	05%
Collège	25	41,66%
Lycée	19	31,67%
Supérieur	13	21,67%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Pédiatrie Nourrisson - C.H.U-B, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Ce tableau réitère la tendance observée au niveau du Service des Urgences, laquelle mette en évidence la représentation du niveau d'instruction des garde-malades du secondaire I qui sont au nombre de 25 avec 41, 66%. Ceux du niveau du secondaire II présentent un effectif

total de 19, soit un pourcentage de 31, 67%. Les garde-malades de niveau Supérieur réunissent un effectif total de 13 garde-malades, soit un pourcentage de 21, 67%. Ceux du primaire compte un effectif total de 03, soit un pourcentage de 05, 00%. Aucune représentation des garde-malades non scolarisés.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la répartition de ces garde-malades par situation matrimoniale.

Tableau 28 relatif à la présentation des garde-malades par situation matrimoniale – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Niveau d'in	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	00	00%
Célibataire	55	91,67%
Union libre	00	00%
Divorcé (e)	02	03,33%
Veuf (veuve)	03	05%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Pédiatrie Nourrisson - C.H.U-B, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

La lecture de ce tableau se présente ainsi : aucune représentation des garde-malades en situation de marié (e) et d'union libre. Ceux des garde-malades en situation de célibataire reflètent la représentation des garde-malades des trois (03) unités de soins du Service des Urgences. Soit un effectif de 55 garde-malades avec 91, 67%. Ensuite, les garde-malades en situation de divorcé (e) présentent un effectif total de 02, soit un pourcentage de 03, 33%. Enfin les garde-malades en situation de veuvage présentent un effectif total de 03, soit un pourcentage de 05, 00%.

Après la présentation des garde-malades du Service de Pédiatrie Nourrisson, nous abordons à présent la présentation de ceux du Service de Psychiatrie.

II.6.1.3. Service de Psychiatrie du C.H.U-B

Tableau n°29 relatif à la présentation des garde-malades par identité – Service de Psychiatrie.

Catégories socio professionnelles	Effectifs	Pourcentage
Avec emploi	42	70%
Sans emploi	10	30%
Total	60	100%

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Dans ce tableau les garde-malades avec emploi sont représentatifs. Soit un effectif total de 42 avec un pourcentage de 70, 00% pour ce Service de Psychiatrie. Par contre, les garde-malades sans emploi réunissent un effectif total de 10 soit un pourcentage de 30, 00%.

Le tableau qui suit présente la répartition des garde-malades du Service de Psychiatrie par zone géographique d'habitation.

Tableau n° 30 relatif à la répartition des garde-malades par zone géographique d'habitation – Service de Psychiatrie.

Zones géographiques	Effectif	Pourcentage
Zone Nord	21	35%
Zone Centre	05	08,33%
Zone Sud	34	56,67%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Psychiatrie - C.H.U-B, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Les garde-malades de la zone Nord sont moins représentés. Soit un effectif total de 21 avec pourcentage de 35%. Ceux de la zone Sud totalisent un effectif de 34 avec un pourcentage de 56, 67%. Les garde-malades de la zone du Centre présentent un effectif total de 05, soit un pourcentage de 08, 33%.

Par la suite, nous abordons le tableau relatif à la répartition de ces garde-malades par sexe.

Tableau n° 31 relatif à la répartition des garde-malades par sexe – Service de Psychiatrie.

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	15	25%
Féminin	45	75%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Psychiatrie - C.H.U-B, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

En termes de représentation par sexe, les garde-malades de sexe féminin sont plus représentatifs, soit 45 avec un pourcentage de 75, 00%. 15 garde-malades de sexe masculin, soit un pourcentage de 25, 00%.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la répartition de ces garde-malades par nationalité.

Tableau n° 32 relatif à la répartition des garde-malades par nationalité – Service de Psychiatrie.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	60	100%
Etrangère	00	00%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Psychiatrie - C.H.U-B, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Quant à la représentation par nationalité, les données montrent qu'il y a plu des garde-malades de nationalité congolaise qu'étrangère. Soit un effectif total de 60 garde-malades avec un pourcentage de 100, 00%.

De cette présentation, s'en suit celle de la catégorisation de ces garde-malades par tranche d'âge.

Tableau n° 33 relatif à la présentation des garde-malades par tranche d'âge – Service de Psychiatrie.

Représentation des gardes-malade par tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30ans	04	06,67%
De 31à 60 ans	46	76,67%
De 61ans à plus	10	16,67%
Total	60	100,00%

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Psychiatrie C.H.U-B, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2010.

Les garde-malades dont la tranche d'âge varie entre 18 à 30 totalisent un effectif total de 04, soit un pourcentage de 06, 67%. Ceux de la tranche d'âge comprise entre 31 à 60 sont plus représentés. Soit un effectif total de 46 garde-malades avec un pourcentage de 76, 67%. Par contre, on observe une sous représentation de la catégorie des gardes-malade dont la tranche d'âge varie entre 60 ans et plus qui réunit un effectif total de 10, soit un pourcentage de 16, 67%.

Le tableau qui suit porte sur la présentation de ces garde-malades par niveau d'instruction.

Tableau n° 34 relatif à la présentation des garde-malades par niveau d'instruction – Service de Psychiatrie.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	01	01,66%
Primaire	03	05%
Collège	31	51,66%
Lycée	17	28,33%
Supérieur	13	21,67%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Psychiatrie - C.H.U-B, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Ce tableau réitère la tendance observée au niveau du Service des Urgences. Les garde-malades non scolarisés sont moins représentés, soit 01 seul garde-malade avec un pourcentage de 01, 66%. Ceux du primaire présentent un effectif total de 03 avec un pourcentage de 05%. Par ailleurs, on note une représentation importante des garde-malades du secondaire II (lycée) avec un effectif total de 17 et un pourcentage de 28, 33%. 13 garde-malades, soit un pourcentage de 21, 67% du niveau supérieur.

Le tableau qui vient par la suite présente la répartition de ces garde-malades par situation matrimoniale.

Tableau 35 relatif à la présentation des garde-malades par situation matrimoniale – Service de Psychiatrie.

Niveau d'in	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	02	03,34%
Célibataire	42	70%
Union libre	04	06,67%
Divorcé (e)	05	08,34%
Veuf (veuve)	07	11,67%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Psychiatrie - C.H.U-B, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Ce tableau présente les données suivantes : 02 garde-malades en situation de marié (e) avec un pourcentage de 03, 34%. Ceux en situation de célibataires sont plus représentés. Soit un effectif total de 42 avec un pourcentage de70%. 04 garde-malades en situation d'union libre avec un pourcentage de 06, 67%. 05 garde-malades avec un pourcentage de 08, 34%. 07 garde-malades, soit un pourcentage de 11, 67% en situation de veuvage%.

Après la présentation des garde-malades de ces trois (03) services cliniques, nous abordons à présent les malades de ces mêmes services en commençant par le Service des Urgences reparti en ses trois (03) unités de soins dont l'Unité des Urgences Médicales en premier lieu.

II.6.2. Malades

II.6.2.1. Au Service des Urgences

- **Unité des Urgences Médicales**

Tableau n°36 relatif à la présentation des malades par catégorie socioprofessionnelle – Unité des Urgences Médicales.

Catégories socio professionnelles	Effectifs	Pourcentage
Avec emploi	30	50%
Sans emploi	30	50%
Total	60	100%

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Médicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les deux (02) principales catégories des malades de cette unité des soins, sont représentées de façon égalitaire. Soit un effectif total de 30 pour ceux de catégorie avec emploi avec un pourcentage de 50, 00%. 30 malades également, soit un pourcentage de 50% de la catégorie sans emploi.

Le tableau qui suit présente les malades de cette unité des soins par zone géographique d'habitation.

Tableau n° 37 relatif à la répartition des malades par zone géographique d'habitation – Unité des Urgences Médicales.

Zones géographiques	Effectif	Pourcentage
Zone Nord	20	33,33%
Zone Centre	06	10%
Zone Sud	34	56,67%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Médicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les malades de la zone Nord sont moins représentés, soit 20 malades avec un pourcentage de 33, 33%. Les malades de la zone Sud présentent un effectif total de 34 et un pourcentage de 56,67%. Pour ceux de la zone du Centre réunissent un effectif total de 06 malades soit un pourcentage de10%.

Le tableau qui suit porte sur la répartition de ces malades par sexe.

Tableau n° 38 relatif à la répartition des malades par sexe – Unité des Urgences Médicales.

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	19	31,66%
Féminin	41	68,33%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Médicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

En termes de représentation par sexe, les malades de sexe féminin sont plus représentés. Soit un effectif total de 41 avec un pourcentage de 68,33%. 19 malades de sexe masculin avec un pourcentage de 31,66%.

S'en suit le tableau relatif à la représentation de ces malades par nationalité.

Tableau n° 39 relatif à la répartition des malades par nationalité – Unité des Urgences Médicales.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	60	100%
Etrangère	00	00%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Médicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Quant à la représentation de ces malades par nationalité, les données montrent qu'il y a plus des malades de nationalité congolaise qu'étrangère. Soit la quasi-totalité de ces malades sont tous de nationalité congolaise avec un effectif de 60, soit un pourcentage de 100, 00%.

Vient après le tableau relatif à la présentation de ces malades par tranche d'âge.

Tableau n° 40 relatif à la présentation des malades par tranche d'âge – Unité des Urgences Médicales

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30ans	09	15%
De 31à 60 ans	28	46,66%
De 61ans à plus	23	38,33%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Médicales - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les malades dont la tranche d'âge est comprise entre 31 à 60 ans sont plus représentés. Soit un effectif total de 28 avec un pourcentage 46, 66%. Ceux dont la tranche d'âge est comprise entre 61 ans et plus sont au nombre de 23, soit un pourcentage de 38, 33%. Les malades dont la tranche d'âge est comprise entre 18 à 30 ans sont moins représentés que les deux autres catégories. Soit un effectif total de 09 avec un pourcentage de 15, 00%.

Dans le tableau qui suit après, nous présentons ces garde-malades par niveau d'instruction.

Tableau n° 41 relatif à la présentation des malades par niveau d'instruction – Unité des Urgences Médicales.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	09	15%
Primaire	12	20%
Collège	16	26,66%
Lycée	08	13,33%
Supérieur	15	25%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Médicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Dans ce tableau les malades non scolarisés totalisent un effectif total de 09, soit un pourcentage de15%. Ceux du Primaire sont au nombre de 12, soit un pourcentage de 20%. Le collège quant à lui réunit un effectif de 16, soit un pourcentage de 26, 66%. Le lycée totalise un effectif de 08 malades, soit un pourcentage de 13, 33%. Le supérieur totalise 15 avec un pourcentage de 25%.

Nous présentons par la suite la répartition ce ces malades par situation matrimoniale.

Tableau n°42 relatif à la présentation des malades par situation matrimoniale – Unité des Urgences Médicales.

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	14	23,33%
Célibataire	37	61,66%
Union libre	00	00%
Divorcé (e)	02	03,33%
Veuf (veuve)	07	11,67%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Médicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Dans cette unité des soins, la représentation des malades par régime matrimonial se présente ainsi : les malades en situation de célibataires sont plus représentés avec un effectif total de 37, soit un pourcentage de 61, 66%. Viennent en deuxième lieu, les malades en situation de marié (e) avec un effectif total de 14 et un pourcentage de 23, 33%. Par ailleurs, les deux (02) autres catégories des malades occupent le bas du tableau. Il s'agit notamment de la catégorie des malades en situation de veuvage avec un effectif total de 07, soit un

pourcentage de 11, 67% et la catégorie des malades en situation de divorcé (e) réunie un effectif total de 02, soit un pourcentage de 03, 33%. On ne note aucune représentativité des malades en situation d'union libre.

Après la présentation des malades de l'Unité des Urgences Médicales, nous abordons par la suite ceux de l'Unité des Urgences Chirurgicales.

- **l'Unité des Urgences Chirurgicales du Service des Urgences C.H.U-B**

Tableau n°43 relatif à la présentation des malades par catégories socioprofessionnelle – Unité des Urgences Chirurgicales.

Catégories socio professionnelles	Effectifs	Pourcentage
Avec emploi	34	56,66%
Sans emploi	26	43,33%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Chirurgicales - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Ici, les données montrent que les malades avec emploi sont plus représentés. Soit un effectif total de 34 malades avec un pourcentage de 56,67%. Ceux de sans emploi présentent un effectif total de 26 malades avec un pourcentage de 43, 34%.

Nous abordons par la suite le tableau relatif à la répartition de ces malades par zone géographique d'habitation.

Tableau n° 44 relatif à la répartition des malades par zone géographique d'habitation – Unité des Urgences Chirurgicales.

Zones géographiques	Effectif	Pourcentage
Zone Nord	28	46,66%
Zone centre	06	10%
Zone Sud	26	43,33%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Chirurgicales - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Sur ces trois principales zones géographiques d'habitations, les malades de la zone Nord présentent un effectif total de 28 avec un pourcentage de 46, 66% ; 06 malades pour la zone Centre de Brazzaville avec un pourcentage de 10, 00%. 26 malades de la zone Sud avec un pourcentage de 43, 34%.

Au tableau suivant, nous abordons la répartition de ces malades par sexe.

Tableau n° 45 relatif à la répartition des malades par sexe – Unité des Urgences Chirurgicales.

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	30	50%
Féminin	30	50%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Chirurgicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

En ce qui concerne la représentation des malades par sexe de cette unité des soins, les données se présentent de la manière suivante : 30 malades de sexe masculin avec un pourcentage de 50, 00% et 30 malades de sexe féminin avec le même pourcentage de 50, 00%.

Nous abordons par la suite le tableau relatif à la répartition de ces malades par nationalité.

Tableau n° 46 relatif à la répartition des malades par nationalité – Unité des Urgences Chirurgicales.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	59	98,33%
Etrangère	01	1,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Chirurgicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Quant à la représentation des malades par nationalité, les données montrent que les malades de nationalité congolaise sont de plus en plus nombreux dans cette unité des soins. Soit un effectif total de 59 avec un pourcentage de 98, 33%. 01 malade de nationalité centrafricaine, avec un pourcentage de 01, 67%.

Le tableau qui suit porte sur la présentation de ces malades par tranche d'âge.

Tableau n° 47 relatif à la présentation des malades par tranche d'âge – Unité des Urgences Chirurgicales

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30ans	10	16,66%
De 31à 60 ans	28	46,66%
De 61ans à plus	22	36,66%
Total	60	100%

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les malades de la tranche d'âge comprise entre 31 à 60 ans sont plus représentés. Soit un effectif total de 28 avec un pourcentage de 46, 66%. Par contre, les malades de la tranche d'âge de 18 à 30 ans réunissent un effectif de 10 avec un pourcentage de 16, 66%. Ceux de la

tranche d'âge comprise entre 61 ans et plus réunissent un effectif total de 22 malades avec un pourcentage de 36, 66%.

Après, nous présentons par le tableau qui suit, les malades par niveau d'instruction.

Tableau n° 48 relatif à la présentation des malades par niveau d'instruction – Unité des Urgences Chirurgicales.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	05	8,33%
Primaire	16	26,66%
Collège	15	25%
Lycée	16	26,66%
Supérieur	08	13,33%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les malades non scolarisés sont au nombre de 05 avec un pourcentage de 08, 33%. Ceux du niveau primaire sont au nombre de 16 avec un pourcentage de 26, 66%. Les malades du secondaire I (collège) sont au nombre de15 avec un pourcentage de 25%. Les malades du secondaire II (lycée) réunissent un effectif total de 16 avec un pourcentage de 26, 66%. Par ailleurs, les malades du supérieur totalisent un effectif est de 08 avec un pourcentage de 13,33%.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la répartition de ces malades par situation matrimoniale.

Tableau n°49 relatif à la présentation des malades par situation matrimoniale – Unité des Urgences Chirurgicales.

Niveau d'in	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	06	10%
Célibataire	48	80%
Union libre	01	01,66%
Divorcé (e)	03	05%
Veuf (veuve)	02	03,33%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les données révèlent que les malades en situation de célibataires sont plus représentés. Soit un effectif de 48 avec un pourcentage de 80, 00%.Les malade sen situation de marié (e) sont au nombre de 06, soit un pourcentage de 10, 00%. 01 malade en situation d'union libre avec

un pourcentage de 01,66%. Les malades en situation de divorcé (e) sont au nombre de 03 avec un pourcentage de 05%. Ceux en situation de veuvage sont au nombre de 02 avec 03, 33%.

Après la présentation des malades de l'Unité des Urgences Chirurgicales, nous présentons dans les lignes qui suivent ceux de l'Unité de Déchoquage.

- **Unité des Urgences de Déchoquage (U.U.D)**

Tableau n°50 relatif à la présentation des malades par catégories socioprofessionnelle – Unité de Déchoquage.

Catégories socio professionnelles	Effectifs	Pourcentage
Avec emploi	08	72,72%
Sans emploi	03	27,27%
Total	**11**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences de Déchoquage - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

A la lumière des statistiques qu'affiche ce tableau, il ressort que les malades avec emploi totalisent un effectif total de 08 malades avec un pourcentage de 72, 72%. Par ailleurs, les malades sans emploi totalisent un effectif total de 03 avec un pourcentage de 27, 27%.

Nous abordons par la suite le tableau relatif à la répartition de ces malades par zone géographique d'habitation.

Tableau n° 51 relatif à la répartition des malades par zone géographique d'habitation – Unité de Déchoquage.

Zones géographiques	Effectif	Pourcentage
Zone Nord	04	36,36%
Zone centre	02	18,18%
Zone Sud	05	45,45%
Total	**11**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences de Déchoquage - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Parmi les trois (03) zones géographique d'habitation, les malades de la zone Nord de Brazzaville sont plus représentés. Soit un effectif total de 04 malades avec un pourcentage de 36, 36%. Ceux de la zone du Centre sont au nombre de 02 avec un pourcentage de 18, 18%. La zone du Sud de Brazzaville réunit 05 malades avec un pourcentage de 45,45%.

Le tableau ci-après présente ces malades par sexe.

Tableau n° 52 relatif à la répartition des malades par sexe – Unité de Déchoquage.

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	07	63,63%
Féminin	04	33,33%
Total	**11**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences de Déchoquage - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Au regard des statistiques qu'affichent ce tableau, il y a plus des malades de sexe masculin dans cette unité des soins. Soit un effectif total de 07 malades de sexe masculin avec 63, 63% et 04 malades de sexe féminin avec un pourcentage de 33, 33%.

Le tableau suivant présente ces malades par nationalité.

Tableau n° 53 relatif à la répartition des malades par nationalité – Unité de Déchoquage.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	11	100%
Etrangère	00	00%
Total	**11**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences de Déchoquage - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Sur la représentation des malades par nationalité, les données nous montre que les malades de nationalité congolaise sont nombreux dans cette unité des soins. Soit un effectif total de 11 avec un pourcentage 100%. Aucune représentation des malades de nationalité étrangère.

Au tableau suivant, nous présentons ces malades par tranche d'âge.

Tableau n° 54 relatif à la présentation des malades par tranche d'âge – Unité de Déchoquage.

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30ans	04	36,36%
De 31à 60 ans	02	18,18%
De 61ans à plus	05	45,45%
Total	11	100%

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Eu égard aux statistiques que présentent ce tableau, les malades dont la tranche d'âge est comprise entre 61 ans et plus sont représentés dans cette unité des soins. Soit un effectif total de 05 avec un pourcentage de 45, 45%. Par contre, les malades dont la tranche d'âge varie entre 18 à 30 ans totalisent un effectif total de 04, soit un pourcentage de 36, 36% et 02 malades avec un pourcentage de 18, 18% dont la tranche d'âge varie entre 31 à 60 ans.

De ce tableau, nous présentons celui relatif de ces malades par niveau d'instruction.

Tableau n° 55 relatif à la présentation des malades par niveau d'instruction – Unité de Déchoquage.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	01	09,09%
Primaire	03	27,27%
Collège	02	18,18%
Lycée	04	36,36%
Supérieur	01	09,09%
Total	**11**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Sur ces cinq (05) catégories de niveau des malades, deux (02) sont plus représentées. Il s'agit des malades du niveau Primaire qui réunissent un effectif total de 03 avec un pourcentage de 27, 27% et les malades du niveau secondaire II (lycée) qui totalisent un effectif de 04 , soit un pourcentage de 36, 36%. Par contre, les malades du niveau supérieur et non scolarisé, sont sous-représentés. Soit 01 malade comme effectif total avec un pourcentage de 09, 09% pour le supérieur et 01 avec le même pourcentage du niveau non scolarisé.

Le tableau qui vient par la suite présente ces garde-malades par situation matrimoniale.

Tableau n°56 relatif à la présentation des malades par situation matrimoniale – Unité de Déchoquage

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	02	18,18%
Célibataire	06	54,54%
Union libre	00	00%
Divorcé (e)	02	18,18%
Veuf (veuve)	01	09,09%
Total	**11**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Au regard des statistiques que présentent ce tableau, les malades en situation de célibataire, sont plus représentés. Soit un effectif total de 06 malades avec un pourcentage de 54, 54%. Par contre, les malades en situation de mariés (e) présentent un effectif total de 02 avec un pourcentage de 18, 18%. Les malades en situation de divorcé (e) réunissent un effectif total de 02, soit un pourcentage de 18, 18%. Ceux en situation de veuvage totalisent un effectif de 01 avec un pourcentage de 09, 09%.

Dans les lignes qui suivent nous présentons les malades du Service de Pédiatrie Nourrisson.

II.6.2.2. Service de Pédiatrie Nourrisson

Tableau n° 57 relatif à la répartition des malades par zone géographique d'habitation – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Zones géographiques	Effectif	Pourcentage
Zone Nord	33	55%
Zone centre	05	08,33%
Zone Sud	22	36,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Pédiatrie Nourrisson - C.H.U-B, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Au regard de ces statistiques, les malades de la zone Sud sont moins représentés. Soit un effectif total de 22 avec un pourcentage de 36, 66%.Par contre, ceux de la zone Centre de Brazzaville sont moins représentés. Soit un effectif total de 05 avec un pourcentage de 08, 33%. Quant aux malades de la zone Nord, ils sont plus représentés. Soit un effectif total de 33 avec un pourcentage de 55%.

Dans le tableau qui va suivre ; nous présentons ces malades par sexe.

Tableau n° 58 relatif à la répartition des malades par sexe – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	29	48,33%
Féminin	31	51,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Pédiatrie Nourrisson - C.H.U-B, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

En ce qui concerne la représentation des malades par sexe, les effectifs se présentent comme suit : 31 malades de sexe féminin, soit un pourcentage de 51, 66%. 29 de sexe masculin, soit un pourcentage de 48, 33%.

Nous présentons par la suite la répartition de ces malades par nationalité.

Tableau n° 59 relatif à la répartition des malades par nationalité – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	60	100%
Etrangère	00	00%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Pédiatrie Nourrisson - C.H.U-B, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Dans ce tableau, tous les malades sont de nationalité congolaise. Soit un effectif total de 60 et un pourcentage de 100, 00%. Aucune représentation des malades étrangers.

Après, nous présentons ces malades par tranche d'âge.

Tableau n° 60 relatif à la présentation des malades par tranche d'âge – Service de Pédiatrie Nourrisson

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
Moins d'un an	18	30%
De 1 à 5 ans	38	63,33%
De 6 ans à 12	04	06,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Pédiatrie Nourrisson - C.H.U-B, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

La tranche d'âge de moins d'un (01) an compte 18 malades, soit un pourcentage de 30, 00% ; suivie de la tranche d'âge d'un (01) à 5 ans qui totalisent 38 malades, soit pourcentage de 63, 33% et la tranche d'âge de 06 à 12 ans totalise un effectif de 04 malades, soit un pourcentage de 06, 66%.

Le tableau qui suit porte sur la présentation de ces malades par niveau d'instruction.

Tableau n° 61 relatif à la présentation des malades par niveau d'instruction – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	32	53,33%
Préscolaire	25	41,66%
Primaire	03	05%
Collège	00	00%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Pédiatrie Nourrisson - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les malades non scolarisés totalisent un effectif de 32, soit un pourcentage de 53, 33%. Ensuite, les malades du Préscolaire réunissent un effectif total de 25, soit un pourcentage de 41, 66%. Les malades du niveau Primaire totalisent un effectif de 03, soit un pourcentage de 05, 00%. Les malades du niveau secondaire I (collège) ne sont pas représentatifs dans ce tableau.

Après la présentation des malades du Service de Pédiatrie Nourrisson, nous présentons par la suite les malades du Service de Psychiatrie.

II.6.2.3. Service de Psychiatrie

Tableau n°62 relatif à la présentation des malades par catégories socioprofessionnelle – Service de Psychiatrie.

Catégories socio professionnelles	Effectifs	Pourcentage
Avec emploi	28	46,66%
Sans emploi	32	53,33%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Psychiatrie - C.H.U-B, période d'étude du 14 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Les malades avec emploi sont au nombre de 28, soit un pourcentage de 46, 66%. Ceux de sans emploi totalisent un effectif de 32 avec un pourcentage de 53, 33%.

Après cette présentation, le tableau qui vient par la suite porte sur la répartition de ces malades par zone géographique.

Tableau n° 63 relatif à la répartition des malades par zone géographique d'habitation – Service de Psychiatrie.

Zones géographiques	Effectif	Pourcentage
Zone Nord	23	38,33%
Zone centre	03	05%
Zone Sud	34	56,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Psychiatrie - C.H.U-B, période d'étude du 14 Décembre 2019 au14 Janvier 2020.

Dans ce tableau, la configuration en termes de représentation des malades par zone géographique d'habitation se présente de la sorte : Zone Nord totalise un effectif total de 23 avec un pourcentage de 38, 33%. Ceux du Centre ont un effectif de 03 et un pourcentage de 05%. Les malades de la zone Sud totalisent un effectif de 34 et un pourcentage de 56, 66.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ces malades par sexe.

Tableau n° 64 relatif à la répartition des malades par sexe – Service de Psychiatrie.

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	27	45%
Féminin	33	55%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Psychiatrie - C.H.U-B, période d'étude du 14 Décembre 2019 au 14 Janvier2020.

En termes de représentation, les malades de sexe féminin sont plus représentatifs. Soit 33 malades avec un pourcentage de 55, 00%. Ceux du sexe masculin sont au nombre de 27 avec un pourcentage de 45%.

S'en suit le tableau relatif à la représentation de ces malades par nationalité.

Tableau n° 65 relatif à la répartition des malades par nationalité – Service de Psychiatrie.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	59	98,33%
Etrangère	01	1,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Psychiatrie - C.H.U-B, période d'étude du 14 Décembre 2019 au14 Janvier2020.

Les malades de nationalité congolaise sont plus représentés. Soit un effectif total de 59 et un pourcentage de 98, 33%. 01 seul malade de nationalité centrafricaine avec un pourcentage de 01, 66%.

Le tableau qui suit traite de la présentation de ces malades par tranche d'âge.

Tableau n° 66 relatif à la présentation des malades par tranche d'âge – Service de Psychiatrie

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30ans	26	43,33%
De 31à 60 ans	32	53,33%
De 61ans à plus	02	03,33%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Psychiatrie - C.H.U-B, période d'étude du 14 Décembre 2019 au 14 Janvier 2020.

Sur les trois (03) tranches d'âge des malades, celle comprise entre 18 à 30 ans totalise un effectif de 26, soit un pourcentage de 43, 33%. Celle de la tranche d'âge comprise entre 31 à 60 a un effectif de 32 avec 53, 33%. La tranche d'âge comprise entre 61 ans a plus totalise un effectif de 02 malades, soit un pourcentage de 03, 33 %.

Le tableau qui suit après, traite de la présentation de ces malades par niveau d'instruction.

Tableau n° 67 relatif à la présentation des malades par niveau d'instruction – Service de Psychiatrie.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	02	03,33%
Primaire	04	06,66%
Collège	22	36,66%
Lycée	14	23,33%
Supérieur	18	30%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Psychiatrie - C.H.U-B, période d'étude du 14 Décembre 2019 au 14 Janvier 2020.

Les malades du niveau secondaire I (collège) sont plus représentés. Soit 22 malades avec un pourcentage de 36, 66% suivi des malades du niveau supérieur avec un effectif de 18 et un pourcentage de 30, 00%. 14 malades du niveau secondaire II (lycée) avec un pourcentage de 23, 33%. 04 malades du niveau primaire et un pourcentage de 06, 66%. 02 malades non scolarisés et un pourcentage de 03, 33%.

Nous abordons par la suite le tableau relatif à la présentation de ces malades par situation matrimoniale.

Tableau n°68 relatif à la présentation des malades par situation matrimoniale – Service de Psychiatrie.

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	02	03,33%
Célibataire	49	81,66%
Union libre	03	05%
Divorcé (e)	03	05%
Veuf (veuve)	03	05%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Psychiatrie - C.H.U-B, période d'étude du 14 Décembre 2019 au 14 Janvier2020.

.

Les malades en situation de célibataire sont plus représentés. Soit un effectif total de 49 malades avec un pourcentage de 81, 66%. 03 malades respectivement pour la catégorie des malades en situation d'Union libre, de Divorcés (e) et de Veuvage dont chacune présente le même pourcentage de 05, 00%. Quant à la catégorie des malades en situation de mariés (e), elle a un effectif total de 02, soit un pourcentage de03, 33%.

Après la présentation des malades de ces trois (03) services enquêtés, nous présentons par la suite le personnel soignant relevant de ces mêmes services dont celui des Urgences Médicales, l'une des unités des soins de ce service.

II.6.3. Personnel soignant

II.6.3.1. Service des Urgences

- **Unité des Urgences Médicales**

Tableau n°69 relatif à la présentation du personnel soignant par tranche d'âge – Unité des Urgences Médicales.

répartition du personnel soignant par tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30 ans	05	33%
De 31 à 60 ans	10	66%
De 61 ans à plus	00	00%
Total	15	100%

Source : Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Dans ce tableau, le personnel soignant dont la tranche d'âge est compris entre 31 à 60 ans, est le plus représenté. Soit un effectif total de 10 agents avec un pourcentage de 66%. Par contre, le personnel soignant dont la tranche d'âge compris entre 18 à 30 ans est de 05, soit un pourcentage de 33%. Aucune représentation du personnel dont la tranche d'âge est comprise entre 61 ans et plus.

Après cette présentation, nous présentons par la suite le tableau relatif à la présentation de ce personnel par niveau d'instruction.

Tableau n° 70 relatif à la présentation du personnel soignant par niveau d'instruction – Unité des Urgences Médicales.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	00	00%
Primaire	00	00%
Collège	00	00%
Lycée	07	46,66%
Supérieur	08	53,33%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Le personnel soignant du secondaires II (lycée) et celui du supérieur, sont les plus représentés dans cette unité des soins. Soit un effectif total de 07 agents et 46, 66% du personnel soignant pour le premier ; 08 effectif total et un pourcentage de 53, 33% du personnel soignant pour le niveau supérieur.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la présentation de ce personnel par situation matrimoniale.

Tableau n° 71 relatif à la présentation du personnel soignant par situation matrimoniale – Unité des Urgences Médicales.

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	02	13,33%
Célibataire	11	73,33%
Union libre	02	13,33%
Divorcé (e)	00	05%
Veuf (veuve)	00	05%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Ici, les données montrent que, le personnel soignant en situation de célibataire est plus représenté. Soit un effectif total de 11 agents soit un pourcentage de 73, 33%. 02 agents et un pourcentage de 13, 33% du personnel en situation de marié (e). 02 agents également et 13, 33% du personnel en situation d'Union libre. Le personnel en situation de Divorcé (e) et celui de veuvage ne sont pas représentés.

Après la présentation du personnel soignant de l'Unité des Urgences Médicales, nous présentons dans les tableaux qui suivent celui de l'Unité des Urgences Chirurgicales.

- **Unité des Urgences Chirurgicales**

Tableau n° 72 relatif à la présentation du personnel soignant par sexe – Unité des Urgences Chirurgicales

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	06	40%
Féminin	09	60%
Total	**15**	**100%**

Source : *Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Chirurgicales Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.*

Les données montrent que le personnel soignant du sexe féminin est plus représenté. Soit un effectif total de 09 avec un pourcentage de 60, 00%. 06 agents de sexe masculin avec pourcentage de 40, 00%.

Le tableau qui suit traite de la présentation par nationalité de ce personnel.

Tableau n° 73 relatif à la présentation du personnel soignant par nationalité – Unité des Urgences Chirurgicales.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	14	93,33%
Etrangère	01	1,66%
Total	**15**	**100%**

Source : *Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.*

Ces données montrent qu'il y a une forte représentation du personnel soignant national. Soit un effectif total de 14 agents avec un pourcentage de 93, 33%. 01 seul agent de nationalité centrafricaine soit un pourcentage 06, 66%.

Nous abordons par la suite le tableau relatif à la présentation de ce personnel soignant par catégorie socioprofessionnelle.

Tableau n° 74 relatif à la présentation du personnel soignant par catégorie socioprofessionnelle – Unité des Urgences Chirurgicales.

Catégories socio professionnelles	Effectifs	Pourcentage
M.I. 7ème Année	08	53,33%
M.I. 6ème Année	04	26,66%
M.D.E.S	02	13,33%
M.C.G	01	06,66%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Légende :

- *M.I : Médecin Interne 7ème Année de Médecine ;*
- *M.E : Médecin Externe 6ème Année de Médecine ;*
- *M.D.E.S : Médecin en Année d'Etude de Spécialisation ;*
- *M.C.G : Médecin Chirurgie Générale*

La lecture de ce tableau révèle qu'il y a 08 Médecins en 7ème Année de Médecine et présentent un pourcentage de 53, 33%. 04 Médecins en 6ème Année de Médecine avec un pourcentage de 26,66%. 02 Médecins en Etude de Spécialisation avec un pourcentage de 13,33%. 01 Médecin Chirurgie Général avec un pourcentage de 06, 66%.

Après cette présentation par catégorie socioprofessionnelle de ce personnel, nous présentons dans le tableau qui suit la répartition de ce personnel par zone géographique d'habitation.

Tableau n° 75 relatif à la présentation du personnel soignant par zone géographique d'habitation – Unité des Urgences Chirurgicales.

Zones géographiques	Effectif	Pourcentage
Zone Nord	03	20%
Zone centre	04	26,66%
Zone Sud	08	53,33%
Total	60	100%

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Pour le personnel soignant de la zone Sud de Brazzaville, il y a 08 agents avec un pourcentage de 53, 33%, tandis que la zone Nord, compte 03 agents avec un pourcentage de 20 %. Pour ce qui est de la zone Centre de Brazzaville, elle compte 04 agents avec un pourcentage de 26, 66%.

Le tableau qui suit traite de la présentation de ce personnel par tranche d'âge.

Tableau n° 76 relatif à la présentation du personnel soignant par tranche d'âge – Unité des Urgences Chirurgicales.

présentation du personnel soignant par tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30 ans	11	73,33%
De 31 à 60 ans	04	26,66%
De 61 ans à plus	00	00%
Total	15	99,99%

Source : *Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.*

Le personnel soignant de la tranche d'âge allant de 18 à 30 ans compte 11 agents avec un pourcentage de 73, 33%, tandis que la tranche d'âge de 31 à 60 ans comptabilise 04 agents soit un pourcentage de 26, 66%. Le personnel dont la tranche d'âge varie entre 61 ans à plus, n'est pas représenté.

Vient par la suite le tableau relatif à la présentation de ce personnel par niveau d'instruction.

Tableau n° 77 relatif à la présentation du personnel soignant par niveau d'instruction – Unité des Urgences Chirurgicale.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	00	00%
Primaire	00	00%
Collège	00	00%
Lycée	00	00%
Supérieur	15	100%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Le personnel soignant du niveau supérieur est largement représentés. Soit un effectif total de 15 agents avec un pourcentage de 100, 00%. Aucune représentation d'autres catégories.
Nous abordons par la suite, le tableau relatif à la présentation de ce personnel par situation matrimoniale.

Tableau n° 78 relatif à la présentation du personnel soignant par situation matrimoniale – Unité des Urgences Chirurgicales.

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	01	06,66%
Célibataire	13	86,66%
Union libre	01	06,66%
Divorcé (e)	00	00%
Veuf (veuve)	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Ce tableau enregistre 01agent en situation de marié avec un pourcentage de 06, 66%. 13 agents en situation de célibataire avec un pourcentage de 86, 66%. 01 agent en situation d'Union libre avec un pourcentage de 06, 66%. Aucune représentation pour le personnel en situation de divorcé (e) et de veuvage.
Après la présentation du personnel des Urgences Chirurgicales, nous abordons par la suite celui des Urgences de Déchoquage.

- **Unité des Urgences de Déchoquage (U.U.D)**

Tableau n° 79 relatif à la présentation du personnel soignant par sexe – Unité de Déchoquage

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	06	40%
Féminin	09	60%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les statistiques de ce tableau montrent que le personnel soignant de sexe féminin est plus représenté. Soit un effectif total de 09 agents avec un pourcentage de 60, 00%. Par contre, le personnel de sexe masculin atteint un effectif total de 06 agents avec un pourcentage de 40, 00%.
Le tableau qui suit traite de la présentation de ce personnel par nationalité.

Tableau n° 80 relatif à la présentation du personnel soignant par nationalité – Unité de Déchoquage.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	15	100%
Etrangère	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les données montrent que le personnel soignant de cette unité de soins est totalement de nationalité congolaise. Soit un effectif total de 15 agents avec un pourcentage de 100, 00%.

Nous abordons par la suite le tableau relatif à la présentation de ce personnel par catégorie socioprofessionnelle.

Tableau n°81 relatif à la présentation du personnel soignant par catégorie socio professionnelle – Unité de Déchoquage.

Catégories socio professionnelles	Effectifs	Pourcentage
A.R.	01	06,66%
I.D.E	07	46,66%
M.G	01	06,66%
E.I.G.E	05	33,33%
Surv.	01	06, 66%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Légende :

- *A.R. : Anesthésiste Réanimateur ;*
- *Surv. : Surveillant ou Majeur du Service ;*
- *I.D.E : Infirmier Diplômé d'Etat ;*
- *M.G : Médecin Gynécologue ;*
- *E.I.G.E : Etudiant Infirmier Généraliste d'Etat*

Ce tableau dénombre 05 catégories socioprofessionnelles évoluant dans cette unité des soins qui se présentent de la sorte :

01 Anesthésiste Réanimateur, soit un pourcentage de 06, 66%. 01 Surveillant ou Majeur du Service avec un pourcentage de 06, 66%. Infirmiers d'Diplômé d'Etat sont au nombre de 07 soit un pourcentage de 46, 66%. Médecins Gynécologue : 01 soit un pourcentage de 06, 66%. Etudiant Infirmier Généraliste d'Etat : 05 soit un pourcentage de 33, 33%.

Nous abordons par le tableau qui suit la présentation de ce personnel par zone géographique d'habitation.

Tableau n°82 relatif à la présentation du personnel soignant par zone géographique d'habitation – Unité de Déchoquage.

Zones géographiques	Effectif	Pourcentage
Zone Nord	09	60%
Zone centre	02	13,33%
Zone Sud	04	26,66%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Le personnel soignant de la zone géographique Sud de Brazzaville est moins représenté avec un effectif total de 04 agents avec un pourcentage de 26, 66%. Celui de la zone Nord présente un effectif total de 09 agents soit un pourcentage de 60% et le personnel de la zone Centre de Brazzaville totalise un effectif de 02 avec un pourcentage de 13, 33%.

Le tableau qui vient après porte sur la présentation de ce personnel par tranche d'âge.

Tableau n° 83 relatif à la présentation du personnel soignant par tranche d'âge – Unité de Déchoquage

présentation du personnel soignant par tranche d'âge.	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30 ans	04	26,67%
De 31 à 60 ans	11	73,33%
De 61 ans à plus	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Au regard des résultats qu'affichent ce tableau, le personnel soignant de la tranche d'âge située entre 31 et 60 ans, est la plus représenté. Soit un effectif total de 11 agents avec 73, 33%. Celui de la tranche d'âge comprise entre 18 et 30 ans, compte 04 agents soit un pourcentage de 26, 67%. Par contre, le personne dont la tranche se situe entre 61 ans et plus, n'est représentatif.

S'en suit le tableau relatif à la présentation du personnel par niveau d'instruction.

Tableau n° 84 relatif à la présentation du personnel soignant par niveau d'instruction – Unité de Déchoquage.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	00	00%
Primaire	00	00%
Collège	01	06,66%
Lycée	10	66,66%
Supérieur	04	26,66%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Le personnel du secondaire II (lycée) présente un effectif total de 10 agents avec un pourcentage de 66, 66%. Celui du niveau supérieur à un effectif de 04 agents, soit un pourcentage de 26, 66%. Le personnel du niveau collège (secondaire I) présente 01 agent avec un pourcentage de 06,66%. Par contre, aucune représentation du personnel non scolarisé et celui du primaire.

Le tableau suivant présente ce personnel par situation matrimoniale.

Tableau n° 85 relatif à la présentation du personnel soignant par situation matrimoniale – Unité de Déchoquage.

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	01	06,66%
Célibataire	12	80%
Union libre	02	13,33%
Divorcé (e)	00	00%
Veuf (veuve)	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Le personnel soignant de cette unité des soins se présente comme suit : 12 agents en situation de célibataire avec un pourcentage de 80. 01 agent en situation de marié (e), soit 06, 66%. 02 agents en situation d'Union libre avec un pourcentage de 13, 33%.Aucune représentation pour le personnel se trouvant en situation de divorcé (e) et de veuvage.

Après la présentation du personnel de Déchoquage, nous abordons dans les lignes qui suivent celui de la Pédiatrie Nourrisson.

II.6.3.2. Service de Pédiatrie Nourrisson

Tableau n°86 relatif à la présentation du personnel soignant par sexe – Service Pédiatrie Nourrisson.

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	02	13,33%
Féminin	13	86,66%
Total	**15**	**100%**

Source : *Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.*

Le personnel soignant de sexe féminin est plus nombreux. Soit agents 13 avec un pourcentage de 86, 66%. Celui du sexe masculin compte 02 agents avec un pourcentage de 13, 33%.

Le tableau qui suit après est celui relatif à la présentation de ce personnel par nationalité.

Tableau n°87 relatif à la présentation du personnel soignant par nationalité – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	15	100%
Etrangère	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : *Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.*

Ce personnel soignant est dans sa totalité de nationalité congolaise. Soit une représentation de 15 agents avec un pourcentage de 100, 00%. Cependant nous ne notons aucune représentation étrangère sur ce dit personnel.

Nous abordons par la suite, la présentation de ce personnel par catégorie socioprofessionnelle.

Tableau n°88 relatif à la présentation du personnel soignant par catégorie socioprofessionnelle – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Catégories socio professionnelles	Effectifs	Pourcentage
Médecin en Spécialité	04	26,66%
Médecin Interne en 7ème Année	03	20%
Infirmier Diplômé d'Etat	01	06,66%
Puéricultrice	01	06,66%
Auxiliaire Puéricultrice	04	26,66%
Agent Technique de Santé	02	13,33%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

La lecture de ce tableau présente les données suivantes : 04 Médecins en D.E.S avec un pourcentage de 26, 66%. Médecin Interne en 7ème Année de Médecine avec un effectif total de 03, soit 20, 00%. Infirmiers Diplômés d'Etat : 01soit, un pourcentage de 06, 66%. 01 Puéricultrice avec un pourcentage de 06, 66%. 04 auxiliaires Puéricultrices, soit 26, 66%. A cette catégorie, s'ajoute 02 agents techniques de santé avec un pourcentage de 13, 33%.

Le tableau qui suit par la suite présente la répartition de ce personnel par zone géographique d'habitation.

Tableau n°89 relatif à la présentation du personnel soignant par zone géographique d'habitation – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Zones géographiques	Effectif	Pourcentage
Zone Nord	05	38,33%
Zone Centre	01	06,66%
Zone Sud	09	60%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

La zone Nord de Brazzaville présente un effectif total de 05 agents soit un pourcentage de 38, 33%. La zone Sud a 09 agents seul avec un pourcentage de 60%. 01 agent pour la zone Centre de Brazzaville avec un pourcentage de 06, 66%.

Le tableau suivant porte sur la présentation de ce personnel par tranche d'âge.

Tableau n°90 relatif à la présentation du personnel soignant par tranche d'âge – Service de Pédiatrie Nourrisson

présentation du personnel soignant par tranche d'âge Service de Pédiatrie Nourrisson	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30 ans	05	33,34%
De 31 à 60 ans	10	66,67%
De 61 ans à plus	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Ce tableau nous révèle que le personnel soignant réparti dans la tranche d'âge comprise entre 31 à 60 ans compte un effectif total de 10 agents avec un pourcentage de 66, 67%. Celui de la tranche d'âge comprise entre 18 à 30 ans totalise un effectif de 05 agents, soit un

pourcentage de 33, 34%. Par contre, on ne note aucune représentation du personnel soignant dont la tranche d'âge est comprise entre 61 ans et plus.

Le tableau qui suit après porte sur la présentation de ce personnel par niveau d'instruction.

Tableau n°91 relatif à la présentation du personnel soignant par niveau d'instruction – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	00	00%
Primaire	00	00%
Collège	05	33,33%
Lycée	03	20%
Supérieur	07	46,66%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Il ressort de ce tableau, 07 agents du niveau supérieur avec un pourcentage de 46, 66%. 05 agents du niveau de secondaire I (collège) avec un pourcentage de 33, 33% et 03 pour le niveau du secondaire II (lycée) soient 20, 00%.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la présentation de ce personnel par situation matrimoniale.

Tableau n°92 relatif à la présentation du personnel soignant par situation matrimoniale – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	01	06,66%
Célibataire	14	93,33%
Union libre	00	00%
Divorcé (e)	00	00%
Veuf (veuve)	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Le personnel en situation de célibataire est au nombre de 14 agents avec un pourcentage de 93, 33%. 01 agent en situation de marié (e) avec un pourcentage de 06, 66%. Aucune représentation pour le reste des catégories constituant ce personnel.

Après la présentation du personnel du Service de Pédiatrie Nourrisson, nous présentons dans les lignes qui suivent celui du Service de Psychiatrie.

II.6.3.3. Service de Psychiatrie

Tableau n°93 relatif à la présentation du personnel soignant par sexe – Service de Psychiatrie

Sexes	Effectif	Pourcentage
Masculin	09	60%
Féminin	06	40%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

La lecture de ce tableau montre une représentation masculine dominante du personnel soignant. Soit 09 agents avec 60, 00% et 06 agents du sexe féminin avec un pourcentage de 40, 00%.

Le tableau qui suit nous présente la situation de ce personnel par nationalité.

Tableau n°94 relatif à la présentation du personnel soignant par nationalité – Service de Psychiatrie

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Congolaise	15	100%
Etrangère	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Au niveau de ce Service de Psychiatrie, le personnel soignant est entièrement national. Soit 15 agents de nationalité congolaise avec un pourcentage de100, 00%. Aucune représentation du personnel de nationalité étrangère.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la présentation de ce personnel par catégorie socioprofessionnelle.

Tableau n°95 relatif à la présentation du personnel soignant par catégorie socioprofessionnelle – Service de Psychiatrie.

Catégories socio professionnelles	Effectifs	Pourcentage
Médecin Psychiatre Epileptologue	01	06,66%
Médecin Psychologue	01	06,66%
Médecin Externe 6ème Année	02	13,33%
Médecin Généraliste	02	13,33%
Infirmier Licencié en Soins Infirmiers	03	20%
Infirmier Spécialisé en Psycho Pathologie	01	06,66%
Infirmier Diplômé d'Etat	02	13,33%
Agent Technique de Santé	01	06,66%
Puéricultrice	02	13,33%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Ce tableau aligne comme données : 01 Médecin Psychiatre-Epileptologue, soit un pourcentage de 06, 66%. 01 Médecin Psychologue, soit un pourcentage de 06, 66%. 02 Médecin Externe 6ème année, soit un pourcentage de 13, 33%. 02 Médecins Généralistes, soit un pourcentage de 13, 33%. 03 Infirmiers Licenciés en Soins Infirmiers avec un pourcentage de 20%. 01 Infirmier spécialisé en psycho pathologie avec un pourcentage de 06, 66%. 02 Infirmiers Diplômés d'Etat, soit un pourcentage de 13, 33%. 01 Agent Technique de Santé, soit un pourcentage de 06, 66% et 02 Puéricultrices avec un pourcentage de 13, 33%.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la présentation de ce personnel par zone géographique d'habitation.

Tableau n°96 relatif à la présentation du personnel soignant par zone géographique d'habitation – Service de Psychiatrie.

Zones géographiques	Effectif	Pourcentage
Zone Nord	06	40%
Zone Centre	00	00%
Zone Sud	09	60%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

La zone géographique Nord totalise un effectif de 06, soit un pourcentage de 40%. La zone Sud 09 agents, soit un pourcentage de 60, 00%. Pas de représentation pour la zone Centre de Brazzaville.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la situation de ce personnel par tranche d'âge.

Tableau n°97 relatif à la présentation du personnel soignant par tranche d'âge - Service de Psychiatrie

présentation du personnel soignant par tranche d'âge Service de Psychiatrie	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30 ans	04	26,67%
De 31 à 60 ans	11	73,34%
De 61 ans à plus	00	00%
Total	**15**	**100,01%**

Source : *Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.*

La lecture de ce tableau montre que, la catégorie du personnel soignant dont la tranche d'âge est comprise entre 31 à 60 ans est plus représentée. Elle totalise 11 agents soit 73, 34%. La catégorie du personnel dont l'âge varie entre 18 et 30 ans réunit 04 agents, soit 26, 67%. Aucune représentation du personnel de la tanche d'âgé comprise entre 61 ans et plus.

S'en suit la présentation du tableau relatif à la présentation de ce personnel par niveau d'instruction.

Tableau n°98 relatif à la présentation du personnel soignant par niveau d'instruction – Service de Psychiatrie

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	00	00%
Primaire	00	00%
Collège	05	33,33%
Lycée	02	13,33%
Supérieur	08	53,33%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

La lecture de ce tableau montre que, le personnel du niveau secondaire I présente un effectif total de 05 agents, soit 33, 33%. Celui du secondaire II réunit un effectif de 02 agents, soit 13, 33%. La catégorie du personnel du niveau supérieur totalise un effectif de 08 agents avec un pourcentage de 53, 33%.

La présentation de notre échantillon se termine par la présentation de ce personnel par situation matrimoniale.

Tableau n°99 relatif à la présentation du personnel soignant par situation matrimoniale – Service de Psychiatrie.

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Marié (e)	04	26,66%
Célibataire	09	60%
Union libre	01	06,66%
Divorcé (e)	00	00%
Veuf (veuve)	01	06,66%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Quant au personnel soignant en situation de célibataire, il est au nombre de 09 agents avec un pourcentage de 60, 00%. Le personnel en situation de marié (e) set au nombre de 04 agents, soit 26, 66%. Le personnel en situation d'union libre et de veuvage partagent respectivement les effectifs 01 agent à chacun d'eux, soit un pourcentage de 06, 66%.

Nous venons à travers ce deuxième chapitre consacré au cadre méthodologique épuisée notre première partie de cette thèse qui porte sur les considérations générales. Dans les lignes qui vont suivre, nous abordons la deuxième partie consacrée au cadre de l'étude.

CONCLUSION PARTIELLE PREMIERE PARTIE

Il ressort de la lecture de cette première partie de thèse des informations intéressantes qui contribuent à la compréhension du phénomène de garde-malade au niveau de la structure hospitalière du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Ces informations sont répertoriées au niveau des deux (02) chapitres ci-haut examinés.

Au niveau du premier chapitre qui porte sur le champ théorique et conceptuel, ce chapitre constitué essentiellement des concepts fondamentaux et des théories qui sous-tendent cette étude. En effet, le décryptage de ces concepts fondamentaux, nous a permis d'en découvrir d'autres qui aident à la compréhension de cette question de garde-malade ayant des incidences majeures sur la prise en charge médicale des malades au niveau de cette structure hospitalière. Aussi avec le décryptage du concept de garde-malade par exemple, nous a permis de savoir qu'il y a deux (02) catégories de garde-malade : le garde-malade familial qui fait partie du cercle familial et le garde-malade attitré qui est un personnel faisant partie des effectifs de l'hôpital. Cependant, son absence dans l'espace hospitalier du C.H.U-B, ouvre la porte au garde-malade familial dont la représentation est importante au niveau de cette structure hospitalière. Sa présence en ce lieu traduit bien l'expression de la solidarité qui s'exprime à travers la solidarité.

Il en est de même pour la prise en charge. Là aussi, le décryptage de ce concept, nous à permis de distinguer la prise en charge médicale qui implique juste le personnel soignant et la prise en charge globale qui inclus la participation de tous les acteurs sociaux au service du malade (le garde-malade, le personnel soignant et le malade, acteur majeur sur lequel s'exécutent toutes les décisions).

En conséquence, on découvre le rôle du garde-malade qui devient un acteur majeur dans cette forme de prise en charge dans l'univers hospitalier et particulièrement celui du C.H.U-B.

Cette expérience s'observe également au niveau du concept gestion où l'on distingue gestion des ressources humaines de façon générale et gestion des ressources dans le contexte

hospitalier. S'affrontent ainsi, deux (02) réalités bien distinctes: celle qui s'accommode au mode de gestion d'une entreprise et celle du monde hospitalier. Cependant, le mode de gestion des ressources humaines dans le cadre hospitalier s'accompagne avec d'autres réalités sociales, telle la solidarité familiale qui est une difficulté dans l'administration de l'hôpital. Le C.H.UB est bien dan cette situation.

De même, les théories évoquées dans ce premier chapitre, s'inscrivent dans cette perspective. En effet, ces théories qui sous-tendent cette étude, au nombre des quelles : l'interactionnisme symbolique de la seconde école de Chicago représentée par Hebert BLUMER, la solidarité mécanique d'Emile DURKHEIM, le culturalisme défendu par Ruth BENEDICT et consorts et de l'administration défendue Henri FAYOL. Toutes ces théories parviennent à l'idée d'expliquer et de justifier le phénomène de garde-malade au niveau de la structure hospitalière du C.H.U-B.

Ainsi, le décryptage des concepts auxquels s'ajoutent les théories qui sous-tendent cette étude, donnent des prémices sinon anticipent sur les causes des effectifs conséquents des garde-malades au niveau cette structure de santé publique.

DEUXIEME PARTIE

PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE

INTRODUCTION PARTIELLE DEUXIEME PARTIE

Deux (02) chapitres constituent cette deuxième partie de thèse : le troisième chapitre qui porte sur la présentation des services cliniques du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville, services tout au moins retenus dans le cadre de cette étude et le chapitre quatre qui porte sur l'étude administrative de cette structure hospitalière de santé publique.

S'agissant du troisième chapitre qui table sur la présentation des services cliniques de ce Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, ces services sont au nombre de trois (03) élargis au service pharmacie en raison des besoins des malades admis au Service des Urgences. Ce Service des Urgences est donc le premier service où débute notre enquête. Il est structuré en trois (03) unités des soins : l'Unité des Urgences Médicales qui reçoit des malades qui relèvent du domaine de la Médecine avec des pathologies comme : complication respiratoire, paludisme, … A coté de cette première unité des soins, se greffe une autre, celle des Urgences Chirurgicales dont la spécificité réside sur les interventions de nature chirurgicale et enfin, l'Unité de Déchoquage qui est une mini réanimation. Signalons également que ce Service des Urgences est doté d'une unité d'accueil qui permet de recevoir les malades avant de les orientés dans d'autres services spécialisés selon la nature de pathologie et sur expertise médicale et un Service Recette pour le recouvrement des charges médicales des malades. Le deuxième service est celui de Pédiatrie Nourrisson dont la spécificité réside sur l'accueil des malades allant de 0 à 12 ans. Ce service est structurée comme suit : un service tenu par une nutritionniste en charge des enfants malnutri avec un état de besoin en alimentation, des bureaux des Médecins spécialisés, des salles d'hospitalisation, des salles de réunion dans le cadre de l'organisation du travail. Un autre service, c'est celui de Psychiatrie dont la structuration est similaire à celui de Pédiatrie Nourrisson. Ce service de Psychiatrie a en charge la gestion des malades en situation de trouble de comportement. Il est le seul service spécialisé en la matière en République du Congo. Enfin, le Service de Pharmacie structurée en des sections pour répondre aux besoins de son fonctionnement et ceux des malades.

Par contre, pour ce qui est du quatrième chapitre, celui-ci table sur l'étude administrative de ce Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Ce chapitre de cette deuxième partie de thèse est structuré en cinq (05) parties structurées en des sous parties.

Premièrement, ce chapitre aborde la présentation structurale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Cette structuration nous renseigne sur la situation géographique de cette structure hospitalière de troisième niveau. En deuxième lieu, ce chapitre aborde la disposition architecturale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville qui vise la disposition des bâtiments de cette structure hospitalière. Dans cette perspective, l'historique de cette structure hospitalière s'inscrit également comme un autre point important pour ce chapitre. En effet, l'historique de cette structure hospitalière s'apprécie en deux (02) phases : Une première phase de l'histoire de cette structure hospitalière table sur ses gestionnaires sous l'ancienne appellation de l'hôpital Générale de Brazzaville et la deuxième phase, est celle des gestionnaires sous l'actuel régime, celui du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Le point suivant de ce quatrième chapitre de cette deuxième partie de thèse porte sur l'organisation administrative de cette structure hospitalière. Cette organisation repose sur une armature des textes administratifs et juridiques abondant constitués des ordonnances, des décrets, des délibérations, … ayant conduit à la mise en place des Directions comme celle des Ressources Humaines, des Affaires Médicales et des Soins Infirmiers. Ces Directions sont structurées en des services et sections pour répondre de mieux en mieux au bon fonctionnement de cette structure hospitalière et aux attentes des malades. Enfin, le fonctionnement de la structure Hospitalière du C.H.U-B, s'inscrit en dernier lieu de ce chapitre comme le dernier point. Ce fonctionnement s'appui sur cette armature de ces textes administratives et juridiques ci-haut cités.

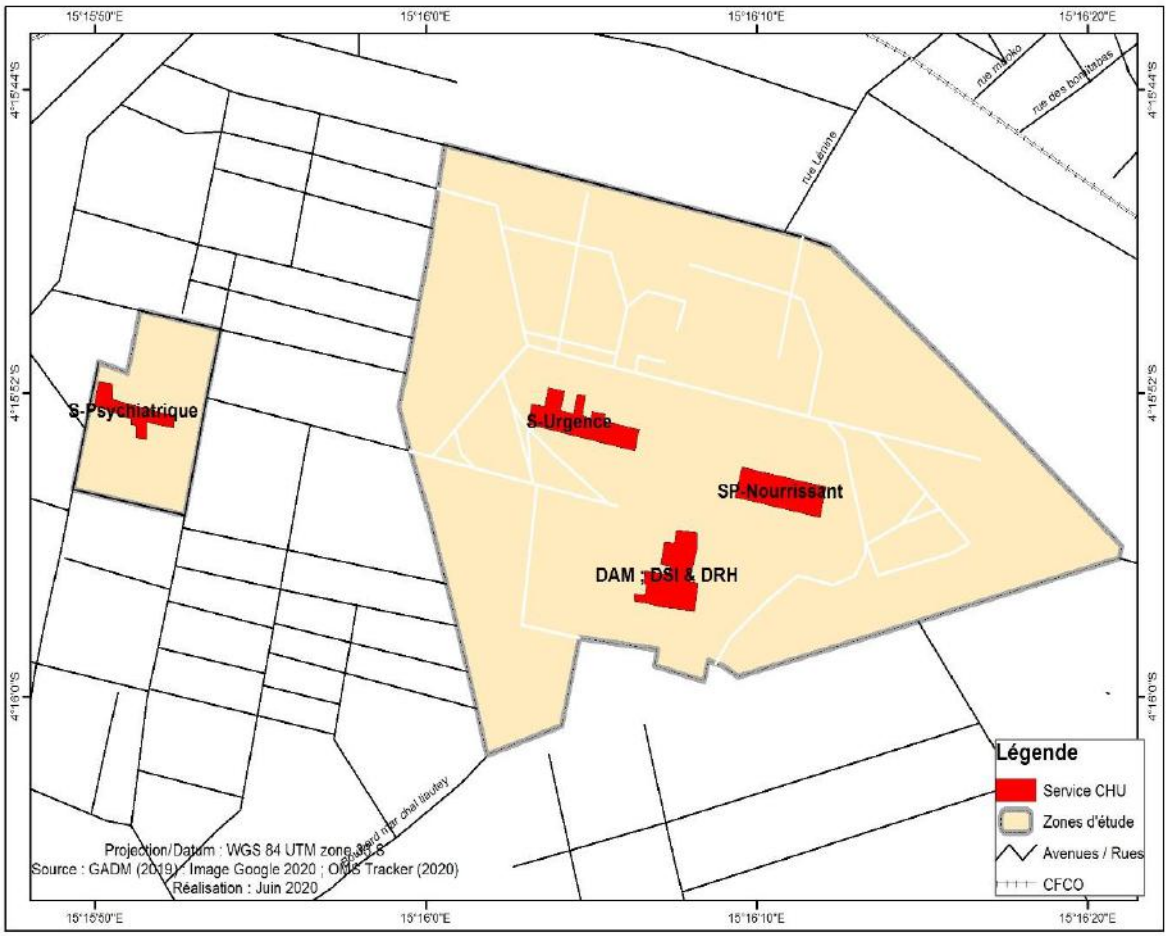
La présentation des services cliniques évoqués au chapitre III et l'étude administrative de la structure hospitalière du C.H.U-B évoquée au chapitre IV, l'analyse de leur mode d'organisation et de fonctionnement nous aide à comprendre ce phénomène de garde-malade. Il convient dans les lignes qui suivent de faire la présentation de la deuxième partie de cette thèse qui porte sur ces deux chapitres. Un premier chapitre qui porte sur la présentation de ces services cliniques tout au moins ceux retenus dans le cadre de cette étude, le second chapitre de cette deuxième partie de thèse porte sur l'étude administrative de cette structure hospitalière du C.H.U-B.

Le fonctionnement des services cliniques et la gestion administrative de cette structure hospitalière, nous aides à comprendre sur leur influence au sujet de la présence massive de ces garde-malades ayant des incidences majeures au niveau de la prise en charge médicale des malades

CHAPITRE III : LES SERVICES CLINIQUES DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE (C.H.U-B)

Le choix des services cliniques s'est fait en raison de l'importance de la concentration des garde-malades dans certains services cliniques du C.H.U-B. A cet effet, trois (03) services ont retenu notre attention pour bien cerner l'enjeu de cette problématique. Il s'agit : du Service des Urgences (S.U), celui de Pédiatrie Nourrisson (S.P.N) et le Service de Psychiatrie (S.P) de cette structure sanitaire.

Figure n°02 relative à la présentation des services étudiés (Services Cliniques et administratifs).

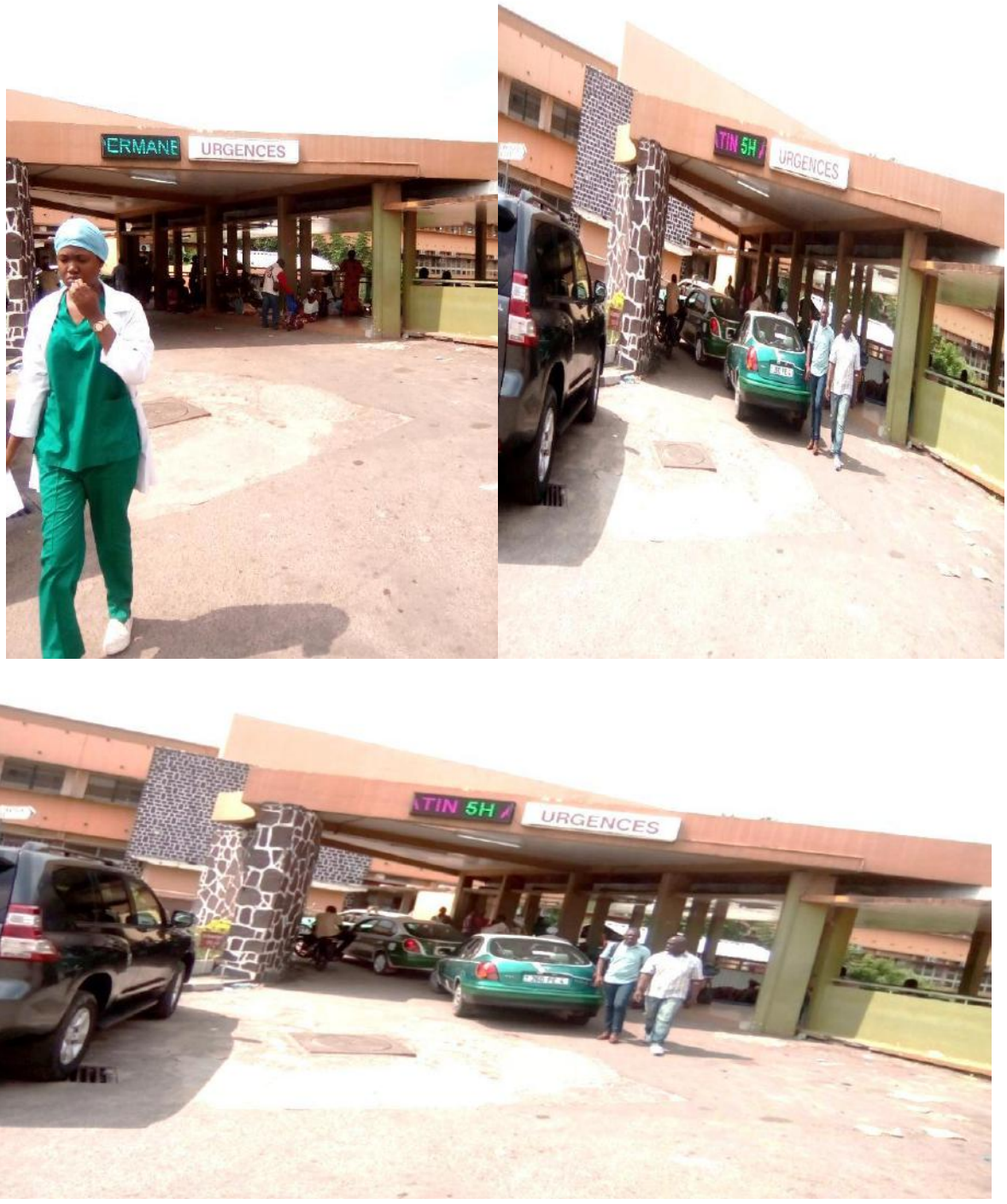


Cette figure représente la délimitation géographique du champ de l'enquête. Elle concerne les services cliniques (Service des Urgences placé plus haut sur la figure en rouge, suivie du Service de Pédiatrie Nourrisson en rouge à cheval entre le Service des Urgences et les trois directions ; le Service de Psychiatrie en rouge en détachement des deux autres services cliniques à gauche.) Les trois directions (D.R.H, D.A.M et D.S.I) en rouge, placées en bas des services cliniques. Des services administratifs représentés à travers les trois (03) directions).

III.1. Présentation du Service des Urgences (S.U)

C'est le bâtiment 2 au rez-de-chaussée, derrière le bâtiment C qui abrite la Banque de sang au rez-de-chaussée également, où se situe le Service des Urgences du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Ce service est structuré en deux : l'Unité d'Accueil et la caisse d'une part, les unités de soins d'autre part.

Figure n°03 relative à la présentation du Service des Urgences du C.H.U.B



Source : fichier de l'auteur de la thèse

Ces différentes images juxtaposées représentent la situation géographique du Service des Urgences du C.H.U-B, premier Service clinique où se déroule notre enquête.

Source : Fichier de l'auteur

III.1.1. Unité d'Accueil (U.A)

Sur directives du Major Coordinateur du Service des Urgences, l'unité d'accueil est gérée par deux (02) ou trois (03) infirmier(es). Ceux-ci accueillent les malades, les enregistres dans la main courante des admissions, les orientent selon l'historique de la maladie auprès des Médecins en charge, réparties dans les deux autres unités des soins pour consultation : l'Urgence Médicale et l'Urgence Chirurgicale, voire l'Unité de Déchoquage pour des soins intensifs lorsque le cas s'avère grave et sur instruction du Médecin en charge. Cet effectif des infirmiers (es), se complète par un (01) agent d'admission, encore appelé gestionnaire dont le rôle est de tarifier le séjour des malades pour leur sortie de l'hôpital. Le paiement se fait à la caisse. A l'absence du caissier ou de la caissière, le paiement du séjour du malade se fait auprès de l'agent d'admission qui, à son tour rend compte au caissier titulaire.

Cette équipe de l'Unité d'accueil est donc au service des usagers. Elle renseigne, oriente et travaille selon l'horaire suivant : Une première équipe travaille de 07 heures à 14 heures, une seconde équipe travaille de 14 heures à 17 heures et la troisième équipe assure la garde jusqu'au lendemain.

Dans le cadre de l'organisation matérielle de cette unité, on y trouve sur une table de travail :

- un (01) registre de présence du personnel, où émarge le personnel soignant du jour ;
- un (01) registre de présence des majors, où seul le major du service émarge ;
- un (01) registre de permanence, où émargent les agents programmés pour la permanence ;
- un (01) registre des malades, où sont émargés tous les malades en consultation ;
- un (01) registre des corps en dépôt ;
- un (01) registre des sorties des malades guéris ;
- un (01) registre des brancardiers.

De plus, cette unité est équipée des chaises roulantes, brancards, isoloirs, charrues, ... Pour la prise en charge des malades.

Figure n°04 relative à la présentation du l'Unité d'accueil – Service des Urgences – C.H.U-B.



Cette image nous renseigne sur déroulement de la prise en charge des malades dès le Service d'Accueil. Unité d'Accueil du Service des Urgences, période d'étude d'Octobre à novembre 2019. (Moyen de collecte des données : l'observation participante).
Source : Fichier de l'auteur de la Thèse.

- **la Caisse**

Elle est gérée par un agent qui perçoit les frais des prescriptions médicales : Paiement frais d'hospitalisation des malades, examens au laboratoire et autres charges médicales. L'horaire de travail est le même que celui du personnel soignant.

Selon les réformes entreprises par le nouveau gestionnaire de cette structure, la Banque Postale du Congo en partenariat avec le C.H.U-B assure le recouvrement des prestations des malades. L'objectif visé sur cette réforme, c'est de permettre la bonne gestion des fonds perçus.

- **unités des soins** :

Le Service des Urgences est structuré en trois (03) unités de soins :

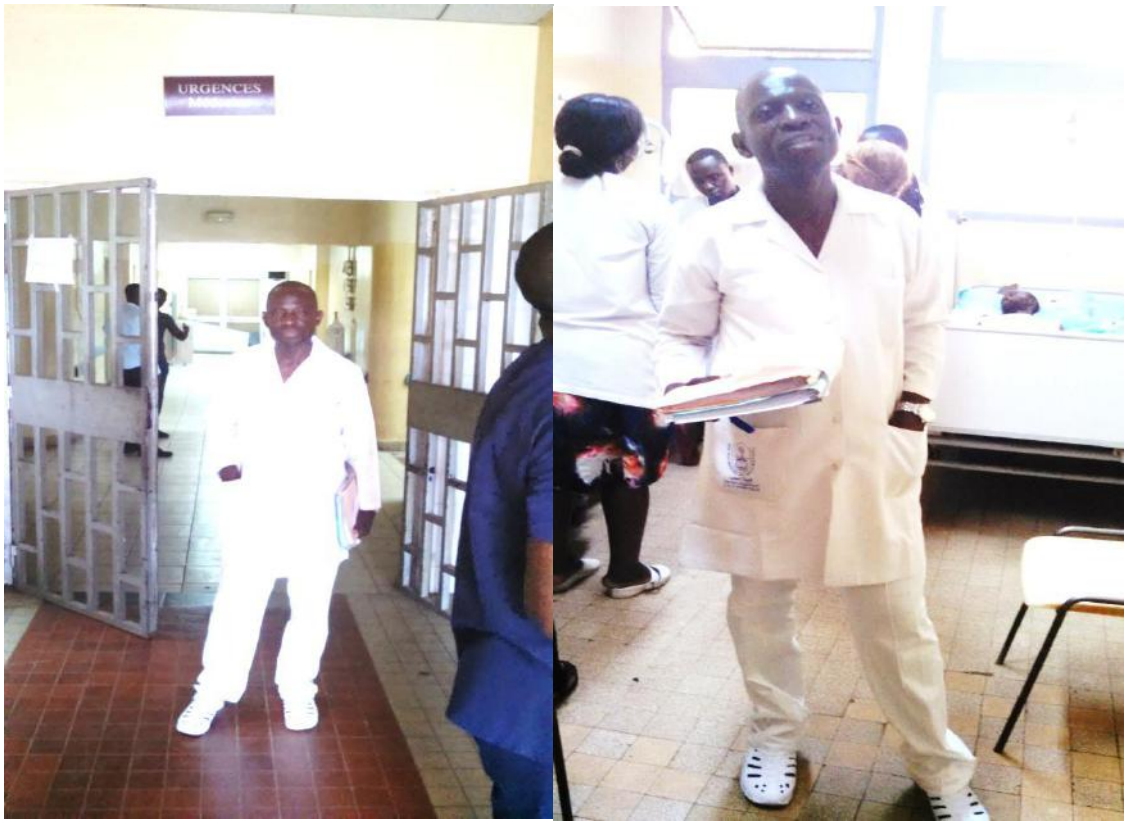
III.1.2. Unité des Urgences Médicales (U.U.M)

- **capacité logistique de cette unité**

Cette unité des soins dispose de cinq (05) salles d'hospitalisation. Une première salle d'une capacité de quatre (04) lits, la deuxième salle de trois (03) lits, la troisième salle de trois (03) lits également et quatrième salle de six (06) lits.

L'Unité des soins des Urgences Médicales dispose d'un secrétariat qui s'en charge de la gestion administrative des activités du Service des Urgences, un bureau du Médecin Chef de service, peu à près parti en retraite lorsque nous quittions ce Service pour un autre selon les exigences de notre programme de travail dans le cadre de cette recherche. Un autre bureau de travail occupé par un médecin en congé, mais qui par la suite avait regagné son poste de travail.

Figure n°05 relatif à la présentation géographique de l'Unité des Urgences Médicales



C'est dans cette unité des soins du service d'Urgences où débute notre enquête.
Source : Fichier de l'auteur de la Thèse.

III.1.3. l'Unité des Urgences Chirurgicales (U.U.C)

- **Capacité logistique de cette unité des soins**

Elle dispose de trois (03) bureaux de consultation des Médecins, la salle n'°5 d'hospitalisation d'une capacité de trois (03) lits, la salle n°6 d'hospitalisation d'une capacité de quatre (04) lits, d'une salle des soins, un halle recevant plusieurs malades par manque de salle d'hospitalisation. Cette unité des soins dispose également des latrines et d'une cellule réservée pour les archives, mais se trouvant dans un état vétuste très avancé.

Fichier n°06 relatif à la présentation géographique de l'Unité des Urgences Chirurgicales







Ces images témoignent sur les échanges menées avec le personnel soignant dans le cadre de notre enquête - Unité Urgences Chirurgicales, d'Octobre à Novembre 2019.
Source : Fichier de l'Auteur de la Thèse.

III.1.4. l'Unité des Urgences de Déchoquage (U.U.D)

III.1.4.1. Capacité logistique

L'Unité de Déchoquage est une mini réanimation qui reçoit les malades des autres unités de soins, des référés dont l'état est jugé très critique. Ces malades sont donc en observation dans cette unité des soins intensifs avant d'être référés dans les services spécialisés lorsque l'état de santé l'exige. Ce service est structuré en deux (02) salles d'hospitalisation. Une première salle dotée de deux (02) charrues, sorte de lit mobile adapté aux aptitudes physiques du malade. Une deuxième salle d'une capacité de quatre (04) charrues. A son actif, cette unité des soins intensifs en raison de sa spécificité, dispose d'un personnel soignant stable composé d'une Infirmière Diplômé d'Etat (I.D.E) qui, s'en charge d'exécuter les soins, un Médecin Réanimateur travaillant ensemble avec un Médecin Généraliste à cheval entre ces trois (03) unités de soins y compris le Déchoquage. Un Surveillant ou un Major qui assure le fonctionnement de cette unité des soins et prend sa garde une fois par semaine.

Pour assurer son bon fonctionnement, cette unité des soins dispose de :

- l'échographe ;
- respirateur qui intube le malade pour une prise en charge respiratoire, évitant donc que le malade soit dans une situation de détresse respiratoire ;
- seringues électriques ;
- compte goute qui règle le débit de la perfusion ;
- défibrillateur ou électro choque utile pour relancer l'activité du cœur ;
- aspirateurs ;
- charrues d'urgence ;
- lampe scialytique qui permet de repérer les tissus et les vaines ;
- embus d'oxygène.

Il est à noter que le Service des Urgences dispose d'un personnel unique qui se déploie dans toutes les unités de soins en dehors de l'Unité de Déchoquage qui, pour des raisons de spécificité d'urgence en soin, a un personnel acquis et stable. Mais, au compte de l'effectif de l'ensemble du Service des Urgences.

Ce service emploi un personnel repartie par catégorie professionnelle, par sexe, qui assure son bon fonctionnement. Ce personnel joue aussi le rôle d'accueil, assure les soins primaires

aux malades avant d'être référés aux services cliniques spécialisés lorsque l'état de santé du malade l'exige.

Cette figure ci-dessous en est une illustration.

Figure n°07 relatif à présentation de l'Unité des Urgences de Déchoquage



Cette image renseigne sur l'opérationnalisation des activités menées autour de cette unité des soins par l'entremise de l'entretien avec son personnel soignant, période d'étude du 07 Octobre au 07 Novembre 2019. Source : Fichier de l'Auteur de la Thèse.

Tableau n°100 relatif à la présentation des catégories professionnelles évoluant au Service des Urgences (toutes les trois (03) unités de soins confondues).

Grades	Homme	femme	Total
Professeur	1	0	1
Médecin	9	0	9
Assistant Sanitaire (A.S)	0	2	2
Infirmier diplômé d'Etat (I.D.E)	8	2	10
Agent Technique de Santé (A.T.S)	4	4	8
Personnel Administratif (PA)	0	1	1
Aide-soignant	0	1	1
Agent de Service Hospitalier (A.S.H)	2	6	8
Brancardier	62	0	62
Total	**86**	**16**	**102**

Source : Informations recueillies sur le terrain, Service des Urgences, entretien du 17 Octobre 2019 avec le Major Coordonnateur ENGAMBE, Responsable de ce Service.

Ce personnel travaille sur la base d'un planning de travail élaboré par le Major Coordinateur du service sous contrôle de son Chef de Service. Cette forme d'organisation permet l'accomplissement des tâches de chaque agent constituant ce personnel. Ainsi, comme annoncé ci-haut, des équipes de travail sont constituées et interviennent aux horaires suivants :

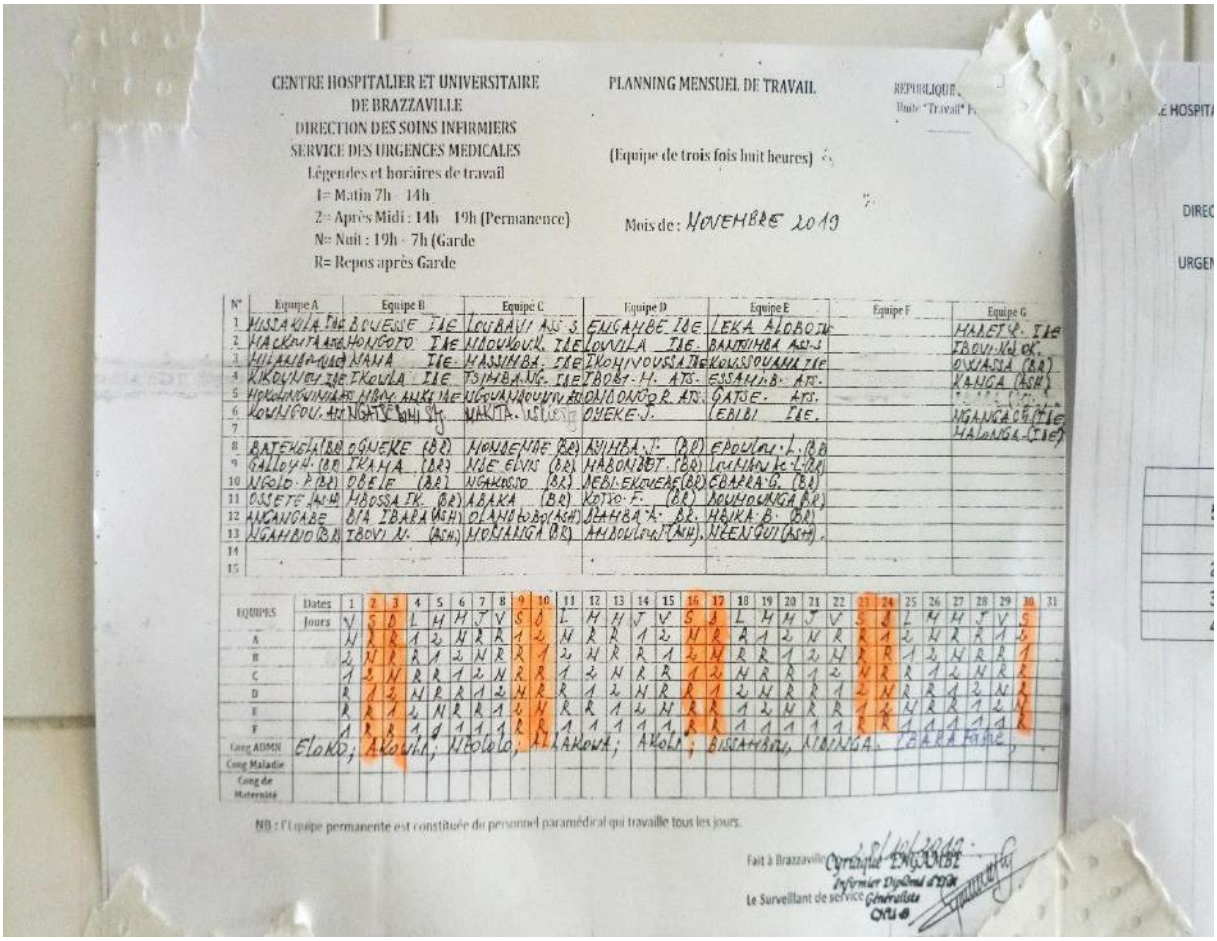
- une première équipe qui travaille de 07h à 14 h ;
- une deuxième équipe qui travail de 14h à 17 h ;
- une dernière équipe, dite équipe de garde restreinte travaille de 17 heures au lendemain matin.

Les deux (02) premières équipes ont des effectifs complets. On y trouve toutes les catégories professionnelles intervenant dans la prise en charge des malades.

Ces équipes constituées des infirmiers, brancardiers, aide-soignant, agents hospitalier de santé, … travaillent deux (02) jours consécutifs et prennent leur repos le jour suivant pour reprendre le service le lendemain. Une autre équipe assure la continuité.

Cette organisation résulte du planning de travail élaboré et mise en place par le Major coordonnateur du service des Urgences. Toutefois, le planning des Médecins spécialisés titulaires et stagiaires est élaboré par la Direction des Affaires Médicales (D.A.M).

Figure n°08 relative à la présentation du planning de travail Personnel paramédical - Service des Urgences



CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE
DE BRAZZAVILLE
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
SERVICE DES URGENCES MEDICALES

PLANNING MENSUEL DE TRAVAIL

(Equipe de trois fois huit heures)

Légendes et horaires de travail
1= Matin 7h - 14h
2= Après Midi : 14h - 19h (Permanence)
N= Nuit : 19h - 7h (Garde
R= Repos après Garde

Mois de : NOVEMBRE 2019

N°	Equipe A	Equipe B	Equipe C	Equipe D	Equipe E	Equipe F	Equipe G
1	MISSAKILA IDE	BOUESSE IDE	LOUBAKI AS	ENGAMBE IDE	LEKA ALOBOU		HABET Y. IDE
2	MACKOUTA IDE	MONGOTO IDE	MAOUKOUR. IDE	LOUVILA IDE.	BANTIMBA AS		IBOUNDA OK.
3	MILANDOU	NANA IDE	MASSIMBA. IDE	IKOUNGOU IDE	KOUSSOUANA IDE		OKIASSA (BR)
4	KIKOUNGOU IDE	IKOULA IDE	TSIMBA NG. IDE	TABOU H. ATS.	ESSAMBA. ATS.		KANGA (ASH)
5	MOKOKO	MIBOU ALIKI IDE	NGOUAMA	MOUNDOU	KOUNOUNGOU AS		GATSE. ATS.
6	KOUNGOU. AS	NGATSE ATS	MANTA.	OBEKE J.	EBILBI IDE.		NGANGA (IDE)
7							MALONGA (IDE)
8	BATENGA (BR)	OGNEKE (BR)	MOUBENDE (BR)	AMBA J. (BR)	EPOULOU L. (BR)		
9	GALLOYA (BR)	IKAMA (BR)	NSE ELVIS (BR)	MABONDET (BR)	LOUKOU K. (BR)		
10	NGOLO P (BR)	OBELE (BR)	NGAKOSSO (BR)	MEBI EKOUEAE (BR)	EBARA G. (BR)		
11	OSSETE (ASH)	MOSSA IK. (BR)	ABAKA (BR)	KOTSO F. (BR)	DOUHOUNGA (BR)		
12	MIGANGABE	BIA IBARA (ASH)	OLANI BOBO (ASH)	DIAHBA A. BR.	MBIKA B. (BR)		
13	NGAHIO (BR)	IBOVI N. (ASH)	MOYANGA (BR)	AHOUKOUT (ASH)	NZENGUI (ASH)		
14							
15							

EQUIPES	Dates	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	Jours	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	
A		M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	
B		2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	
C		1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	
D		R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	
E		R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	R	R	1	2	M	
F		1	R	R	1	2	1	1	1	R	R	1	1	1	1	R	R	1	1	1	1	R	R	1	1	1	1	R	R	1	1	
Cong ADMN		ELOKO;			AKOUA;			NTOLOLO;				ATAKOUA;				AKOLA;			BISSAMBOU;				NDINGA;			IBARA Fabie;					
Cong Maladie																																
Cong de Maternité																																

NB : l'équipe permanente est constituée du personnel paramédical qui travaille tous les jours.

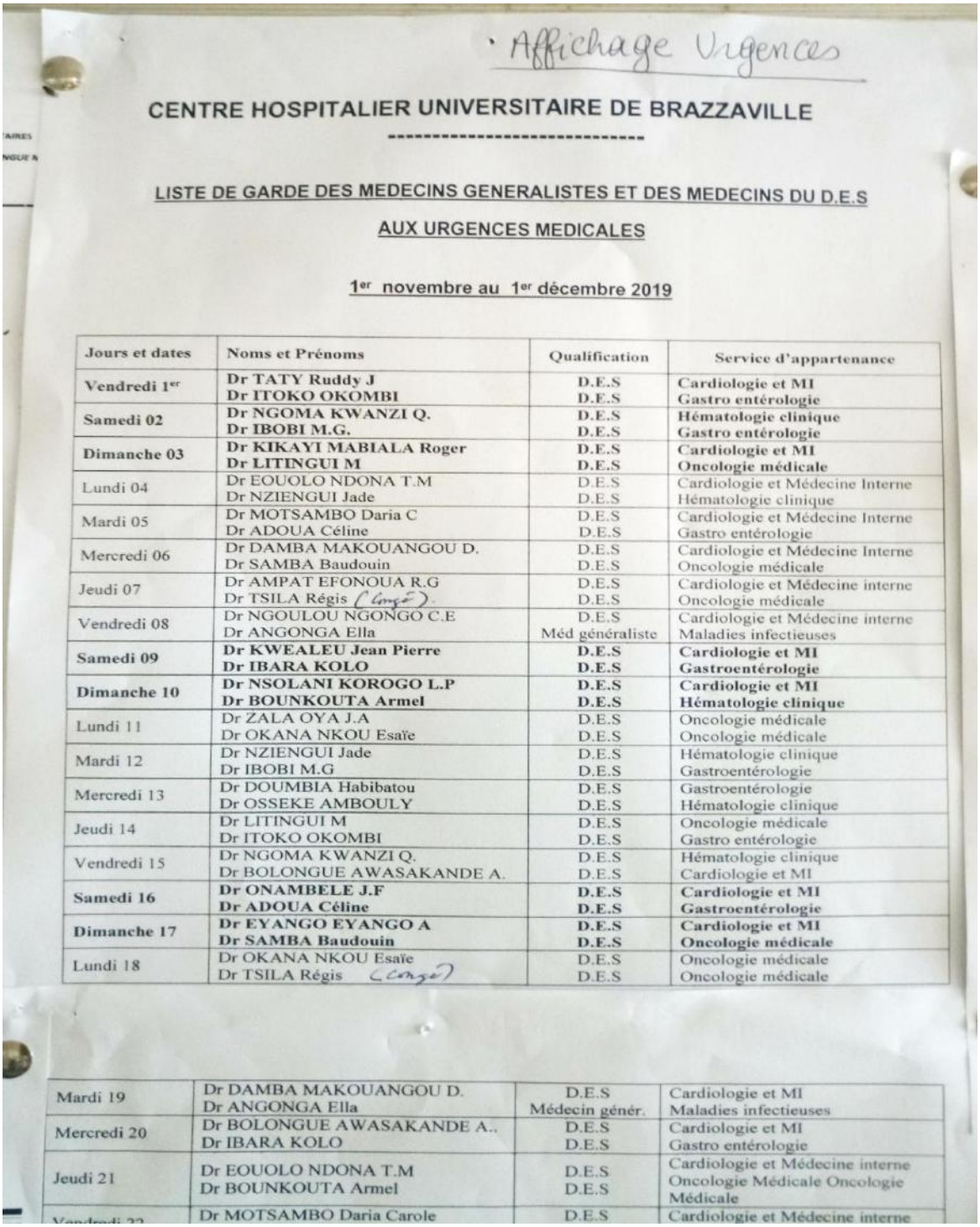
Fait à Brazzaville, le 31/10/2019

Le Surveillant de service Général

Cyrille Ingoumbe
Infirmier Diplômé d'Etat
OMS 0

Cette affiche témoigne sur l'organisation du programme de travail du personnel para médical au Service des Urgences. Cette organisation est placée sous la responsabilité du Major coordinateur du service.
Source : Service des Urgences du C.H.U-B. Entretien du 17 Octobre 2019 avec le Major Coordonnateur de ce Service.

Figure n° 09 relatif à la présentation du planning de travail catégorie Médecin-Service des Urgences



Affichage Urgences

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE

LISTE DE GARDE DES MEDECINS GENERALISTES ET DES MEDECINS DU D.E.S

AUX URGENCES MEDICALES

1er novembre au 1er décembre 2019

Jours et dates	Noms et Prénoms	Qualification	Service d'appartenance
Vendredi 1er	**Dr TATY Ruddy J** **Dr ITOKO OKOMBI**	**D.E.S** **D.E.S**	**Cardiologie et MI** **Gastro entérologie**
Samedi 02	**Dr NGOMA KWANZI Q.** **Dr IBOBI M.G.**	**D.E.S** **D.E.S**	**Hématologie clinique** **Gastro entérologie**
Dimanche 03	**Dr KIKAYI MABIALA Roger** **Dr LITINGUI M**	**D.E.S** **D.E.S**	**Cardiologie et MI** **Oncologie médicale**
Lundi 04	Dr EOUOLO NDONA T.M Dr NZIENGUI Jade	D.E.S D.E.S	Cardiologie et Médecine Interne Hématologie clinique
Mardi 05	Dr MOTSAMBO Daria C Dr ADOUA Céline	D.E.S D.E.S	Cardiologie et Médecine Interne Gastro entérologie
Mercredi 06	Dr DAMBA MAKOUANGOU D. Dr SAMBA Baudouin	D.E.S D.E.S	Cardiologie et Médecine Interne Oncologie médicale
Jeudi 07	Dr AMPAT EFONOUA R.G Dr TSILA Régis (Congé).	D.E.S D.E.S	Cardiologie et Médecine interne Oncologie médicale
Vendredi 08	Dr NGOULOU NGONGO C.E Dr ANGONGA Ella	D.E.S Méd généraliste	Cardiologie et Médecine interne Maladies infectieuses
Samedi 09	**Dr KWEALEU Jean Pierre** **Dr IBARA KOLO**	**D.E.S** **D.E.S**	**Cardiologie et MI** **Gastroentérologie**
Dimanche 10	**Dr NSOLANI KOROGO L.P** **Dr BOUNKOUTA Armel**	**D.E.S** **D.E.S**	**Cardiologie et MI** **Hématologie clinique**
Lundi 11	Dr ZALA OYA J.A Dr OKANA NKOU Esaïe	D.E.S D.E.S	Oncologie médicale Oncologie médicale
Mardi 12	Dr NZIENGUI Jade Dr IBOBI M.G	D.E.S D.E.S	Hématologie clinique Gastroentérologie
Mercredi 13	Dr DOUMBIA Habibatou Dr OSSEKE AMBOULY	D.E.S D.E.S	Gastroentérologie Hématologie clinique
Jeudi 14	Dr LITINGUI M Dr ITOKO OKOMBI	D.E.S D.E.S	Oncologie médicale Gastro entérologie
Vendredi 15	Dr NGOMA KWANZI Q. Dr BOLONGUE AWASAKANDE A.	D.E.S D.E.S	Hématologie clinique Cardiologie et MI
Samedi 16	**Dr ONAMBELE J.F** **Dr ADOUA Céline**	**D.E.S** **D.E.S**	**Cardiologie et MI** **Gastroentérologie**
Dimanche 17	**Dr EYANGO EYANGO A** **Dr SAMBA Baudouin**	**D.E.S** **D.E.S**	**Cardiologie et MI** **Oncologie médicale**
Lundi 18	Dr OKANA NKOU Esaïe Dr TSILA Régis (Congé)	D.E.S D.E.S	Oncologie médicale Oncologie médicale
Mardi 19	Dr DAMBA MAKOUANGOU D. Dr ANGONGA Ella	D.E.S Médecin génér.	Cardiologie et MI Maladies infectieuses
Mercredi 20	Dr BOLONGUE AWASAKANDE A.. Dr IBARA KOLO	D.E.S D.E.S	Cardiologie et MI Gastro entérologie
Jeudi 21	Dr EOUOLO NDONA T.M Dr BOUNKOUTA Armel	D.E.S D.E.S	Cardiologie et Médecine interne Oncologie Médicale Oncologie Médicale
Vendredi 22	Dr MOTSAMBO Daria Carole	D.E.S	Cardiologie et Médecine interne

Vendredi 15	Dr NGOMA KWANZI Q. Dr BOLONGUE AWASAKANDE A.	D.E.S D.E.S	Hématologie clinique Cardiologie et MI
Samedi 16	**Dr ONAMBELE J.F** **Dr ADOUA Céline**	**D.E.S** **D.E.S**	**Cardiologie et MI** **Gastroentérologie**
Dimanche 17	**Dr EYANGO EYANGO A** **Dr SAMBA Baudouin**	**D.E.S** **D.E.S**	**Cardiologie et MI** **Oncologie médicale**
Lundi 18	Dr OKANA NKOU Esaïe Dr TSILA Régis	D.E.S D.E.S	Oncologie médicale Oncologie médicale
Mardi 19	Dr DAMBA MAKOUANGOU D. Dr ANGONGA Ella	D.E.S Médecin génér.	Cardiologie et MI Maladies infectieuses
Mercredi 20	Dr BOLONGUE AWASAKANDE A.. Dr IBARA KOLO	D.E.S D.E.S	Cardiologie et MI Gastro entérologie
Jeudi 21	Dr EOUOLO NDONA T.M Dr BOUNKOUTA Armel	D.E.S D.E.S	Cardiologie et Médecine interne Oncologie Médicale Oncologie Médicale
Vendredi 22	Dr MOTSAMBO Daria Carole Dr ZALA OYA J.A.	D.E.S D.E.S	Cardiologie et Médecine interne Hématologie clinique
Samedi 23	**Dr TATY Ruddy Junior** **Dr OKANA NKOU Esaïe**	**D.E.S** **D.E.S**	**Cardiologie et MI** **Oncologie médicale**
Dimanche 24	**Dr PABINGUI Evariste** **Dr IBOBI M.G.**	**D.E.S** **D.E.S**	**Cardiologie et MI** **Gastroentérologie**
Lundi 25	Dr AMPAT EFONOUA R.G Dr DOUMBIA Habibatou	D.E.S D.E.S	Cardiologie et MI Gastroentérologie
Mardi 26	Dr NGOULOU NGONGO C.E Dr OSSEKE AMBOULY	D.E.S D.E.S	Cardiologie et MI Hématologie clinique
Mercredi 27	Dr KWEALEU Jean Pierre Dr LITINGUI M.	D.E.S D.E.S	Cardiologie et MI Oncologie médicale
Jeudi 28	Dr NSOLANI KOROGO L.P Dr ITOKO OKOMBI	D.E.S D.E.S	Cardiologie et MI Gastroentérologie
Vendredi 29	Dr ANGONGA Ella Dr NGOMA KWANZI Q.	Méd généraliste D.E.S	Maladies infectieuses Hématologie clinique
Samedi 30	**Dr ONAMBELE J.F** **Dr NZIENGUI Jade**	**D.E.S** **D.E.S**	**Cardiologie et MI** **Hématologie clinique**
Dimanche 1er décembre	**Dr EYANGO EYANGO André** **Dr SAMBA Baudouin**	**D.E.S** **D.E.S**	**Cardiologie et MI** **Oncologie médicale**

Fait à Brazzaville, le 28 octobre 2019

La Directrice des Affaires Médicales

La Directrice

Professeur KIMBALLY KAKY

Pr SG KIMBALLY KAKY

SPDRH.22.10.19.
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

REPUBLIQUE DU CONGO
Unité* Travail* Progrès

Cette deuxième affiche nous renseigne sur l'organisation du travail pour la catégorie du personnel de Médecin au niveau de ce service d'Urgence. Cependant, il faut signaler que l'initiative sur cette organisation est du ressort de la Direction des Affaires Médicales (D.A .M), période d'étude d'Octobre à Novembre 2019.
Source : Service des Urgences – C.H.U-B, entretien du 17 Octobre 2019 avec le Major coordonateur.

III.2. Présentation du Service de Pédiatrie Nourrisson (S.P.N) du C.H.U-B

C'est au bâtiment 1 du rez-de-chaussée que se situe le Service de Pédiatrie Nourrisson, côte à côte avec le Service des Urgences du bâtiment 2. Deux (02) caractéristiques essentielles déterminent la présentation de ce service : sa présentation descriptive, l'organisation de ses activités et le niveau organisationnel de son personnel.

III.2.1. La présentation descriptive du Service de Pédiatrie Nourrisson et l'organisation de ses activités

Ce service compte : Un bureau des majors géré par deux (02) femmes dont le rôle essentiel est de coordonner la prise en charge des malades en étroite collaboration avec le Chef de ce service. Ces deux majors partagent leur bureau avec un agent d'admission qui est le gestionnaire des prestations des malades. Il est donc le caissier de ce service.

Une grande salle de la récupération nutritionnelle, tenue par une nutritionniste sortie de l'Ecole Nationale Supérieure et Polytechnique (E.N.S.P) de l'Université Marien NGOUABI de Brazzaville (Congo) dont les activités se concentrent sur la prise en charge des enfants malnutrie et la prévention. Sont donc concernés pour ces activités, les enfants dont l'âge varie de 0 à 5ans.

Un bureau occupé par un pédiatre de profile. Il prend en charge les enfants malades de 0 à 5ans ;
Un bureau du Pédiatre ;
Un bureau très restreint, tenu par une responsable des Affaires Sociales, dont l'activité se résume sur le repérage des malades en difficulté pour leur prise en charge sanitaire, exclusivement pour ce service. Cette responsable travaille sous tutelle non seulement des coordinatrices du service, mais aussi sous celle du Chef de Service des affaires Sociales, pour la prise des décisions.

Un bureau occupé par un Médecin en stage de formation à l'étranger ;
Un bureau des Médecins de garde ;
Un bureau du Chef de Service, en charge de la coordination des activités du service ;
Un bureau du Pédiatre-Endocrinologue.

Ce service dispose également d'une salle de staff où se tiennent des séances de travail du personnel soignant évoluant dans ce service, des débarras et toilettes dans un état très vétuste, un magasin pour le Service de la récupération nutritionnelle qui n'existe que de nom. En ce qui concerne les unités ou secteurs de soins, il en existe quatre (04), deux (02) sont opérationnelles : les secteurs 3 et 4. Les deux autres (1 et 2 ne le sont pas, faute du matériel et du personnel. Ces secteurs ont un même dispositif. Chacun des deux secteurs opérationnels, dispose de sept (07) salles d'hospitalisation équipées des lits qui, malheureusement ne répondent pas lorsque ce service est submergé par le flux des malades.
Le bureau de la Récupération Nutritionnelle fait la particularité du Service de Pédiatrie Nourrisson. Celle-ci réside sur la spécificité de ses malades. En effet, l'âge et la nature de la pathologie de ses malades nécessitent une assistance conséquente non seulement des proches mais aussi du personnel soignant. Ces deux conditions, celle de l'âge et la nature de la maladie, en raison de leur sensibilité expliquent la spécificité de ce service. Il va de soi qu'on y revienne avec plus des détails pour comprendre les activités et les acteurs impliqués dans le fonctionnement du bureau de récupération nutritionnelle.

Tenu par une nutritionniste, le bureau de la récupération nutritionnelle comme annoncé plus haut, prend en charge les pathologies liées à l'alimentation des enfants en manque et la prévention.

Dans ses activités, la nutritionniste travaille en collaboration avec le Médecin. Elle se fait également assistée par des puéricultrices dont le rôle est d'exécuter des prescriptions médicales. Les consultations sont internes et externes.

III.2.1.1. Capacité logistique du service

Ce service a besoin de :

- un approvisionnement en intrant (aliments disponibles pour la prise en charge des enfants) ;
- matériel de cuisine qui, malheureusement n'existe que de nom ;
- balance ;
- toise pour mesurer la taille des enfants ;
- mètre à ruban ou MUAC, matériel adapté pour prendre les mesures de l'enfant autour du bras.

III.2.1.2. Etat de besoin en alimentation

Dans ce service l'Etat de besoin pour la prise en charge des enfants se présente comme suit :

- boîte de lait ;
- sucre ;
- bouillie de soja ;
- l'huile de cuisine ;
- complexes minéraux, vitamines ;
- déparasitage ;
- vitamine A, B9 et le fer.

III.2.2. L'organisation du personnel évoluant au Service de Pédiatrie Nourrisson

A son actif, le Service de Pédiatrie Nourrisson dispose d'un personnel réparti par catégorie professionnelle et par sexe. Quelques agents sont en formation. Ce personnel est réparti par équipe de travail dont l'horaire est le même que celui d'autres services cliniques antérieurs.
Ainsi, une première équipe travaille de 07 heures à 14heures ;
Une seconde équipe travaille de 14 heures à 17 heures ;
Une troisième équipe assure la garde de 17 heures jusqu'au lendemain.

Le tableau ci-dessous nous renseigne davantage sur les différentes catégories socioprofessionnelles évoluant dans ce service.

.

Tableau n°101 relatif à la présentation des catégories socioprofessionnelles évoluant au Service de Pédiatrie Nourrisson (S.P.N).

Grades	Homme	Femme	Total
Professeur Agrégé (Pr. Ag.)	01	00	1
Docteur	01	02	3
Assistant Sanitaire (A.S)	02	00	2
Infirmier Diplômé d'Etat (I.D.E)	01	04	5
Nutritionniste	00	01	1
Auxiliaire Puéricultrice	00	08	8
Assistant Social	00	01	1
Agent de Service Hospitalier (A.S.H)	00	05	5
Total	**05**	**21**	**26**

Source : Informations recueillies au Service de Pédiatrie Nourrisson, période du 14 Novembre au 14 Décembre 2019, entretien avec la Major Coordonatrice Denise OBEMBO, le 20 Novembre 2019, Secteur n°04 à 10h.

Figure n°10 relative à la présentation du Service de Pédiatrie Nourrisson - C.H.U-B.



Cette image nous renseigne sur le deuxième Service Clinique où se poursuis notre enquête.
Source : Fichier de l'Auteur.

III.3. Présentation du Service de Psychiatrie (S.P) du C.H.U-B

Trois (03) points essentiels constituent la présentation de ce service : Situation géographique et historique de ce service, principales missions assignées au service et les activités de ce service.

III.3.1. Situation géographique et historique du Service de Psychiatrie au C.H.U-B

Le Service de Psychiatrie du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) est l'unique service dédié à la santé mentale dont dispose la République du Congo.
Il est situé au n°13 de l'avenue Auxence IKONGA en dehors des murs du C.H.U-B, plus précisément au cœur du quartier O.C.H dans l'arrondissement 4 Moungali, à 150 m du mur principal du C.H.U-B. A droite il fait limite à l'institut psychopédagogique et à l'institut Africain de réadaptation. Il comporte en son sein cinq (05) bâtiments et deux (02) paillottes : le bâtiment du bureau des Surveillants, le bâtiment des bureaux de consultation et des admissions (avec une paillotte d'attente), le bâtiment principal, le bâtiment annexe au bâtiment principal abritant le bureau du Chef de Service et la salle de réunion, le bâtiment destiné aux patients de la première catégorie et deux (02) paillottes de repos.
L'espace libre est constitué d'une cour avant et d'une cour arrière de part et d'autre du bâtiment principal.

Le bâtiment principal de l'unité des soins date de 1956, année où l'Hôpital Général de Brazzaville (H.G.B) a été inauguré ; par la suite un (01) bâtiment situé à l'entrée a été construit en 1988 lors de la réhabilitation de l'Hôpital Général qui est alors transformé en Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville.

Enfin, en 1990, Madame Antoinette SASSOU NGUESSO, en qualité de la Présidente de la Fondation Congo Assistance (F.C.A), a construit dans le prolongement du bâtiment principal, un bâtiment annexe comportant le bureau du Chef de Service et la salle de réunion.
L'ensemble du service a été gravement endommagé lors de la guerre du 05 Juin 1997, ce qui conduit à la quasi-interruption des activités de soins de 1997 à 2001.

D'une capacité initiale de Cinquante (50) lits d'hospitalisation, ce service fonctionne actuellement avec trente-trois (33) lits situés dans le bâtiment principal qui jusqu'à ce jour garde une image carcérale par l'architecture des chambres d'hospitalisation et des chambres d'isolements.

A partir de 2001, le Service de Psychiatrie a connu une réhabilitation partielle grâce aux efforts conjugués des congrégations religieuses de l'Eglise Catholique, des particuliers et de la Direction du C.H.U-B.

Il faut noter qu'il y a des mauvaises conditions d'hygiène et de sécurité du fait des difficultés d'approvisionnement en eau et en électricité avec des coupures prolongées.

Le personnel est actuellement réduit avec un effectif total de trente-cinq (35) agents. Il compte dans le profil des Médecins : Deux (02) Médecins psychiatre, un (01) Médecin psychiatre vacataire (employé à temps partiel), un (01) psychologue clinicien.

En ce qui concerne le profil de Surveillant, on peut noter : Deux (02) Infirmiers Spécialisés ; Neuf (09) Infirmiers Diplômés d'Etat (I.D.E) dont Un (01) en formation ; Deux (02) Agents Techniques de Santé (A.T.S) ; un (01) Assistant Social Principal (A.S.P) ; Un (01) Assistant Social (A.S) ; Une (01) Puéricultrice ; Cinq (05) Agents de Service Hospitalier (A.S.H) ; Trois (03) Secrétaires Principales d'administrations (S.P.A) ; Un (01) Secrétaire d'Administration Socio-sanitaire (S.A.S.S) ; Un (01) Commis Principal (C.P) ; Deux (02) Commis de Bureau et un (01) manœuvre.

Le tableau ci-dessous nous renseigne sur l'état de récapitulation des effectifs du personnel - Service de Psychiatrie (S.P).

Tableau n°102 relatif à la récapitulation des effectifs du personnel - Service de Psychiatrie (S.P)

Profil	Nombre	En formation	Total
Médecin Psychiatre (M.P)	02	00	02
Médecin Psychiatre Vacataire (M.P.V)	01	00	01
Psychologue Clinicienne	01	00	01
Surveillants de Service (S.S)	02	00	02
Infirmiers Spécialisés	02	00	02
Infirmiers Diplômés d'Etat (I.D.E)	09	01	08
Agents Technique de Santé (A.T.S)	02	00	02
Assistant Social Principal (A.S.P)	01	00	00
Assistant Social (A.S)	01	00	01
Puéricultrice	01	00	01
Agents de Service Hospitalier (A.S.H)	05	00	05
Secrétaire Principal d'administration (S.P.A)	03	00	03
Secrétaire Socio-Sanitaire (S.A.S)	01	00	01
Commis Principal (C.P)	01	00	01
Commis	02	00	02
Manœuvre	01	00	01
Total	**36**	**01**	**33**

Source : Données recueillies auprès du Chef de Service de Psychiatrie du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B). Période de recherche : entretien du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

III.3.2. Missions du Service de Psychiatrie du C.H.U-B.

Les missions du Service de Psychiatrie se résument dans la prise en charge des malades mentaux dans notre pays. A ce titre, il met à la disposition de la population des moyens de prévention, de diagnostic et des soins ainsi que la formation et la recherche.

III.3.3. Activités du Service de Psychiatrie

Les activités de ce service sont dominées par les consultations et les hospitalisations. Car, la prise en charge ambulatoire est préférée à l'hospitalisation chaque fois que cela s'avère possible.

En dehors de ces activités, le service organise une fois par semaine un staff médical ou administratif.

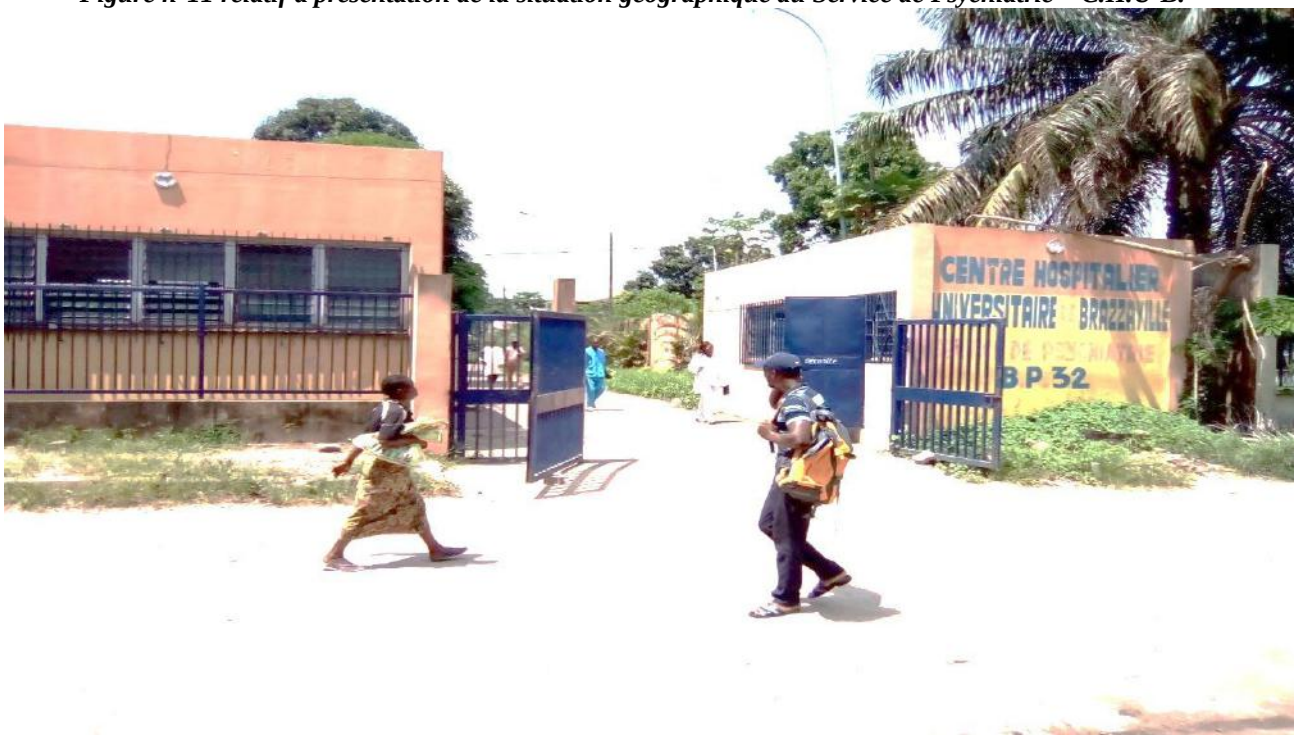
Les moyens thérapeutiques utilisés sont classiques avec la chimiothérapie et les psychothérapies.

Un déficit important existe au niveau des thérapies occupationnelles qui ne sont plus réalisées faute d'équipement et de moyens.
Il existe également d'importantes difficultés dans la réalisation pratique des projets de soins du fait de l'absence d'approvisionnement en médicament psychotropes et de l'inexistence d'une pharmacie d'urgence.

Par le passé, il était possible de réaliser une électro-convulsivothérapie (électrochoc) mais l'appareil a été volé durant les pillages de la guerre civile du 05 Juin 1997. Actuellement, le service dispose d'un électrochoc qui nécessite d'être installé.

Comme en Pédiatrie Nourrisson, le Service de Psychiatrie présente une particularité. Celle-ci réside sur deux aspects : Un premier aspect porte sur la violence physique et verbale à l'endroit du personnel soignant et même aux gardes-malade. Un deuxième aspect qui n'est que la conséquence logique de ce premier aspect, porte essentiellement sur le cycle d'assistance et les acteurs impliqués

Figure n°11 relatif à présentation de la situation géographique du Service de Psychiatrie – C.H.U-B.





Ces images nous renseignent sur le troisième service clinique où se termine notre enquête de terrain, période d'étude de décembre 2019 à Janvier 2020.
Source : Fichier de l'Auteur de la Thèse.

III.4. Présentation du Service Pharmacie et fonctionnement de ses différents services et sections

Le Service Pharmacie est un service existant au sein de la Direction des Affaires Médicales (D.A.M).
Le service comprend : cinq (05) sections :

III.4.1. Section Réception et Stockage (S.R.S)

Cette section est gérée par un Chef de Section et un Major.
Elle s'occupe de la réception et du stockage des médicaments au niveau des magasins. La réception se fait en présence du fournisseur, le Pharmacien ou le major de la section et un agent du contrôle budgétaire.

III.4.2. Section Dispensation Payante (S.D.P)

Responsable un Pharmacien Chef de Section et un Major.
Cette section s'occupe de la dispensation des médicaments au point de vente de la Pharmacie. Ce sont les parents, amis et connaissances des malades qui viennent avec les ordonnances pour l'achat des médicaments.

III.4.3. Section Dispensation Non Payante (S.D.N.P)

La Section Dispensation Non Payante, s'occupe de la dispensation des A.R.V, des anticancéreux, des réactifs et la distribution des autres produits destinés au fonctionnement des autres services cliniques.
Exemples : Alcool, gants d'examen, coton, ...

III.4.3.1. Section Stérilisation (S.S)

Cette section s'occupe de la stérilisation du matériel opératoire et du linge pour éviter les infections auprès des malades.

III.4.3.2. Présentation physique de la section

La Section comprend une zone non stérilisée, lieu de stockage du matériel opératoire et du linge, nettoyés pour être stérilisé dans des machines.
Deux (02) qualités de machine rendent possible l'opération de stérilisation du matériel opératoire et du linge : Auto Clave qui stérilise à la base de la vapeur et les Popineles qui stérilise à chaleur sèche. Cette machine n'est plus utilisable actuellement.
Cette section travaille avec une équipe de quinze (15) agents de manière rotative, à raison de cinq (05) agents, soit le système de 5x8.

III.4.3.3. Section Comptabilité (S.C)

Cette section est gérée par un chef.
La Section Comptabilité s'occupe du suivi de toutes les opérations concernant les achats et les ventes au niveau de la Pharmacie et participe aux inventaires des stocks et valorisation.

III.4.4. Missions assignées au Service Pharmacie

La Pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement où elle est créée, notamment :

- d'assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, de la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle et la dispensation des médicaments, des dispositifs médicaux stériles, des réactifs et consommables de laboratoire et d'imagerie médicales ;

- de mener ou de participer à toute activité d'information sur ses médicaments, matériels produits ou objets, aussi qu'à toute action de promotion et d'évaluation et de concourir à la Pharmacovigilance et à la matériovigilance, à toute action de sécurisation du circuit du médicament, des dispositifs médicaux stériles ;

- de mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurisation des traitements et des soucis dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

III.4.5. Produits pharmaceutiques

Le domaine de la Pharmacie couvre les produits pharmaceutiques suivants :

- médicaments, sérums et vaccin ;
- dispositifs médicaux stériles ou non, objets de pansement les produits de contrastes radiologiques ;
- petit matériel médico-chirurgical ;
- réactifs et consommables de laboratoire et consommables de radiologie : les matières premières destinées aux préparations hospitalières ;
- gaz médicaux ;
- antiseptique et désinfectant.

III.4.6. Activités menées au niveau du Service Pharmacie

III.4.6.1. Approvisionnement et Stockage

Les produits sont commandés en suivant le circuit normal des commandes, ils sont réceptionnés et stockés aux magasins. Les procédures d'achat que la Pharmacie de l'hôpital utilise sont :

- les achats sur simple facture (possible pour les petites commandes) ;
- les marchés négociés (marché avec contrat écrit) ;
- les achats sur appel d'offres (sélection des fournisseurs).

Il y a aussi dans ce service des procédures de réception qui se déroulent comme suit :

- une équipe chargée de la réception ;
- contrôle du bon de livraison, bon de commande pour voir la conformité de la commande ;
- dater et signer le bon de liaison par l'équipe chargée de la réception.

Quant au stockage, c'est un rangement qui se fait de façon à permettre l'identification rapide des produits et respecter les conditions de conservation de la température.

III.4.7. Production des médicaments

Certains produits pharmaceutiques utilisés à l'hôpital sont produit à la Pharmacie.
Exemple : les solutés (SSI, SGI), les sirops, les pommades, le dakin, l'alcool iodé, ...
Tout ceci dépend des conditions et les moyens de l'hôpital (laboratoire équipé et moderne).
C'est une dotation des produits pharmaceutiques aux services cliniques. Cette dotation est livrée périodiquement. Elle est composée principalement de produits antiseptiques et des dispositifs médicaux. L'acte de dispensation est le résultat d'une prescription médicale établie par un prescripteur de l'établissement. Dispenser un médicament à un patient consiste à :

- analyser la prescription ;
- préparer éventuellement, les doses à administrer ;
- mettre à disposition les informations nécessaires au bon usage des médicaments prescrits et de leur conservation ;
- délivrer le (s) médicament (s).

Le Pharmacien doit assurer, dans son intégralité, l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale (conformité de l'ordonnance : identification du prescripteur, du malade, des médicaments, la forme, le dosage, la posologie) ;
- la préparation éventuelle des doses à administrer ;
- la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments ;

- la dispensation normative et individuelle des médicaments et plus souvent effectuée pour les malades hospitalisés : les parents achètent les médicaments prescrits sur une ordonnance à la Pharmacie de l'hôpital (ce qui se fait au point de vente de notre Pharmacie).

III.4.8. Section Gestion des Films de Radiologie (S.G.F.R)

Cette section est sous contrôle d'un chef, assisté par deux (02) collaborateurs. Ils mènent les activités suivantes :

- gérer tout ce que la radio consomme.

Exemple : les films, car la radio fonctionne avec ce matériel. Son indisponibilité, ne favorise guère le travail au niveau de la radio. Pour se faire, la section s'approvisionne à la Pharmacie, pour enfin rendre disponible cet outil de travail aux manipulateurs : les Infirmiers Diplômés d'Etat, Assistants Sanitaires et les Médecins ;

- réparer l'équipement en pagne ;
- réceptionner du matériel (consommables de l'imagerie par le Service de Pharmacie, d'autres produits par le Service d'Hygiène Hospitalière et celui de bureau : chaise, ... par le Service matériel).

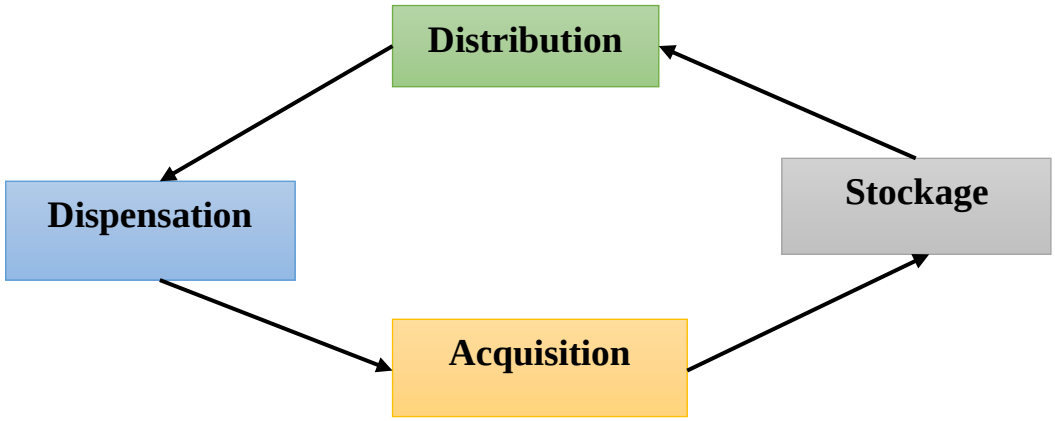
Contenu de l'importance de l'activité, cette section compte un effectif total de quarante-quatre (44) agents, toute catégorie confondue. Elle regroupe les Services d'I.R.M, Scanner et la Radio.

III.4.9. Gestion du médicament

C'est une organisation de toute la fonction d'acquisition, de stockage de distribution, de distribution et de dispensation des médicaments.

C'est donc un cycle d'exploitation qui se présente ainsi :

Figure n°12 relative à la présentation de la gestion du médicament - Service Pharmacie



Cette figure représente l'organisation de toute la fonction d'acquisition, de stockage de distribution et de dispensation des médicaments qui se résume à travers ce cycle dont le schéma se présente de la sorte :
Cycle d'exploitation = Cycle d'acquisition + Cycle de stockage + Cycle de distribution.
Source : Section de Comptabilité. Entretien avec le Chef de Section Comptabilité, le 24 Février 2020.

III.4.10. Objectifs de la gestion du médicament

Les objectifs de la gestion du médicament consistent à :

Favoriser :

- la disponibilité permanente du médicament ;
- la bonne conservation du médicament ;
- l'accessibilité aux patients ;
- les économies.
-

Eviter :

- le sur stockage ;
- les ruptures de stock ;
- les pertes (vols, périmés et dégradés).

Au terme de ce troisième chapitre consacré à la présentation des services cliniques tout au moins retenus dans le cadre de cette enquête, cette présentation nous a permis de se rendre

compte de la capacité de ces services en terme d'accueil pour les malades et les moyens nécessaires qui s'y prêtent pour une prise en charge conséquente de ses malades. Le décryptage de ces services cliniques nous permet de cerner davantage sur l'enjeu de cette problématique de garde-malade en rapport avec ces déterminants.

Cette deuxième partie de la thèse s'achève avec l'étude administrative du Centre Hospitalier et Universitaire (C.H.U-B) consacré au chapitre IV. Ce dernier chapitre nous renseigne sur la connaissance exacte du lieu où se déroule cette enquête.

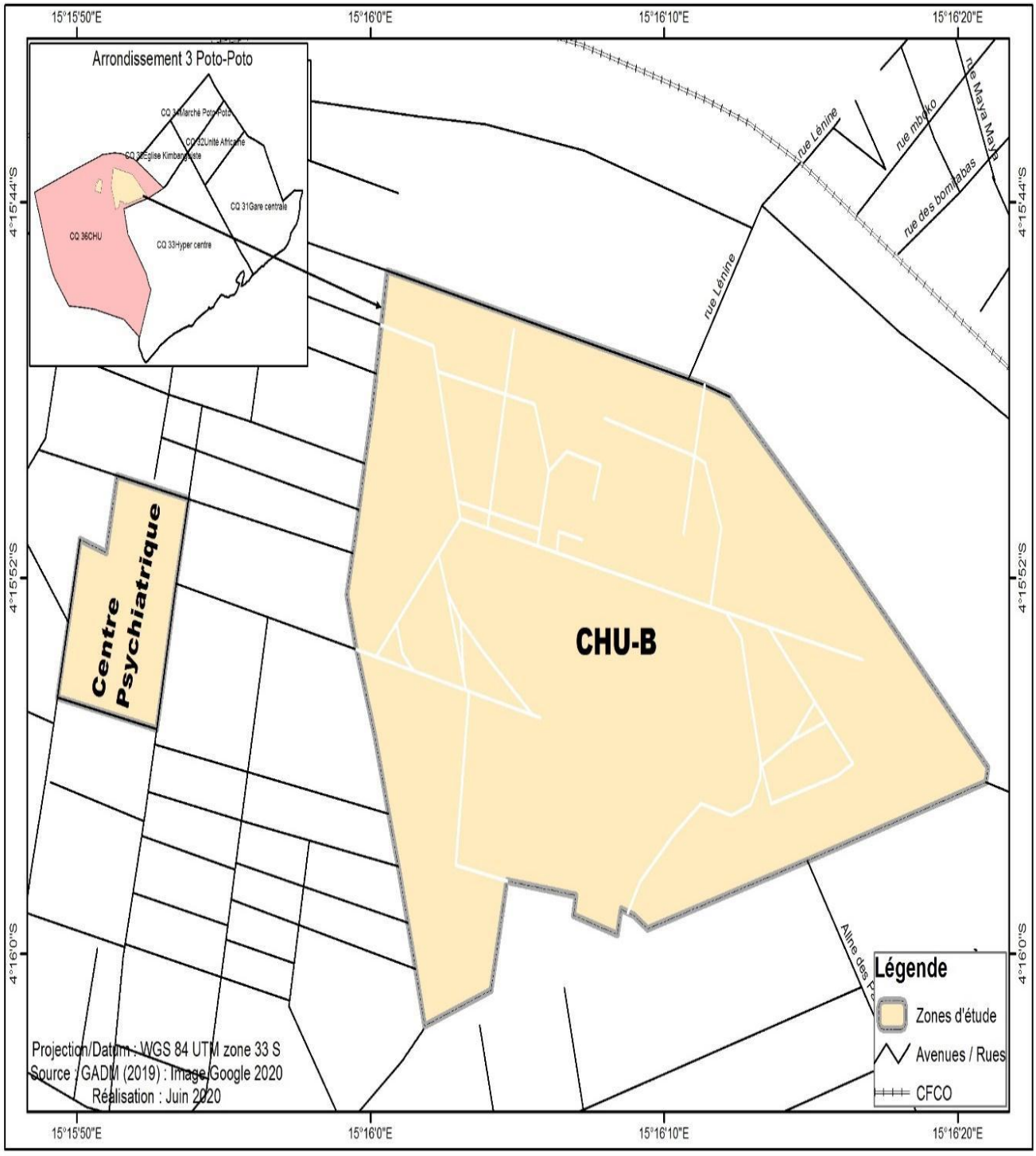
CHAPITRE IV : ETUDE ADMINISTRTIVE DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE (C.H.U-B)

IV.1. Présentation structurale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)

Pour ce qui est de sa situation géographique, ce centre hospitalier est situé au n°32 du boulevard LYAUTEY dans le troisième arrondissement de Poto-poto dans la ville de Brazzaville. Ce centre est limité :

- au nord par la Direction Général de la Sécurité Civil de (Sapeur-pompier) ;
- à l'ouest par l'avenue de la morgue ;
- à l'est par le Boulevard Maréchal LYAUT ;
- au sud par l'Office congolais de l'habitat.

Figure n° 13 relative à la localisation du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville



Cette figure renseigne le lecteur sur la présentation de la situation géographique de la structure hospitalière du C.H.U-B dans la ville de Brazzaville.
Source se rapporter à la carte.

IV.2. De la disposition architecturale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)

Ce centre compte dix-huit (18) bâtiments :

Bâtiment 1

Ce bâtiment comprend :

Au premier étage, le service de gynécologie obstétrique B (S.G.O) ;

Au deuxième étage, la gynécologie obstétrique A ;

Au rez-de-chaussée, le Service de Pédiatrie Nourrisson (S.P.N).

Bâtiment 2

Au rez-de-chaussée, Accueil Urgences ;

Premier étage, Bloc opération

Bâtiment 3 : le laboratoire

Bâtiment 4

Rez-de-chaussée, Carcinologie, Radiologie (scanner), Radiothérapie.

Premier étage, Urologie, Stomatologie, O.R.L ;

Deuxième étage, Maladies métaboliques, endocriniennes, Néphrologie ;

Troisième étage, la Cardiologie ;

Quatrième étage, la Neurologie ;

Cinquième étage, Gastroentérologie ;

Bâtiment 5 : Infectiologie

Bâtiment 6 : Pharmacie

Bâtiment 7 : Laboratoire (Anatomie-pathologie, Biochimie, Hématologie, Bactériologie)

Bâtiment 8 : Pédiatrie Grands-enfants

Bâtiment 9 : Pneumologie, Hématologie

Bâtiment 10 : Psychiatrie

Bâtiment A, Comprend cinq (05) services :

A1 : Consultation Médecine ;

A2 : Rééducation fonctionnelle et Prélèvement (R.F.P) ;

A3 : Consultation de Chirurgie ;

A4 : Consultation Mères et enfants,

A5 : Consultation Stomatologie, O.R.L, Ophtalmologie

Bâtiment B : Radiologie

Bâtiment C : Rez-de-chaussée**,** Banque de sang (B.S)

Premier étage, Chirurgie Infantile (C.I)

Deuxième étage, Traumatologie, Orthopédie

Troisième étage, Chirurgie, Ophtalmologie, Hospitalisation

Quatrième étage, Chirurgie Digestive (C.D)

Bâtiment D

Rez-de-chaussée**,** comprend les services de Réanimation, Stérilisation centrale

Premier étage, Bloc Opératoire (B.O)

Bâtiment E

Rez-de-chaussée, Service Néonatologie et Soins Intensifs Pédiatriques (S.N.S.I.P)

Premier étage, Bloc d'accouchement (B.A)

Bâtiment F : Auditorium, Direction Générale (D.G)

Bâtiment G : Recette Hospitalière (R.H), Direction des Affaires Médicales (D.AM)

Bâtiment H : Direction Administrative et du personnel (D.A.P), Direction Economique et Financière (D.E.F)

IV.3. De l'historique du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)

Avant l'indépendance du Congo, cet hôpital était le Centre Hospitalier Régional (C.H.R) aux quatre (04) Etats de l'Afrique Equatorial Française (A.E.F). Après l'indépendance en 1960, cet établissement des soins devient la propriété exclusive de l'Etat congolais et devient le Centre Hospitalier et Universitaire (C.H.U), le 05 Février 1982[41].

Créer par la loi n°008/87 du 07 Février 1987, le Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) est un établissement à caractère administratif et social. Il est doté de la personnalité morale et d'une autonomie financière, il est placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et de la Population (M.S.P.)

[41] - Voir Décret portant création du CHU-B à l'annexe.

Le C.H.U-B est un hôpital de référence de troisième niveau, qui a pour rôle essentiel d'assurer :

- la prestation des soins de qualité ;
- la formation ;
- la recherche biomédicale.

Il est en partenariat avec l'Université Marien NGOUABI (M.NG) de Brazzaville.
Certaines circonstances de l'histoire préludent à la création de cet établissement de santé publique. Au nombre de ces circonstances il y a : la dégradation du niveau des prestations, le nombre croissant de l'évaluation sanitaire, la présence d'une Faculté de Science de la Santé (F.S.S) dans le pays. A cela s'ajoute la nécessité pour ne pas être absent au rendez-vous de l'an deux mile, de développer la recherche biomédicale et de former le personnel de santé, le Parti Congolais du Travail (P.C.T), Parti unique de l'époque, à l'occasion du 3ème Congrès Ordinaire en 1984, avait éprouvé la nécessité de créer un Centre Hospitalier et Universitaire (C.H.U) dans le but d'améliorer le système sanitaire du pays.

Pour remplir sa triple mission et avoir un caractère universitaire, une convention a été signée entre ce centre hospitalier et l'Université Marien NGOUABI de Brazzaville.

Construit sur les cendres de l'Hôpital Général de Brazzaville (H.G.B) mis en fonctionnement en 1958, le C.H.U-B, fut inauguré en Février 1989.

De l'hôpital Général au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, plusieurs cadres ont succédés pour sa gestion. Ces gestionnaires sont réparties en deux périodes bien distinctes de l'histoire de cette structure hospitalière.

IV.3.1. De la gestion de ce centre hospitalier sous le régime de l'Hôpital Général de Brazzaville (H.G.B)

Dix (10) gestionnaires ont succédé à des différentes périodes de l'histoire sur la gestion de cette structure hospitalière. Ce tableau ci-dessous nous renseigne davantage.

Tableau n°103 relatif à la présentation des gestionnaires de l'Hôpital Général de Brazzaville (H.G.B)

N° d'ordre	Gestionnaires	Période
01	Médecin colonel HELEFT	1958 - 1962
02	Docteur R. POUATY	1962
03	Docteur B. LOUEMBE	1962 - 1965
04	Docteur J. MIEHAKANDA	1965 - 1967
05	Docteur J. K. DIAWARA	1961 - 1971
06	Monsieur André Georges MOUYABI	1971 - 1972
07	Docteur B. LOUEMBA	1972 - 1975
08	Docteur OSSEBI DOUNIAM	1975 - 1980
09	Monsieur I-ODICKI-EYENGA	1980 - 1984
10	Monsieur J. P. BOKANDAS	1984 - 1988

Source : Secrétariat de la Direction Générale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville.

IV.3.2. De la gestion de ce centre hospitalier sous le régime du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)

Ces agents ont succédé en qualité de gestionnaire de cette structure hospitalière pour cette deuxième tranche de l'histoire de cette structure hospitalière. Ce tableau ci-dessous nous renseigne davantage

Tableau n°104 relatif à la présentation des gestionnaires de cette structure hospitalière sous le régime du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)

N° d'ordre	Gestionnaires	Période
01	Monsieur AGATHON NOTE	1988 – 1990
02	Professeur Charles GOMBE MBALAWA	1991 – 1995
03	Monsieur Christian G. EPOUMA	1995 – 1997
04	Monsieur LOUNANA KOUTA	1999 – 2003
05	Colonel Ignace NGAKALA	2003 – 2012
06	Monsieur Bernard OVOULAKA	2012 – 2014
07	Madame Gisèle Marie Gabrielle AMBIERO	2014 – 2016
08	Monsieur Jérémie MOUYOKANI (Intérimaire)	2016 – 2018
09	Monsieur Sylvain WILLIARD (de nationalité canadienne)	2018 – 2020

Source : Secrétariat de la Direction Générale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B.)Entretien avec la secrétaire du Directeur Général.

IV.4. De l'organisation Administrative du C.H.U-B

Cette organisation est prévue par le décret n°88/622 du 30 Juillet 1988. Ce décret, tenant compte de l'évolution des textes législatifs et règlementaires, est révolu. L'ordonnance n°12/2001 du 19 Septembre 2001 déterminant la Présidence des conseils d'administration et des Comités des Directions des Etablissements Publics (C.D.E.P) ainsi que son décret d'application n°2002/388 du 30 Novembre 2002 fixant les attributions et la composition des organes de gestion et de tutelle des entreprises et établissements publics en sont une illustration. Ces deux textes sont venus modifier le mode de nomination du Président du comité de direction du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) et la composition de ce comité.

La Direction Générale du C.H.U de Brazzaville, outre les services qui lui sont rattachés n'a que trois divisions divisionnaires :

- la Direction des Affaires Médicales (D.A.M) ;
- la Direction Administrative et du Personnel (D.A.P) ;
- la Direction Economique et Financière (D.E.F),

Trois (03) délibérations ont été adoptées par le Comité de Direction du C.H.U-B et modifient profondément l'ancienne structure du C.H.U-B, déjà révolue. Il s'agit de :

- la délibération n°010/2005 du 11 Octobre 2005 portant aménagement de l'organisation du C.H.U-B ;
- la délibération 003/2010 du 26 Mai 2010 autorisant la création d'une Direction des Soins Infirmiers (D.S.I) du C.H.U-B ;
- la délibération n°06/2014 portant changement de dénomination de la Direction des Ressources Humaines (D.R.H) du C.H.U-B.

Les deux premières délibérations lui ont apporté deux (02) nouvelles Directions : la Direction des Soins Infirmiers (D.S.I) et la Direction du Contrôle de Gestion (D.C.G) ; tandis que la dernière délibération modifie la dénomination de la Direction Administrative et du Personnel (D.A.P) en Direction des Ressources Humaines (D.R.H)

IV.4.1. De l'organigramme du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)

Par organigramme, on entend une représentation graphique de la structure d'une entreprise, d'une administration ou d'un service, faisant apparaitre les relations hiérarchiques (subordination, autorité) et fonctionnelles (collaboration) entre les divers postes de travail.
Au C.H.U de Brazzaville, l'organigramme relatif au décret n°88/622 du 30 Juillet portant organisation de cette structure de santé, est jugé dépassé. Il faut attendre la révision de ce décret de son adoption par le gouvernement avant d'élaborer un organigramme qui lui sera conforme.

Cette structure de santé est composée d'une Direction Générale et de cinq (05) Directions Divisionnaires :

- Direction des Ressources Humaines (D.R.H) ;
- Direction des Affaires Médicales (D.A.M) ;
- Direction Economique et Financière (D.E.F) ;
- Direction du Contrôle de Gestion (D.C.G) ;
- Direction des Soins Infirmiers (D.S.I).

IV.4.2. De la présentation de la Direction des Ressources Humaines (D.R.H)

Cette Direction est située au bâtiment H qui abrite l'ancienne Direction Administrative et du Personnel (D.A.P) et la Direction Economique et Financière (D.E.F), juste à la deuxième entrée réservée au personnel du C.H.U-B. Elle s'en charge de la gestion des dossiers reliant la Direction Générale – la Direction des Ressources Humaines (D.RH) et son Service de Gestion Administratif du Personnel (S.G.A.P) pour exécution. Cette Direction compte Cinq (05) services sous sa tutelle :

IV.4.2.1. Le Service de Gestion Administrative du Personnel (S.G.A.P)

Pour le fonctionnement de son service, elle dispose d'un secrétariat de Cinq (05) agents : Une (01) Secrétaire Particulière (S.P) qui programme les activités du Chef de Service ; Une Secrétaire de Direction (S.D) qui est l'opératrice de saisie ; Un collaborateur qui supervise les activités du Secrétariat : le suivi des dossiers, être en contact permanent avec le Chef de

Service pour la signature des dossiers, la réception des dossiers venant du D.R.H. Ce collaborateur est le Chef de secrétariat ; Un (01) Planton qui, s'occupe à ventiler le courrier. Un autre agent complète cet effectif et disponible pour des besoins du service.
Ce service coordonne les activités administratives de la Direction des Ressources Humaines (D.R.H) en rapport avec la Direction Générale, structure de tutelle. Il compte quatre (04) sections :

IV.4.2.1.1. Section Administrative du Personnel Contractuel (S.A.P.C)

Les activités de cette section sont orientées dans deux principaux axes :

- **le suivi des stages :** des stages des bénévoles, des stages des étudiants finalistes des cycles venant des écoles telles que, Ecole Nationale d'Administration et Moyenne (E.N.A.M), Faculté de Science et de la Santé (F.S.S) ; des apprenants de l'Ecole Paramédicale et Médico-sociale (E.P.M.S) ; des agents du C.H.U-B admis par voie de concours : Agent de salle, Infirmier, ...
- **le suivi des formations à l'étranger :** l'établissement supporte l'assurance maladie, les frais d'inscription, le logement, le billet aller-retour lorsque le bénéficiaire de la formation est un agent du C.H.U-B.

Pour se faire, une procédure est mise en place laquelle exige du postulant, d'écrire au Directeur Général de la structure pour solliciter une formation par voie de concours. Le Directeur Général, à son tour instruit le D.R.H. Celui-ci instruit son Chef de Service du Personnel (C.S.P), ce dernier enfin, instruit le Chef de Section Formation (C.S.F). Les niveaux concernés pour cette procédure sont : le C.E.P.E, le B.E.P.C, le B.A.C et la licence.
Dans cette procédure, l'initiative peut soit partir du postulant, soit de la volonté du gestionnaire de la structure hospitalière lorsque le besoin s'avère nécessaire ou justifié.
Notons que, l'inscription par internet, obéit également à la même procédure.

La Section Formation accompagne le postulant en lui délivrant une attestation de mise en stage. Cette procédure est également la même pour les Médecins qui, éventuellement souhaiteraient se spécialiser. C'est ici l'exemple d'un Médecin Généraliste évoluant en Chirurgie qui souhaiterait se spécialiser en Chirurgie digestive ou en Chirurgie Polyvalente.

C’est aussi, la situation d’un Médecin Généraliste évoluant en Pédiatrie qui souhaiterait se spécialiser en Pédiatrie.

.

La Section Formation, statue également sur la situation des postulants ou étudiants qui souhaiteraient bénéficier d’une formation supplémentaire au plan national. La procédure est la même. Seulement, dans l’hypothèse où ce candidat préfinance seul ses études, ce dernier peut solliciter de la structure, un remboursement de ses frais d’inscription et du logement.
Pour les étudiants évoluant à l’étranger, voire ceux évoluant également au niveau national, leur reprise de service est liée à la présentation de l’attestation de cessation de service.

Signalons qu’en matière de licenciement, les procédures applicables sont celles prévues par les statuts et règlements de la structure du C.H.U-B, cette catégorie du personnel est liée avec la structure par un contrat de travail. D’où le qualificatif du personnel contractuel.
Toutes ces situations ci-haut évoquées, sont donc traitées au Service de la Gestion Administrative du Personnel par sa Section Formation.

IV.4.2.1.2. La Section Administrative du Personnel Professionnel (S.A.P.P)

Cette section traite de la situation administrative des agents du C.H.U-B qui, d’origine sont des fonctionnaires de l’Etat reversés au C.H.U-B qui, devient un personnel assimilé, car converti au statut de la structure d’accueil. Ainsi, au nombre de ces activités administratives traitées figurent entre autres : les actes de cessation de service, les congés des agents, les avancements ou classement par année, ... Bref, cette section s’en charge du suivi de la situation administrative de l’agent dès son entrée dans la structure jusqu’à sa retraite. C’est donc ici, la reconstitution de la carrière administrative de l’agent au bénéfice de ses droits.
A la fin de la carrière, non seulement l’agent bénéficie de ces droits liés à sa retraite, mais il perçoit également les indemnités prévues par la structure pour séparation à l’amiable avec son agent. Les agents moins avancés, bénéficie d’une promotion avec effet financier. Par contre, les cadres supérieurs bénéficient d’une allocation complémentaire suivie également d’un effet financier.

En ce qui concerne la situation de licenciement, elle n'est pas appréciée de la même manière que celle de la Section Contractuelle. Au niveau de la Section Administrative du Personnel Professionnel, pour faute nécessitant un licenciement de l'agent, la structure ne peut pas se prononcer seule. L'agent est remis à la disposition de son Ministère d'origine ou de tutelle qui, à son tour engage la procédure selon les textes prévus pour le licenciement d'un fonctionnaire d'Etat qui, n'a lieu qu'au Conseil des Ministres convoqué par le Président de la République.

IV.4.2.1.3. La Section Maîtrise des Effectifs (S.M.E)

Gérée par un Chef de Section, assisté par un collaborateur, la Section Maitrise des Effectifs a pour champ d'action, la mise à jour du fichier des agents du C.H.U-B. Entre autres situations faisant l'objet de cette mise à jour figurent :

- cas de mutation, l'agent quitte d'un service à un autre ;
- cas de radiation, l'agent est raillé des effectifs de la structure ;
- cas de décès, l'agent est décédé ;
- cas de retraite, l'agent cesse ses fonctions.

Ces situations amènent ipso facto à la mise à jour du fichier du personnel. Cette section est comme *« la boussole du C.H.U-B »*, elle permet la maitrise des effectifs réels de la structure qui, de nos jours compte deux mille six cent trente-cinq (2. 635) agents y compris ceux en départs en retraite, en congé, en congé maladie, formation, ...

De sa fonction d'assurer la gestion des effectifs de l'ensemble du personnel de C.H.U-B, cette gestion des effectifs se fait à partir des rubriques ci-après :

- effectifs inscrits (tout agent recruté par le C.H.U-B) ;
- effectifs présents (qui sont réellement actifs) ;
- effectifs payants ;
- effectifs en fonction ;
- effectifs détachés ;
- effectifs mise en disponibilité ;
- effectifs par direction ;

- effectifs par qualification ;
- effectifs par catégorie socioprofessionnelle ;
- effectifs sanctionnés ;
- effectifs par sexe ;
- effectif par âge ;
- effectifs par ancienneté ;
- effectifs de départ à la retraite par mois, trimestre et par année.

Il ressort que la maitrise des effectifs permet au manager d'avoir une visibilité sur tous les aspects liés au personnel et tirer toutes les conséquences qui s'imposent. Elle permet aussi au Manager de mesurer la masse salariale.

Ainsi, la ressource humaine représente le personnel et assure leur sécurité auprès de :

- la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (C.N.S.S) et la Caisse de Retraite des Fonctionnaires (C.R.F) ;
- la Direction Générale des Impôts (D.G.I) ;
- l'administration du travail.

Notons que la Section Contractuelle et la Section Formation n'accomplissent pas les mêmes rôles.

IV.4.2.1.4. la Section Fichier (S.F)

A la tête de cette structure, il y a un Chef de Section, assisté par deux (02) collaboratrices pour faire fonctionner cette section qui se trouve installée en dehors de la sphère de son service de tutelle. Le Service de Gestion Administrative du Personnel, plus précisément se situe au bâtiment 4 du Rez-de-chaussée qui abrite les services de Cardiologie, Radiologie (Scanner), Radiothérapie.

Cette section a en charge la gestion des dossiers individuels de l'avancement de chaque agent du C.H.U-B. Elle donne la possibilité à la Direction des Ressources Humaines (D.R.H) de disposer des informations fiables sur un support écrit dans le cadre de l'avancement d'un agent. Cette section renseigne également la D.R.H sur la situation de retraite d'un agent dans la restitution de sa carrière administrative pour prétendre bénéficier de ses droits.

La mise en retraite obéit au respect d'une certaine procédure dont le préavis en est une des étapes importantes. Elle donne droit au bénéfice qui permet à l'agent d'être en possession des droits : le partage des bénéfices de l'entreprise. C'est ce qu'on appelle la *« bonification »*. L'agent bénéficie à cet effet d'un échelon selon la catégorie professionnelle de l'agent. La bonification indique la date où la promotion prendra effet.

Au Centre Hospitalier et Universitaire (C.H.U-B), les agents sont classés en deux (02) catégories :

- celle des agents bénéficiant d'une promotion ;
- celle des agents bénéficiant d'un échelon.

La cessation d'activité, principe de retraite, donne à l'agent le pouvoir de cesser les activités à l'hôpital.

Toutes les informations concernant chaque agent, répertoriées sur un support écrit, sont stockées dans un fichier électronique pour servir à toutes fins utiles. C'est ainsi que toute nomination dans la structure ou en dehors d'elle, la Section Fichier fait office de structure de référence pour tout renseignement. Le phénomène de bi appartenance pour les Médecins appartenant à la fois au C.H.U-B et à l'Université Marien NGOUABI de Brazzaville (Congo), en est un exemple d'illustration.

Dans cette situation, tout avancement d'un enseignant dans la structure du Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (C.A.M.E.S), au grade de Maitre-assistant (M.A), Maitre de Conférence (M.C), Professeur titulaire (P.T), la Section Fichier par l'entremise du gestionnaire de la structure, via D.R.H et son Service de Gestion Administrative du Personnel, cette section est consultée. Il en est de même pour l'intégration d'un Médecin à l'Université Marien NGOUABI, mais évoluant au C.H.U-B. Dans ce cas de figure, le Médecin preste au C.H.U-B et bénéficiera par conséquent dans le cadre de sa rémunération, d'une allocation de prestation prévue par les textes de la structure en la matière. Cependant, ce Médecin est titulaire à l'Université Marien NGOUABI dont son avancement en dépend.

De même, tout contentieux qui s'ouvre au niveau du Service Juridique (S.J) sur par exemple les cas de licenciement des agents de la structure devant les tribunaux, la Section Fichier peut également mieux informer la D.R.H sur chacune des situations professionnelles de ces agents afin d'aider le conseil à mieux organiser sa défense au profit du C.H.U-B.

Une autre situation qui implique la Section Fichier, est celle du décès d'un agent du C.H.U-B. La Section Fichier est sollicitée pour apporter des informations sur l'avancement de l'agent, lesquelles informations sont jugées très utiles dans l'organisation de l'oraison funèbre. Cependant il faut noter que, lorsque l'agent décède en pleine activité, la Section Fichier donne des informations nécessaires au service habileté afin de permettre aux ayants droits du décousus d'être en possession des droits et avantages.

Sur cinq (05) Directions que compte la structure du C.H.U-B, la Section Fichier collabore directement avec trois (03) d'entre elles : sa Direction de tutelle, la D.R.H ; la Direction des Affaires Médicales (D.A.M) et la Direction des Soins Infirmiers (D.S.I). Ce rôle carrefour entre Direction, assuré par la Section Fichier, permet de saisir l'enjeu de cette section dans les rapports de travail entre Directions. Ce qui montre ici la prépondérance de sa place, sinon son importance. Tout donc porte à croire que la Section Fichier est au centre de la vie administrative du C.H.U-B.

IV.4.2.2. Le Service Solde (S.S)

C'est sous la coordination d'un administrateur des S.A.F que, se trouve placer le Service Solde de la D.R.H du C.H.U-B. Il est donc le Chef de ce service qui est situé dans l'enceinte même de la Direction des Ressources Humaines au bâtiment H qui abrite la Direction Administrative et du Personnel et la Direction Economique et Financière.

Ce service placé sous la Direction des Ressources Humaines, s'assigne comme tâche essentielle, la mise en œuvre de la politique de la rémunération de l'établissement à travers la gestion de la paie de l'ensemble du personnel. Il s'agit notamment du :

- personnel statutaire (conventionnel) ;

- personnel non conventionnel (agents prestataires de service, étudiants et stagiaires en formation).

Les activités principales du service solde sont :

- la gestion du fichier informatisé du personnel ;
- le traitement mensuel des salaires des agents ;
- le traitement mensuel des primes des prestations des étudiants en médecine ainsi que des employés sous contrat à durée déterminée ;
- le calcul des indemnités de fin de carrière, des indemnités de licenciement, des rappels différentiels, des capitaux de décès et toutes autres primes et indemnités aux charges du personnel.

Pour le fonctionnement de son service, le Chef de service à sous sa direction, un Secrétariat animé par un collaborateur qui reçoit tout dossier venant d'autres services, les répartis sur instruction de son chef aux sections rattachées du service pour traitement. Le travail est organisé à travers ses sections qui sont au nombre de quatre (04) :

IV.4.2.2.1. Section Solde (S.S)

Le fonctionnement de cette section a pour rôle essentiel de régler les situations de fin de carrière des agents évoluant dans la structure, c'est-à-dire établir des droits à verser aux ayants- droits. Le versement de cette fin de carrière se justifie par des situations du genre :

- départ en retraite ;
- licenciement ;
- décès, ...

Cette indemnité se calcul en fonction de la convention collective de la structure.

IV.4.2.2.2.Section Informatique (S.I)

Cette structure est gérée par un chef et assisté par trois (03) collaborateurs.
Les activités menées au niveau de la Section Informatique :

- recevoir les informations de tous les services pour traitement des informations relatives aux salaires (saisi des salaires des agents) ;
- calcul des salaires ;
- faire les états de salaire selon le cheminement ;
- imprimer les bulletins dans les différents points de paie ;
- faire le Bordereau Général de Règlement (B.G.R), en récapitulant tous les points de paie en précisant les Effectifs Globaux (E.G) et le Net à Payer (N.P) ;
- établir le Journal Global de paie, renvoie à l'établissement des documents qui retracent les gains et les retenus de chaque agent ;
- faire l'état récapitulatif des rubriques des paies, c'est-à-dire produire tous les éléments nécessaires et indispensables à la paie. Dans cet état, toutes les rubriques concernant chaque salarié y figurent.

Toutes ces activités se mènent en tenant compte de la spécificité des salariés du C.H.U-B qui sont répartis en trois (03) groupes : les salariés contractuels, les assimilés et la bi appartenance.

IV.4.2.2.3.Section Réclamations (S.R)

Cette section est gérée par un intérimaire car le titulaire étant en congé lors de notre passage pour cette recherche.

Cette section se donne comme tâche essentielle, de recueillir toutes les réclamations des agents du C.H.U-B sur des questions de rémunération. Ces réclamations se justifient par :

- la révision des situations administratives (la prise en solde) ;
- les gardes ;
- la déclaration des allocations familiales et bien d'autres indemnités de toute nature, ...
- des situations de revirement bancaire (les agents qui quittent une banque à une notre), ...

En somme, la Section Réclamation règle tous les aspects liés au solde.

IV.4.2.2.4. Section Budget et Suivi des opérations (S.B.S.O)

Cette section est gérée par un Chef et assistée par des collaborateurs
Les activités principales menées dans cette section sont **:**

- faire la comptabilité de toutes les tâches en provenance d'autres sections ;
- établir les mandats ;
- la mise à jour de la balance de suivi budgétaire des frais du personnel, les autres charges gérées par la D.R.H ;
- la saisie et le contrôle des documents en provenance des trois (03) autres sections ;
- la tenue des fiches de contrôle, de liquidation ;
- suivi des dossiers pour visa et signature ;
- la tenue des archives, ...

La Section Budget est la section carrefour au centre des trois autres sections. Elle s'implique dans la gestion des autres services. Elle contrôle et vérifie les activités des autres sections et devienne de ce fait, une section synthèse du Service Solde.
Mais, au vue des prestations devant ses partenaires, le Service Solde présente de nos jours des limites. D'où un projet tendant à le redynamiser est sur le chantier pour des meilleures prestations dont l'image de l'ensemble de la structure en dépend pour l'avenir.

IV.4.2.3. Service Juridique (S.J)

Le Service Juridique relève de la Direction des Ressources Humaines à qui il rend compte de l'ensemble de ses activités. Le Service Juridique collabore avec l'ensemble des services du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville et particulièrement avec tous les services relevant de la Direction des Ressources Humaines pour obtenir les informations utiles à son fonctionnement.

Les missions principales du service :

- suivi et traitement des affaires contentieuses ;
- traitement des dossiers administratifs relatifs à la règlementation ;

- étude et suivi des contrats.

Ses activités :

- tenir deux (02) registres de courriers arrivé et départ ;
- tenir deux répertoires : affaires contentieuses et contrats ;
- tenir les fichiers des affaires contentieuses et des contrats ;
- tenir un support des textes réglementaires du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville ;
- collaborer avec l'avocat conseil du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville pour le suivi des affaires pendantes devant les juridictions ;
- assurer une bonne instruction des affaires contentieuses ;
- transmettre des informations importantes à l'avocat conseil afin de lui permettre de mieux défendre les intérêts du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville ;
- examiner toutes les requêtes préalables qui sont adressées au Directeur Général et lui donner un avis juridique ;
- certifier les honoraires de l'avocat conseil ;
- traiter les dossiers administratifs conformément à la règlementation en vigueur ;
- assurer la révision des textes règlementaires du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville ;
- élaborer les projets de contrats ;
- donner un avis juridique sur les projets de contrats et les accords de coopération ;
- vulgariser les textes règlementaires.

IV.4.2.3.1.Section des Affaires Contentieuses (S.A.C)

Elle est placée sous autorité du Chef de Service à qui, elle rend compte de l'ensemble de ses activités qui se présente comme suit :

- examiner les dossiers relatifs aux réclamations des agents et des patients ;
- examiner les dossiers disciplinaires ;
- tenu du registre disciplinaire ;
- instruire les affaires contentieuses ;
- élaboration et mise à jour du répertoire des affaires contentieuses ;

- traitement des dossiers contentieux.

IV.4.2.3.2. Section Réglementation (S.R.)

Cette deuxième section est animée par un Chef de Section placé sous l'autorité du Chef de Service Juridique. Cette section a pour activités principales :

- élaborer des projets de textes règlementaires ;
- avis juridique sur les contrats et accords de coopération ;
- élaborer des projets de contrats ;
- s'informer sur l'évolution de la législation et de règlementation.

IV.4.2.4. Service des Archives et Documentations (S.A.D)

Crée en 2005, le Service des Archives (S.A), est géré par un chef. Le Chef de ce service qui s'en charge de la conservation des archives de l'ensemble des services cliniques et administratifs de la structure hospitalière du C.H.U-B et, au besoin aider à renseigner et accompagner l'administration de cette structure dans la gestion archivage de ces malades. Il est l'un des services qui concentre plus d'effectif du personnel, soit quatorze (14) agents après les services de Gestion Administrative du Personnel, celui de Solde. Ce personnel est dans sa grande partie vieux et moins des jeunes. Pour son fonctionnement, ce service comprend deux (02) sections :

IV.4.2.4.1.Section Archives Médicales (S.A.M)

Cette section est gérée par un Chef de Section.
Cette section est en charge de la gestion des dossiers des malades sortis de l'hôpital pour permettre une meilleure traçabilité des informations de ces malades à la demande du personnel soignant.

IV.4.2.4.2. Section Archives Administratives (S.A.A)

Cette section est gérée par un chef. Les activités à mener sont **:**

Cette section a en charge la gestion des documents administratifs. Au nombre de ces documents, il y a : toutes les décisions prises par le Ministère de la Santé, de la Population et de l'Intégration de la Femme au Développement (M.S.P.I.F.D) et de la hiérarchie du C.H.U-B relatives sur son fonctionnement. Il s'agit donc des lois, des décrets, des arrêtés ministériels, des circulaires, les vieux registres et, tous les autres documents de référence qui renseignent dans le cadre de l'organisation pour le fonctionnement de la structure du C.H.U-B.

Toutes ces deux (02) sections partagent le même bureau qui abrite le bâtiment C de la Tour Chirurgicale, au rez-de-chaussée, plus proche de la Banque de Sang (B.S). Le personnel de ce service travaille ensemble sans aucune séparation rigide des tâches entre ces deux sections.

De sa date de création jusqu'à l'arrivée du nouveau gestionnaire de la structure hospitalière du C.H.U-B, le Service des Archives de cette structure hospitalière, n'a existé que de nom. C'est donc de par sa présence, en qualité du nouveau gestionnaire de cette structure hospitalière que ce service est en voie de connaitre des profondes mutations. En effet, la caducité de ce service qui s'explique par la mauvaise organisation de la conservation des archives de l'hôpital et de son utilisation, a fait l'objet d'un audit avec les experts de l'Unité de Santé Internationale (U.S.I). Une Ecole de Santé Publique de l'Université de Montréal du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal au Canada. A cet effet, pour le compte de l'U.S.I, en partenariat avec le C.H.U-B, un responsable a été chargé de pouvoir mener des réformes au sein du Service des Archives afin de permettre une meilleur gestion archivage des dossiers des malades et des documents administratifs au centre du fonctionnement de ce centre hospitalier qui, du reste ne peut s'apprécier que, de par le niveau organisationnel de ce Service des Archives.

C'est donc dans ce contexte et devant nous d'ailleurs, lors de notre recherche pour le compte de cette Thèse de Doctorat Unique que, ce service a été restructuré. Pour se faire, un séminaire de renforcement des capacités pour l'imprégnation des enjeux de ce service en milieu hospitalier, a été organisé auquel nous avons pris activement part.

IV.4.2.5. Service Social (S.S)

Ce service est placé sous l'autorité d'un chef. Pour le fonctionnement de son service, Il dispose d'un Secrétariat, pour la coordination des activités administratives du service et deux (02) sections gérées respectivement par les chefs de section. Les activités du Service Social sont entre autres :

Venir en aide aux personnes malades admises à l'hôpital se trouvant malheureusement dans l'incapacité totale d'assurer leur prise en charge médicale. Cette incapacité peut se révéler dans deux situations bien distinctes :

La première situation, où la personne malade de par sa situation sociale, n'a pas des revenus pour assurer sa prise en charge médicale.
La seconde situation est, celle où la personne malade hospitalisée, de par le prolongement de son séjour à l'hôpital, épuisée par des charges médicales, d'autres charges liées à l'hospitalisation et n'ayant plus sur elle des sources pour une prise en charge conséquente ; la personne malade bénéficie des prestations du Service Social.

IV.4.2.5.1. Section Sociale Gestion des malades (S.S.G.M)

Encore appelée ''Section de Gestion des Malades Indigents'', cette section s'occupe des malades indigents à travers une procédure mise en place, laquelle donne au malade indigent le droit d'assistance.
Ainsi, sur constat d'un Assistant Social du service, une Fiche de Liaison (F.L) est adressée à l'administrateur Maire du ressort du malade indigent, laquelle met en exergue l'établissement d'un Certificat d'Indigent (C.I) en couverture de l'hospitalisation de ce dernier.

En marge de cette fiche de liaison, signalons ici que les examens et les médicaments font l'objet d'une Fiche Technique (F.T) adressée au Directeur des Ressources Humaines, pour sollicitation de la gratuité ou de la réduction. En cas d'indisponibilité, le Service Social

utilise une Fiche de Demande d'Aide (F.D.A) adressée au Directeur Général de l'hôpital pour décaissement des fonds destinés à la prise en charge du malade indigent. Cette fiche couvre l'Imagerie par Résonance Magnétique et le Scanner à 50%.

Le cas des malades abonnés et ramassés par la police ou les parents, le Service Social intervient pour assurer leur couverture sociale. Dans l'hypothèse où les parents de ces malades ne sont pas retrouvés, ces malades une fois prise en charge sur le plan médical, sont placés dans des maisons d'accueil pour les adultes et, dans les orphelinats pour les enfants.
Pour les étrangers, le Service Social travaille en concertation avec les ambassades ou consulats du ressort du malade abandonné.

VI.4.2.5.2. Section Gestion du Personnel et Famille (S.G.P.F)

Cette section s'en charge :

- du suivi des dossiers des aides sociales du personnel éprouvé suite au décès d'un membre de famille : enfants, époux (e) ;
- s'impliquer dans la gestion des obsèques d'un agent de l'hôpital ;
- du suivi de dossier des demandes d'aide en faveur du personnel en hospitalisation ;
- s'impliquer dans la gestion des pensions alimentaires lorsque les parents acquises des incapacités ;
- l'encadrement des stagiaires ;
- s'impliquer dans la gestion des conflits entre époux ;
- s'impliquer dans la perception du salaire du malade hospitalisé.

IV.4. 3. Direction des Affaires Médicales (D.A.M)

La Direction des Affaires Médicales (D.A.M), coordonne toutes les activités du personnel de Médecins évoluant dans la structure du C.H.U-B, lesquelles activités mettent en exergue le suivi des prestations des Médecins, leur formation, le suivi de leur carrière administrative au sein de la structure d'accueil. Pour son fonctionnement, cette Direction dispose d'un

Secrétariat, d'un Secrétaire de Direction et d'un Secrétaire Particulière. Les Activités du Secrétariat Direction de l'Administration Médicale sont nombreuses.
Au niveau de la Secrétaire de Direction (S.D), ses activités se concentrent essentiellement sur l'assistance auprès de la Responsable de cette Direction dans la gestion de ses activités administratives. Ainsi, aux nombre de ces activités figurent :

- recevoir tout courrier et communiquer par des procédures administratives usuelles à sa hiérarchie, le destinataire ;
- enregistrement des courriers dans les différents registres de travail, les transmettre à la hiérarchie pour examen et suite à donner aux demandeurs ;
- conçoit et rédige les textes sur instruction de son Chef hiérarchique et les soumettre pour signature ;
- traiter les fiches des Médecins sur les différentes primes qui leurs sont allouées selon l'organisation de leur corporation. Il s'agit :

De la prime de garde qui, est rémunérée en fonction de la hiérarchisation de cette corporation de Médecin : Médecin au cycle de D.E.S, Externe, Médecin au grade de Professorat, Médecin stagiaire en 6ème et 7ème Année de Médecine, Médecin Généraliste, Spécialisé.
La prime d'astreinte est également rémunérée. Cette prime consiste pour le service de faire revenir un Médecin en repos pour nécessité du service (intervention qui nécessite sa présence et tenant compte de sa spécialité.)

Quant à la permanence, elle n'est pas rémunérée. La permanence fait donc partie de l'activité régalienne de ce corps de métier, celui de Médecin.

Toutes ces fiches sont donc traitées au Secrétariat sous le contrôle de la Directrice des Affaires Médicales, via l'administrateur de garde qui transmet au Service Solde par la Direction des ressources Humaines pour prise en compte.

- recevoir les réclamations du Service Solde dans l'arbitrage de tout conflit sur l'attribution de ces différentes primes redevables à cette catégorie professionnelle.

Les tableaux ci-dessous, retracent l'organisation des différentes primes perçues par la catégorie, personnel de Médecins dans sa hiérarchisation

Tableau n°105 relatif à la présentation de la grille de prime des Médecins

Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)

Administrateur de Garde - Direction des Affaires Médicales (D.A.M)

Rapport de Garde du .....au ...../ ...../ 2020 de Monsieur / Madame .....

Urgences Médicales				
Spécialités	**D.E.S**	**Internes**	**Externes**	**Observation**
Urgences Chirurgicales				
Spécialités	**D.E.S**	**Internes**	**Externes**	**Observation**
Urgences Gynécologie				
Urgences Pédiatriques				
Spécialités	**D.E.S**	**Internes**	**Externes**	**Observation**
Réanimation Polyvalente				
Spécialités	**D.E.S**	**Internes**	**Externes**	**Observation**
Unité Neurovasculaire (U.N)				
Spécialités	**D.E.S**	**Internes**	**Externes**	**Observation**

Source : Secrétariat de la Direction des Affaires Médicales (D.A.M.), entretien avec la Secrétaire de Direction, Madame Laure ALAKOUA, le 02 Mars 2020.

La fiche de garde porte la consigne selon laquelle : Cette fiche est à retourner à la D.A.M par l'administrateur de garde.

Tableau n°106 relatif à la présentation de la grille de prime d'astreinte des Médecins Spécialisés

Direction Générale (D.G)

Service des Prestations Sanitaires et Formation (S.P.S.F)

Astreintes des Médecins Spécialistes (A.M.S)

Date du .....

N° d'ordre	Noms et Prénoms des Médecins Spécialistes	Acte Posé (Avis, Intervention Chirurgicale)	Signature
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			

Source : Secrétariat de la Direction des Affaires Médicales (D.A.M.) Entretien avec la Secrétaire de Direction, Madame Laure ALAKUOUALA, le 02 Mars 2020.

Tableau n°107relatif à la présentation de la grille de prime de garde des Médecins Généralistes

Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)

Direction Générale (D.G)

Service des Prestations Sanitaires et Formation (S.P.S.F)

Gardes des Médecins Généralistes

Date du .....

N° d'ordre	Noms et Prénoms	Acte Posé	Signature
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			

Source : Secrétariat de la Direction des Affaires Médicales (D.A.M.) Entretien avec la Secrétaire de Direction, Madame Laure ALAKOUA, le 02 Mars 2020.

Tableau n°108 relatif à la présentation de la grille de prime de permanence des Médecins.

Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)
Administrateur de Permanence (A.P)
Direction des Affaires Médicales (D.A.M)
Rapport de Permanence du ..... au ..... /..... / 2020 de Monsieur / Madame .....

Urgences Médicales				
Spécialistes	**D.E.S**	**Internes**	**Externes**	**Observation**
Urgences Chirurgicales				
Urgences Gynécologie				
Urgences Pédiatriques				
Réanimation Polyvalente				
Unité Neurovasculaire				

Source : Secrétariat de la Direction des Affaires Médicales (D.A.M) Entretien avec la Secrétaire de Direction, Madame Laure ALAKOUA, le 02 Mars 2020.

Il convient de signaler que cette fiche est à retourner à la Direction des Affaires Médicales (D.A.M) par l'administrateur de Permanence.

Au niveau de la Secrétaire Particulière, ses activités se concentrent sur la coordination du programme de travail de la Directrice. Parmi ces activités, il y a :

- programmer les rencontres du Chef, les entrées et les sorties ;
- rappel au chef sur les dates des réunions, des rencontres, ...

La Direction des Affaires Médicales compte quatre (04) services et sections rattachés :

IV.4.3.1. Service Information Sanitaire et Documentation Scientifique (S.I.S.D.S)

Ce service qui, a un effectif de cinq (05) agents, est sous la gestion d'un Chef de Service. Il comprend deux (02) sections : la Section Information Sanitaire (S.I.S) et la Section Documentation Scientifique (S.D.S). Les activités du service sont **:**

- la gestion et la collecte des données des indicateurs des performances ;
- l'élaboration des statistiques des activités des services cliniques et Médicotechnique ;
- publier les informations ;
- archiver les données ;
- faciliter l'accès informatique et la recherche bibliographique ;
- perpétuer l'abonnement aux sites des revues scientifiques ;
- assurer l'accès aux revues scientifiques par l'internet ;
- planifier l'acquisition des ouvrages scientifiques.

IV.4.3.1.1.Section Information Sanitaire (S.I.S)

Gérée par un collaborateur, cette section accomplie un certain nombre des missions. Les activités de cette section sont :

Les activités de la Section Information Sanitaire se concentrent autour de :

- la collecte des données ;
- l'élaboration des stratégies sur les activités du service ;
- calcul des indices de performances des services ;
- publication des informations sanitaires ;
- archivage des données.

IV.4.3.1.2.Section Documentation Scientifique (S.D.S)

Elle est placée sous la coordination d'un chef de Section. Les activités qui sont menées :

Les principales activités de la Section Documentation Scientifique sont :

- répertorier les documents scientifiques ;
- offrir un espace de lecture aux usagers ;
- actualiser les données bibliographiques ;

- faciliter l'accès à l'informatique et à la recherche bibliographique ;
- analyser la bibliographie ;
- perpétuer l'abonnement aux revues scientifiques ;
- assurer l'accès aux revues scientifiques ;
- planifier l'acquisition des ouvrages scientifiques.

A ce niveau, cette section est confrontée à des sérieuses difficultés qui se résument dans deux grands axes :

- le manque d'espace ;
- le manque de matériel.

IV.4.3.2. Service Equipement et Recherche (S.E.R)

C'est sous la conduite d'un chef de Service O.R.L et Chirurgie Cervicaux Facial (C.C.F) que, se place le Service Equipement et Recherche avec un effectif de deux (03) agents. Les activités du service sont :

- promouvoir la recherche au niveau de l'hôpital ;
- identifier les travaux de recherche au niveau des services cliniques en évaluant le coût ;
- faire une recherche de partenaire pour contribuer à la recherche de l'hôpital ;
- s'atteler à faciliter l'opérationnalité de la recherche à travers des bourses d'étude ;
- faire un répertoire de la recherche par trimestre au niveau de l'hôpital.

Toutes ces activités nécessitent des moyens pour leur réalisation que le C.H.U-B malheureusement ne dispose pas. Ainsi, au nombre des problèmes auxquels se trouvent confronter ce service il y a :

- le manque de cadre adéquat pour travailler ;
- le manque d'archives disponibles pour la recherche ;
- le manque d'outil informatique ;
- nécessité de renforcer les effectifs en personnel, car la recherche se fait en équipe où chacun joue un rôle pour les résultats ;
- manque des ressources financières ;

- faible collaboration entre chercheurs. Ceux des chercheurs de l'Université Marien NGOUABI, leurs travaux sont financés par leur établissement. Par contre, ceux de l'hôpital ne reçoivent aucune subvention, ni leur propre établissement, ni non plus d'ailleurs. Ce qui constitue une réelle difficulté de communication entre ces deux établissements.

Le budget de fonctionnement débloqué pour ce service au conseil d'administration, n'existe que de nom.

Ce service comprend deux (02) sections : la Section Recherche et la Section équipement.

IV.4.3.2.1.Section Recherche (S.R)

Cette section se trouve placée sous la conduite d'un chef. Celui-ci est seul à animer cette section.

Les activités de la Section Recherche sont :

- promouvoir la recherche. Mais il se pose un réel problème, celui de manque de budget disponible. En effet, entreprendre la recherche suscite d'énormes moyens financiers et la logistique y relative. Le budget prévu dans l'organisation du service n'existe que de nom ;
- créer et entretenir le répertoire des travaux de recherche susceptibles de bénéficier d'un financement conformément aux textes en vigueur ;
- suivre le dossier d'activité iconographique pour l'aide à la publication des recherches ;
- suivi des stagiaires dans les travaux de recherches ;
- mise en place des dispositions en vue de la relance de la revue médicale du Congo ;
- restitution tous les mercredis en Staff les travaux menés par la section ;
- vulgariser la recherche avec la mise en place d'une plate-forme de vulgarisation par l'internet qui, malheureusement reste toujours confrontée à la difficulté financière ;
- recueillir tous les mois les travaux de recherche publiés dans les pôles d'activités.

Au regard de ce qui précède, il y a lieu de conclure que le Service Equipement et Recherche est le parent pauvre de la Direction des Affaires Médicales. Les moyens financiers et logistiques constituent une réelle difficulté. Mais, un projet d'une plate-forme consistant dans

la vulgarisation est mise en place. Celui-ci n'a pas pu voir le jour faute de décaissement des ressources financières conséquentes, du ressort des décideurs.

IV.4.3.2.2. Section Equipement (S.E)

Cette section est gérée par un Médecin Enseignant-Chercheur, en formation à l'étranger. Cela nous a pas permis d'avoir plus de chance de le rencontrer. Mais tout au moins, par le truchement de son Chef de Service, trouvé sur place, il nous a été rapporté que la Section Equipement a pour activité principale, celle de la gestion des équipements liés à la recherche. Seulement le hic de cette section, est le même, celui de la disponibilité des finances pour l'acquisition de la logistique indispensable à la vie du service. Au nombre de ces activités figurent :

- inventorier par service le catalogue des équipements disponibles fonctionnels et non fonctionnels ;
- suivre le dossier de maintenance des équipements défectueux ;
- suivre l'évolution des marchés passés au sein de la cellule de passation de marché en vue de l'acquisition du matériel ;
- inventorier le matériel disponible à la livraison ;
- recueillir auprès des services les états de besoins en équipements ;
- restitution tous les mercredis au Chef de Service, les activités menées par le Chef de Section.

IV.4.3.3. Service Prestations Sanitaires et Formation (S.P.S.F)

Avec un effectif de trois (03) agents, le Service des Prestations Sanitaires et Formation est sous contrôle d'un chef. Il évolue au Service de Chirurgie Digestive, Chef de Service Prestations Sanitaires et Formation. Les missions de ce service certes plus détaillées dans ses deux (02) sections : la Section Prestations Sanitaires (S.P.S) et la Section Formation (S.F) mais tout au moins de façon globale, le service contrôle les prestations sanitaires des Médecins et veille sur leur formation. Ainsi, tout recrutement en qualité de Médecins au C.H.U-B est subordonné par l'avis de ce service. Il a donc compétence de veiller et

d'apprécier chaque candidature. Dans cette approche, la D.R.H manifeste le besoin de recruter lorsque le besoin s'avère nécessaire, mais il revient de droit au Service de Prestation Sanitaire et Formation la compétence d'appréciation sur les candidatures. Cela s'inscrit dans le cadre des rapports de collaboration entre D.R.H et D.A.M.

IV.4.3.3.1.Section Prestations Sanitaires (S.P.S)

Cette Section est placée sous l'autorité d'un chef de Section. Elle évolue au Service de Néonatologie en qualité de Pédiatre et Enseignante à la Faculté des Sciences de la Santé (F.S.S) de l'Université Marien NGOUABI de Brazzaville (Congo). Les activités menées sont :

Plusieurs activités sont réalisées au sein de cette section :

- vérification des certaines qualités inhérentes à la profession de Médecin, indispensables dans l'exercice de celle-ci : ponctuation, assiduité, rigueur, dévouement, détermination, l'amour du travail, ...Cela est donc nécessaire pour tous Médecins évoluant aux différents Services d'Urgences de toute la structure du C.H.U-B ;
- veiller au planning et aux relevés des gardes des Médecins et Etudiants ;
- contrôler la tenue de remise des gardes ;
- veiller aux conditions de gardes des Médecins au poste de garde ;
- veiller aux astreintes des spécialistes ;
- veiller sur le paiement de toutes primes versées aux Médecin en tenant compte de la hiérarchisation de cette corporation. Le paiement de ces primes est subordonné par la présentation du relevé de garde, d'astreinte, ... qui attestent la régularité du Médecin au poste de travail ;
- contrôler les internes qui du reste, sont comptabilisés dans le budget de fonctionnement du C.H.U-B. Les étudiants en 6ème Année de Médecine sont payés ;
- veiller sur la gestion des évacuations sanitaires à l'étranger. Toute évacuation nécessite l'accord du Service des Prestations Sanitaires et Formation pour la traçabilité et la meilleure gestion des malades ;
- veiller au planning des congés des Médecins ;
- actualiser le fichier des évacuations sanitaires ;

- actualiser le fichier du personnel médical ;
- veiller sur l'exécution des consultations externes.

IV.4.3.3.2.Section Formation (S.F)

Cette section est gérée par un chef de Section. Il est Pédiatre et, évolue au Service de Neurochirurgie, Chirurgie Polyvalente 3ème étage du bâtiment C de la tour Chirurgicale. Les activités menées sont :

- établissement d'un plan de formation des Médecins ;
- ficher les qualifications exactes de chacun des spécialistes pour la constitution des carrières ;
- lister les Médecins non spécialistes exerçant dans les différentes spécialités afin de suivre leur formation ;
- contrôler l'effectivité du stage des Etudiants (D.E.S, Etudiants de 6ème et 7ème Année de Médecine) ;
- envoi en formation des Médecins pour une spécialité sur demande des services ;
- suivi des Médecins en formation ;
- réviser le fichier des Médecins chaque fois qu'il y a : des recrus, en formation, en retraite, des abandons, ...
- faire des projections des départs en retraite ;
- analyser les rapports de fin de stage des Médecins.

IV.4.4. Direction Economique et Financière (D.E.F)

Cette Direction comprend cinq (05) services :

- Service Admission et Recettes (S.A.R) ;
- Service Budget (S.B.) ;
- Service Comptabilité et Ordonnancement (S.C.O) ;
- Service Comptabilité Analytique (S.C.A) ;
- Service Matériel (S.M).

IV.4.4.1. Service Admission et Recette (S.A.R)

Ce service comprend quatre (04) sections :

Section Facturation (S.F) ;

- Section Hospitalisation (S.H) ;
- Section Mouvement des Malades (S.M.M) ;
- Section Recouvrement (S.R).

IV.4.4.2. Service Budget (S.B)

Ce service comprend deux (02) sections :

- Section Prévision des Recettes (S.P.R) ;
- Section Prévision des Dépenses (S.P.D).

IV.4.4.3. Service Comptabilité et Ordonnancement (S.C.O)

Ce service comprend six (06) sections :

- Section Caisse Mini Dépense (S.C.M.D) ;
- Section Mandatement (S.M) ;
- Section Liquidation (S.L) ;
- Section Engagement Pharmacie (S.E.P) ;
- Section Comptabilité Générale (S.C.G).

IV.4.4.4. Service Comptabilité Analytique (S.C.A)

Ce service n'a pas de section.

IV.4.4.5. Service Matériel (S.M)

Ce service comprend cinq (05) sections :

- Section Comptabilité Analytique (S.C.A) ;
- Section Magasin (S.M) ;
- Section Reprographie (S.R) ;

- Section Achat (S.A) ;
- Section Transite (S.T).

IV.4.5. Direction des Soins Infirmiers (D.S.I)

Cette Direction est la dernière à être présentée dans le cadre de notre étude. Elle a pour principale activité, celle de veiller sur la qualité des prestations assurée par cette structure hospitalière. C'est à ce titre qu'elle est perçue comme le miroir. En effet, la représentation imaginaire de cette structure hospitalière repose sur la capacité organisationnelle des services cliniques de la Direction des Soins Infirmiers (D.S.I) dont l'accent porte essentiellement sur la qualité des soins. Pour son fonctionnement, cette Direction dispose d'un Service de Secrétariat et de trois (03) grands services à savoir : les Services de Suivi et Evaluation (S.S.E), celui de Formation et le Service de Salubrité et Sécurité Sanitaire (S.S.S.S). Chacun de ces services est structuré en section accomplissant des missions bien spécifiques. Les activités du Directeur des Soins Infirmiers (D.S.I) sont :

- la participation aux réunions du Staff ou à la hiérarchie ;
- la gestion du personnel paramédicale et Techniciens de Surface (T.S) ou Agent de Service Hospitalier (A.S.H) ;
- l'organisation de l'action de la Direction des Soins Infirmiers ;
- la tenue des réunions avec le personnel sous tutelle ;
- l'élaboration des besoins en personnel paramédical et Agent de Service Hospitalier ;
- la surveillance des lieux (espace verts, matériel et locaux) ;
- l'élaboration des besoins en matériel de la D.S.I ;
- les concertations avec le Directeur Général sur les questions liées au bon fonctionnement de la Direction des Soins Infirmiers et du C.H.U-B ;
- la participation à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services de soins sous l'autorité du Directeur Général, en liaison avec le corps médical et les autres secteurs de l'hôpital ;
- la contribution à la qualité de l'accueil et des soins administrés aux patients ;
- l'organisation des séminaires de formation à l'égard des paramédicaux et Techniciens de surface ;

- l'instauration de la discipline au sein de l'hôpital par la diffusion du Règlement Intérieur à tous les niveaux ;
- le contrôle des présences des agents à leur poste de travail ;
- l'accueil et l'orientation des stagiaires dans les différents services pour leur stage ;
- la prise de contacts avec la police en cas de trouble à l'hôpital (viol, vol, bagarres, vente des objets, attroupements, etc..) ;
- la présentation des situations de la Direction des Soins Infirmiers (propos de nominations, de mouvements des agents, besoins en personnel, problèmes de sécurité et hygiène) au Directeur Général pour la prise de décisions ;
- la surveillance des soins des malades ;
- la coordination et la supervision des soins ;
- l'organisation et la supervision de l'action des coordonnateurs des soins des blocs ;
- l'évaluation de l'action de la Direction des Soins Infirmiers ;
- la participation au mouvement de recrutement des agents ;
- la participation à l'élaboration des critères de choix des agents pour les concours ;
- la gestion du temps de travail des agents (heure d'arrivée et de départ) ;
- la collaboration avec les autres secteurs du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville ;
- l'élaboration des stratégies liées à la qualité des soins ;
- l'organisation et l'évaluation du travail des prestataires du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville ;
- la tenue des statistiques du personnel sous tutelle ;
- la rédaction et la diffusion des rapports.

IV.4.5.1. Secrétariat Direction des Soins Infirmiers (S.D.S.I)

Ce service est animé par trois (03) agents : Un Chef de secrétariat (C.S) et deux (02) Secrétaires dont un de Direction (S.D). Les activités du Service de Secrétariat (S.S) sont :
Le secrétariat est un service rattaché à la Direction des Soins Infirmiers pour plusieurs missions :

- stockage des archives administratives ;
- lieu de renseignement des usagers ;

- lieu de la tenue des archives ;
- assistance au Directeur dans la prise des notes dans des réunions, conception et rédaction courriers, encadrement ou coordination des rencontres du Directeur, rappel au Directeur sur des programmes essentiels dans le cadre du travail, ...
- recevoir et traiter les différents documents en provenance d'autres services ;
- rédaction des rapports des réunions, ...

IV.4.5.2. Service de Suivi et Evaluation (S.S.E)

Les missions assignées à ce service sont :

- gestion administrative du service ;
- contrôle des missions des Chefs de Sections ;
- réalisation des audits de soins.

Les activités menées dans ce service :

- participation aux réunions de la Direction des Soins Infirmiers ;
- organisation de l'action du service ;
- élaboration des besoins en personnel paramédical et Agents du Service Hospitalier ;
- contrôle régulier des agents à leur poste de travail par des descentes quotidiennes dans les services (matin, après-midi et soir) ;
- diffusion constante du Règlement Intérieur du C.H.U-B et sa stricte application à tous les niveaux ;
- tenue des réunions avec le personnel sous tutelle ;
- supervision des soins infirmiers ;
- élaboration des stratégies liées à la qualité des soins ;
- concertation régulière avec le D.S.I sur des questions liées à l'efficacité des soins et l'accueil des usagers ;
- détermination des indicateurs de la qualité des soins ;
- collaboration avec les coordonnateurs de soins de blocs ;
- suivi et évaluation de l'action des coordinateurs des blocs de soins, des Surveillants de service et leur collaborateurs ;
- rédaction et présentation des rapports au Directeur des Soins Infirmiers.

- management des soins ;
- soins infirmiers ;
- outil informatique ;
- déontologie et éthique de la profession.

IV.4.5.3.1.Section Coordination des Soins (S.C.S)

Les activités menées sont :

- organisation de l'action de la section ;
- suivi de l'action des paramédicaux et Agents de Service Hospitaliers ;
- supervision des soins infirmiers ;
- évaluation des soins infirmiers ;
- suivi de la bonne tenue du dossier infirmier ;
- élaboration des stratégies liées à la qualité des soins ;
- tenue des réunions avec le personnel sous tutelle ;
- concertation régulière avec son Chef de Service, les Coordonnateurs des blocs de soins et les surveillants de service sur les questions liées à l'efficacité des soins et l'accueil des usagers ;
- détermination des indicateurs de la qualité des soins ;
- rédaction des rapports d'activités de la section.

IV.4.5.3.2. Section Gestion des Malades (S.G.M)

Les missions de cette section sont :

- gestion administrative de la section ;
- participation à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients ;
- développement des compétences des stagiaires.

Les activités menées sont:

- participation aux réunions de la D.S.I ;
- organisation de l'action de la section ;

- diffusion constante des textes en vigueur du C.H.U-B et contrôle de leur stricte application en rapport avec la gestion des malades ;
- tenue des réunions avec le personnel sous tutelle ;
- participation à l'élaboration des stratégies liées à l'amélioration de la qualité des soins ;
- collaboration avec les Coordinateurs des blocs de soins et les Surveillants de Service ;
- concertations régulière avec son Chef de Service sur les questions liées à l'efficacité des soins et l'accueil des usagers ;
- élaboration du mouvement journalier des malades pour la restauration ;
- transmission aux services des urgences du nombre des lits disponibles dans les différents services ;
- encadrement des stagiaires ;
- rédaction et présentation des rapports à son Chef de Service.

IV.4.5.3.3. Section Gestion du Personnel Paramédical (S.G.P.P)

Les activités menées sont :

- organisation de l'action de la section ;
- contribution à l'élaboration de l'état de besoins en personnel paramédical ;
- contrôle régulier de présence des agents à leur poste de travail par les descentes quotidiennes dans les services (matin, après-midi et le soir) ;
- contrôle régulier des heures d'arrivée et de départ des agents ;
- maitrise des effectifs du personnel paramédical ;
- suivi du mouvement des agents (congés, permissions, absences, arrêt de travail, ...) ;
- rappel constant et permanent du Règlement Intérieur du C.H.U-B et sa stricte application à tous les niveaux ;
- proposition des sanctions au Chef de Service Suivi et Evaluation dans le cadre de la discipline ;
- tenue des réunions avec le personnel sous tutelle ;
- collaboration avec les coordonnateurs des blocs de soins et les Surveillants de service ;

- rédaction des rapports d'activités de la section.

IV.4.5.2. Service Formation (S.F)

Les missions de ce service sont :

- gestion administrative du service ;
- contrôle des missions des Chefs de Section ;
- réalisation des formations continues.

Les activités du Service de Formation (Chef de Service) sont **:**

- organisation de l'activité du service ;
- identification et élaboration des besoins en formation continue du personnel paramédical ;
- concertation avec les coordonnateurs des blocs de soins et les surveillants de service pour les besoins en formation ;
- organisation des activités de formation (stages, journées paramédicales, séminaires, ...) ;
- tenue des statistiques du personnel paramédical ;
- appréciation des stagiaires en tenant compte du savoir-faire et du savoir-être ;
- suivi et évaluation des stagiaires ;
- rédaction des rapports d'activités du service.

Ce service comprend deux (02) sections :

IV.4.5.2.1.Section Gestion des Stagiaires (S.G.S)

Cette Section est placée sous la responsabilité d'un, chef de Section.
Les activités de la Section Gestion des Stagiaires sont :

- entretenir les stagiaires ;
- organisation de l'action de la section ;
- collaboration avec les services sur les questions liées à la formation des stagiaires ;
- accueil et orientation des stagiaires dans les différents services pour leur stage ;
- suivi des stagiaires ;
- appréciation des stagiaires en tenant compte de : savoir-faire et savoir- être ;

- établissement des attestations de fin de stage ;
- tenue des statistiques des stagiaires (stage de perfectionnement, d'application et de recherche) ;
- rédaction des rapports de stage.

IV.4.5.2.2. Section Etude et Planification (S.E.P)

Cette section a comme attributions :

- organisation de l'action de la recherche ;
- identification et contribution à l'élaboration des besoins en formation continue du personnel paramédical et Agent de Service Hospitalier ;
- concertation avec les services sur les besoins en formation ;
- contribution à la conception des plans de formation (stages, journées paramédicales, séminaires, ...) ;
- tenue des statistiques du personnel en formation ;
- archivage des contenues de formation ;
- rédaction des rapports d'activités.

IV.4.5.3. Service de Salubrité et Sécurité Sanitaire (S.S.S.S)

Ce service est sous contrôle du Chef de Service Hygiène Hospitalière (C.S.H.H) qui, n'assure que l'intérim. Le Chef de Service Salubrité et Sécurité Sanitaire. Ainsi, comme dans le précédant service, le Service de Salubrité et Sécurité Sanitaire compte également deux (02) sections :

IV.4.5.3.1.Section Salubrité (S.S)

Les activités menées sont :

- la gestion de la section ;
- l'assainissement du milieu hospitalier (cour et jardin) ;
- surveiller les prestataires qui s'en chargent de la salubrité et rendre compte au Chef de Service Hygiène Hospitalière.

IV.4.5.3.2. Section Sécurité Sanitaire (S.S.S)

Elle est sous la gestion d'un chef. Ses activités sont :

- suivi de l'action des prestataires au niveau de la sécurité ;
- établir les fiches d'appréciation des actions du mois et les transmettre au Directeur Général de l'hôpital pour discussion ;
- lutter contre la vente illicite des médicaments ;
- veiller sur la gestion des déchets dans le service ;
- lutter contre tout vendeur ambulant au niveau de l'hôpital ;
- veiller aux heures de visite.[42]

IV.4.6. Direction du Contrôle de Gestion (D.C.G)

Elle comprend trois (03) services :

- Service Contrôle de Gestion (S.C.G) ;
- Service Audit Interne (S.A.I) ;
- Service Statistiques, Etudes et Planification (S.S.E.P).

IV.4.6.1. Service Contrôle de Gestion (S.C.G)

Ce service comprend deux (02) sections et un secrétariat :

- Section Suivi et Contrôle des Dépenses (S.S.C.D) ;
- Section Suivi et Contrôle de la Recette (S.S.C.R) ;
- un Secrétariat rattaché au Chef de Service.

IV.4.6.2. Service Audit Interne (S.A.I)

Ce service comprend quatre (04) sections et un secrétariat :

- Section Vérification et Mobilisation des Recettes (S.V.M.R) ;
- Section Audit Opérationnel et Stratégique (S.A.O.S) ;
- Section Audit Informatique et Vérification des Livraisons (S.A.I.V.L) ;
- Section Audit Comptable et Financier (S.A.C.F) ;

[42] - Source : Informations recueillies à la Direction des Affaires Médicales (D.A.M) par Note de Service n° 065/M.S.P/C.H.U-B-D.G/D.A.M du 02 Juillet 2029. Entretien avec Madame la Professeure S.G KIMBALLY KAKY, le 08 Juin 2020.

- un (01) Secrétariat rattaché au Chef de Service.

IV.4.6.3. Service Etudes, Statistiques et Planification (S.E.S.P)

Ce service comprend trois (03) sections :

- Section Suivi et Contrôle des Indicateurs Hospitaliers (S.S.C.I.H) ;
- Section Statistiques Hospitalières (S.S.H) ;
- Section Etude et Planification (S.E.P).

IV.5. Du fonctionnement du C.H.U-B.

Le C.H.U-B, établissement public à caractère administratif et social, doté de la personnalité morale et d'une autonomie financière a été créé par la loi n°008/87 du 07 Février 1987. Il est placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et de la Population (M.S.P).
Ce centre hospitalier est un hôpital de référence de troisième niveau qui a pour mission essentielles comme annoncé ci-haut :

- d'administrer les soins de qualité ;
- d'assurer la recherche biomédicale ;
- d'assurer la formation pratique dans le cadre d'une convention signée avec l'Université Marien NGOUABI de Brazzaville (République du Congo), des élèves et étudiants des Ecoles Médicales et Paramédicales.

L'organisation et le fonctionnement du C.H.U-B sont prévues par le décret n°88/622 du 30 Juillet 1988 qui suite à l'évolution des textes législatifs et réglementaires est devenu caduc. En effet, il s'agit entre autre de :

- l'ordonnance n°12/2001 du 19 Septembre 2001déterminant la Présidence des Conseils d'Administration (C.A) et des Comités de Direction des Etablissements Publics (C.D.E.P) ainsi que son décret d'application n°2002/369 du 30 Novembre 2002 fixant les attributions et composition des organes de gestion et tutelle des entreprises et établissements publics en sont une illustration lesquels modifient le mode de nomination du Président de Comité de Direction (P.C.D) du C.H.U-B modifiant profondément son ancienne structure :
- la délibération n°010/2005 du 11 Octobre 2005 portant aménagement de l'organisation du C.H.U-B ;

- la délibération n° 003/2010 du 26 Mai 2010 autorisant la création d'une Direction des Soins Infirmiers (D.S.I) du C.H.U-B ;

- la délibération n° 06/2014 du 04 Juillet 2014 portant changement de la dénomination de la Direction Administrative et du Personnel (D.A.P) en Direction des Ressources Humaines (D.R.H) du C.H.U-B.

La Direction Générale, outre les autres services qui lui sont rattachés n'a que trois (03) Directions Divisionnaires :

- la Direction des Affaires Médicales (D.A.M) ;
- la Direction Administrative et du Personnel (D.A.P) ;
- la Direction Economique et Financière (D.E.F).

Les trois délibérations ci-dessus citées lui ont adoptés deux (02) nouvelles Directions :

- la Direction des Soins Infirmiers (D.S.I) ;
- la Direction du Contrôle de Gestion (D.C.G). La Direction Administrative et du Personnel (D.A.P) est devenue la Direction des Ressources Humaines (D.R.H). Ainsi le C.H.U-B est administré par un Comité de Direction (C.D) qui délibère sur les questions concernant la gestion de celle-ci, notamment sur :

- le plan comptable concernant la comptabilité analytique à soumettre au Ministère de la Santé et de la Population ;
- les dons et legs ;
- les statuts de l'établissement et la rémunération du personnel ;
- les programmes d'investissement ;
- les emprunts à long termes et l'amélioration des biens ;
- l'approbation du compte financier après avoir entendu l'agent comptable et le contrôleur d'Etat ;
- le règlement intérieur.

Le C.H.U-B dispose de trois (03) organes consultatifs, à savoir :

IV.5.1. Le Conseil d'Etablissement (C.E)

Il est présidé par le Directeur Général et des Directeurs Divisionnaires (D.D), du Bureau de la Commission Médicotechnique (B.C.M), des Chefs de Services Cliniques (C.S.C), Médicotechniques, administratifs et Responsables des Syndicats. Il prépare le Comité de Direction et donne son avis sur toutes les questions soumises à son attention par la Direction Générale.

IV.5.2. La Commission Médicotechnique (C.M)

Elle comprend essentiellement les Chefs de Service Cliniques et Médicotechniques (C.S.C.M) et peut faire appel à toute personne en raison de sa compétence. Cette commission a compétence de se prononcer sur :

- la création, la suspension et la réorganisation des services ;
- l'organisation et fonctionnement des services ;
- la nomination des Chefs de Services Biochimiques ;
- l'avancement des personnels médicaux ;
- l'amélioration des diagnostiques, des soins, de la recherche de l'enseignement et de la formation continue ;
- l'acquisition d'équipements et matériels lourds ;
- l'expression de l'état de besoins cliniques et médicotechniques ;
- toutes autres questions soumises à son attention par la Direction Générale.

IV.5.3. La Commission Paritaire d'Avancement (C.P.A)

Elle est chargée d'examiner le tableau d'avancement en fonction des notes annuelles aux travailleurs dans les conditions indiquées à l'article 42 de la Convention Collective (C.C) du 22 Novembre 2010. Présidée par la Direction Générale ou son représentant, cette commission est composée de cinq (05) représentants de l'administration du C.H.U-B, de

deux (02) représentants de la Direction Départementale du Travail (D.D.T) et des cinq (05) représentants des *travailleurs*[43]

[43] - Informations recueillies au Service Juridique du C.H.U-B. Document relatif à l'organisation des services de la structure hospitalière du C.H.U-B, 2017.

CONCLUSION PARTIELLE DEUXIEME PARTIE

Deux (02) aspects intéressants retiennent notre attention sur la deuxième partie de cette thèse qui porte respectivement sur la présentation des services cliniques particulièrement sur le Service des Urgences avec ses trois (03) unités des soins, le Service de Pédiatrie Nourrisson, le Service de Psychiatrie auxquels s'ajoutent les trois (03) Directions administratives, celle des Ressources Humaines, des Affaires Médicales et celle des Soins Infirmiers. A à cet effet, le premier aspect est lié à la capacité logistique relative au fonctionnement normal de ces services et celui lié à la disponibilité des ressources humaines et de leur gestion. Ainsi, l'examen de ces aspects constitue un élément majeur qui nous permet de cerner davantage cette question de garde-malade ayant des incidences majeures sur la prise en charge médicale des malades.

Au niveau des services cliniques qui relèvent du troisième chapitre de cette thèse, il ressort clairement que l'environnement de travail ne s'y prête pas favorablement au bon fonctionnement de ces services. Pour s'en convaincre davantage, aux Urgences Chirurgicales par exemple, les conditions logistiques disponibles pour l'accueil des malades ne répondent plus par rapport aux flux des malades en consultation. A titre d'exemple, certains malades par manque des lits d'hospitalisation sont traités à même le sol à défaut, un seul lit peut recevoir deux (02) malades avec la forte probabilité de contamination. Ce constat est criard au Service de Pédiatrie Nourrisson où, deux (02) à trois (03) malades occupent un seul lit d'hospitalisation. A cela s'ajoute la précarité de son Service de Récupération Nutritionnel qui n'existe que de nom. En effet, la prise en charge des malnutries se fait difficilement par manque d'approvisionnement d'aliments indispensables à cette catégorie des malades. Ces conditions de précarité sur la prise en charge médicale des malades s'observent également au niveau du Service de Psychiatrie où ses malades sont placés dans les conditions similaires aux détenus d'une structure carcérale.

Ensuite, la question des ressources humaines, un deuxième aspect qui a retenu notre attention tant au niveau des services cliniques qu'administratifs de cette structure hospitalière. Cela s'explique par le déficit du personnel soignant au niveau des services cliniques, de même pour les services administratifs. Ainsi, le tableau n°100 relatif à la présentation des catégories

professionnelles évoluant au Service des Urgences, nous édifie davantage. De même, le tableau n°101 relatif à la présentation des catégories professionnelles Service de Pédiatrie Nourrisson et le tableau n°102 du Service de Psychiatrie. Ces tableaux montrent bien le déficit du personnel qui ne correspond plus aux demandes des malades en surnombre. A cela s'ajoute un autre aspect culturel très intéressant, celui de la solidarité mécanique qui se développe sur toutes ses dimensions sur tout avec la représentation qu'on se fait de la maladie et de la mort. En effet, être hospitalisé suppose déjà la mort. D'où cette présence massive des garde-malades observée au niveau de cette structure hospitalière.

En ce qui concerne les trois (03) Directions administratives évoquées dans le quatrième chapitre, celui relatif à l'étude administrative de la structure du C.H.U-B présente également deux (02) caractéristiques essentielles : la question du déficit du personnel auquel s'ajoutent les conditions de travail de ce personnel.
Pour ce qui est du premier problème, celui du déficit du personnel, il nous est amené de constater que l'organisation de ces Directions structurées en des services et sections, demeurent des points d'intense activité administrative qui nécessite une main-d'œuvre importante pour rendre fluide ses services et sections dans leur fonctionnement. Or, la réalité de terrain montre que la grande majorité de ces services et sections des Directions sont administrés par un seul agent qui accompli le travail de toute la structure de son ressort sans la moindre assistance d'un collaborateur. Ce qui fait que le travail n'avance pas comme souhaité et les bénéficiaires des services sont pris pour victimes. Cette situation est fréquente au niveau de la Direction des Affaires Médicales, où chacune des sections est administrée par un seul agent dont la tâche parait très immense et délicate. Certes, les effectifs sont plus conséquents au niveau de la Direction des Ressources Humaines, plus précisément au niveau du Service de Gestion Administrative du Personnel avec un effectif total de 14 agents, vient après le Service Solde et celui des archives.

De plus, le programme d'action de Monsieur Sylvain WILLIARD, gestionnaire de cette structure hospitalière du C.H.U-B est axé sur une priorité, celle du renforcement du personnel clinique à travers des campagnes de recrutement organisées les dernières années de son mandat. Ce qui creuse un grand faussé au niveau de la représentation des effectifs

entre ces deux (02) catégories du personnel (personnel clinique et personnel administratif). Pour s'en convaincre, chaque service clinique compte un seul agent social et un seul agent de l'administration. Ce qui constitue une difficulté réelle dans le fonctionnement normale de ces services tenant compte du volume de travail effectué par jour et, pire encore lorsque ces services sont submergés par les malades. Cette difficulté relative au déficit du personnel s'explique par la nature du budget de fonctionnement consenti à cet établissement de santé publique dont le gestionnaire s'oblige à sélectionner les priorités dans l'idée de sauver l'essentiel pour des besoins du rayonnement de cette structure hospitalière.

A cette première caractéristique résultant du cadre de l'étude et plus précisément sur ces Directions administratives, les conditions de travail dans ces Directions, constituent la seconde caractéristique qui retient notre attention. Il faut noter que le parcours de ces Directions à quelques exceptions faites, présentent un spectacle assez triste. Les Service de Gestion Administratif du Personnel, du Solde, des Archives, de la Direction des Ressources Humaines, offrent un spectacle désolant. Ces services fonctionnent dans une grande promiscuité due à l'étroitesse des locaux. Ce constat est le même au niveau de la Direction des Soins Infirmiers où tous les services sont entassés dans une salle très étroite. Quant à la Section Fichier relevant de la D.R.H, elle est l'ombre d'elle-même. Son personnel cohabite chaque jour avec la poussière des documents administratifs non entretenus au grand risque de se faire contaminer et se prendre seul en charge.

Les faits ci-haut épingler de ce Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U.B), tout au moins pour cette deuxième partie de thèse nous a permis de se rendre compte des difficultés que cette structure hospitalière éprouve tant dans les services administratifs que cliniques. Ces difficultés ne lui permettent pas de donner le meilleur de lui-même. Ce qui justifie la présence massive des garde-malades dans cette structure de santé publique.

Ainsi, après la présentation du cadre de l'étude consacré à cette deuxième partie de thèse, il nous revient dans les pages qui suivent d'aborder la troisième partie de cette thèse consacrée au cadre opératoire. Il s'agit donc de présenter le problème de garde-malade consacré au chapitre V et présenter enfin les résultats de l'étude au chapitre VI.

TROISIEME PARTIE

CADRE OPERATOIRE DE L'ETUDE

INTRODUCTION PARTIELLE TROISIEME PARTIE

La troisième partie de cette partie comporte deux (02) chapitres : le cinquième chapitre consacré exclusivement à l'examen du phénomène de garde-malade au niveau de la structure hospitalière du C.H.U-B et la présentation des résultats de cette étude consacrés au chapitre VI. Aussi, l'architecture du chapitre V comprend comme points principaux : les facteurs générateurs du phénomène de garde-malade au niveau de cette structure hospitalière comme premier point. Ces facteurs sont de deux (02) ordres : les facteurs liés à la gestion managériale des services sous tutelle de la structure hospitalière du C.H.U-B et les facteurs d'ordres culturels, c'est-à-dire ceux des facteurs liés au poids de la culture bantoue. Aussi, les effets résultant de ce phénomène de garde-malade au niveau de cette structure hospitalière, est le deuxième point de ce chapitre. Ce second point comprend deux (02) aspects :

D'abord relever pour l'intérêt de cette recherche la positivité de la présence massive des garde-malades au niveau de cette structure hospitalière. Cet aspect lié sur la positivité de leur présence s'explique pour entres autres raisons fondamentales : l'assistance du garde-malade auprès du personnel soignant dans le cadre de la prise en charge médicale du malade comme première raison, la seconde raison est celle liée à la nécessité de l'assistance du garde-malade auprès de son malade pour une bonne prise en charge. La nécessité du garde-malade auprès des parents ou proches, est enfin la dernière raison qui justifie la positivité de la présence des garde-malades.

En suite, relever pour une analyse plus approfondie dans le cadre de cette recherche, la négativité de la présence de ces garde-malades qui du reste s'explique par des pratiques qui ne concourent pas au bon fonctionnement de cette structure hospitalière du troisième niveau. Enfin, des suggestions apportées pour palier à ce phénomène de garde-malade au niveau de cette structure hospitalière, est donc ce point qui clôture la présentation architecturale de ce cinquième chapitre de la troisième partie de cette thèse de Doctorat.

Le chapitre VI qui clos la troisième partie de cette thèse est consacré à la présentation des résultats de l'enquête réalisée au niveau de cette structure hospitalière. Ces résultats

s’analysent au tour de trois acteurs majeurs impliqués dans la gestion du malade au niveau de cette structure hospitalière du C.H.U-B. Au nombre de ces acteurs figurent comme annoncer ci-haut : le malade, premier acteur où s’exécute toute les décisions, le garde-malade comme l’interlocuteur mieux placer à mesure d’assurer la médiation entre les deux et le personnel soignant, agissant en qualité de porteur de solution devant la situation du malade.

Pour ce qui est des résultats, ils s’obtiennent au niveau des services enquêtés parmi lesquels le Service des Urgences élargi à ses trois unités de soins : l’Urgence Médicale, l’Urgence Chirurgicale et le Déchoquage, le Service de Pédiatrie Nourrisson et le Service de Psychiatrie.

Quant à la collecte des données pour ces résultats, elle s’est faite à base d’un certain nombre d’outils jugés nécessaires. Parmi ces outils figurent : la grille d’observation, la grille d’entretien, des focus group organisés lors de l’enquête au tour des trois (03) acteurs majeurs impliqués dans la gestion du malade au niveau de la structure hospitalière du C.H.U-B, des entretiens et du questionnaire.

Ainsi, l’examen fait du phénomène de garde-malade au niveau de cette structure hospitalière du C.H.U-B à travers l’exposé du chapitre V et la présentation des résultats de l’enquête par le chapitre VI, il nous revient dans les lignes qui suivent de faire la présentation de ces deux chapitres pour cerner davantage ce phénomène de garde-malade dans cette structure hospitalière.

CHAPITRE V : LE PHENOMENE DE GARDE-MALADE AU C.H.U.B

Ce chapitre soulève le problème de garde-malade qui se pose au niveau de la gestion de la structure hospitalière du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B). Pour bien le cerner, nous analysons dans un premier temps, les causes à l'origine de la présence massive des garde-malades au C.H.U-B. Dans un second temps, nous allons épingler les conséquences de cette présence massive des garde-malades dans ce centre. Après analyse des causes et conséquences de cette présence, nous envisagerons des palliatifs en vue de remédier à ce problème.

V.1. FACTEURS A L'ORIGINE DU PHENOMENE GARDE MALADE AU C.H.U-B

Les facteurs à l'origine du phénomène grade –malade au C.H.U.B sont de deux ordres :
1°. Les facteurs résultant de la faiblesse de la structure hospitalière du C.H.U-B.
2°. Le poids de la culture bantoue qui reflète les réalités de cette structure hospitalière.

V.1.1. Faiblesse de la gestion des services sous tutelle de la structure hospitalière du C.H.U-B

La réalité de terrain montre que la structure hospitalière du C.H.U-B ne répond plus par rapport à la poussée démographique de la population en République du Congo. Hérité de l'ère coloniale, cette structure hospitalière a bénéficié de quelques aménagements de ces dernières années. La poussée démographique (5. 000. 000. 000 d'habitants selon les estimations de 2016) pose des sérieux problèmes au niveau de la structure hospitalière du CH.U.B. Il convient de signaler que les services de cette structure hospitalière présentent des sérieuses difficultés dans la gestion des malades. Le rapport entre poids démographique et la capacité d'accueil des structures offre peu de chance pour une meilleure prise en charge des malades. Cette disproportionnalité entre poids démographique et capacité d'accueil est due à la vétusté des infrastructures et du matériel de travail. Ce qui explique le flux des malades accompagnés de leurs proches qui envahissent cette structure hospitalière.

Par la faiblesse de la gestion des services relevant de cette structure hospitalière, il se pose dès lors le problème d'organisation au sein même de la dite structure qui commence par son premier service, celui des Urgences par l'action de ses unités de soins : l'Unité des Urgences Médicales, l'Unité des Urgences Chirurgicales et le Déchoquage. Tous les malades sont consultés premièrement dans ce Service des Urgences avant d'être orientés dans d'autres services spécialisés sur avis du personnel médical. Les statistiques des malades en consultation montrent bien la florissante d'activité observée au niveau de ce service. Ce qui nécessite l'appui significatif d'autres acteurs sous l'ombre impliqués dans la gestion du malade. Parmi ces acteurs, il y a le garde-malade de par la spécificité de son rôle aussi diversifié dans les rapports entre malade et personnel soignant tout au moins de la consultation jusqu'aux soins internes.

Dans cette perspective, la faiblesse des services observée au niveau de cette structure aurait pour alternative la place du garde-malade comme acteur majeur intervenant dans la gestion du malade. Ainsi, la défaillance organisationnelle des services de cette structure met en évidence la question du déficit du personnel par rapport au flux des malades en face d'une démographique importante. Pour s'en convaincre, la lecture des résultats obtenus ne serait – ce qu'au niveau de ce Service des Urgences montrent que le plus grand nombre des malades en consultation dans ces trois (03) unités de soins n'apprécie pas la qualité de l'offre des soins de cette structure hospitalière à travers son personnel. Voire à cet effet pour plus d'illustration, le tableau n°111 relatif à la présentation des malades sur leur gestion pendant la consultation – Unité des Urgences Médicales.

Ce tableau parvient en effet aux résultats suivants : les malades consultés très tôt sont au nombre de 12, soit un pourcentage de 20%. 12 sont consultés très tard avec le même pourcentage de 20%. Par contre, 36 malades, soit un pourcentage de 60%, sont consultés tard. Cette représentativité est importante. Elle s'explique par les conditions de travail de cette structure hospitalière au nombre desquelles, le déficit criard en personnel soignant est donc l'une des difficultés la mieux vue.

Dans ce sens, le tableau n°112 relatif à la présentation des malades sur l'appréciation du niveau des prestations du personnel soignant, nous renseigne davantage. En effet, il ressort que, l'enquête menée à ce sujet présente les résultats suivants :
34 malades soit un pourcentage de 56, 66 % sont d'avis que le niveau des soins dont ils bénéficient du personnel soignant est mauvais. Cette représentativité aussi importante reflète le niveau d'organisation actuel de cette structure hospitalière. Ainsi, dans cette unité des soins, mobilité, courage, gestion de l'information, connaissance du milieu hospitalier et de ses acteurs, … sont autant d'atouts nécessaires et attendus du garde-malade dans son rôle de gestionnaire du malade. Par contre 14 malades, soit un pourcentage de 23, 33% sont d'avis que la qualité des soins qu'ils bénéficient, est assez bonne. 12 malades, soit un pourcentage de 20% sont d'avis que cette qualité des soins est bonne. La sous représentativité des deux dernières catégories des malades sous tende l'approche du niveau de l'état actuel d'organisation de cette structure en situation de difficulté. Celle-ci s'explique en termes de rapport de capacité de l'offre de cette structure hospitalière et les multiples attentes de ses malades. L'insatisfaction de ces malades quant à la qualité de l'offre des soins, justifie bien la faiblesse des services de cette structure hospitalière qui se traduit par l'inorganisation.

Aussi, le tableau n°113 relatif à la présentation des malades sur leur nombre en consultation par service – Unité des Urgences Médicales, justifie au grand jour la faiblesse des services de cette structure hospitalière, indicateur important aux facteurs liés au phénomène de garde-malade. Pour s'en convaincre, l'enquête dénombre 38 malades, soit un pourcentage de 63, 33% en consultation. Ces statistiques suffisent pour s'édifier sur le nombre croissant des malades en consultation et par service. C'est qui est une difficulté majeure.

Signalons que, la faiblesse des services de cette structure hospitalière, élément constitutif des facteurs liés au phénomène de garde-malade s'apprécie également au niveau des deux autres unités de soins : l'Urgences Chirurgicales et le Déchoquage. Il en est de même pour les deux autres services cliniques à s'avoir : le Service de Pédiatrie Nourrisson et celui de Psychiatrie dont les statistiques de par leur importance se rapportant au dernier chapitre qui porte sur la présentation et l'analyse des résultats, n'est plus démontrer.

De même, l'appréciation de cette question liée à la faiblesse des services relevant de cette structure hospitalière, s'analyse aussi sur la qualité de l'environnement de cette structure qui ne s'y prête pas à ses malades pendant leur séjour. En effet, il est fort probable que le garde-malade dans son rôle s'expose aux infections nosocomiales. Ce qui d'ailleurs se justifie à travers les témoignages de certains patients rencontrés lors de nos activités d'entretien qui ce sont exprimés en ces termes : *« Au C.H.U-B, on rentre malade, on sort plus que malade…»*[44].Ce qui nous amène à déduire que, le mauvais environnement de l'hôpital est la conséquence de la défaillance organisationnelle des services de cette structure hospitalière qui n'arrange pas la situation du malade.

Aussi, les statistiques obtenues au niveau du tableau n°110 relatif à la représentation du personnel soignant sur le rapport entre l'état actuel du C.H.U-B et l'évolution de la population en République du Congo, justifie cette faiblesse des services de cette structure. Au service de Psychiatrie par exemple, la représentation du personnel soignant sur l'évolution de la population en République du Congo, l'enquête menée à ce sujet aboutie aux résultats suivants : sur 15 enquêtés, 10 agents soit un pourcentage de 66, 67% sont d'avis sur l'évolution démographique en République du Congo. De même, pour la représentation du personnel soignant sur l'organisation du personnel du C.H.U-B et l'évolution démographique en République du Congo en rapport avec le flux des malades, 15 enquêtés sur 15 soit 100% sont d'avis que l'organisation actuelle du personnel ne peut plus contenir le flux des malades.

L'importance de ces statistiques montre bien la défaillance organisationnelle des services de cette structure hospitalière. Ce qui justifie le flux des garde-malades observés au niveau de cette structure.

A cette première difficulté qui met en relief le rapport entre poids démographique et capacité d'accueil, une autre difficulté s'ajoute, celle du déficit du personnel soignant. En effet, le

[44] - Cette expression explique les conditions dégradantes dans lesquelles les malades sont internés dans ce centre hospitalier. Aussi, le garde-malade assure son rôle sur une chaise de fortune en état d'éveil sans repos, exposé aux moustiques, il passe nuit à la belle étoile dans une salle d'hospitalisation très vétuste dont la chaleur est son seul compagnie, … (activité d'observation du mois d'Octobre 2019, Unité d'Urgences Médicales.)

C.H.U-B connait un déficit important en personnel soignant. Ce déficit se fait constater par des longues attentes des malades pendant les consultations médicales qui offrent un spectacle triste et désolant. Ainsi, certains malades sur initiative de leurs proches finissent par recourir à d'autres moyens thérapeutiques (faire recours à des églises, à la tradition, ...) D'autres par contre succombent en pleine consultation soit pour retard ou non accès aux soins d'urgences de premier nécessité. Il y a d'autres malades encore qui finissent par se rétracter à la consultation ou revenir ultérieurement. Le temps d'attente pendant la consultation va au-delà de deux heures de temps. Une telle organisation désorganisée ne rassure plus les malades. Ce qui nécessite une assistante conséquence de la famille et appel par voie de conséquence à la présence massive des garde-malades.

L'analyse faite sur cette question de déficit du personnel, pose le problème de planification et de politique d'anticipation sur les programmes de travail de cette structure hospitalière. Il convient donc de revoir les effectifs du personnel clinicien spécialisé en rapport avec les demandes des malades tenant compte à la croissance de la population en République du Congo. Or, cette structure a été construite en fonction des données démographiques datées de la naissance de cet hôpital avec cinq cent mille (500. 000) habitants dans les années 80. Mais, de nos jours, cette population augmente considérablement entrainant avec qu'elle une flambée des maladies résultant des mutations sociales.

Il ressort clairement comme annoncer ci-haut que, le problème se pose en termes d'effectif du personnel en fonction de l'évolution démographique. Devant cette situation, il n'est pas étonnant de constater qu'au niveau du Service des Urgences par exemple, qu'un agent hospitalier de santé (garçon ou fille de ménage) se convertisse sans aucune formation préalable en un infirmier au point même d'effectuer des prélèvements, de même un brancardier, faire d'office d'agent d'accueil, ...

De plus, la situation du 04 Mars en 2012 avec l'explosion d'armes de guerre du régiment blindé de Mpila, la bousculade résultant de l'hystérie collective des élèves du lycée NGANGA Edouard de Brazzaville en 2018, les tristes événements de la guerre civile du 05 Juin 1998, l'actuel situation pandémique liée au COVID- 19 … Ces événements montrent à

suffisance les imperfections du personnel soignant en termes d'effectif et en termes organisationnel. Ce qui explique le dysfonctionnement constaté au niveau des services de ce centre hospitalier de 3ème niveau. Cette situation appelle à la mobilisation de la solidarité des garde-malades et justifie de ce fait, leur présence massive dans cette structure hospitalière.
Devant le déficit du personnel soignant, les stagiaires qui viendraient en appui à ce personnel déficitaire, sont aussi confrontés aux problèmes de retard de paiement de bourse qui handicape leurs études et leur présence au poste de travail. En effet, la régularité de cette bourse est perçue comme le seul gage de motivation et de sureté au travail pour ces étudiants stagiaires. Cependant, lorsque cette bourse n'est pas assurée à temps réel, elle est source de démotivation qui naturellement se répercute au niveau de l'organisation du travail avec pour conséquence l'absentéisme répété au poste de travail qui génère l'envahissement du personnel soignant par la présence remarquable de ces garde-malades de plus en plus nombreux, surexcités et incontrôlés exerçant des vives pressions contre le personnel soignant en difficulté.

Cette enquête parvient à la conclusion suivante, le personnel soignant dans le cadre du travail s'expose à des pressions des garde-malades qui de par l'importance des effectifs, sont plus représentés que le personnel soignant. Cette pression est due à l'insatisfaction des malades et de leurs proches sur la qualité de l'offre des soins. Ce qui remet en cause la qualité des prestations de ce personnel et par voie de conséquence justifie bien cette présence massive des gardes-malade, solution idoine à toutes éventualités.

La remise en cause de la capacité de l'offre des soins instaure un climat de méfiance entre le malade assisté de son entourage relevant de son milieu social et le personnel soignant. Le tableau n°114 relatif à la représentation du personnel soignant sur la perception de la présence des garde-malades - Service de Psychiatrie, nous édifies davantage. En effet, dans ce tableau, la représentation du personnel soignant en termes des pressions subies par ces garde-malades dans le cadre du travail, l'enquête dénombre15 agents, soit un pourcentage de 100% qui sont de cet avis. Il en est de même du tableau n°112 relatif à la représentation du personnel soignant sur sa prise en charge par le C.H.U-B - Service de Psychiatrie. Ce tableau traitant des modalités de paiement de la bourse d'étude des étudiants en médecine et ceux des

écoles de formation professionnelle dont l'organisation relève des Ministères de tutelle, 15 enquêtés, soit 100% ne perçoivent au grand jamais cette bourse d'étude. Cette situation est la source de démotivation et créée par voie de conséquence un comportement de désintéressement au travail et conduit de facto à la désorganisation du travail.

Ce qui explique davantage la faiblesse des services de la structure hospitalière du C.H.U-B. Le tableau n°66 relatif à la représentation des malades sur leur nombre en consultation par service et sur la qualité de la prise en charge par le personnel soignant – Unité des Urgences Médicales Service des Urgences, en est une parfaite illustration. En effet, le nombre croissant des malades en consultation montre bien l'inorganisation des services de cette structure hospitalière avec un personnel soignant déficitaire, souvent débordé devant des attroupements des malades en consultation. Les campagnes de formation par vague du personnel soignant à l'étranger et les bourses locales initiés ces dernières années par les pouvoirs publics en République du Congo, contribuent dans la perspective de la mise en place d'une politique visant à combler cette difficulté liée au déficit du personnel.

Aussi, le tableau n°171 relatif à la représentation des malades sur leur gestion pendant la consultation – Service de Pédiatrie Nourrisson, a des implications sur cette question liée à la faiblesse des services de cette structure hospitalière à l'origine même du phénomène de garde-malade. Les statistiques de l'enquête en témoignent : aucune représentation des malades consultés très tôt. 05 malades, soit 08, 34%, sont consultés tard. 13 malades, soit 21, 66%, sont consultés très tard. 42 malades soit 70, 00%, sont consultés avec un grand retard.

Tableau n°172 relatif à la représentation des malades sur l'appréciation du niveau des prestations du personnel soignant - Service de Pédiatrie Nourrisson, s'inscrit dans la même perspective. L'enquête aboutie aux résultats suivants : 33 malades soit 55, 00% estiment que le niveau de prestation du personnel soignant est mauvais. 21 malades soit 35, 00% déclarent que le niveau des prestations du personnel soignant est assez bon. Par contre, à peine 06 malades soit 10, 00% qui considèrent que le niveau des prestations du personnel soignant est bon.

Bref, autant d'éléments illustrent cette difficulté de gestion des services observée au C.H.U.B, structure de santé publique de 3ème niveau.

La théorie d'Henri Fayol sur l'administration s'applique pour ce cas de figure.
L'applicabilité de cette théorie est une panacée pour cette structure hospitalière en situation difficile. En effet, le flux de ces garde-malades se justifie par la faiblesse de ces services, ventre mou de cette structure hospitalière occasionnant par la suite cette présence massive des garde-malades.

L'administration selon Fayol est un facteur déterminant qui assure le bon fonctionnement des services d'une structure. Sur ce, la rentabilité de la structure hospitalière du C.H.U-B dépend étroitement de la bonne organisation de ses services. Dans cette perspective, le problème du C.H.U se pose en termes de gestion administrative.

De plus, la réalité de terrain montre que des nombreuses contestations des malades et de leurs proches sur la qualité de prestation occasionnant le plus souvent un nombre croissant des décès résultant de la mauvaise gestion des services de cette structure hospitalière. A cet effet, l'expression courante *« C.H.U, tue »*justifie bien la faiblesse de ses services, occasionnant ainsi le flux des garde-malades qui s'explique aussi de par le poids de la culture bantoue.

V.1.2. Poids de la culture bantoue

Le poids de la culture bantoue constitue le deuxième facteur au centre de cette question de garde-malade après la faiblesse de gestion des services du C.H.U-B. En effet, le poids de la culture bantoue à une incidence majeure sur la présence massive des garde-malades dans cette structure hospitalière. Cette culture basée sur la solidarité s'exprimant à travers l'assistance relève de nos traditions qui voudraient que toute situation de maladie soit subordonnée par l'assistance des proches. En situation de maladie, la solidarité est la première forme d'assistance qui rassure et sécurise le patient dans sa guérison jusqu'à son

intégration sociale. Et la famille constitue le principal cercle d'assistance. Ainsi, ne pas être assisté, expose le malade à d'autres situations de santé qui peuvent compromettre sa vie. La solidarité apparait comme une nécessité pour la vie du malade. Le tableau n°108 relatif à la présentation des garde-malades par liens familiaux ou autres liens de rapprochement avec le malade – Unité des Urgences Médicales – Service des Urgences, justifie bien la nécessité du poids de la culture bantoue qui certes influe sur la guérison du malade, mais aussi contribue à la désorganisation du travail à cause de cette présence aussi remarquable et inquiétante.

Il ressort en effet de ce tableau que, les garde-malades rattachés à leurs malades par le lien de famille sont plus représentés. Ils sont donc au nombre de 57, soit un pourcentage de 95%. Cette représentation importante montre bien la place de la famille dans l'organisation de nos sociétés. En effet, la pratique sociale montre qu'en situation de maladie, la famille est le premier cercle d'assistance. Interviennent en deuxième lieu d'autres structures sociales qui se justifient selon la nature d'affinité. Ce qui justifie d'ailleurs, la sous représentation des liens comme : membre d'une communauté religieuse qui par exemple totalise dans le cadre de cette enquête un effectif de 02 garde-malades, soit un pourcentage de 03, 33%. Le lien membre d'une corporation professionnelle réunit 01 seul garde-malade, soit un pourcentage de 01, 66%.

Ces liens selon nos déterminants socio culturels sont moins forts que les liens de famille. La famille par ailleurs, est donc perçue comme la première structure sociale dans le cadre de l'organisation de la vie en société. Raison pour laquelle sa présence s'avère importante au près du malade. Non seulement cette présence se justifie par son assistance multiforme, mais sur tout cette présence contribue efficacement et selon ces mêmes déterminants socio culturels au rétablissement rapide du malade.

La présence de la famille, instrument de solidarité, est vécue dans l'imaginaire collective comme la première forme de prise en charge avant même la prise en en charge médicale. En d'autres termes, elle est plus englobant que l'englobé, c'est-à-dire la prise en charge médicale.

De même, le tableau n°109 relatif à la présentation des garde-malades par nécessité – Unité des Urgences Médicales – Service des Urgences, prend également en ligne de compte cette dimension de solidarité qui est ici un des aspects intéressant et explicatif du poids de la culture bantoue, deuxième facteur justifiant le phénomène de garde- malade. Les statistiques au sujet de cette question de solidarité, sont plus illustratives. 30 garde-malades sur 60, soit un pourcentage de 50, 00%, justifient leur présence auprès de leurs malades pour des raisons de solidarité. Cette représentation importante montre la place réelle de la solidarité à travers la famille comme symbole.

Aussi, les attroupements importants des garde-malades observés dans cette structure hospitalière dont la fréquence est importante aux premières heures de la matinée et les soirs, explique bien cette culture de la société bantoue en Afrique, en général, et en République du Congo, en particulier. Cette culture est le résultat de la socialisation qui transmet les valeurs d'amour, de partage, de générosité, ... en toute situation de maladie. Ainsi, les institutions sociales comme la famille, première institution sociale, l'école, l'église, la profession, … servent de relai dans le cadre de la ventilation de ces valeurs nécessaires qui expriment la solidarité dans la société.

Pour s'en convaincre davantage sur le rapport entre le poids culturel de la société bantoue et le fait social de garde-malade dont la représentation est importante au point de mettre en mal la gestion des services de cette structure hospitalière, les résultats de l'étude mettent en exergue le lien liant le malade à son environnement social. Ce qui montre ici, la nécessité du lien dans la représentation de la culture bantoue. Ce lien est donc perçu comme ce rapport d'affinité fondé sur la parenté qui lie un membre de la famille à un autre. La représentation sociale qu'on se fait du lien est que, la famille est considérée comme ce noyau autour duquel gravitent les membres de famille selon la spécificité du lien qui découle d'une histoire et d'une culture. Ainsi, Perçue de la sorte, le lien intègre les deux approches de la famille.

Une première approche biologique qui définit la famille comme cette structure sociale qui ne se limite qu'au père, la mère et les enfants. Une approche plus fermée de la famille qui reflète des sociétés de culture occidentale, où les membres de la famille, sont du premier dégrée.

La seconde approche est d'ordre sociologique. Elle ouvre la famille jusqu'à d'autres liens de la parenté : neveu, tante, oncle, … Cette approche reflète la réalité des sociétés de culture africaine, où la famille ne se limite pas qu'au père, la mère et le fils, mais elle s'ouvre à travers d'autres natures des liens qui constituent et expliquent l'institut famille.

Cependant, se trouvant dans une approche ou dans l'autre, ce qui lie un membre de famille à un autre, c'est le lien qui est ici perçue comme cette corde symbolique qui rattache un point à un autre.

Ainsi, les membres de la famille sont liés à travers divers liens qui s'expliquent par l'affinité de la famille. Celle-ci est comme perçue cet arbre autour duquel se greffent les branches et dont cet arbre supporte le poids ce ces branches. De ce fait, le père est lié par un lien de paternité avec son fils, la mère à son fils par le lien maternel, l'oncle à son neveu par le lien maternel ou paternel, …

Il se dégage une ramification des liens qui sous-tende l'action de la famille dont cette dynamique est nécessaire pour le malade en situation de maladie. La nature de ce lien met en exergue la solidarité lignagère et traditionnelle qui est d'un intérêt capital dans le dynamisme des rapports entre membres de famille. Ce lien contribue bien dans la prise en charge effective du malade. Aussi, les nombreux témoignages des malades guéris et même ceux du personnel soignant sur la nécessité de ces liens dans la famille, nous édifie davantage. A ce titre, *« Maman ZALA Jacqueline, malade de ce service, venue de Mikalou, quartier situé dans la zone Nord de Brazzaville, rencontrée de justesse à la sortie de son hospitalisation, ne nous cache pas ses sentiments de satisfaction sur le rôle combien louable joué par son entourage familial pendant son hospitalisation et, éventuellement qu'il continuerait à jouer à domicile pendant sa convalescence dans le cadre de sa réinsertion sociale dans son milieu d'origine. Je suis comblé de joie poursuit cette dernière de vite retrouver mon quartier Mikalou s'y chère, longtemps abandonné et éventuellement retrouvés mes siens longtemps perdus de vue. »*[45]

[45] - Activité : Entretien avec les malades pour se rendre à l'évidence de la nature des liens qui rapprochent le malade de son entourage. Le lien familial a un impact sur la guérison du malade et occupe une place de choix

De même, le Docteur Paul GANDOU, Médecin Psychiatre-Epileptologue, Chef de Service de Psychiatrie, abordé dans les mêmes circonstances, insiste sur la nécessité de l'influence des liens de famille dans le cadre d la gestion du malade dans une structure de cette spécificité comme celle de Psychiatrie en République du Congo. Cela s'avère important pour les malades dont la spécificité réside sur la violence physique et verbale. Ce Médecin exprime toute sa reconnaissance sur la nécessité de ces liens qui se constituent au tour de la famille à travers cette expression qu'il lâche de ses propres lèvres : *« Pas de Psychiatrie, sans la famille dans toute sa représentation sociale dont le lien est le symbole du cordon ambilocal rattachant un membre à un autre, traduisant ainsi l'expression de la solidarité comme mode de reconnaissance de l'assistance mutuelle dans la société. »*Le tableau n° 108 relatif à la représentation des garde-malades par liens familiaux ou autres liens de rapprochement avec le malade – Unité des Urgences Médicales Service des Urgences, justifie bien ce fait. Pour s'en convaincre, l'enquête dénombre 57 garde-malades, soit 95, 00% qui subordonnent leur assistance auprès de leurs malades par le lien de famille ou de la parenté. Ainsi, ces garde-malades sont en grande majorité des membres de famille. Cette représentativité aussi importante montre la nécessité sinon la place ou le poids du lien dans les rapports entre membres de famille dans la société.

Au nombre de ces liens tissés par les individus, le lien de famille de par sa représentation à travers cette enquête, est le lien le plus important. Cette importance s'explique par la place qu'occupe la famille dans l'organisation de la vie en société. La maladie étant un événement de par son appréciation, dépasse parfois l'entendement de l'homme sur certaines questions liées soit à son origine, soit aux voies de recours pour une éventuelle guérison. Ce qui nécessite une organisation sociale mise en place pour y parvenir. Celle-ci passe nécessairement par la famille, première forme d'organisation sociale la mieux indiquée qui s'adapte à certaines réalités sociales et sur tout du monde hospitalier.

De même, le tableau n°167 relatif à la représentation des garde-malades par liens familiaux ou autres liens de rapprochement avec le malade - Service de Pédiatrie Nourrisson, présente

---

parmi d'autres liens. Ce lien familial s'apprécie dans le cadre de raffermissement des rapports sociaux entre membres de la famille ; Service de Psychiatrie du C.H.U-B, le 09 Janvier 2020.

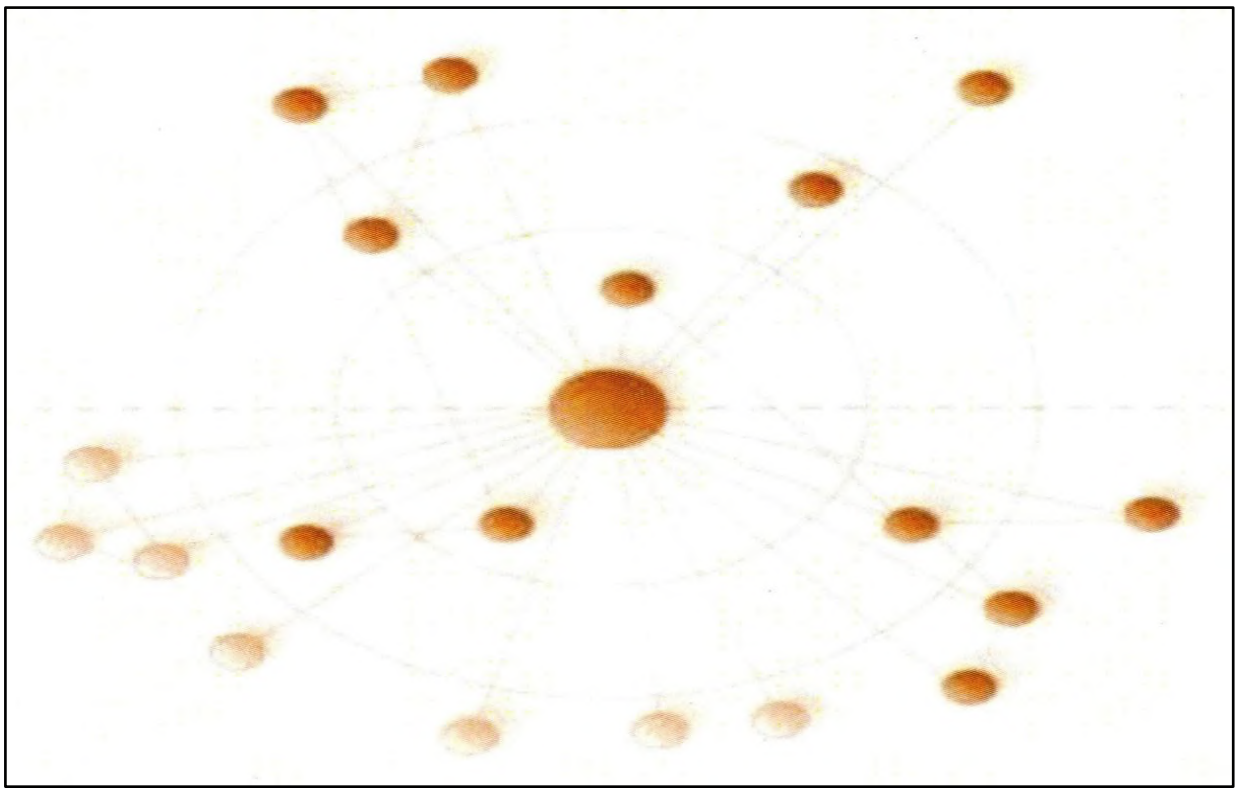
également les mêmes résultats. Soit un effectif total de 57 garde-malades avec un pourcentage de 95, 00%, subordonnent leur assistance auprès de leurs malades par le lien de famille ou de la parenté.

Le tableau n° 187 relatif à la représentation des garde-malades par liens familiaux ou autres liens de rapprochement avec le malade - Service de Psychiatrie, s'inscrit également dans la même perspective. Dans ce tableau, les statistiques sont plus importantes et conséquentes qu'au niveau d'autres services cliniques enquêtés. On enregistre à cet effet, un effectif total de 59 garde-malades avec un pourcentage de 98, 33% qui subordonnent leur assistance auprès de leurs malades par ce lien de famille.
Aussi, la nécessité de ce lien de famille liant le malade de son milieu social, s'appuie sur la nécessite de la présence du garde-malade qui s'explique pour deux principales raisons : l'absence du garde-malade attitré avec une représentativité de 30 garde-malades, soit un pourcentage 50, %, voir à cet effet le tableau n°109 relatif à la nécessité des garde-malades – Unité des Urgences Médicales Service des Urgences, le tableau n°168 relatif à la nécessité des garde-malades - Service de Pédiatrie Nourrisson, le tableau n°188 relatif à la nécessité des garde-malades -Service de Psychiatrie.

L'ampleur de ces statistiques montrent bien la place prépondérante du lien qui est une dimension importante dans la culture bantoue, facteur déterminant la présence de ces garde-malades. Aussi de par ce lien, la famille est perçue comme un agent vecteur dans la transmission intergénérationnelle de la culture bantoue, facteur à l'origine du phénomène de garde-malade.

La figure qui suit après, nous montre sur les ramifications de ces liens et leurs répercutions sur la vie du malade. En occurrence, le lien de famille serait le mieux vue pour répondre aux besoins du malade. Ce lien comme annoncé dans nos précédents développements, fait partie de la culture bantoue, la cause même de cette présence massive des garde-malades dans la structure hospitalière du C.H.U-B.

Figure n° 14 relative à la représentation du lien de famille.



Cette figure montre la représentation du lien de famille et sa répercussion sur la vie du malade en situation de maladie. Ce qui témoigne d'un niveau important de solidarité entre le malade et son assistance qui s'exprime à travers le lien de famille.
Les différentes rondelles en couleur orange nous renseignent sur les membres de famille liés les uns aux autres. Les trais liant les rondelles aux autres, représentent les liens et le degré de parenté. Par contre, la grosse rondelle située au centre des autres, représente le malade en interaction avec les autres membres de famille qui jouent le rôle d'assistance.
Source : Stéphane DELBERGHE D'ATANOR et Michel TELLE, « les familles comme partenaires de soins en santé mentale », Guide Pratique à l'usage du personnel soignant (p.9)

Aussi, l'incidence de la culture bantoue dans le phénomène de garde-malade, s'explique également à travers d'autres réalités sociales épinglées dans cette enquête. Nous citons à cet effet, l'aspect lié à la perception de la présence des garde-malades. Cette perception exprime la solidarité du garde-malade pour son proche malade. Le tableau n°109 relatif à la représentation des malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital et le tableau n°188 relatif à la perception de la présence du garde-malade - Service de Psychiatrie. Les résultats de l'enquête montrent que bon nombre des garde-malades justifient leur présence au chevet

de leurs proches malades par la solidarité. Ce qui justifie l'importance de ces statistiques, soit 59 garde-malades et un pourcentage de 98, 34%.

Ces statistiques montrent la place de la solidarité, principale motivation justifiant la présence du garde-malade auprès de son malade. Ce qui revient à dire qu'on n'assiste pas le malade par enthousiasme ou mimétisme mais pour des raisons de solidarité qui reposent sur les liens de famille. Ces liens sont donc une identité culturelle qui définit le bantoue, qui se reconnait et s'affirme dans cette identité. Ainsi, la non-assistance du malade par l'entourage familial est mal perçue dans la société bantoue. Car, l'individualisme ne relève pas de la culture bantoue.

En effet, si pour les sociétés dites modernes, les malades sont prises en charge par des structures sociales appropriées (couverture médicale assurée par la sécurité sociale, la société française par exemple) en limitant l'assistance familiale, cela s'explique par le niveau d'organisation des structures de santé de ces dites sociétés. Dans ces sociétés, l'assistance familiale auprès du malade n'intervient que pour des opérations du genre : paiement des prescriptions médicales, l'avis de la famille sur certains aspects importants, etc.…

La solidarité, véritable repère culturel dans les sociétés dites « primitives », la société bantoue en occurrence, cette réalité sociale s'observe au niveau du service de l'Unité de des Urgences Médicales dont la représentativité des garde-malades connait des proportions importantes : 67 garde-malades, soit 65, 00%. Le tableau n°67 relatif à la représentation des malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital et de la perception par le malade de la présence du garde-malade – Unité des Urgences Médicales Service des Urgences. Ces exemples de par l'importance de leurs statistiques, montrent la place importante de la solidarité comme une valeur ajoutée à la culture bantoue.

Cette solidarité, une identité culturelle de la société bantoue se renforce davantage avec les conditions de travail du personnel évoluant dans cette structure hospitalière. En effet, les conditions de travail de ce personnel ne rassurent pas la qualité des prestations attendue par

les malades. Ce qui suscite plus de solidarité de ces garde-malades qui viennent en appui non seulement de leurs proches malades, mais aussi du personnel soignant dans la perspective d'une prise en charge plus globale de ces malades. Le tableau n° 69 relatif à la représentation du personnel clinicien sur les conditions de travail- Unité des Urgences Médicales Service des Urgences. Il en ressort que, ce personnel ne bénéficie pas d'un bon cadre de travail. 13 agents de ce personnel soit 86, 00% en témoignent.

A ces conditions de travail précaires, s'ajoutent le déficit du personnel comme évoqué ci-haut : 10 agents soit 66, 00%, s'inscrivent dans la même perspective. Face à ce déficit, la solidarité, gage d'une bonne prise en charge, devient une nécessité.

Ce déficit du personnel couplé au prolongement des heures de travail, ne jouent pas en faveur des conditions de productivité attendue de la structure-employeur. En effet, au-delà des heures réglementaires de travail, le travail connait un ralentissement avec des conséquences aussi graves au niveau de la productivité. Les statistiques enregistrées au cours de cette enquête montrent que le personnel travaille même au-delà des heures réglementaires. 12 agents soit 80, 00%, en témoignent.

Tout compte fait, la précarité des conditions de travail de ce personnel, son déficit et le prolongement des heures de travail, sont autant des faits accablants qui constituent le réquisitoire de ces nombreux malades de cette structure hospitalière qui ne rassurent plus ses malades dans le cadre d'une bonne prise en charge. Ce qui suscite plus de solidarité de ces garde-malades. L'on conviendrait que ces conditions environnant le malade dans le cadre de sa prise en charge sous-tendent cette solidarité, un des facteurs générateurs de cette présence de garde-malade.

Aussi, le poids de la culture bantoue au centre de cette problématique de garde-malade cadre bien avec la théorie de la solidarité mécanique développée par Emile Durkheim dans *« la division du travail social.»* En effet, Durkheim à travers sa théorie montre l'importance de la cohésion sociale, comme catalyseur des rapports sociaux. Pour l'auteur, la solidarité véhicule les valeurs de construction dans une société en pleine rupture sociale caractérisée

par ce qu'on appellerait *« la distanciation sociale*» avec la forte probabilité de faire un glissement dans une société où règne l'individualisme comme repère. Seule donc la solidarité peut remédier à cette situation de rupture sociale.

La solidarité est donc perçue comme cet instrument qui renforce les rapports sociaux. L'homme a besoin de cette solidarité pour sa vie sociale. Ainsi, la situation de maladie nécessite une assistance conséquente des membres de la famille où chacun joue sa partition en vue de contribuer à la gestion du malade, voire sa guérison. C'est donc à travers le rôle que joue chaque acteur social impliqué dans cette gestion du malade en milieu hospitalier qu'on parvient à apprécier le niveau d'affinité traduisant cette solidarité qui lie le malade à son milieu social. Par voie de conséquence, la guérison du malade est l'œuvre de l'implication totale de tous ces acteurs sociaux, c'est-à-dire le personnel soignant qui assure la prise en charge médicale et la famille à travers le garde-malade qui accompagne cette prise en charge dans son effectivité.

Enfin, la réalité de terrain nous édifie davantage sur la nécessité de la solidarité familiale surtout quand on sait que la qualité de prise en charge qu'offre cette structure hospitalière à ses malades, ne rassure plus. Ce qui fait que chaque parent redouble de vigilance pour son malade. Ainsi, l'envahissement du Service des Urgences par exemple par les garde-malades aux premières heures de la matinée et les soirs, témoigne du niveau d'affinité de ces garde-malades avec leurs proches en situation de maladie. Cette affinité qui est une marque de confiance et de reconnaissance s'explique à travers le rôle diversifié que joue le garde-malade qui accomplie un *« travail de domestique de santé »*[46]. Par-là, Gresson GENEVIEVE. établie un lien de comparaison entre le garde-malade de par son rôle et le domestique, personne physique en charge d'organisation du ménage à travers son rôle également. Il en ressort que les deux acteurs accomplissent le même rôle. Ils jouent un rôle important tout en demeurant des héros dans l'ombre.

[46] - Gresson GENEVIEVE., 1995, *Le travail domestique de santé. Analyse sociologique,* Paris, L'Harmattan.

V.2. EFFETS RESULTANT DE LA PRESENCE DE GARDE-MALADE EN MILIEU HOSPITALIER

La présence de garde-malade en milieu hospitalier a aussi bien des avantages que des inconvénients.

V.2.1. Positivité de la présence de garde malade au C.H.U.B.

Ces avantages s'analysent autour de deux principaux acteurs sociaux impliqués dans la gestion du malade en milieu hospitalier, à savoir :

- **l'assistance du garde-malade auprès du personnel soignant dans le cadre de la prise en charge médicale du malade.**

Cette assistance s'explique à travers le rôle diversifié du garde-malade. Il est donc la personne physique ressource qui facilite le travail du personnel soignant dans le cadre de la prise en charge médicale du malade. Le garde-malade joue donc le rôle d'informateur dans le cadre des rapports entre personnel soignant et le malade. En effet, une bonne gestion informationnelle au sujet de l'historique de la maladie ou de la vie du patient par exemple, peut contribuer efficacement à sauver la vie de ce dernier. Pour se faire, le garde-malade doit bien communiquer avec le personnel soignant en lui donnant toutes les informations nécessaires qui peuvent aider le corps soignant à bien faire son travail. Par contre, toute attitude du garde-malade tendant à l'abstention ou du refus dans le cadre des échanges des informations jugées indispensables qui peuvent contribuer à une prise en charge plus globale de nature à sauver la vie du malade, est préjudiciable et peut compromettre à la vie du malade.

A ce premier rôle s'ajoute un deuxième, celui de la connaissance préalable du milieu physique de l'espace hospitalier et de ses principaux acteurs qui l'anime en occurrence le personnel soignant. Ce qui faciliterait le contact avec ce personnel et assouplirait davantage les rapports entre les deux (02) acteurs majeurs, le garde-malade et le personnel soignant au bénéfice des bons et loyaux services pour une bonne prise en charge et effective du malade. En effet, la réalité de terrain en se servant de notre grille d'observation jointe en annexe montre que, le taux de mortalité élevé observé au niveau de cette structure hospitalière

s'expliquerait en première ligne par le manque de maitrise du milieu physique de l'espace hospitalier et de ces principaux animateurs, en occurrence le personnel soignant. Il ressort que, beaucoup des malades passent plus du temps et finissent d'ailleurs par succomber au Service des Urgences, service en charge d'accueillir et d'orienter les malades. A la une de cette situation inattendue, mettant généralement des nombreuses familles en difficulté, la personne ressource en charge d'accompagner le malade à l'hôpital, c'est-à-dire le garde-malade, n'a pas souvent la maitrise effective du cadre physique de ce milieu hospitalier et de ses principaux animateurs. Ce qui fait que le garde-malade se per, s'isole et ne communique plus avec l'univers hospitalier. Ce qui naturellement n'arrange pas la situation du malade qui n'attend que de son entourage familial par l'entremise du garde-malade. Tel est le *la situation d'un malade souffrant des complications urinaires qui a passé plus du temps au Service des Urgences qui, par la suite était décédé de sa maladie alors que sa situation serait vite examinée en Urologie, service spécialisé.*[47]

Notons que le dynamisme du garde-malade contribue à une bonne prise en charge du malade. Cette mobilité est déterminante. Elle met en relation le personnel soignant et le garde-malade. A titre d'exemple, au Service des Urgences, l'état avec lequel certains malades sont reçus exige du garde-malade d'être dynamique. Pour se faire, il doit impérativement répondre aux demandes du personnel soignant pour sauver la vie du malade.

- **la nécessité de l'assistance du garde-malade auprès de son malade pour une bonne prise en charge.**

Le garde-malade est exclusivement au service du malade. Il fait un *« travail de domestique »* : lave, apporte à manger, de l'eau pour des besoins du malade, ses courses, ...

- **la nécessité du garde-malade auprès des parents.**

Le garde-malade est l'interlocuteur entre le malade et son entourage. En effet, tout transite par le garde-malade.

[47] - Activité d'observation, Unité Chirurgicale - Service des Urgences, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.

V.2.2. Négativité de la présence de garde malade au C .H.U.B.

Hormis les atouts relevés ci-haut sur la présence du garde-malade en milieu hospitalier, il faut noter que cette présence a des incidences négatives sur la prise en charge médicale des malades. Parmi les incidences négatives de cette grande mobilisation des membres de la famille autour du malade, il y a lieu de noter que cette grande mobilisation laisse l'hôpital dans un état d'insalubrité très avancé, l'encombrement, etc. Cette mobilisation qui appelle à une présence massive des membres de la famille, encombre et empêche le personnel soignant d'accomplir leurs prestations. Cette situation s'observe au niveau des services cliniques visités lors de cette enquête, beaucoup plus au Service des Urgences où les garde-malades s'entassent en grand nombre au point de transformer le milieu en une veillée mortuaire.

A ce sujet, l'entretien réalisé avec le Docteur MBETE, Médecin Généraliste rencontré aux Urgences Médicales en date du 06 Novembre 2019 nous édifie davantage. En effet, ce Médecin au cours de cet entretien nous rapporte que, *«les garde-malades ont un aspect positif. Ils renseignent le personnel soignant sur l'historique de la maladie. Mais, leur côté négatif, c'est l'insalubrité, c'est-à-dire, ils viennent avec tous leurs effets qui encombrent la salle d'hospitalisation. Là où j'ai étudié en Afrique de l'Ouest, il n'y a pas des garde-malades. Tout dépend donc de l'organisation de la structure hospitalière. Plus que la structure est organisée, mieux qu'il y a un personnel décentralisé et adapté à certaines réalités sociales de l'environnement hospitalier afin de mieux répondre aux besoins des malades. » (P.197)*

Cette approche nous met devant une autre réalité, celle de comprendre que la structure hospitalière n'a pas forcément besoin du garde-malade familial bien qu'il demeure un atout majeur dans le cadre de la prise en charge du malade, mais d'un garde-malade attitré qui répondrait mieux aux attentes à la fois du malade et du personnel soignant dans l'univers hospitalier. Cette réalité a déjà fait ses preuves dans les sociétés dites développées où le garde-malade attitré fait tout en lieu et place du garde-malade familial. Tout dépend étroitement comme l'affirme le Docteur MBETE, *« de l'organisation de l'hôpital. »*

Cette situation appelle une fois de plus à la bonne application de la théorie défendue par Henri Fayol sur l'administration. Celle-ci en rappel, met en exergue la nécessité de la bonne application du principe cardinal, celui de *« l'administration »*, l'unique moyen qui accompagnerait mieux la structure dans une réalisation plus complète en intégrant les demandes de son personnel et de ses malades. Le Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) fait donc partie de cette catégorie des hôpitaux. Cette situation nous amène donc dans les lignes qui suivent de faire quelques suggestions qui mettraient le garde-malade dans une situation d'utilité et non de rejet tel que développée dans cette partie.

V.3. SUGGESTIONS SUR LA RESOLUTION DU PHENOMENE DE GARDE MALADE AU NIVEAU DE LA STRUCTURE HOSPITALIERE DU C.H.U.B.

Ces suggestions s'analysent autour du statut controversé du garde-malade, accepté comme rejeté selon le niveau de vie social de chaque hôpital dans une société. Cependant, se trouvant dans une société comme dans l'autre, le garde-malade familial comme le garde-malade attitré, trouvent bien leur place dans le fonctionnement d'une structure hospitalière telle que le Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. En effet, tenant compte des problèmes liés à l'intégration du garde-malade et d'autres catégories socio professionnelles impliquées dans la gestion du malade, il faut mettre en place un cadre qui prendrait en ligne de compte la présence du garde-malade comme un partenaire dans la gestion du malade.

Cette approche pourrait contribuer dans le cadre de la sécurisation des rapports de travail entre garde-malade et personnel soignant. Par contre, d'une part, le rejet et la stigmatisation du garde-malade en milieu hospitalier, n'arrange pas la situation du malade qui se trouverait en rupture avec son milieu social auquel il s'habitue plus et s'adapte mieux ; et d'autre part, ce rejet de cet acteur majeur, le garde-malade, n'arrange pas également la situation du personnel soignant qui, se prive de son assistance dans le cadre ses prestations. En effet, il ressort de terrain que, certaines difficultés de travail observées en milieu hospitalier, s'explique par l'absence de ce cadre juridique qui réglementerait les rapports de travail entre ces deux (02) acteurs majeurs impliqués au premier plan dans la gestion du malade. A cet effet, il n'est pas étonnant de constater avec amertume que, pendant les visites générales, les garde-malades soient expulsés de façon brutale des salles d'hospitalisation de leurs malades et être rappelés à la fin de ces visites. Cette situation cadre bien avec ce témoignage rendu

par certains garde-malades que nous avons abordé lors de nos activités d'observation dans le cadre de cette enquête de terrain: *« on nous chasse comme des moutons, il (personnel soignant) veule encore de nous en même temps. Nous sommes fatigués. Si c'est ainsi, il (personnel soignant) n'a qu'à se débrouiller seul avec leurs malades. Que personne d'entre nous ne lui vole encore au secoure. Quelle humiliation alors que c'est nous qui faisons tout pour nos malades. Ça ne va pas continuer ainsi ! On n'a marre ! ... »*[48]

Ce témoignage accablant montre bien l'absence du dialogue entre ces deux acteurs majeurs, impliqués dans la gestion du malade. Cette absence de dialogue résultant d'un cadre juridique définissant les attributions de chaque acteur dans le cadre de leur rapport de travail, impacterait négativement l'organisation du travail dans le milieu hospitalier. Ainsi, la délimitation des attributions de ces deux acteurs (garde-malade et personnel soignant), harmoniserait davantage ces rapports de travail entre les deux acteurs et contribuerait efficacement dans la prise en charge effective du malade. Ce qui rejoint cet adage africain qui dit que, *« deux valent mieux qu'un ... »*

Cette réalité de terrain, intègre bien l'approche qui vise la prise en compte de nos réalités socio culturelles dans le cadre de la prise en charge médicale du malade.

Ainsi, la prise en compte de l'aspect culturel contribuerait davantage pour assurer une bonne prise en charge du malade dans l'univers hospitalier. En effet, la guérison du malade dans cet univers hospitalier et particulièrement dans le contexte des sociétés sous développées, implique bien entendu le recours à d'autres paramètres socioculturels qui rassurerait cette guérison. A cet effet, le malade par exemple doit s'entourer de ses proches. La présence de ces proches met le malade dans une situation où il se sentirait plus proche de son environnement social. Cette présence traduirait la solidarité qui s'exprime à travers l'assistance sur toute sa forme (matérielle, morale, ...).

[48] -Activité d'observation : Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

De plus, les effets ou bagages apportés par ces garde-malades dans les salles d'hospitalisation qui sont malheureusement rejetés par le personnel soignant de concert avec les agents hospitaliers de santé au motif que ces effets seraient encombrant et léseraient l'environnement hospitalier dans un état de salubrité très avancé, cette attitude priverait ces milliers de ces garde-malades de leurs considérations sociales. En effet, dans ces bagages, il y a aussi de *« gri - gri »*, sorte de fétiche doté d'un pouvoir de guérison sur le malade auquel recourent ces garde-malades en vu d'accompagner le personnel soignant dans le but de soulager leurs malades en souffrance. A ce sujet, il faut noter que, étudiant le phénomène de garde-malade au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville qui naturellement aurait des implications majeures sur la guérison du malade, les croyances ont un pouvoir sur la guérison du malade. C'est pourquoi, ces bagages des garde-malades jugés d'encombrant et d'envahissant par le personnel soignant, contribuent efficacement à la guérison du malade. Ainsi, la réalité de terrain montre que, beaucoup de ces garde-malades s'encombrer de leurs nombreux bagages dans les salles d'hospitalisation. Dans ces bagages, on pouvait observer : peaux d'animaux, statuette, raphia, écorce d'arbre, pierre précieuse, chapelet de prière, bougies, bible, bidon d'eau bénite, flacons remplis de portion des médicaments en poussière, tissus rouge, natte, …L'intérêt accorder par les garde-malades à tous ces objets justifie la raison d'être de ces bagages à leur coté. Cette réalité sociale intègre bien les sociétés primitives où dominent encore les croyances ayant un pouvoir sur la guérison du malade. C'est pour dire, ces bagages qui constituent le patrimoine de l'homme l'accompagnent dans son intégration au niveau de toutes les sphères de la vie sociale. Cette pratique sociale traduit le niveau de culture d'un peuple qui voudrait que, le malade soit assisté et cette assistance soit plus représentative tant par les hommes que sur certain pouvoir. Le personnel soignant doit donc y tenir compte dans le cadre de ses prestations.

Le décryptage de ce phénomène de garde-malade au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, nous amène droit à la présentation et l'analyse des résultats qui font l'objet du chapitre VI. Ce chapitre se consacre donc aux résultats auxquels nous sommes parvenus après enquête.

CHAPITRE VI : PRESENTATATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE

Dans ce chapitre consacré à la présentation et à l'analyse des résultats, pour la clarté de la présentation, nous allons faire cette présentation service par service. Ensuite, nous allons analyser les résultats obtenus sur terrain**.**

VI.1. Services des Urgences (S.U)

Population cible concernée par l'enquête : Garde-malade, malade et personnel soignant.

VI.1.1. Garde-malades de l'Unité des Urgences Médicales

Le Service des Urgences compte trois (03) unités de soins : l'Unités des Urgences Médicales (U.U.M), l'Unité des Urgences Chirurgicales (U.U.C) et le Déchoquage (Mini réanimation).

VI.1.1.1. Unité des Urgences Médicales (U.U.M) du Service des Urgences

L'enquête se déroule dans l'enceinte de l'Unité des Urgences Médicales au Service des Urgences du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Un (01) mois durant, du 13 Octobre au 14 Novembre 2019, c'est le temps consacré à cette enquête. Echantillon représentatif, soixante (60) gardes-malade, soixante (60) malades et quinze (15) agents constituant le personnel soignant. Cette enquête présente les résultats suivants :

Tableau n°109 relatif à la présentation des garde-malades par liens familiaux ou autres liens de rapprochement avec le malade – Unité des Urgences Médicales.

Lien familial	Effectif	Pourcentage
Membre de famille	57	95%
Membre d'une communauté religieuse	02	03,33%
Membre d'une corporation professionnelle	01	01,66%
Membre d'une association	00	00%
Amis et connaissances	00	00%
Total	60	100%

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Médicales - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Il ressort de ce tableau que les garde-malades rattachés à leurs malades par le lien de famille sont plus représentés. Ils sont donc au nombre de 57, soit un pourcentage de 95%. Cette représentation aussi importante montre bien la place de la famille dans l'organisation de nos sociétés. En effet, la pratique sociale montre qu'en situation de maladie, la famille est le premier cercle d'assistance. Viennent en deuxième position d'autres structures sociales qui se justifient selon la nature d'affinité. Ce qui justifie la sous représentation des liens comme : membre d'une communauté religieuse qui totalise un effectif de 02 garde-malades, soit un pourcentage de 03, 33%. Le lien membre d'une corporation professionnelle réunit 01 seul garde-malade, soit un pourcentage de 01, 66%.

Ces liens selon nos déterminants socio culturels sont moins forts que les liens de famille. La famille est donc perçue comme la première structure sociale dans le cadre de l'organisation de la vie en société. Raison pour laquelle la nécessité de la présence de la famille s'avère importante au près du malade. Non seulement cette présence se justifie par son assistance multiforme, mais sur tout cette présence contribue efficacement et selon les mêmes déterminants socio culturels au rétablissement rapide du malade.

La présence de la famille est vécue dans l'imaginaire collective comme la première forme de prise en charge avant la prise en en charge médicale. Notons cependant que, l'enquête n'enregistre aucune représentation sur les liens de nature membre d'une association, amis et connaissances. Le non représentation de ces deux catégories des liens s'explique par le fait que ces liens n'ont pas d'influence conséquente sur la guérison du malade. Ce qui montre que, ces types de liens ont moins de place dans l'organisation de la vie sociale.

Le tableau ci-dessous porte sur la présentation des garde-malades par nécessité.

Tableau n°110 relatif à la présentation des garde-malades par nécessité – Unité des Urgences Médicales

Nécessité	Effectif	Pourcentage
Inexistence des garde-malades attitrés au C.H.U-B	30	50%
Insuffisance des gardes-malade attitrés	00	00%
Gardes-malade (familiaux) comme adjuvant du personnel de C.H.U-B	00	00%
Garde-malades familiaux comme expression de la solidarité	30	50%
Présence du garde-malade autorisée par un texte juridique	00	00%

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Médicales - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les garde-malades attitrés ont une représentativité importante. Soit 30 garde-malades et un pourcentage de 50, 00%.Cette représentation importance montre non seulement le manque de cette catégorie socioprofessionnelle dans l'organisation de la structure hospitalière du C.H.U-B, mais aussi le besoin réel sur cette catégorie dans cet univers hospitalier. Le garde-malade familial comme l'expression de la solidarité représente de 30 et un pourcentage de 50, 00%, cette représentation aussi importante montre la place réelle de la famille à travers cet acteur qui exprime la solidarité.

Cependant, l'enquête n'enregistre aucune représentation pour les catégories comme : insuffisance des garde-malades attitrés et garde-malades (familiaux) comme adjurant du personnel du C.H.U-B. Ce qui montre que ces catégories ne sont pas trop nécessaires.

Le tableau qui suit porte sur la présentation des conditions dans lesquelles ces garde-malades assurent leur rôle.

Tableau n°111 relatif à la présentation du garde-malade sur les conditions dans lesquelles il assure ce rôle – Unité des Urgences Médicales.

présentation des conditions dans lesquelles les gardes-malade assurent leur rôle au C.H.U-B.	Effectifs			Pourcentage		
	Mauvaises conditions	Bonnes conditions	Assez bonnes conditions			
	58	00	02	96,66%	00%	03,33%
Total	58	00	02	96,66%	00%	03,33%

Source : *Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Médicales du C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.*

Ce tableau montre que 58 garde-malades, soit un pourcentage de 96, 66% assurent le rôle de garde-malade dans des mauvaises conditions. Cette représentation importante s'explique par l'état actuel de l'environnement de cette structure hospitalière. Le garde-malade, acteur majeur dans la gestion du malade, s'expose aux infections nosocomiales (froid, chaleur, moustique, ...). A côté de cette grande représentativité, on note 02 garde-malades soit un pourcentage de 03, 33% assument ce rôle dans des conditions assez bonnes.

Il ressort dans l'ensemble que, le garde-malade dont le rôle contribue à la gestion du malade, est l'ombre de lui-même. A ce sujet, le Service de Psychiatrie par exemple, offre à ces garde-malades un cadre non adapté pour assumer un tel rôle. Dans ce service, tout prête à croire qu'on se trouverait dans une structure carcérale.

Après la présentation des résultats des garde-malades, dans les lignes qui suivent nous présentons ceux des malades au niveau de l'Urgence Médicales.

VI.1.2. Les malades de l'Unité des Urgences Médicales - Service des Urgences - C.H.U-B

Comme annoncé ci-haut, cette problématique de garde-malade s'analyse et se comprend dans la relation malade, garde-malade et personnel soignant. C'est ce qui justifie bien la place du malade dans cette enquête dont l'analyse des résultats figure dans les tableaux ci-dessous.

Tableau n°112 relatif à la présentation des malades sur leur gestion pendant la consultation – Unité des Urgences Médicales.

Appréciation par les malades sur le temps de consultation	Effectif	Pourcentage
Très tôt	12	20%
Tard	36	60%
Très tard	12	20%
Total	60	1000%

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Ce tableau nous montre les résultats suivants : les malades consultés très tôt sont au nombre de 12, soit un pourcentage de 20%. 12 sont consultés très tard avec le même pourcentage de 20%. Par contre, 36 malades, soit un pourcentage de 60%, sont consultés tard. Cette

représentation est importante. Elle s'explique par les mauvaises conditions de travail de cette structure hospitalière dont le déficit criard en personnel soignant est l'une des difficultés qu'accuse cette structure hospitalière.

Nous abordons par la suite les résultats relatifs à l'appréciation des malades sur le niveau des prestations du personnel soignant de cette unité des soins.

Tableau n°113 relatif à la présentation des malades sur l'appréciation du niveau des prestations du personnel soignant – Unité des Urgences Médicales.

Appréciation des malades sur la qualité des prestations du personnel soignant	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	34	56, 66%
Assez bonne	14	23, 33 %
Bonne	12	20 %
Total	60	100%

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Dans ce tableau, 34 malades soit un pourcentage de 56, 66 % sont d'avis que le niveau des soins dont ils bénéficient du personnel soignant est mauvais. Cette représentation importante reflète le niveau d'organisation actuel de cette structure hospitalière qui ne rassure plus ses malades. Dans cette unité des soins, mobilité, courage, gestion de l'information, connaissance physique du milieu hospitalier et de ses acteurs, … sont autant d'atouts nécessaires et attendus du garde-malade dans la gestion du malade. Par contre 14 malades, soit un pourcentage de 23, 33% sont d'avis que la qualité des soins qu'ils bénéficient, est assez bonne. 12 malades, soit un pourcentage de 20% sont d'avis que cette qualité des soins est bonne.

La sous représentation de l'opinion exprimé parles deux dernières catégories des malades rejoins la première idée, celle du niveau de l'état actuel d'organisation de cette structure en situation de difficulté sur la capacité de l'offre au regard des attentes des malades. Devant l'insatisfaction de ces malades quant à la qualité des soins, le recoure à la solidarité mobilisant ainsi la chaine familiale, demeure la solution idoine au rétablissement du malade.

Nous abordons par la suite le tableau relatif à la présentation des malades par nombre et par service pendant la consultation.

Tableau n°114 relatif à la présentation des malades sur leur nombre en consultation et par service – Unité des Urgences Médicales.

Nombre de malades en consultation et par service	Effectif	Pourcentage
Pas des malades en consultation par service	02	3,33%
Quelques malades en consultation	20	33,33%
Beaucoup des malades en consultation	38	63,33%
Total	60	100%

Source : *Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.*

L'interprétation des statistiques qu'affiche ce tableau nous amène à déduire qu'il y a beaucoup des malades en consultation dans cette unité des soins. Soit un effectif total de 38. Ce qui représente un pourcentage de 63, 33 % malades. L'importance de ces statistiques montre bien qu'il se pose un problème au niveau du fonctionnement de cette structure hospitalière. De même, l'enquête relève qu'il n'y pas des malades en consultation par service. Soit un effectif total de 02 malades avec un pourcentage de 33, 33%. 20 malades, soit un pourcentage de 33, 33%, quelques malades en consultation et par service.

Le tableau qui suit porte sur la représentation des malades sur la qualité de la prise en charge du personnel.

Tableau n°115 relatif à la représentation des malades sur la qualité de la prise en charge par le personnel soignant – Unité des Urgences Médicales.

Appréciations des malades sur la qualité de la prise en charge du personnel par ce personnel.	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	22	36,66%
Assez bonne	17	28,33%
Bonne	21	35%
Total	60	100%

Source :Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

L'enquête parvient aux résultats suivants : 22 malades soit 36% sont d'avis que la prise en charge du personnel soignant de la structure hospitalière du C.H.U-B est mauvaise. Cette représentation importante reflète bien comme annoncer dans les tableaux précédents de la mauvaise organisation de cette structure hospitalière. L'approche sur le disfonctionnement des services relevant de cette structure hospitalière se confirme à travers cette enquête. Par contre, 17 malades sont d'avis que la prise en charge du personnel de cette structure de santé publique, est assez bonne. 21 malades, soit 35% pensent que cette prise en charge est bonne.

S'ensuit le tableau relatif à la représentation des malades sur l'état de l'environnement de cette structure hospitalière.

Tableau n°116 relatif à la représentation des malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital – Unité des Urgences Médicales.

Appréciation des malades sur l'environnement hospitalier	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	50	83,33%
Assez bonne	07	11,66%
Bonne	03	05%
Total	60	100%

Source : Données recueillies sur le terrain Unité d'Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

50 malades, soit un pourcentage de 83, 33%, sont d'avis que la qualité de l'environnement de l'hôpital est mauvaise. Cette représentation aussi importante réitère bien l'approche sur la mauvaise organisation de cette structure dont la conséquence est son dysfonctionnement des services de cette structure hospitalière. Par contre, 07malades, soit 11, 66% pensent que cet environnement est assez bon. 03 malades soit 05% pensent que cet environnement hospitalier est bon. La sous représentation de ces deux dernières catégories des malades renforcent cette première approche, laquelle met en évidence l'inorganisation de cette structure de 3ème niveau.

La figure ci-dessous nous renseigne davantage sur la qualité de l'environnement de cet hôpital.

***Figure n°15 relative à la présentation de l'état de l'environnement de l'hôpital du C*.H.U – B**



Cette image renseigne davantage sur la qualité de l'environnement de cette structure de santé du niveau 3.
Méthode de collecte des données : observation participante sur l'état de l'environnement du C.H.U-B, le 16/12/2019.
Source : Fichier de l'auteur de la thèse.

Après la présentation du tableau relatif à l'environnement de la structure du C.H.U-B, le tableau qui suit par la suite porte sur la représentation des malades sur la présence du garde-malade.

Tableau n°117 relatif à la représentation des malades sur la présence du garde-malade - Unité des Urgences Médicales.

Justifications sur la présence du garde-malade	Effectif	Pourcentage
Méfiance du malade sur les prestations du personnel	21	35%
Expression de la solidarité	39	65%
Total	60	100%

Source : Données recueillies sur le terrain Unité d'Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

39 malades, soit 65% justifient la présence du garde-malade à leurs cotés par l'action de solidarité. Cette représentation importante montre bien la place de la solidarité dans nos sociétés. Cette solidarité se renforce davantage en situation de maladie. L'assistance dans cette circonstance, est perçue comme la première forme de prise en charge comparativement à la prise en charge médicale et bien d'autres formes d'assistance. La solidarité est donc cette prise en charge médicale qui rassure la guérison du malade jusqu'à sa réintégration dans son milieu social d'origine. Elle a une fonction de représentation sociale qui tire sa source de nos déterminants socio culturels.

Ce qui justifie d'ailleurs le sens de cet adage populaire africain qui dit qu' *« on ne guéri pas que de médicament, mais aussi de la solidarité sur toutes ses représentations sociales. »* A cet effectif, il y a 21 malades, soit un pourcentage de 35% qui justifie la présence de leurs proches par méfiance manifestée vis-à-vis du personnel soignant. Cette représentation dont les statistiques ne sont guère comparable aux premières, mais s'avèrent tout au moins important. Ce qui justifie le dysfonctionnement observé dans cette structure de santé.
Il en découle que, la lecture de ce tableau nous amène à conclure que, la solidarité qui se traduit par l'assistance sur toutes sa représentation sociale, demeure la raison principale justifiant ainsi le rapprochement du malade de son entourage social (famille).

Après la présentation des malades de cette unité de soins, nous passons à la présentation du personnel soignant de cette même unité de soins.

VI.1.3. Personnel soignant de l'Unité des Urgences Médicales - Service des Urgences C.H.U-B

Le personnel soignant est partie intégrante de cette problématique de garde-malade. C'est ce qu'attestent les résultats se trouvant dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°118 relatif à la représentation du personnel soignant sur l'évolution de la population en République du Congo – Unité des Urgences Médicales.

Evolution de la population en République du Congo	Effectif	Pourcentage
Oui	13	86,66%
Non	02	13,33%
Total	**15**	**100%**

*Source **:** Données recueillies sur le terrain Unité Urgences Médicales, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019*

Dans ce tableau, 13 agents qui représentent un pourcentage de 86% sont d'avis que la population en République du Congo a connu une augmentation. Cette représentation importante met en relief l'inadéquation entre le poids de la démographie par apport à l'offre des soins. Ce qui s'observe à travers l'évolution de la population qui s'accompagne avec l'émergence d'autres nouvelles formes de pathologies qui ne correspond pas avec l'offre des soins se caractérisant entre autres par le déficit du personnel soignant spécialisé et le matériel de travail adapté. D'où les nombreuses évacuations sanitaires vers l'étranger.

Par contre, 02 soit un pourcentage de13, 33% du personnel soignant pensent que la population en République du Congo, n'augmente pas.

Nous abordons par la suite le tableau relatif à la représentation du personnel soignant sur le rapport entre l'état actuel de cette structure hospitalière et l'évolution de la population en République du Congo.

Tableau n° 119 relatif à la représentation du personnel soignant sur le rapport entre l'état actuel du C.H.U-B et l'évolution de la population en République du Congo – Unité des Urgences Médicales.

Point de vue	Effectif	Pourcentage
Oui	13	86, 66 %
Non	02	13,33%
Total	15	100%

*Source **:** Données recueillies sur le terrain Unité Urgences Médicales, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.*

Dans ce tableau, 13 agents, soit un pourcentage de 86, 66 % sont d'avis population en République du Congo augmente et que l'état actuel de cette structure hospitalière ne permet plus d'absorber les besoins de cette population en matière de déserte des soins médicaux. Cette représentation importante explique l'inadéquation entre l'offre des soins et la question de démographie. 02 agents, soit un pourcentage de 13, 33, ne sont pas d'avis que cette population est en pleine croissance. A contrario, le problème de l'offre et de la demande, ne se poserait plus.

Dans les lignes qui suivent, nous aborderons le tableau relatif à la représentation du personnel soignant sur les conditions de l'environnement du travail.

Tableau n°120 relatif à la présentation du personnel clinicien sur les conditions de travail – Unité des Urgences Médicales.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Bonne	00	00%
Assez-bonne	02	13,33%
Mauvaise	13	86,66
Total	15	100%

Source : Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les statistiques de ce tableau montent que les conditions de travail sont mauvaises. 13 agents, soit un pourcentage de 86%, sont d'avis. Cette représentation aussi importante s'explique par l'état actuel de cette structure hospitalière qui accuse des difficultés d'organisation. Les services de Pédiatrie et de Psychiatrie, illustrent bien l'inhospitalité de l'état d'environnement du travail qu'offre cette structure à son personnel. 02 agents soit un pourcentage de 13%, sont d'avis que les conditions de travail sont assez-bonnes.

Le tableau suivant porte sur les effectifs du personnel soignant.

Tableau n°121 relatif à la présentation du personnel clinicien en termes d'effectifs – Unité des Urgences Médicales.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Suffisant	01	06,66%
Moyen	04	26,66%
Déficitaire	10	66,66
Total	15	100%

Source : Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Au regard de ces effectifs, il ressort que le personnel de cette unité des soins est bien déficitaire. Les statistiques le montre. 10 agents, soit un pourcentage de 66, 66%, sont d'avis que l'effectif est déficitaire. Cette représentation importante constitue une difficulté majeure au point de n'est pas permettre une prise en charge conséquente des malades en sur nombre. C'est donc un indice de dysfonctionnement de cette structure hospitalière. Ce qui appel à une mobilisation importante des membres de famille autour de leurs malades et par voie de conséquence justifie cette présence massive des garde-malades.

Nous abordons par la suite le tableau relatif à la présentation du personnel soignant sur les heures de travail.

Tableau n°122 relatif à la répartition des heures de travail pour ce personnel clinicien – Unité des Urgences Médicales.

Temps de travail	Effectif	Pourcentage
Moins de 7 heures	03	20%
7 heures	00	00%
+ de 7 heures	12	80%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

La lecture de ce tableau donne les résultats suivants : 03 agents soit un pourcentage de 20% travaillent moins de 07heures de temps ; Aucune représentation pour le personnel travaillant juste 07heures de temps. Par contre, 12 agents représentant un pourcentage de 80% travaillent au-delà de 07heures de temps. C'est une représentation importante qui a une incidence majeure au niveau de l'organisation du travail. Les heures supplémentaires de travail ne sont pas encouragées moyennant contre partie par la structure employeur. Ce qui motive davantage le personnel de se donner avec plus d'ardeur et de détermination au travail. Cette triste réalité désoriente le personnel au travail avec pour conséquences : la léthargie au travail, l'abandon de poste de travail pour s'intéresser sans gêne ni crainte au rançonnement des malades et s'organiser davantage dans leurs cliniques privés …

Le tableau qui suit porte sur à la présentation du personnel soignant sur leur prise en charge par la structure du C.H.U-B. Ce tableau aborde la question de paiement de salaire, une prise en charge financière source de motivation de maintien et de consolidation des liens de travail.

Tableau n°123 relatif à la présentation du personnel soignant sur leur prise en charge par le C.H.U-B – Unité des Urgences Médicales.

Appréciation sur la prise en charge (paiement de salaire) du personnel soignant par la structure du C.H.U-B.	Effectif	Pourcentage
En temps normal	00	00%
En retard	00	00%
Avec grand retard	15	100%
Salaires inexistants	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

L'enquête menée montre que la quasi-totalité du personnel perçoit le salaire avec grand retard. 15 agents, soit un pourcentage de 80% de ce personnel est de cet avis. Cette représentation importante s'explique par l'inorganisation de cette structure hospitalière qui a du plan dans l'ail ces dernières années. Pour s'en convaincre, au moment de la réalisation de cette enquête, le personnel accumulé déjà 05 mois des salaires impayés. Cette situation est une difficulté pour le fonctionnement de cette structure de santé publique. Elle expose en effet, son personnel au retard au poste de travail, au vol, à la corruption, au trafic des médicaments, au détournement des malades pour d'autres structures sanitaires privées, …

Après, nous abordons par la suite le tableau relatif à la présentation d'une autre catégorie du personnel (stagiaire) dont l'organisation relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur.

Tableau n°124 relatif à la présentation d'une autre catégorie du personnel soignant (étudiant en stage) dont l'organisation relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur – Unité des Urgences Médicales.

Appréciation des étudiants en stage de formation sur le paiement de leur bourse d'étude.	Effectif	Pourcentage
En temps normal	00	00%
En retard	00	00%
Avec grand retard	15	100%
Pas de bourse	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Ici, la situation est la même que pour le personnel titulaire. En effet, l'enquête menée parvienne aux résultats suivants : 15 enquêtés soit un pourcentage de 100% perçoivent leur bourse d'étude avec un grand retard. Ce retard de paiement de bourse d'étude constitue une difficulté majeure qui renforce le déficit du personnel observé dans le cadre du

fonctionnement de cette structure hospitalière. En effet, la régularité du paiement de cette bourse est source de motivation. Elle contribuerait à réglé le problème de déficit constaté au niveau de l'organisation du personnel soignant.

Nous abordons par la suite le tableau relatif à la présentation du personnel sur son revenu en fonction du Salaire Minimum Inter Garanti (S.M.I.G.)

Tableau n°125 relatif à la présentation du personnel soignant sur la rémunération en fonction du Salaire Minimum Inter Garanti (S.M.I.G)[49] – Unité des Urgences Médicales.

Montant du salaire perçu par apport au S.M.I.G	Effectif	Pourcentage
Salaire inférieur au S.M.I.G	00	00%
Salaire égal au S.M.I.G	00	00%
Salaire supérieur au S.M.I.G	15	100%
Total	15	100%

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Il ressort de ce tableau que l'ensemble du personnel soignant de cette unité des soins perçoit un salaire dont le montant est au-delà du S.M.I.G, soit cent mille (100. 000) Francs C.F.A. Par contre, aucun agent de cette même unité n'est en-dessous ou égal au S.M.I.G.

Le tableau ci-dessous présente la situation du personnel soignant sur les différentes formes d'allocations perçues.

Tableau n°126 relatif à la présentation du personnel soignant sur les allocations perçues – Unité des Urgences Médicales.

indemnités perçu	Effectif	Pourcentage
Transport	09	60%
Restauration	00	00%
Charge familiale	00	100%
Risque professionnelle	06	40%
Heures supplémentaires	00	00%
Prise en charge pour maladie	00	00%
Total	15	100%

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences Médicales, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

[49] - S.M.I.G : Salaire Minimum Inter Garanti perçu par le dernier employé fixé par la loi portant organisation de revenue mensuel en République Congo. Ce salaire est fixé à cent mille (100. 000) Francs C.F.A pour les entreprises publiques. Source : Discours à la Nation du Président de la République du Congo le 24 Décembre 2019, journal télévisé de 20h.

Au nombre des indemnités prévues dans le cadre de l'organisation salariale du personnel de cette structure hospitalière, il y a deux formes d'indemnités sont versées au personnel : l'indemnité de transport et celle relative au risque professionnel. Dans le cadre de cette enquêté, 09 agents, soit un pourcentage de 60%, perçoivent l'indemnité liée au transport. 06 agents, soit un pourcentage de 40 %, perçoivent l'indemnité relative au risque professionnel. Aucune représentation du personnel percevant les indemnités relative à la restauration, charge familiale, heures supplémentaires et l'indemnité liée à la prise en charge pour maladie.

Il en ressort que, sur 06 formes d'indemnités retenues par la structure du C.H.U-B, le personnel ne perçoit à peine que deux : celle du transport et l'indemnité relative au risque professionnel. Cette répartition inégale des indemnités destinées au personnel, montre bien la difficulté organisationnelle qu'accuse cette structure. La prime est une motivation pour le salarié. Elle permet au dernier de conserver et de consolider davantage les liens de travail. Le salarié se donnerait plus au travail. Sa force de production est une valeur ajoutée sur la rentabilité de la structure.

Après les résultats portant sur le personnel de l'Unité des Urgences Médicales de cette structure hospitalière, nous présentons ceux des garde-malades de l'Unité des Urgences Chirurgicales.

VI.1.4. Garde-malades Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences du C.H.U-B

L'enquête présente les résultats suivants :

Tableau n°127 relatif à la présentation des garde-malades par liens familiaux ou autres liens d'attache – Unité des Urgences Médicales.

Nature des liens d'attache liant le garde-malade de son proche malade.	Effectif	Pourcentage
Membre de famille	55	91,66%
Membre d'une communauté religieuse	02	03,33%
Membre d'une corporation professionnelle	03	05%
Membre d'une association	00	00%
Amis et connaissances	00	00%
Total	60	100%

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales Service des Urgences C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

La catégorie des garde-malades dont les liens d'attache avec le malade porte sur les liens familiaux, est largement représentée dans ce tableau. Soit un effectif total de 55 garde-malades avec un pourcentage de 91,66%. Cette importante représentation selon les statistiques, montre comme annoncer dans les lignes précédentes, la place de la famille dans l'organisation de la vie en société. La famille est le premier cercle d'assistance en situation de maladie. L'assistance au malade s'explique sur la base de l'affinité qui est celle de la famille ou de la parenté liant le malade de son environnement social, représenté ici par le garde-malade. Par contre, 02 garde-malades, soit un pourcentage de 03, 33 % assistent leurs proches malades sur la base des affinités autres que religieuses.

Cette représentation certes moins importante que la représentation des liens familiaux, mais montre également la place des affinités religieuses dans le cadre de l'organisation sociale. C'est pour dire, outre les affinités familiales, les affinités religieuses ont aussi une place dans l'organisation sociale. Ainsi, dans une communauté religieuse, un membre assiste aussi un autre membre malade. Cette situation s'observe dans nos sociétés. L'église Catholique à travers son organisation, en est un exemple illustrant ce fait.

Les affinités socioprofessionnelles ont aussi une influence dans l'organisation sociale. En effet, l'enquête à travers ses statistiques le montre bien. Elle dénombre 03 garde-malades avec un pourcentage de 05%, justifient leur rapprochement de leurs proches malades sur la base des affinités autres que socioprofessionnelles. De nos jours, la réalité sociale montre qu'un malade se fait assisté par un collègue de travail.

Cependant, l'enquête ne relève aucune représentation d'assistance fondée sur des liens du genre association, amis et connaissances. Le non représentation de ces affinités dans le cadre de cette enquête, s'explique en raison de l'importance de leurs statistiques. Ce qui signifie que ces affinités n'ont pas une grande influence dans l'organisation sociale.

Quoi qu'il en soit, l'assistance fondée sur des affinités de famille, la plus représentée d'ailleurs, celles liées à la corporation professionnelle et religieuse, contribuent dans l'organisation sociale et particulièrement sur l'assistance en situation de maladie.

Nous abordons à travers le tableau qui suit, la représentation de ces garde-malades par nécessité.

Tableau n°128 relatif à la représentation des garde-malades par nécessité – Unité des Urgences Chirurgicales.

Nécessité de l'assistance par le garde-malade	Effectif	Pourcentage
Inexistence des gardes-malade attitrés	30	50%
Insuffisance des gardes-malade attitrés	00	00%
Garde-malades (familiaux) comme adjuvant du personnel	00	00%
Garde-malades familiaux comme expression de la solidarité	30	50%
Présence du garde autorisée par un texte juridique	00	00%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales Service des Urgences C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

L'enquête présente les résultats suivants :

30 garde-malades de l'Unité des Urgences Chirurgicales, soit un pourcentage de 50%, subordonnent leur présence au tourde leurs malades par manque des garde-malades attitrés. Cette représentation est importante. Elle donne l'occasion à la famille de se constituer en une chaine de solidarité pour une prise en charge effective de ces malades. Cette solidarité mécanique ouvre les portes à cette présence massive des garde-malades observée au niveau de cette structure hospitalière. Cette présence est donc la conséquence du le dysfonctionnement des services du C.H.U-B.

Par contre, le non représentation de la catégorie des garde-malades qui subordonne leur présence par l'insuffisance des gardes-malade attitrés à laquelle s'ajoute les garde-malades (familiaux) comme adjuvant du personnel de C.H.U-B, présence des garde-malades autorisée par un texte juridique, s'explique de la raison la plus simple. Si la présence des gardes-malade familiaux est, la conséquence de l'absence totale des gardes-malade attitrés, l'idée sur l'insuffisance des gardes-malade attitrés qui justifierait la présence des gardes-malade, est loin d'être justifie. Il en est de même pour d'autres catégories des garde-malades.

30 garde-malades, soit un pourcentage de 50%, motivent leur présence au tour de leurs malades par l'expression de la solidarité. Cette représentation est d'une grande importance également. Elle montre la nécessité conjuguée de deux aspects très intéressant : celui de

monter la nécessité de la solidarité en situation de maladie et l'autre aspect est lié à la famille comme acteur majeur, agent vecteur de cette solidarité.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la présentation de ces garde-malades sur la nécessité de leur interdiction au sein de l'hôpital.

Tableau n°129 relatif à la présentation des garde-malades sur la nécessité de l'interdiction de leur présence en milieu hospitalier – Unité des Urgences Chirurgicales.

Nécessité	Effectif	Pourcentage
Oui	23	38,33%
Non	37	61.67%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences Chirurgicales, période d'étude du 13Octobre au 14 Novembre 2019.

L'enquête dénombre un effectif total de 37 garde-malades, soit un pourcentage de 61,67% qui ne partagent pas l'avis selon lequel, l'interdiction de leur présence en milieu hospitalier ne serait pas nécessaire. Au vu de ces statistiques, il apparait clairement que la présence du garde-malade n'a pas sa raison d'être lorsque le personnel clinique dans toute sa diversité en charge de la gestion du malade est effectif. Toutefois, la présence massive de ces gardes-malade est la conséquence du dysfonctionnement observé au niveau des services de cette structure qui n'a pas des garde-malades attitrés.

Par contre, 23 gardes-malade, soit un pourcentage de 38,34% estiment que leur présence en milieu hospitalier serait nécessaire. Cette présence se justifie par la méfiance de ces garde-malades sur la qualité des prestations attendues du personnel soignant. La solidarité mécanique qui s'organise au niveau de la famille, est non seulement l'expression de la méfiance manifestée sur la qualité des prestations attendues de ce personnel clinicien. Cette solidarité a aussi une fonction latente, celle d'exprimer une volonté manifeste par la famille de jouer le rôle de complément d'effectif du personnel du C.H.U-B. Le témoignage de maman Bertille BATANTOU, garde-malade rencontrée dans le cadre de nos activités d'entretien en date du 12 Novembre 2019 s'inscrit dans cette même perspective. Cette dernière s'exprime en ces termes : *« Le personnel soignant souffle le chaud et le froid. En même, il a besoin de nous, au même moment, il nous rejette avec mépris. Que faire ! On y peut rien. C'est Dieu qui l'a voulu ainsi, mais ! ... »*

Cet entretien nous amène à la présentation du tableau relatif à la présentation de ces garde-malades sur les conditions dont-ils assument leur rôle.

Tableau n°130 relatif à la présentation des garde-malades sur les conditions dans lesquelles ils assurent ce rôle de garde-malade – Unité des Urgences Chirurgicales.

Conditions	Effectif	Pourcentage
Mauvaises	47	78,33%
Bonnes	07	11,66%
Assez-bonnes	06	10%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales Service des Urgences du C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

L'enquête dénombre 47 garde-malades, soit un pourcentage de 78,34% qui sont d'avis que les conditions dans lesquelles ils assurent leur rôle, sont mauvaises. Cette forte représentativité découle de l'inorganisation matérielle et financière de cette structure hospitalière. Il est donc fort probable dans ces circonstances qu'un garde-malade s'expose à des infections nosocomiales. A ce sujet, maman Pauline, garde-malade, venue de la ville de Dolisie pour assister son fils intervenu au niveau de l'Unité des Urgences Chirurgicales pour une appendicite, nous livre son témoigne, en ces termes : *« Depuis trois (03) jours, je ne dors pas bien. Je passe les nuits sur une chaise. Présentement, j'ai très mal à l'estomac et aux articulations,... Le Docteur NKOUKA, Médecin Généraliste, évoluant au Service des Urgences m'a consulté et, m'a prescrit une batterie d'examens dont les ordonnances ont été achetées pour le suivi du traitement par la suite.»*[50]

Abordant dans les mêmes circonstances, une autre garde-malade venue d'un quartier périphérique de Brazzaville sud déclare : *« Plus d'une semaine, je ne suis pas relevé par un membre de famille. Je dors à même le sol sans moustiquaire, exposé au froid, aux reptiles et aux insectes rampant. Je ne me lave pas, il n y a pas d'eau aux alentours, il faut aller très loin pour en avoir. Mais, qui va garder le malade ?...Maintenant, j'ai très mal partout. Que faire ! Je n'ai pas d'argent pour me faire traiter, même pour les ordonnances de mon fils hospitalisé j'y parviens difficilement. »*

[50] - Ronde de la nuit du 13 Janvier 2020, complément d'information.

Une troisième garde-malade abordée dans l'Unité des Urgences Chirurgicales, interrogée sur les conditions dans lesquelles elle assure son rôle de garde-malade, cette dernière nous ouvre avec précipitation les portes de son armoire placée proche du chevet de lit du malade, lieu où elle garde ses effets et s'exclame en disant : *« Voilà, c'est envahi par des cafards, des araignées, des moustiques et d'autres insectes. Où est le service d'entretien ! Comment ne pas être malade en sortant d'ici ! conclu-t-elle. Non mon fils, tout le travail que tu fais là, ça ne servira à rien ! Mais, je te souhaite une longue carrière pour tout ce que tu entreprends renchéri telle.»*[51]

L'enquête dénombre aussi 07 garde-malades soit un pourcentage de 11,66% qui estiment que les conditions dans lesquelles ils assurent leur rôle sont bonnes. 06 garde-malades soit un pourcentage de 10,00% pensent que ces conditions sont assez bonnes.

Il ressort de cette présentation que les conditions avec lesquelles ces garde-malades assument leur rôle sont dans l'ensemble mauvaises. Cette situation s'explique comme annoncer ci-haut par la mauvaise gestion de cette structure hospitalière.

Ce tableau peint aussi sombre reflète bien la réalité sociale de cette structure dont sa tombe se creuse du jour au jour.

Cette situation aussi triste nous amène à la présentation des malades de l'Unité des Urgences Chirurgicales.

[51]- Activité : Entretien avec les garde-malades de l'Unité des Urgences Chirurgicales, journée du 20 Octobre 2019 à 12 heures après la visite générale des Médecins.

VI.1.5. Les malades de l'Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences - C.H.U-B

Les malades font partie des populations cibles retenues dans le cadre de cette enquête dont les résultats se présentent ainsi :

Tableau n°131 relatif à la présentation des malades sur leur gestion pendant la consultation – Unité des Urgences Chirurgicales.

Appréciation sur le temps de la gestion des malades en consultation.	Effectif	Pourcentage
Très tôt	08	13,33%
Tard	17	28,33%
Très tard	35	58,33%
Avec garde malade	00	00%
Total	**60**	**100%**

Source :Données recueillies sur le terrain Unité Urgences Chirurgicales - Service des Urgences C.H.U-B, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.

Dans cette enquête, 08 malades soit un pourcentage de 13, 33% sont consultés très tôt. 17malades, soit un pourcentage de 28, 33% sont consultés tard. 13, 33%. 35 malades, soit un pourcentage de 58, 33% sont consultés très tard. Il en ressort que, Cette représentation importante cadre bien avec la réalité de la structure, laquelle met en évidence les difficultés organisationnelles tant sur le plan des infrastructures qu'en personnel spécialisé.

Le tableau suivant porte sur la représentation de ces malades de leur appréciation sur le niveau des prestations du personnel soignant.

Tableau n°132 relatif à la représentation des malades de leur appréciation sur le niveau des prestations du personnel soignant – Unité des Urgences Chirurgicales.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Mauvais	23	38, 33%
Assez bon	21	35%
Bon	16	26, 66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain Unité Urgences Chirurgicales - Service des Urgences - C.H.U-B, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.

L'enquête parvienne aux résultats suivants :

23 malades, soit un pourcentage de 38, 33% sont d'avis que le niveau des prestations du personnel soignant est mauvais. Cette représentation importante reflète le niveau organisationnel de cette structure hospitalier confrontée aux problèmes de mal gouvernance

et de mauvaise gestion. Pour s'en convaincre davantage, dans cette unité des soins, les malades sont reçus par terre pour insuffisance de lit et de salle d'hospitalisation, certains se voient montée la perfusion sur une chaise de fortune, tantôts débout, d'autres encore sont consultés sans isoloir au mépris des règles relevant de la déontologie professionnelle du corps médical qui vise entre autre la protection de l'intimité du malade avant tout. Bref, autant des griefs formulés contre ce personnel soignant. Cette situation est encore plus difficile avec les accidents de voie publique, des événements des troubles sociaux politiques, des épidémies, voire des pandémies et bien d'autres …

Par contre, 21 malades, soit un pourcentage de 35% pensent que l'appréciation du niveau des prestations de ce personnel est assez bonne. 16 malades, soit un pourcentage de 26, 66% affirment que l'appréciation du niveau des prestations du personnel est bonne.

Il ressort de la présentation de ce tableau que, la pléthore des malades en consultation dans cette unité des soins qui met à nus les limites de son personnel, se justifie par le manque de politique provisionnelle dans l'organisation de cette structure hospitalière. Tout prête à croire que, tout se fait au présent et aucune politique de prévoyance sur l'organisation de la structure n'est envisageable.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la présentation de ces malades en nombre et par service pendant la consultation.

Tableau n°133 relatif à la présentation des malades sur leur nombre en consultation et par service – Unité des Urgences Chirurgicales.

Nombre de malades en consultation	Effectif	Pourcentage
Pas des malades en consultation	03	05%
Quelques malades en consultation	04	06,66%
Beaucoup des malades en consultation	43	71,66%
Total	60	100%

Source : Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences Chirurgicales, période du 13 Octobre au 14 Novembre 2019

L'enquête menée présente les résultats suivants :

03 malades, soit un pourcentage de 05, 00% pensent qu'il n'y a pas des malades en consultation ; 04 malades, soit un pourcentage de 06, 66% estiment qu'il y a quelques malades en consultation. 43 malades par contre, soit un pourcentage de 71, 66% reconnaissent qu'il y a beaucoup des malades en consultation.

Il ressort de ce qui précède, qu'il y a beaucoup des malades en consultation et par service. Il se dégage une forte représentation qui traduit l'inadéquation entre la capacité d'accueil (en termes d'effectif en personnel, du matériel de travail) et les demandes des malades.

De plus, la pléthore des malades en consultation dont l'accueil est tardif, suscite peur et crainte sur la qualité de ce personnel. Ainsi, s'installe un climat de psychose auprès des malades. Mplila BOUALA, un malade de cette unité des soins, abordé au cours de nos activités d'entretien n'a pas tardé de manifester son désarroi devant nous en ces termes : *«L'infirmière du jour me fais monter une perfusion sur une chaise de fortune et, non sur un lit d'hospitalisation comme il en est l'habitude. Où est-ce que nous allons ! Pourtant, c'est interdit selon la déontologie médicale. J'ai vraiment des vertiges et envie de vomir. Mais chez qui me plaindre ! Au grand risque qu'on me refuse les soins. »*[52]

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation des malades sur la qualité de la prise en charge par le personnel soignant.

Tableau n°134 relatif à la présentation des malades sur la qualité de la prise en charge par le personnel soignant – Unité des Urgences Chirurgicales.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	31	51,66%
Assez bonne	15	25%
Bonne	14	23,33%
Total	60	100%

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales, période du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

L'enquête menée à ce sujet présente les résultats suivants :
31 malades, soit un pourcentage de 51, 66% de cette unité des soins pensent que la qualité de la prise en charge des malades par le personnel soignant est mauvaise. 15 de ces malades, soit 25, 00% reconnaissent que la qualité de cette prise en charge est assez bonne et 14 malades, soit 23, 33% considèrent cette prise en charge comme étant bonne.

Au regard des statistiques que peint ce tableau, il ressort clairement que, la qualité de la prise en charge des malades par le personnel soignant est mauvaise. Ce qui se justifie par la

[52] - Activité : entretien avec les malades de l'Unité des Urgences Chirurgicales du Service des Urgences, le 30 Octobre 2019.

mauvaise organisation de la structure qui se traduit d'ailleurs l'abandon systématique des malades, une prise en charge médicale à la charge du malade sinon de son entourage. L'intervention du personnel soignant ne se limite qu'à la prescription médicale et à l'exécution des soins qui du reste sont subordonnés au paiement de la consultation. Un véritable tour d'ivoire avec des perspectives incertaines se dessine sur le sort du malade. Cela nécessite la présence de la famille qui vient en appui au malade pour des horizons plus rassurants sur son état de santé. Dans cette circonstance, l'élan de solidarité pour assurer une assistance multiforme au malade s'avère donc indispensable. Ce qui justifie cette présence massive des garde-malades.

Les deux autres catégories des malades qui sont d'avis sur une prise en charge jugée assez bonne, voire bonne, ces catégories ne sont pas représentées. Car, en réalité la prescription médicale, l'exécution des soins, ... ne sont exclusivement assurés que par le malade qui en est donc la charge. Ce qui justifie certaines attitudes développées par certains malades rencontrés au cours de nos activités d'entretien qui se sont exprimés en ces termes : *« Aller à l'hôpital, suppose avoir suffisamment des moyens. Ici, on achète tout, mêmes les besoins les plus élémentaires : faire mixtion, s'approvisionner en eau pour s'occuper du malade, ... ».*

Certains malades au regard de leur niveau social se permettent même de menacer le personnel soignant lorsque les soins tardent. Il se dessine un rapport de force qui caractérise la relation personnel soignant et le malade. Ce qui fait que le malade le mieux nanti bénéficie d'une bonne prise en charge au détriment des autres.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ces malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital.

Tableau n°135 relatif à la représentation des malades sur la qualité de l'environnement hospitalier – Unité des Urgences Chirurgicales.

Appréciations de ces malades	**Effectif**	**Pourcentage**
Mauvais	48	80%
Assez bon	10	16,66%
Bon	02	03,33%
Total	**60**	**100%**

*Source **:** Données recueillies sur le terrain - Unité d'Urgences Chirurgicales -Service d'Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.*

Les statistiques de terrain sur les avis des malades à propos de l'appréciation sur l'environnement de l'hôpital se présentent ainsi :
48 malades, soit 80, 00% pensent que l'environnement de l'hôpital est mauvais. 10 malades avec un pourcentage de 16,66% estiment que la qualité de l'environnement est assez bonne. 02 malades, soit 03, 33% sont d'avis que la qualité de l'environnement hospitalier est bonne. Il ressort clairement que le milieu hospitalier du C.H.U-B est inapproprié aux malades et de leurs proches. Cette situation fait que les malades sont les laissés pour compte.

Ce qui d'ailleurs renforce la solidarité autour de ces malades. Cette solidarité s'exprime à travers l'assistance physique et matérielle conséquente de leurs proches. D'où cette présence massive des garde-malades qui non seulement apporte soutien auprès des malades, mais constitue également une difficulté majeure dans le fonctionnement des services de cette structure hospitalière. Ce qui accentue le dysfonctionnement de ladite structure.

Le tableau ci-après porte sur la représentation des malades de leur perception sur la présence du garde-malade.

Tableau n°136 relatif à la représentation des malades de leur perception sur la présence du garde-malade – Unité des Urgences Chirurgicales.

Justifications sur la présence du garde-malade	Effectif	Pourcentage
Méfiance du malade sur les prestations du personnel	20	33,33%
Expression de la solidarité	40	66,66%
Total	**60**	**100%**

*Source **:** Données recueillies sur le terrain - Unité d'Urgences Chirurgicales - Service d'Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.*

Ce tableau épingle deux (02) principales raisons qui justifient la présence du garde- malade : la méfiance du malade sur la qualité des prestations du personnel soignant, première raison. La seconde, est celle de l'expression de la solidarité mécanique. Au bout de cette présentation, il se désigne que les garde-malades qui assistent leurs malades par solidarité sont plus représentatifs. Soit un effectif total de 40 garde-malades avec un pourcentage de 66, 66%, largement au-dessus de la catégorie des garde- malades qui subordonnent leur présence par méfiance sur la qualité des prestations du personnel soignant. Ces garde-malades sont au nombre de 20, soit 33,33%, soit la moitié de la première catégorie des garde-malades.

Ainsi, la grande représentation de ces garde-malades qui justifient leur présence auprès de leurs malades par solidarité s'explique pour des raisons affectives, de considération et de reconnaissance pour leurs proches malade. En effet, l'assistance pour le malade le rassure et le sécurise dans le processus de guérison. Pour se faire, le garde-malade est appelée à jouer pleinement son rôle. D'un côté, le garde-malade assiste le malade et de l'autre côté il se met au service du personnel soignant dans l'intérêt du malade.

Il se dégage une synergie dans les rapports entre les trois (03) acteurs : le malade, le garde-malade et le personnel soignant. Chacun apporte sa contribution. Parlant de cette synergie, le Docteur SIAFOUMOU abordé dans le cadre de nos activités d'entretien nous confie ce qui suit : *« On ne soigne pas la maladie, mais on soigne le malade en rapport avec son environnement social. »*

Notre enquête reconnait l'importance de l'environnement social du malade. Il conclut que, *« la sociologie a sa place dans la Médecine. Le croisement de son regard avec celui de la science de la médecine, alerte celui-ci sur des aspects importants de la vie sociale du malade qui échappent lors des consultations médicales. Leurs pris en compte, contribuent efficacement dans la prise en charge globale du malade. Mais, ce profil de Sociologie n'est pas représentatif au sein de la structure sanitaire du C.H.U-B. C'est dommage ! »*[53]
Après la présentation des malades de cette unité des soins, nous présentons à travers les lignes qui suivent son personnel.

VI.1.6. Personnel soignant - Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences du C.H.U-B

Ce personnel est l'un des acteurs majeurs impliqués dans la compréhension de cette problématique de garde-malade. En effet, son rôle contribue dans la prise en charge du malade. L'enquête menée au sujet présente les résultats suivants :

[53] - Activité : Entretien réalisé à l'occasion des échanges avec le personnel soignant du Service des Urgentes, toutes unités confondues C.H.U-B, le 30 Octobre 2019.

Tableau n°137relatif à la représentation du personnel soignant sur l'évolution de la population en République du Congo – Unité des Urgences Chirurgicales.

Evolution de la population en République du Congo	Effectif	Pourcentage
Oui, cette population évolue	14	93,33%
Non, elle n'évolue pas.	01	06,66%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité Urgences Chirurgicales - Service des Urgences, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.

L'enquête de terrain donne les résultats suivants : 14 agents de l'Unité des Urgences Chirurgicales, soit un pourcentage de 93, 33% sont d'avis que la population en République du Congo est bien en pleine évolution. Par contre, 01 seul agent soit un pourcentage de 06, 66%, est d'avis que cette population n'évolue pas.

Ce tableau laisse apparaitre une tendance évolutionniste de cette population. Ce qui se traduit par la nécessité en termes d'évaluation de capacité d'accueil de cette structure en rapport avec l'avancée démographique de la population en République du Congo. Si hier, l'hôpital était construit sur base des données démographiques d'un million neuf cent douze mille (1. 912. 429 habitants dans les années 80, aujourd'hui cette population compte quatre millions quatre cent quatre-vingt-douze mille (4. 492. 000) habitants, selon l'estimation de 2016.

L'on comprend bien que le rapport entre l'offre et de la demande pose problème. Le déséquilibre en termes des attentes des malades et la capacité d'offre, explique le dysfonctionnement de cette structure hospitalière. Ce qui justifie la présence massive des garde-malades.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ce personnel sur son organisation en fonction du flux des malades en consultation.

Tableau n°138 relatif à la représentation du personnel soignant sur son organisation face au flux des malades – Unité des Urgences Chirurgicales.

Point de vue sur l'organisation de cette structure hospitalière.	Effectif	Pourcentage
Non, cette structure ne peu pas contenir le flux de ces malades.	12	80%
Oui, cette structure peu contenir le flux de ces malades.	03	20%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité Urgences Chirurgicales - Service des Urgences, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.

La représentation de ce personnel sur son organisation en rapport avec l'évolution de la population, ne peut pas contenir le flux des malades. L'enquête menée à ce sujet présente les résultats suivants : 12 agents, soit un pourcentage de 80%, sont de cet avis. Cette représentation importante s'explique pour les mêmes raisons évoquées dans les lignes précédentes lesquelles mettent en évidence l'inadéquation entre l'offre et la demande. A cet effectif, l'enquête enregistre également 03 agents soit 20, 00% partagent cet avis. Pour le personnel interrogé sur le rapport entre l'offre et la demande, il ne se pose pas de problème.

Le tableau qui suit présente le tableau relatif à la situation de ce personnel sur les conditions de travail.

Tableau n°139 relatif à la représentation du personnel clinicien sur les conditions de travail – Unité des Urgences Chirurgicales.

Appréciations du personnel	Effectif	Pourcentage
Bonne	00	00%
Assez-bonne	05	33,33%
Mauvaise	10	66,66%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales- Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

L'enquête menée à ce sujet présente les résultats suivants :
Aucune représentation pour ces agents qui sont d'avis que les conditions de travail sont bonnes, tandis que 05 agents, soit un pourcentage de 33, 33% pensent que les conditions de travail sont assez bonnes. 10 agents, soit 66, 66%, reconnaissent que les conditions de travail sont mauvaises. Cette représentation importante s'explique par la mauvaise gestion de cette structure au bord de l'abime.

Il convient de signaler que les mauvaises conditions de travail de ce personnel affectent la rentabilité de cette structure hospitalière en termes de production. A ce titre, une Infirmière qui a requis l'anonymat, abordée au cours de nos activités d'entretien en date du 14 Novembre 2019, témoigne que, *« sur 20 malades à consulter ce matin, j'ai sur moi, ni paire de gant, ni calot, ni masque chirurgicale de protection, pire encore pour l'alcool et le coton, il faut coopérer avec le major, sinon au garde-malade pour en procurer. C'est ça qui tue le C.H.U-B ! Pourtant, nous sommes dans un service très sensible à la contamination, celui de chirurgie. Travailler dans un tel service, il faut être fort de morale. Où tu sors indemne, où*

tu sors contaminer avec une forte probabilité… Que faire ! C'est le prix à payer pour ce métier.»

Ces mauvaises conditions de travail justifient la présence massive des garde-malades et renforce davantage la solidarité lignagère pour faire face au dysfonctionnement observé dans le C.H.U-B.

Après, nous examinons le tableau relatif à la présentation de ce personnel en termes d'effectif.

Tableau n°140 relatif à la présentation du personnel clinicien en termes d'effectifs – Unité des Urgences Chirurgicales.

Appréciations du personnel sur les effectifs de la structure du C.H.U-B.	Effectif	Pourcentage
Effectif suffisant	00	00%
Effectif moyen	04	26,66%
Effectif déficitaire	11	73,33%
Total	**15**	**100%**

Source :Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Il en résulte de l'enquête menée, les résultats ci-après :
Aucune représentation pour les agents qui sont d'avis que les effectifs de cette structure hospitalière sont suffisants. 04 agents soit un pourcentage de 26, 66%, sont d'avis que ces effectifs sont moyens. 11 agents avec un pourcentage de 73, 33% sont d'avis que les effectifs sont déficitaires. Une représentation importante. Ces résultats montrent bien le besoin réel en personnel dans cette structure beaucoup sollicitée. Ce qui nous amène à croire que, l'état actuel du C.H.U-B ne correspond pas avec les attentes des malades.

Dans ce sens, MABE, de son SPS Odonyme MALAMOU, une infirmière au Service des Urgences, abordée au cours de nos activités d'entretien témoigne ce qui suit : *« Ce matin je suis seule en chirurgie comme infirmière à exécuter les soins des malades en sur nombre. Imagine donc l'étendue de ma tâche ! C'est difficile ! Si ça ne dépendait que de moi, il n'y aurait pas d'attroupement des malades qui attire autant des garde-malades dans ce service. Mais que faire ! Tout émane des responsables en charge de la gestion de cette structure*

hospitalière.»[54] Ce témoignage accablant montre bien le besoin en personnel pour une prise en charge conséquente des malades dans cette structure. Ce qui justifie la présence des garde-malades et montre par voie de conséquence les défaillances au niveau de l'organisation de la structure même.

Nous abordons par la suite la présentation du personnel clinicien sur les heures de travail.

Tableau n°141 relatif à la présentation du personnel clinicien sur les heures de travail – Unité des Urgences Chirurgicales.

Temps du travail du personnel	Effectif	Pourcentage
Moins de 7 heures	03	20%
7 heures	00	00%
+ de 7 heures	12	80%
Total	15	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

L'enquête parvienne aux résultats suivants :
03 agents, soit un pourcentage de 20%, travaillent moins de 07 heures du temps. Aucune représentativité pour le personnel qui travaille juste 07 heures du temps. 12 agents, soit un pourcentage de 80, 00%, travaillent au-delà de 07 heures du temps.

Il ressort de cette enquête que, la catégorie du personnel travaillant au-delà de 07heures est plus représentée. En effet, la pratique du monde de travail montre que, plus le personnel ne passe plus du temps au travail et au-delà des heures prévues selon l'organisation de la structure, de moins en moins, il se donne au travail. La force de production devenant faible, la structure prend un coup sur sa production. L'on comprend par-là que le prolongement des heures de travail crée l'ennui, la fatigue, le désintéressement qui ont des incidences négatives sur la qualité du travail.

A ce titre, le témoignage recueilli dans le cadre de nos activités d'observation est beaucoup révélateur : *« Il est 02 heures du matin. Monsieur Marcellin MIERE, cadre du Ministère de l'Enseignement Technique et Professionnel en retraite, dans la soixantaine révolu d'âge, malade, souffrant des complications urinaires, câblé des douleurs très atroces, référé de*

[54] - Activité : Entretien avec le personnel soignant, Unité des Urgences Chirurgicales, Service des Urgences, le 13 Novembre 2019.

l'hôpital de Talangai pour le C.H.U-B pour un suivi médical plus conséquent, est accueilli par l'infirmière des Urgences Chirurgicales dans un état désespéré. Le Médecin de garde, le Docteur NKOUKA, Médecin Généraliste au Service des Urgences, se repose dans la salle de garde aménagé pour les Médecins. L'infirmière de service, assisté par le garde-malade NKOUKA', tentent mainte fois sans succès de réveiller le Médecin pour la consultation. Emporter par le sommeil et la fatigue pour avoir travaillé longtemps dans le cadre des heures supplémentaires, en absence de son collègue dont l'absence n'a pas été notifiée, le Médecin titulaire délègue un interne pour cette consultation dont les résultats sont peu satisfaisants. A 05 heures 30 minutes, avec un grand retard, le Médecin tutélaire s'amène avec peine et tente de consulter le malade pour un placement de sonde. La pathologie n'étant pas de sa compétence, il réfère le malade auprès d'un chirurgien pour une prise en charge conséquente à 07 heures du matin, avec l'équipe du jour. Ce qui fut fait avec succès.»[55]Ce témoignage accablant montre bien que travailler dans les mauvaises conditions, use la personne et influe sur sa force de productivité.

Après vient la présentation du tableau relatif à la présentation du personnel soignant sur leur prise en charge par la structure du C.H.U-B.

Tableau n°142 relatif à la présentation du personnel soignant sur leur prise en charge par le C.H.U-B – Unité des Urgences Chirurgicales.

Appréciations sur la prise en charge du personnel (régularité sur le paiement des salaires)	**Effectif**	**Pourcentage**
En temps normal	00	00%
En retard	06	40%
Avec grand retard	09	60%
Salaires inexistants	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences - Chirurgicales Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

L'étude de terrain présente les résultats ci-après :

Aucune représentation pour le personnel soignant qui ne perçoit pas son salaire à temps normal. Il en est de même pour le personnel qui est d'avis sur l'inexistence de ces salaires. 09 agents, soit un pourcentage de 60,00% perçoivent leurs salaires avec un grand retard.

[55] - Activité : Observation sur le déroulement des activités de l'Unité des Urgences Chirurgicales Service des Urgences, le 15 Octobre 2019.

Cette représentation importante reflète bien l'image de la structure, laquelle mette en relief la situation de mauvaise gestion que traverse cette structure. Ce qui justifie le retard de paiement des salaires. Pour s'en convaincre, pendant notre enquête, le personnel cumuler déjà cinq (05) mois des salaires impayés.

Nous abordons par la suite, le tableau relatif à la présentation du personnel en stage de formation dont l'organisation relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur.

Tableau n°143 relatif à la présentation du personnel soignant (stagiaires en formation) dont l'organisation relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur – Unité des Urgences Chirurgicales.

Appréciations de ces stagiaires en formation sur la perception de leur bourse d'étude.	**Effectif**	**Pourcentage**
En temps normal	00	00%
En retard	00	00%
Avec grand retard	09	60%
Pas de bourse	06	40%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

L'enquête ne relève aucune représentation du personnel stagiaire sur le paiement des bourses d'étude en temps normal, il en est de même pour le personnel stagiaire dont la bourse d'étude est perçue en retard. Cependant, 09 agents de ce personnel, soit un pourcentage de 60%, sont d'avis que, la bourse d'étude est versée avec grand retard. Cette représentativité aussi importante montre les difficultés d'organisation sur la question d'allocation de cette bourse d'étude. C'est qui est une difficulté pour cette catégorie du personnel stagiaire. Cette difficulté s'apprécie non seulement au niveau du financement des études pour cette catégorie, mais aussi et surtout au niveau professionnel. En effet, la régularité du paiement de la bourse est une motivation pour cette catégorie. Elle assure la stabilité et l'assurance au niveau du travail. C'est pourquoi ces difficultés au tour de cette question de bourse à des incidences majeures sur l'organisation du travail. Aussi, l'avis des 06 autres enquêtés avec un pourcentage de 40%, intègre bien cette approche.

Nous abordons par la suite, le tableau relatif à la représentation de ce personnel sur la rémunération en fonction du S.M.I.G.

Tableau n° 144 relatif à la présentation du personnel soignant sur la rémunération en fonction du Salaire Minimum Inter Garanti (S.M.I.G)[56] – Unité des Urgences Chirurgicales.

Montant du salaire perçu par apport au S.M.I.G	Effectif	Pourcentage
Salaire inférieur au S.M.I.G	00	00%
Salaire égal au S.M.I.G	00	00%
Salaire supérieur au S.M.I.G	15	100%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019

Dans ce tableau, tout le personnel perçoit un salaire au-delà du S.M.I.G. Soit un effectif total de 15 agents avec un pourcentage de 100%.

Nous présentons par la suite, le tableau relatif à la présentation de ce personnel sur les différentes formes d'allocations perçues.

Tableau n° 145 relatif à la présentation du personnel soignant sur les allocations perçues – Unité des Urgences Chirurgicales.

indemnités perçu	Effectif	Pourcentage
Transport	12	80%
Restauration	00	00%
Charges familiales	00	00%
Risques professionnelles	03	20%
Heures supplémentaires	00	00%
Prise en charge pour maladie	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences Chirurgicales - Service des Urgences, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.

Au nombre des allocations alignées dans ce tableau, le personnel perçoit 02 catégories d'indemnités : l'indemnité de transport. Soit un effectif total de 12 agents avec un pourcentage de 80%, l'indemnité sur le risque professionnel avec un effectif total de 03 agents et un pourcentage de 20%. On constate que, le personnel ne perçoit pas la totalité des primes prévue par la grille salariale (voir tableau Urgences Médicales P.246).

Le tableau qui suit est relatif à la représentation du personnel soignant sur la perception de la présence des garde-malades exerçant la pression contre ce personnel.

[56] - S.M.I.G : Salaire Minimum Inter Garanti perçu par le dernier manœuvre fixé par la loi en République du Congo. Ce salaire est fixé à Cent mille (100. 000) Francs C.F.A pour les entreprises publiques.
Source : Discours à la Nation du Président de la République du Congo, le 24 Décembre 2019, journal radio télévisé de 20h.

Tableau n° 146 relatif à la représentation du personnel soignant sur la perception de la présence des garde-malades exerçant la pression contre le personnel soignant – Unité des Urgences Chirurgicales.

Point de vue	Effectif	Pourcentage
Oui, le personnel soignant subis des pressions des garde-malades.	13	86,66%
Non, le personnel soignant ne subis pas des pressions des gardes-malades.	02	13,33%
Total	**15**	**100%**

Source :Données recueillies sur le terrain - Unité Urgences Chirurgicale- Service des Urgences, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019

Aux termes de cette enquête nous sommes parvenus aux résultats suivants : 13 agents, soit un pourcentage de 86, 66% en exercice de leur fonction reconnaissent avoir subi des pressions des garde-malades. Cette représentation importante s'explique pour certaines raisons qui mettent en exergue le dysfonctionnement de la structure du C.H.U-B. Parmi ces raisons nous dénombrons : la mauvaise organisation du travail causée par le manque de professionnalisme de ce personnel, … Ces raisons créent donc un climat de méfiance entre malades, ses proches vis-à-vis de ce personnel. A cette importante représentation, l'enquête dénombre également 02 agents avec un pourcentage de13, 34% qui sont d'avis que, ce personnel ne subi pas des pressions dans le cadre de leurs prestations de la part des garde-malades.

Après la présentation de ces résultats portés sur le personnel soignant, nous examinons dans les lignes qui suivent ceux des résultats des garde-malades de l'Unité des Urgences de Déchoquage.

VI.1.7. Unité des Urgences de Déchoquage (U.U.D) Service des Urgences du C.H.U-B

Cette unité des soins fait également partie du Service des Urgences du C.H.U-B. Cependant, la faible capacité d'accueil de cette unité des soins, ne nous a pas permis de tirer un échantillon assez représenté comme celui d'autres unités de soins du Service des Urgences, c'est-à-dire 60 enquêtés pour les garde-malades, 60 pour les malades et 15 pour le personnel soignant. Compte tenu de cette difficulté, nous nous sommes contentés des enquêtés trouvés sur le terrain.

VI.1.7.1. Garde-malades de l'Unité de Déchoquage (U.D) - Service des Urgences

Tableau n°147relatif à la présentation des garde-malades par liens familiaux ou liens de rapprochement avec le malade – Unité de Déchoquage.

Liens	Effectif	Pourcentage
Membre de famille	08	00%
Membre d'une communauté religieuse	00	00%
Membre d'une corporation professionnelle	00	00%
Membre d'une association	00	00%
Amis et connaissances	00	00%
Total	**08**	**100%**

Source :Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage - Service des Urgences - C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les résultats de cette enquête parviennent aux résultats suivants : la catégorie des garde-malades dont la présence se justifie par les liens de famille est plus représentée. Soit un effectif total de 08 garde-malades avec un pourcentage de 100, 00%. Cette représentation importante montre la place de la famille en situation de maladie. Elle est donc le premier secours pour le malade. Ce qui montre que dans notre société, la famille constitue le premier cercle d'assistance en situation de maladie. Aussi, la solidarité apparait comme l'ultime moyen de matérialiser cette assistance. D'où, la présence massive de ces garde-malades. Cependant, l'enquête ne relève aucune représentation d'autres liens rapprochant le malade de son milieu social.

Nous examinons par la suite le tableau relatif à la représentation du garde-malade par sa nécessité.

Tableau n°148 relatif à la représentation des garde-malades par leur nécessité – Unité de Déchoquage.

Nécessité	Effectif	Pourcentage
Inexistence des gardes-malade attitrés au C.H.U-B	04	50%
Insuffisance des gardes-malade attitrés	00	00%
Garde-malades (familiaux) comme adjuvant du personnel de C.H.U-B	00	00%
Garde-malades familiaux comme expression de la solidarité	04	50%
Présence du garde autorisée par un texte juridique.	00	00%
Total	**08**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage - Service des Urgences C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

L'enquête menée à ce sujet présente les résultats suivants :

04 garde-malades, soit un pourcentage de 50% qui justifient leur présence auprès des malades par l'inexistence des garde-malades attitrés. Cette représentation importante appelle à la solidarité des membres de la famille qui se justifie par l'inorganisation de cette structure

hospitalière. 04 garde-malades avec un pourcentage de 50% qui subordonnent leur assistance auprès des malades en qualité des garde-malades familiaux comme expression de la solidarité. Cette représentation est aussi importante. Elle montre la place de la famille qui s'exprime à travers la solidarité.

Il ressort que, la représentation de ces catégories de garde-malades, poursuivre le même objectif, celui de montrer la place de la famille à travers son rôle et la faiblesse au niveau des services de cette structure.

Nous présentons par la suite, le tableau relatif à la représentation des malades sur la nécessité de leur interdiction à l'hôpital.

Tableau n°149 relatif à la représentation des garde-malades sur la nécessité de leur interdiction à l'hôpital - Unité des Urgences de Déchoquage.

Nécessité	Effectif	Pourcentage
Oui	05	62,50%
Non	03	37,50%
Total	**08**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

L'enquête présente les résultats suivants : 05 garde-malades avec un pourcentage de 62, 50%, sont d'avis sur la nécessité de leur interdiction en milieu hospitalier. Cette représentation s'explique par le mauvais côté de la présence du garde-malade. Deux (02) principales raisons justifient ce mauvais côté : l'insalubrité et l'envahissement qui empêche l'organisation des soins au niveau des services cliniques. 02 garde-malades, soit 25% ne sont pas d'avis sur la nécessité de leur interdiction en milieu hospitalier. Cette représentation, certes moins importante sous - tende l'approche sur la place du garde-malade.

Le tableau qui suit est relatif à la représentation du garde-malade sur la condition dans laquelle il assure ce rôle.

Tableau n°150 relatif à la représentation des garde-malades sur les conditions dans lesquelles ils assurent ce rôle – Unité de Déchoquage.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	07	87,50%
Bonne	00	00%
Assez-bonne	01	12.50
Total	**08**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage - Service des Urgences du C.H.U-B, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Dans ce tableau, 07 garde-malades enquêtés, soit un pourcentage de 87, 50%, déplorent les mauvaises conditions dans lesquelles ils assurent leur rôle de garde-malade. Cette représentation aussi importante est la conséquence de l'inorganisation de cette structure hospitalière. Cette situation créée la méfiance au niveau de l'assistance du malade. Ce qui fait que cette assistance se mobilise davantage et justifie son nombre. A ce sujet, NA' KANGAMA, garde-malade de son père, admis au Déchoquage, abordé au cours de nos activités d'entretien, désespéré à cause de l'état de santé de son père, placé sous oxygène et se trouvant en situation de réanimation, déplore les conditions de l'animalité dans lesquelles il assure sa garde.

Ce dernier exprime toute sa colère devant nous en ces termes : *« Regarde ! Même de par la disposition du Service des Urgences par rapport à l'entrée principale, c'est trop loin. Il faut contourner avec la grande probabilité de voir succomber le malade avant la consultation. De plus, les garde-malades sont tenus très loin de leurs malades, sous prétexte qu'ils indisposent le personnel soignant dans le cadre de leurs prestations. Dans pareilles circonstances, comment se rendre compte sur les besoins du malade. En cas de besoin, le personnel soignant nous appelle sans se faire entendre. Or, cela nécessite un mégaphone ou un micro. Hélas ! Il n'y en a pas. On est comme soumis à l'exercice d'être attentif à chaque instant, à l'image d'une délibération d'un examen d'Etat.»*[57]

Un autre garde-malade abordé dans le cadre des mêmes activités, dans les rondes de nuits aux mêmes dates, exprime toute son amertume en ces termes : *« Voici là où je dors ! Par*

[57] - Les activités combinées d'observation et d'entretien avec les garde-malades de l'Unité des Urgences de Déchoquage Service des Urgences, les journées du 26, 27 et 28 Octobre 2019.

terre, sur les cartons, sans moustiquaire, exposé aux intempéries, très loin du malade... » Ces déclarations à chaude larmes, témoignent l'épouvantable et insupportable enfer qu'endure ces garde-malades dans leur rôle.

Après la présentation des garde-malades de cette unité de soins, nous présentons dans les lignes qui suivent les malades de cette même unité de soins.

VI.1.8. Les malades de l'Unité des Urgences de Déchoquage - Service des Urgences du C.H.U-B

Pour les mêmes raisons que celles évoquées par les garde-malades de cette même unité de soins, lesquelles liées à la difficulté de tirer un échantillon assez représenté suite au nombre réduit des malades de cette unité des soins, notre échantillon est constitué de 08 malades enquêtés.

Retenons que les malades de cette unité des soins, constituent la population cible retenue pour cette enquête dont les enjeux se prêtent à la bonne compréhension de cette problématique de garde-malade. Ainsi, les aspects liés à ces malades au contact avec l'univers hospitalier, en synergie avec le personnel soignant et l'environnement social du malade, parviennent aux résultats ci-après :

Tableau n° 151 relatif à la présentation des malades sur leur gestion pendant la consultation – Unité de Déchoquage.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Très tôt	00	00%
Tard	07	8,50%
Très tard	01	12,50%
Total	**08**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.

La lecture de ces statistiques montre que, 07 malades, soit un pourcentage de 08, 50% sont d'avis qu'ils sont consultés tard. Cette représentation importante reflète l'image même de cette structure hospitalière qui accuse d'énormes difficultés au point où les malades ne sont pas consultés très tôt. Cette difficulté appelle une autre, celle qui s'explique par le fait que les

malades sont consultés très tard. Soit une représentation de 01 malade avec un pourcentage de 12, 50%. Cette représentation certes très faible de par ses statistiques, renforce notre première approche, celle qui défend l'idée selon laquelle la structure hospitalière du C.H.U-B est placée sous perfusion.

Par contre, l'enquête ne relève aucune représentation des malades dont le temps de consultation est très tôt. Tout prêtre à croire qu'il se pose un problème d'effectif au niveau du personnel soignant.

Retenons que, la tardivité dans la consultation de ces malades n'arrange pas leur situation fragilisée davantage parla maladie. Pour s'en convaincre, les témoignages accablants de certains malades rencontrés au cours de nos activités d'entretien, justifient leur délaissement par l'hôpital. Il se désigne alors une forme d'exclusion de ces malades par manque d'une prise en charge aussi rapide : *« Maman Odile, malade souffrant des douleurs crâniennes à la suite d'un accident de voie publique, référée de l'Hôpital Général de Dolisie (H.G.D) pour des soins intensifs aux Urgences Déchoquage. A son arrivée dans cette unité des soins, sa fille ainée, garde-malade, entreprend des démarches afin de rencontrer le Médecin pour un placement afin de recevoir les soins appropriés. Plus d'une heure, ces démarches sont sans suite. Plus tard, la malade succombe de ses douleurs sous le regard impuissant du personnel soignant beaucoup préoccupé ailleurs que sur la vie du malade. Frémis de colère, désemparée, la garde-malade se jette sur une infirmière de passage pour d'autres activités. Retenue par d'autres infirmières comme pour calmer la situation, la fille parvienne difficilement de se ressaisir et, se retire de l'hôpital pour des obsèques de sa chère mère. Elle garde pour le reste de toute sa vie, des souvenirs très douloureux et une image indigne du C.H.U-B »*[58]

Ce témoignage très poignant nous aide à comprendre pourquoi les uns sont consultés très tard, les autres, tard et d'autres encore avec un grand retard.

[58] - Activité : Observation sur l'arrivée des malades à l'hôpital et leur prise en charge par le service d'accueil Unité des Urgences de Déchoquage Service des Urgences, le 15 Octobre 2019.

Il en résulte que, la défaillance organisationnelle de cette structure hospitalière face aux attentes des malades en proie à des nombreuses difficultés, suscite mobilisation et solidarité de la structure familiale. Ce qui occasionne cette présence massive des garde-malades.
Le tableau qui suit est relatif à la représentation de ces malades de leur appréciation sur le niveau des prestations du personnel soignant.

Tableau n° 152 relatif à la représentation des malades sur leur appréciation sur le niveau des prestations du personnel soignant – Unité de Déchoquage.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Mauvais	**08**	**100%**
Assez bon	**00**	**00%**
Bon	**00**	**100%**
Total	**08**	**00%**

Source : Données recueillies sur le terrain – Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.

Ici, le niveau de prestation du personnel soignant au vu des malades, est mauvais. Soit un effectif total de 08 avec un pourcentage de 100%. Cette représentation importante est le reflet du niveau de cette structure hospitalière qui n'est plus en mesure d'assurer une bonne prise en charge. En effet, le séjour du malade dans cette unité des soins, nécessité une prise en charge conséquente en matériel et en finance assuré par la famille.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la présentation de ces malades par nombre et par service en consultation.

Tableau n° 153 relatif à la présentation des malades par nombre et par service pendant la consultation – Unité de Déchoquage.

Nombre de malades en consultation	Effectif	Pourcentage
Pas des malades en consultation	00	00%
Quelques malades en consultation	01	12,50%
Beaucoup des malades en consultation	07	87,50%
Total	**08**	**100%**

Source :Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage - Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

A la lecture des résultats qu'affichent ce tableau, il se dégage qu'il y a beaucoup des malades en consultation par service. Soit un effectif total de 07 malades avec 87, 50%. Ces effectifs

pléthoriques des malades en consultation posent le problème de l'effectif déficitaire du personnel soignant qui se caractérise par le délaissement de ces malades en consultation.

Par contre, les quelques malades en consultation à peine 01 malade soit un pourcentage de 12, 50%. Cette sous représentation s'explique par la même raison, celle liée à la question du déficit du personnel qui ne peut donc assurer la couverture en soins médicaux pour tous les malades.

Le tableau qui vient après porte sur la représentation de ces malades sur la qualité de leur prise en charge par le personnel soignant.

Tableau n° 154 relatif à la présentation des malades sur la qualité de leur prise en charge par le personnel soignant – Unité de Déchoquage.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	06	75%
Assez bonne	02	25%
Bonne	00	00%
Total	**08**	**100%**

Source :Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019

Au regard de ces statistiques, il ressort que, la prise en charge des malades par le personnel soignant est mauvaise. 06malades, soit 75% sont donc de cet avis. Cette représentation importante s'explique par le niveau organisationnel de cette structure hospitalière.02 malades par contre avec un pourcentage de 25%sont d'avis que cette prise en charge est assez bonne. Aucune représentation pour les malades dont la prise en charge est bonne.
Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ces malades sur le niveau d'environnement de cette structure hospitalière.

Tableau n° 155 relatif à la représentation des malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital – Unité de Déchoquage.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Mauvais	**07**	**87,50%**
Assez bon	**01**	**12,50%**
Bon	**00**	**00%**
Total	**08**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité d'Urgences De Déchoquage - Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

La lecture de ce tableau montre qu'il y a 07 malades, soit un pourcentage de 87, 50%, jugent l'environnement de l'hôpital mauvais. Cette représentation importante met en relief la question d'organisation de cette structure et celle d'une bonne gestion de cette structure hospitalière. Notons que, le Service d'Hygiène en charge de ce secteur accuse d'énormes difficultés en termes d'effectifs du personnel et de matériel.

Pour s'en convaincre, la Section Assainissement de ce cadre hospitalier, n'est gérée que par une seule personne, privée des collaborateurs et du matériel susceptible de rendre opérationnel et visible l'environnement hospitalier. Faute du personnel adéquat et du matériel, le Service d'Hygiène en charge de ce secteur ne travail qu'avec les sous-traitances. Le slogan : *« Une politique, des moyens »*, n'est qu'un rêve dans cette structure hospitalière.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ces malades sur la présence du garde-malade.

Tableau n°156 relatif à la représentation des malades de leur perception sur la présence du garde-malade – Unité de Déchoquage.

Justifications sur la présence du garde-malade	**Effectif**	**Pourcentage**
Méfiance du malade sur les prestations du personnel	02	25%
Expression de la solidarité	06	75%
Total	**08**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité d'Urgences De Déchoquage- Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Selon l'enquête réalisée, deux options se présentent ici :
Une première option, celle qui justifie la présence du garde-malade auprès du malade par méfiance du personnel. Cette option réunie un effectif total de 02 malades, soit 25%. Une représentativité moins importante.

La seconde option est celle défendue par les malades qui justifient la présence de leurs proches par solidarité. Cette deuxième option totalise un effectif de 06 malades, soit 75%. Cette représentation importante montre la place de la solidarité dans la société et sur tout en situation de maladie.

Après la présentation des malades de cette unité des soins, nous présentons dans les lignes qui suivent le personnel soignant de cette même unité des soins.

VI.1.9. Le personnel soignant de l'Unité des Urgences de Déchoquage - Service des Urgences du C.H.U-B

Le personnel soignant est l'un des acteurs au centre de la problématique de garde-malade. Son implication dans la prise en charge du malade met en relief certains aspects spécifiques dont l'analyse sociologique donne des résultats qui se résument dans les tableaux qui vont suivre.

Tableau n° 157 relatif à la représentation du personnel soignant sur l'évolution de la population en République du Congo – Unité de Déchoquage.

Evolution de la population	Effectif	Pourcentage
Oui, cette population évolue.	13	86,66%
Non, cette population n'évolue pas.	02	13,33%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.

L'enquête dénombre 13 agents, soit un pourcentage de 80, 66% sont d'avis que la population en République du Congo est en pleine croissance. Cette représentation importante pose le problème de rapport entre l'avancée démographique en République du Congo et la capacité en termes d'effectif du personnel pour répondre aux nombreuses attentes des malades de cette structure hospitalière.

Ces statistiques de par leur importance, nous renseigne davantage sur les difficultés de cette structure en terme de personnel soignant. C'est ce qui justifie d'ailleurs le sens même de l'observation menée à ce sujet. En effet, les malades passent plus du temps pendant la consultation médicale, le personnel double les heures de travail sans une moindre compensation financière ou autres nature d'avantage par la structure employeur.

Ce qui fait que la force de production baisse avec des incidences aussi graves sur la production de la structure, la corruption auprès des malades. Elle s'explique par le fait que, plus les malades passent plus du temps pendant la consultation médicale, plus qu'ils sont

désespérés et se laisse emporter par la corruption comme l'unique alternatif pour une prise en charge médicale plus rapide et conséquente. 02 agents par contre, soit un pourcentage de 13,66 %, ne sont pas d'avis que cette population augmente. Cette représentation est très faible.

Au regard de la lecture de ce tableau, la solution au problème lié à l'inadéquation entre poussée démographique importante et disponibilité en termes de personnel soignant, consisterait à réadapter l'institution hospitalière aux exigences liées à cette poussée démographique. En d'autres termes, accroitre l'effectif du personnel soignant en vue de satisfaire à la demande de plus en plus croissante des malades. Aussi, l'accroissance de l'effectif de ce personnel intégré des questions de qualité et des moyens nécessaires pour ce personnel dans le cadre de ses prestations.

Le tableau qui suit porte sur la représentation de ce personnel sur l'organisation du C.H.U-B et le flux des malades.

Tableau n° 158 relatif à la représentation du personnel soignant sur l'organisation actuelle du C.H.U-B et le flux des malades - Unité de Déchoquage.

Point de vue	Effectif	Pourcentage
Oui, l'organisation actuelle du C.H.U-B peut répondre au flux des malades.	06	40%
Non, l'organisation actuelle du C.H.U-B ne peut pas répondre au flux des malades.	09	60%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.

Il ressort des résultats de ce tableau que, 09 agents soit un pourcentage de 60, 00% pensent que l'organisation actuelle du C.H.U-B n'est pas à mesure de contenir le flux de ses malades. Cette représentation importante pose le problème d'organisation de cette structure tel qu'exposé dans l'analyse faite au tableau n° 157 relatif à la représentation du personnel soignant sur l'évolution de la population en République du Congo.

06 agents par contre, soit un pourcentage de 40, 00% affirment que l'organisation actuelle du C.H.U-B répond au flux des malades. Une représentativité très faible. Cette faible

représentation corrobore bien avec l'initiative des pouvoirs publics initiée ces dernières années pour la formation du personnel soignant à travers l'octroi des bourses d'études pour des formations à l'étranger avec des pays comme Cuba, le Maroc, la Russie, … et sur le plan locale avec l'implantation de C.I.E.S.P.A.C, une école sous régionale de santé publique, la Faculté des Sciences de la Santé, l'Ecole Paramédicale et Médicosocial Jean Joseph Loukabou.

Après ce tableau, nous présentons ce personnel sur ses conditions de travail.

Tableau n° 159 relatif à la représentation du personnel soignant sur les conditions de travail – Unité de Déchoquage.

Appréciations	**Effectif**	**Pourcentage**
Bonne	00	00%
Assez-bonne	02	13,33%
Mauvaise	13	86,66
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

L'enquête parvienne aux résultats suivants : 13 agents, soit un pourcentage de 86, 66 % sont d'avis que les conditions de travail sont mauvaises. Cette représentation importante pose le même problème, celui de l'organisation de la structure tel qu'analysé dans les tableaux 157 et 158. 02 agents, soit 13, 33%par contre pensent que ces conditions sont assez bonnes. Aucune représentation sur le personnel qui pense que ces conditions de travail sont bonnes.
Nous présentons par la suite, le tableau relatif à la représentation de ce personnel en termes d'effectif.

Tableau n°160 relatif à la représentation du personnel soignant en termes d'effectif – Unité de Déchoquage.

Appréciations	**Effectif**	**Pourcentage**
Personnel suffisant	02	13,33%
Personnel moyen	01	6.66%
Personnel déficitaire	12	80%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

A la lumière de ces résultats, il ressort que, 12 agents, soit 80, 00% pensent que les effectifs du personnel sont largement déficitaires. Cette représentation importante s'explique par des

raisons d'organisation au sein de cette structure. Il va de soi que ce déficit en termes d'effectif s'accompagne avec des conséquences aussi graves telles appréciées au niveau du tableau n°157. Il se pose dès lors une véritable équation à résoudre lorsqu'on compare le volume du travail en rapport avec les effectifs disponibles et les résultats attendus. L'enquête note également 02 agents, soit 13, 33% qui pensent que l'effectif de personnel soignant est suffisant. 01 agent soit 06, 66% qui le jugent moyen.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ce personnel sur les heures de travail.

Tableau n°161 relatif à la représentation du personnel soignant sur les heures de travail – Unité de Déchoquage.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Moins de 07 heures	03	20%
Juste 07 heures	04	26,66%
+ de 07 heures	08	53,33
Total	**15**	**100%**

Source :Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

La répartition horaire de travail en trois (03) temps, donne les résultats suivants :
03 agents, soit 20, 00% déclarent qu'ils travaillent moins de 07 heures. 04 agents, soit 26, 66% affirment qu'ils travaillent juste 07 de temps. La grande majorité travaille au-delà de 07 heures du temps. Soit 08 agents avec un pourcentage de 53, 33%. Cette représentativité est importante. Elle s'accompagne avec des conséquences aussi graves qui affectent la qualité du travail entendu de ce personnel.

En effet, l'expérience montre que pour parvenir aux bons résultats, la structure doit avoir une bonne organisation horaire adaptée aux réalités sociales de son personnel. Cette organisation suppose donc la bonne répartition des horaires de travail qui donne la possibilité à ce personnel de travailler à des horaires convenables. En effet, la réalité de terrain montre bien que, plus le personnel travaille aussi longtemps, plus qu'il s'épuise et sa force de productivité a des incidences majeures au niveau de la rentabilité de la structure.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la présentation de ce personnel sur sa prise en charge par le C.H.U-B. Il s'agit de montrer à travers ce tableau le mode opératoire sur la question de paiement des salaires du personnel de cette structure.

Tableau n°162 relatif à la présentation du personnel soignant sur sa prise en charge par le C.H.U-B – Unité de Déchoquage.

Paie	Effectif	Pourcentage
En temps normal	**05**	**33,33%**
En retard	**00**	**00%**
Avec grand retard	**10**	**66,66%**
Salaire inexistant	**00**	**00%**
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage - Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Comme pour les unités de soins étudiées ci-haut, le constat est le même : la rémunération du personnel soignant est versée avec grand retard. Soit 10 agents avec un pourcentage de 66, 66%, sont d'avis que la paie du personnel se fait avec un grand retard. Cette représentation importante témoigne de la mauvaise organisation de cette structure hospitalière. La rémunération, perçue comme la contrepartie au travail réalisé, permet à ce personnel de s'affirmer d'avantage dans le travail. Cependant, lorsqu'elle ne se fait à temps, elle est bien à l'origine de certains comportements pervers tels que le rançonnement des malades et leurs proches, le retard au poste de travail, le travail mal fait, l'organisation des services parallèles qui échappent au contrôle de la structure, le trafic des médicaments, ...

Le tableau qui suit après se rapporte à la représentation du personnel soignant (stagiaires) sur le mode opératoire de la question de paiement des bourses d'étude dont l'organisation relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur.

Tableau n°163 relatif à la présentation du personnel soignant (étudiants en formation) sur le paiement de la bourse d'étude dont l'organisation relève du Ministère de l'enseignement Supérieur.

Bourse	Effectif	Pourcentage
En temps normal	00	00%
En retard	00	00%
Avec grand retard	13	86,66%
Pas de bourse	02	13,33%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage - Service des Urgences, période d'étude du 13 Octobre au 14 Novembre 2019.

Les résultats de notre enquête montrent que, 13 enquêtés soit un pourcentage de 06, 66% affirment que la bourse d'étude dont l'organisation implique le Ministère de l'Enseignement Supérieur soit perçue avec un grand retard. Cette représentation importante montre bien l'implication de ce Ministère tout au moins sur cette question de bourse dont les incidences aussi graves se font remarquer au niveau de l'organisation du personnel de cette structure hospitalière. La présence des stagiaires serait un atout majeur pour régler cette question de déficit du personnel. Malheureusement, le retard de paiement de ces bourses appelle à un autre problème, celui du renforcement du déficit du personnel qui n'arrange guère la situation du malade. La bourse est non seulement à la fonction du soutient pour assurer le financement des études, mais elle a aussi une fonction latente, celle du réconfort psychologique. Ainsi, son irrégularité a des incidences négatives sur le comportement de ces étudiants en formation. Ce qui n'assure pas la bonne organisation du travail.

L'enquête note à peine 02 enquêtés avec un pourcentage de 13, 33% qui ne reconnaissent pas d'ailleurs sur l'existence même de cette bourse. Cette représentation certes très faible, pose tout au moins l'éternel problème d'organisation non seulement au niveau de cette structure hospitalière, mais aussi au niveau d'autres institutions associées sensées accompagner la structure du C.H.U-B dans son organisation.

Le tableau qui suit après porte sur la représentation de ce personnel à propos de la question de rémunération par apport au S.M.I.G.

Tableau n° 164 relatif à la présentation du personnel soignant sur la rémunération en fonction du Salaire Minimum Inter Garanti (S.M.I.G)[59] – Unité de Déchoquage.

Montant du salaire perçu par apport au S.M.I.G	Effectif	Pourcentage
Salaire inférieur au S.M.I.G	00	00%
Salaire égal au S.M.I.G	00	00%
Salaire supérieur au S.M.I.G	15	100%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage - Service des Urgences, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.

[59] - S.M.I.G : Salaire Minimum Inter Garanti perçu par le dernier manœuvre fixé par la loi en République du Congo. Ce salaire est fixé à Cent mille (100. 000) Francs C.F.A pour les entreprises publiques. Source : Discours à la Nation du Président de la République du Congo, le 24 Décembre 2019, journal télévisé de 20 h.

Les résultats de l'enquête montrent que tous les 15 agents, soit 100% perçoivent un salaire supérieur au S.M.I.G. Aucune représentativité du personnel percevant un salaire en dessus de ce S.M.I.G.

Le tableau suivant présente ce personnel et son organisation au niveau de ses allocations perçues.

Tableau n° 165 relatif à la présentation du personnel soignant sur diverses allocations perçues – Unité de Déchoquage.

Indemnités Perçues	**Effectif**	**Pourcentage**
Transport	10	66,66%
Restauration	00	00%
Charges familiales	00	00%
Risques professionnelles	05	33,33%
Heures supplémentaires	00	00%
Prise en charge pour maladie	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité des Urgences de Déchoquage - Service des Urgences, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.

Ce tableau reflète la même tendance que celle observée au niveau des deux autres unités de soins présentées en amont. Ainsi, ce tableau présente cependant, les résultats ci-après :
10 agents, soit 66, 66% perçoivent l'indemnité de transport, une représentation importante. Pour ce qui est de l'indemnité liée aux risques professionnels, il y a 05 agents, soit 33, 33%. Aucune représentation du personnel percevant d'autres formes d'allocations.
Ce tableau laisse apparaitre des grandes inégalités sur la perception de ces allocations par ce personnel. Si l'allocation a pour fonction, celle de la motivation du personnel pour le travail, le fait que ce personnel n'en perçoit pas d'autres formes selon la grille y relative relevant de l'organisation de cette structure, il en demeure vrai que cela cause problème dont la cause remonte à l'organisation de cette structure hospitalière.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ce personnel sur la perception de la présence du garde-malade à propos de leurs représailles sur le personnel.

Tableau n° 166 relatif à la présentation du personnel soignant sur la perception de la présence des garde-malades exerçant des pressions contre le personnel soignant – Unité de Déchoquage.

Point de vue	Effectif	Pourcentage
Oui, le personnel soignant subi des pressions des garde-malades dans le cadre de ses prestations.	14	93,33%
Non, le personnel soignant ne subie pas des pressions des garde-malades dans le cadre de ses prestations.	01	6,66%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Unité Urgences de Déchoquage, période d'étude du 13 au 14 Novembre 2019.

L'enquête expose pour résultats : 14 agents, soit un pourcentage de 93, 33%, subissent les pressions des garde-malades dans le cadre de l'exercice du travail. Cette représentation importante est l'expression de la mauvaise organisation de cette structure Par contre, 01 agent avec un pourcentage de 06, 66%, pense n'avoir subie des pressions dans le cadre du travail.

Après avoir présenté les 03 unités de soins, nous passons au Service de Pédiatrie Nourrisson.

VI.2. Service de Pédiatrie Nourrisson (S.P.N) du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)

La Pédiatrie Nourrisson, est le deuxième service clinique, après celui des Urgences retenu dans le cadre de cette enquête pour cerner davantage cette problématique de garde-malade. Son choix se justifie par la spécificité de ses malades qui, en grande partie, sont des nourrissons dont la prise en charge implique nécessairement l'interaction entourage familial et personnel soignant.

Ainsi, la compréhension des enjeux de cette problématique de garde-malade, s'explique à travers l'analyse sociologique de ses aspects spécifiques en synergie entre le malade, le garde-malade et le personnel soignant.

VI.2.1. Gardes-malade Service de Pédiatrie Nourrisson du C.H.U-B

Les tableaux ci-dessous présentent les résultats obtenus sur des aspects spécifiques au cœur de cette problématique de garde-malade.

Tableau n°167 relatif à la représentation des garde-malades sur les liens familiaux ou autres liens de rapprochement avec le malade – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Nécessité	Effectif	Pourcentage
Membre de famille	57	95%
Membre d'une communauté religieuse	00	00%
Membre d'une corporation professionnelle	03	05%
Membre d'une association	00	00%
Amis et connaissances	00	00%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson C.H.U-B, période d'étude du 14, Novembre au 14 Décembre 2019.

A la lecture de ce tableau et au regard des résultats obtenus au Service des Urgence sur cette question de garde-malade, il se dégage que, les garde-malades rattachés à leurs malades par des liens familiaux sont plus représentés. Soit un effectif total de 57, soit un pourcentage de 95, 00%. Cette représentation importante s'explique pour des raisons autres que celles évoquées au niveau du Service des Urgences, lesquelles mettent en évidence la place de la famille en situation de maladie. Elle demeure le premier cercle d'assistance en situation de maladie. Ce qui explique cette forte représentation et justifie de ce fait, cette présence massive de ces garde-malades dans cette structure hospitalière.

Par ailleurs, le non représentation des garde-malades rattachés à leurs malades par des liens de corporation religieuse, d'association ou d'amis et connaissances, montrent à quel point ces liens ne constituent pas des attaches les plus fortes. Ces liens n'ont donc pas un enjeu dans les rapports sociaux dans le cadre de l'organisation sociale.

Il convient de noter à travers cette enquête que, les garde-malades rattachés à leurs malades par le lien de corporation professionnelle sont faiblement représentatif. Soit un effectif total de 03 garde-malades avec un pourcentage de 05, 00%.
Au regard de ce qui précède, il en demeure vrai que la famille reste la cellule sociale la plus importante dans toute forme d'organisation sociale. Elle se situe donc au centre de notre société.

Nous présentons par la suite, le tableau relatif à la présentation de ces garde-malades selon leur nécessité.

Tableau n°168 relatif à la présentation des garde-malades par leur nécessité – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Nécessité	Effectif	Pourcentage
Inexistence des gardes-malade attitrés au C.H.U-B	30	50%
Insuffisance des gardes-malade attitrés	00	00%
Garde-malades (familiaux) comme adjuvant du personnel de C.H.U-B	00	00%
Garde-malades familiaux comme expression de la solidarité	30	50%
Présence du garde autorisée par un texte juridique.	00	00%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson C.H.U-B, période d'étude du 14, Novembre au 14 Décembre 2019.

Les statistiques qu'affiche ce tableau montrent que, 30garde-malades subordonnent leur présence auprès des malades par l'inexistence des garde-malades attitrés au niveau de cette structure hospitalière. Une représentation importante qui présente deux enjeux majeurs.
Un premier enjeu, celui du manque de cette catégorie socioprofessionnelle au même titre que d'autres impliquées dans la gestion du malade en milieu hospitalier.

Le deuxième enjeu, est celui de la présence de cette catégorie avec toutes les conséquences possibles : envahissement du milieu hospitalier, l'insalubrité, les interférences entre le savoir du profane et l'expertise scientifique qui parfois se contredisent et n'assure guère une bonne prise en charge médicale du malade.

A cet effectif, l'enquête dénombré également 30 autres garde-malades, soit un pourcentage de 50% qui subordonne leur assistance auprès des malades par des garde-malades familiaux, perçue comme l'expression de la solidarité. Une représentation importante qui présente deux enjeux majeurs sur cette problématique de garde-malade.

Le premier enjeu est celui de montrer la place de la famille dans l'organisation sociale. Elle occupe donc une place importante sur tout en situation de maladie. Elle constitue le premier cercle d'assistance.

Le deuxième enjeu majeur est celui de la solidarité qui explique la présence de la famille.
Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ces garde-malades sur la nécessité de l'interdiction de leur présence.

Tableau n°169 relatif à la représentation des garde-malades sur la nécessité de leur interdiction en milieu hospitalier - Service de Pédiatrie Nourrisson.

Nécessité de garde-malade	Effectif	Pourcentage
l'interdiction de la présence de ces garde-malades	10	16,66%
la nécessité de la présence des garde-malades	50	83,33%
Total	**60**	**100%**

Source : *Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.*

Les statistiques de ce tableau nous mettent devant l'évidence, celle de la nécessité de la présence du garde-malade en milieu hospitalier. La moitié des enquêtés sont de cet avis. Soit un effectif total de 50 garde-malades avec un pourcentage de 83, 33%. Cette représentation importante exprime le besoin réel du garde-malade qui, serait un personnel adjuvant au C.H.U-B. Le garde-malade joue un rôle de premier plan sur la gestion du malade. En effet, la spécificité des malades de ce service nécessite plus d'attention des parents en qualité de garde-malade. Son absence affecte la bonne organisation de ce service.

Par ailleurs, la nécessité de l'interdiction de la présence du garde-malade s'avère une approche moins adaptée à nos réalités socioculturelles caractérisées par la primauté de la solidarité sur la gestion du malade. Ce qui justifie la sous représentation de cette catégorie des garde-malades qui ne sont pas d'avis sur leur interdiction en milieu hospitalier. Ces garde-malades sont au nombre de 10, soit un pourcentage de 16, 66%.

Au regard de ce qui précède, il ressort que, la présence du garde-malade s'avère nécessaire au niveau de cette structure hospitalière en situation de déficit du personnel qui nécessite une bonne représentation des catégories socioprofessionnelles susceptibles d'assurer une bonne gestion des malades. Cette nécessité se lie à travers nos activités d'observation. A ce titre, devant les caprices des malades en consultation, l'apport des parents ou des proches contribue à faciliter les soins. A ce sujet, le Docteur Stève Vassell MISSAMBOU MANDILOU, Pédiatre Endocrinologue, Chef de Service intérimaire, abordé au cours de nos entretiens, retient deux (02) aspects du garde-malade.

Un premier aspect positif, celui de l'implication du garde-malade sur la gestion du malade. L'autre aspect négatif, c'est celui relatif à sa présence qui pose problème quant au déroulement des consultations. Pour notre enquêté,*« Il n'y a pas de Pédiatrie sans garde-*

malade. Ainsi, travaillant sur une catégorie de patients très sensible, celle de nourrisson en grande majorité, nécessite une attention particulière ». Il est donc nécessaire poursuit ce dernier *qu' « on travaille conjointement avec le garde-malade. C'est avec lui qu'on a l'historique de la maladie, ...Bref, tout le travail sur le malade se fait avec le garde-malade. Seulement, il devient gênant lorsqu'il est en sur nombre pendant les consultations. Il constitue de ce fait un obstacle dans l'organisation des soins. A titre d'illustration, un malade souffre de bronchite à besoin d'un espace aéré. Or, la présence des garde-malades en sur nombre dans la salle d'hospitalisation compromet à la circulation de l'aire. Ce qui compromet la santé du malade. De plus, il arrive de ces situations où le garde-malade se fait contaminer par le malade. C'est pourquoi, leur présence à côté des malades, doit dépendre de notre programme de travail. »*[60]

Cette approche qui témoigne la nécessité de la présence du garde-malade en milieu pédiatrique est partagée aussi par Madame OBEMBO Denise, major de ce service qui, au cours de nos activités d'entretien nous livre ses sentiments en ces termes : *« Il ne se pose pas de problème avec la présence du garde-malade. Nous reconnaissons son importance indéniable. Seulement, ce qui nous rend la vie difficile dans nos activités, ce sont les visiteurs en sur nombre qui perturbent l'organisation des soins.»*[61]

En outre, la nécessité de la présence du garde-malade se fait également observer à travers une situation vécue dans le cadre de nos activités d'observation. Celle-ci se résume ainsi : *« Dans le cadre des activités d'exécution des soins aux malades, deux (02) Infirmières éprouvent d'énormes difficultés de poser un malade âgé de 12 ans sur une chaise roulante appelé à recevoir des soins dans une autre salle d'hospitalisation de ce service. Ne parvenant pas avec toutes les peines du monde d'installer ce malade sur sa chaise roulante, sollicite notre secours pour y parvenir. Avec notre appui, ce malade a été installé sur sa*

[60] - Point sur le focus – group portant sur l'activité de visite générale des malades sous la conduite du Docteur Stève MISSAMBOU MANDILOU, salle de permanence des Médecins Service de Pédiatrie Nourrisson en date du 09 Décembre 2019.

[61]- Activité : Entretien avec le personnel soignant, secteur n° 02, Service de Pédiatrie Nourrisson, le 09 Décembre 2019.

chaise et acheminé dans la salle des soins. Cette opération se fait avec succès grâce à notre appui.»[62]

Au regard de ce témoignage, il ressort l'idée de la nécessité de la présence du garde-malade. A contrario, son interdiction en milieu hospitalier s'avère inadaptée par apport aux réalités sociales nées de ce milieu dont l'organisation nécessite sa présence. Ce qui expose la défaillance organisationnelle de cette structure hospitalière.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ces garde-malades sur leurs conditions de garde.

Tableau n° 170 relatif à la représentation des garde-malades sur les conditions dans lesquelles ils assurent ce rôle d'assistance - Service de Pédiatrie Nourrisson.

Conditions	Effectif	Pourcentage
Mauvaises	41	68,33%
Bonnes	06	10%
Assez-bonnes	13	21,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson du C.H.U-B, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Au regard des statistiques qu'affiche ce tableau, il ressort que, ces garde-malades en grande partie assurent leur rôle dans des mauvaises conditions. Soit un effectif total de 41, soit 68, 33%. Cette représentation importante s'explique par la mauvaise organisation aussi drastique que connait cette structure hospitalière tant en gestion financière qu'en ressources humaines. A cet effet, Maman Françoise LOUKOULA, garde-malade de son enfant, venant de Bacongo, quartier sud de Brazzaville, abordée au cours de nos activités d'entretien, s'indigne des conditions dans lesquelles elle assure ce rôle de garde-malade.

Pour cette dernière, *« Le garde-malade est laissé à lui-même. Il s'expose à toute maladie parce qu'il n'a pas de moustiquaire, pas de prise en charge alimentaire, le Service Social n'existe que de nom. Hier poursuit-elle, l'hôpital s'occupait bien de ses malades et de leurs proches. Une fois enregistré et déclaré malade, cela suffisait pour une prise en charge. Le reste c'est l'affaire de l'Etat. Avec autant d'argent que l'Etat a ! Où est passé cet*

[62] - Activité : Observation sur la ronde avec le personnel soignant section Infirmier. Objectif poursuivi : comprendre sur l'organisation d'exécution des soins auprès des malades ; la nature des rapports entretenus entre garde-malade et le malade, Secteur n°02 Service de Pédiatrie Nourrisson, le 09 Décembre 2019.

argent ? Pourquoi les malades et leurs proches croupissent autant dans la misère ? Hier l'hôpital de la CO.MI.LOG à MAKABANA[63]*, le malade et son garde-malade bénéficié d'une bonne prise en charge sans distinction aucune. Par contre, au C.H.U-B, c'est le jour et la nuit. Où allons-nous ! Que faire ! »*[64]

De même, une autre garde-malade, *« déplore l'assainissement du milieu hospitalier, la qualité de l'accueil, la prise en charge médicale, la formation du personnel, le séjour prolongé à l'hôpital qui expose le garde-malade à des infections nosocomiales, l'absence de la prise en charge nutritionnelle. »*

Aussi, une autre garde-malade déplore*« l'absence des moustiquaires pour un Service aussi d'une extrême sensibilité en charge de la gestion des nourrissons, l'état des fenêtres qui expose à l'insécurité les malades et leur entourage, les putréfactions nauséabondes, l'état très critique de la literie des malades, l'absence de la climatisation, pas de salle d'attente appropriée pour les garde-malades. L'hôpital Mère et Enfant de Blanche Gomes poursuit-elle, est mieux! Le garde-malade est mieux vu qu'ici. »*

Au regard de ces nombreuses plaintes des garde-malades enregistrées au cours de nos activités d'observation et d'entretien, on parvient à mesurer la douleur et la difficulté avec lesquelles ces garde-malades, pourtant au service de leurs proches malades, assurent ce rôle. Ce qui montre la défaillance organisationnelle de cette structure hospitalière.

---

[63]- CO.MI.LOG : Compagnie Minière de Logué dont la principale activité est l'exploitation du manganèse dans le District de MBINDA au Département du NIARI en République du Congo. Ce manganèse est acheminé en terre gabonaise pour d'autres destinations et servir à d'autres fins utiles. Cette entreprise minière dans son cahier de charge avec la République du Congo, s'en charge d'améliorer les conditions des populations riveraines avec la construction des structures hospitalières le long de la seconde voie ferrée de la CO.MI.LOG en vue d'assurer la déserte médicale de ces populations. Le District de MAKABANA au Département du NIARI a été l'une des localités bénéficiaires de cette politique sociale. L'hôpital de la CO.MI.LOG de MAKABANA de par son organisation est resté gravé dans la mémoire collective comme un modèle de réussite en République du Congo dans la gestion de ses malades, garde-malades et de son personnel soignant. Ce qui fait que cette structure hospitalière reçoit les malades de tous les coins du pays, voire des pays frontaliers.

[64] - Activité : Observation sur la ronde du personnel soignant, section Infirmier. Objectif poursuivi : comprendre l'organisation de l'activité sur l'exécution des soins auprès des malades et la nature des rapports qu'il entretien avec le garde-malade, Secteur n°02 Service de Pédiatrie Nourrisson, le 09 Décembre 2019.

Par ailleurs, il faut relever la sous représentation de la catégorie des garde-malades qui estiment qu'ils assurent ce rôle dans des bonnes conditions, voire assez bonnes. Cette catégorie réunit un effectif total de 06 garde-malades avec un pourcentage de 10, 00%, pour la première catégorie et 13 garde-malades soit 21, 66% pour la seconde catégorie.

Après la présentation des garde-malades, nous présentons dans les lignes qui suivent les malades de ce service.

VI.2.2. Les malades du Service de Pédiatrie Nourrisson du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)

Comme annoncé ci-haut, le malade est également un acteur déterminant sur cette problématique de garde-malade. Son appréciation à travers certaines réalités sociales nous donne les résultats suivants :

Tableau n°171 relatif à la représentation des malades sur leur gestion pendant la consultation – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Temps	Effectif	Pourcentage
Très tôt	00	00%
Tard	05	08,33%
Très tard	13	21, 66 %
Avec grand retard	42	70%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Il ressort de ce tableau qu'aucune représentation des malades consultés très tôt. 05 malades, soit 08, 34% sont consultés tard. Cette tardivité dans la consultation des malades s'explique par la mauvaise organisation de cette structure hospitalière qui remonte de ses gestionnaires jusqu'au niveau des services cliniques. 13 malades, soit 21, 66% sont consultés très tard. Cette représentation importante s'inscrive également dans la même perspective. 42 malades soit 70, 00% sont consultés avec un grand retard. C'est une représentation importante dont les causes rejoignent les deux premières approches.

Les statistiques de ce tableau, montrent réellement la mauvaise organisation de cette structure. Plusieurs raisons justifient cette mauvaise gestion des malades en consultation et

en temps. Parmi ces raisons, au moyen de notre enquête nous citons à cet effet, le déficit en personnel, la précarité et le manque du matériel de travail pour des résultats plus conséquents, la mauvaise coordination des rapports inter service. Par exemple, le service de Pédiatrie en relation avec la Banque de sang où le sang se livre au prix d'une longue attente sinon rien. A cet effet, beaucoup des malades de ce service succombent suite à la non livraison du sang à temps ; le Service de Pédiatrie en relation avec le Service d'Imagerie. Là aussi, les résultats de la radiologie parviennent en retard au personnel soignant. Ce qui retarde la prise en charge médicale avec la forte probabilité d'assister à la fatalité (cas de décès). Bref, autant d'exemples peuvent être recensés et multipliés dans ce sens.

Le tableau qui vient après porte sur la représentation de ces malades sur l'appréciation du niveau des prestations du personnel soignant.

Tableau n°172 relatif à la représentation des malades sur l'appréciation du niveau des prestations du personnel soignant - Service de Pédiatrie Nourrisson.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Mauvais	33	55%
Assez bon	21	35%
Bon	06	10%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

L'enquête aboutie aux résultats suivants :

33 malades, soit 55, 00% estiment que le niveau de prestation du personnel soignant est mauvais. Cette représentation importante montre la défaillance organisationnelle de cette structure hospitalière. Au moyen de nos entretiens avec les malades, ceux-ci se plaignent sur la mauvaise qualité de la prise en charge médicale. Dans cet hôpital disent – ils on achète tout même les services de premier nécessité : l'eau, le prélèvement, seringue et bien d'autres...

21 malades, soit 35, 00% déclarent que le niveau des prestations du personnel soignant est assez bon. 06 malades, soit 10, 00% qui considèrent que le niveau des prestations du personnel soignant est bon.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ces malades par nombre et par service en consultation.

Tableau n°173 relatif à la présentation des malades par nombre et par service en consultation

Nombre de malades en consultation par service.	Effectif	Pourcentage
Pas des malades en consultation	02	3,33%
Quelques malades en consultation	12	20%
Beaucoup des malades en consultation	46	76,66%
Total	60	100%

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019

Ce tableau montre bien qu'au niveau de ce service, il y a beaucoup des malades en consultation. Les effectifs en témoignent bien : 46 malades soit 76, 66%. Cette représentation importante soulève entre autre le problème lié à l'effectif du personnel et au matériel de travail. Ce qui justifie d'ailleurs le sens de la formule suivante : *« Un homme, une mission et des moyens de sa politique. »* On se rend à l'évidence qu'on est bien en face d'une difficulté, celle du nombre élevé des malades en consultation par rapport à l'effectif du personnel clinicien disponible.

L'enquête relève également une sous représentation de la catégorie des malades qui témoigne qu'il n y a pas des malades en consultation. Soit 02 malades avec un pourcentage de 03, 33%, une faible représentation. A cette catégorie des malades s'ajoute une autre qui témoigne qu'il y a quelques malades en consultation avec une représentation de 12 malades, soit 20%. Une représentation faible également. Cette sous représentation de ces deux catégories des malades montre une fois de plus les rapports disproportionnés entre l'offre et la demande, c'est-à-dire entre le nombre des malades en consultation et l'effectif réduit du personnel.

En effet, l'absence totale de la présence des malades dans un service comme celui de Pédiatrie Nourrisson et la présence de quelques malades en consultation de ce même service, suppose qu'il y a bien des problèmes d'ordres organisationnels au niveau de ce service. Ceux-ci se posent en matériel et en ressources humaines. Ce qui justifie bien la sous-représentativité de ces deux (02) autres catégories. Devant cette situation, la famille se mobilise davantage pour une prise en charge effective du malade.

Le tableau qui suit après, porte sur la représentation de ces malades sur la qualité de leur prise en charge par le personnel.

Tableau n°174 relatif à la représentation des malades sur la qualité de leur prise en charge par le personnel soignant - Service de Pédiatrie Nourrisson.

Qualité	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	50	83,33%
Assez bonne	07	11,66%
Bonne	03	05%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019

Ce tableau peint une triste réalité, celle de la mauvaise qualité de la prise en charge des malades par le personnel soignant. Les statistiques en témoignent bien : 50 malades, soit 83, 33%. Cette représentation importante met en relief les difficultés d'ordres organisationnelles que traverse cette structure hospitalière depuis un certain temps. C'est ainsi que le malade est pris pour un laissé-pour-compte. Seule la famille, premier cercle d'assistance se place sur la ligne de front. Cette situation appel donc à la solidarité familiale et justifie par voie de conséquence l'existence de ce triste phénomène de garde-malade.

L'enquête note également une sous représentation de la catégorie des malades qui pensent que cette prise en charge par le personnel clinicien est d'une assez bonne qualité. Cette catégorie d'enquêté réunie 07 malades avec un pourcentage de 11, 66%. A cela, il faut aussi noter qu'il y a une autre catégorie des malades qui affirme que la qualité de cette prise en charge des malades par le personnel soignant est bonne. Soit 03 malades avec un pourcentage de 05, 00%. Cette représentation est très faible. Cependant, la sous représentation de ces deux (02) catégories des malades s'explique par les mêmes raisons que celles évoquées au niveau du Service des Urgences, lesquelles mettent en évidence les difficultés d'ordres organisationnelles de cette structure.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ces malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital

Tableau n°175 relatif à la représentation des malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Mauvais	27	45%
Assez bon	17	28, 33%
Bon	16	26,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Ce tableau donne les résultats suivants :

27 malades, soit un pourcentage de 45% sont d'avis que l'environnement de cette structure hospitalière est mauvais. Cette représentation est importante. Elle est le reflet de la situation actuelle de cette structure hospitalière, laquelle met en relief sa mauvaise organisation (voire dans ce sens les tableaux relative à cette question d'environnement sur les 03 unités des soins du service des Urgences). L'enquête dénombre également 17 malades, soit un pourcentage de 28, 33% qui sont d'avis que cet environnement est assez bon. 16 malades par contre, soit un pourcentage de 26, 66% qui sont d'avis que cet environnement est bon.

Le tableau suivant porte sur la représentation de ces malades sur leur perception de la présence du garde-malade.

Au regard de ces statistiques, il ressort que l'environnement de cette structure hospitalière n'offre pas un cadre adapté dans le cadre d'une bonne prise en charge de ses malades.

Après ce tableau, nous présentons celui relatif à la représentation de ces malades sur la perception qu'ils ont de leurs garde-malades.

Tableau n°176 relatif à la représentation des malades de leur perception sur la présence du garde-malade – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Justifications sur la présence du garde-malade	Effectif	Pourcentage
Méfiance du malade sur les prestations du personnel	09	15%
Expression de la solidarité	51	85%
Total	60	100%

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Ce tableau présente les résultats suivants :

09 malades, soit un pourcentage de 15% justifient la présence de leurs garde- malades par la méfiance du personnel soignant au regard de la qualité de ses prestations. Cette représentation non négligence laisse planer le doute sur le personnel soignant eu égard à ses prestations dont la culpabilité remonte au niveau de la structure elle-même de par son organisation. Par ailleurs, l'enquête dénombre 51 malades, soit un pourcentage de 85% qui subordonne la présence de leurs proches pour des raisons de la solidarité. Une représentation importante qui met en relief deux aspects très intéressant au regard de cette question de garde-malade.

Le premier aspect consiste à monter la place de la solidarité non seulement pour le malade qui se trouve dans le besoin d'être assisté, mais aussi pour l'organisation de la société qui vise la cohésion sociale entre membres de la société à travers l'expression de la solidarité.

Après la présentation des malades, nous présentons dans les lignes qui suivent le personnel soignant de ce service.

VI.2.3. Le personnel soignant du Service de Pédiatrie Nourrisson au C.H.U-B

Le personnel soignant fait partie de la triade qui aide à comprendre cette question de garde-malade au C.H.U.B. L'analyse sociologique de ces enjeux liés au personnel soignant nous donne les résultats suivants :

Tableau n°177 relatif à la représentation du personnel soignant sur l'évolution de la population en République du Congo - Service de Pédiatrie Nourrisson.

Evolution de la population	Effectif	Pourcentage
Oui, la population augmente	08	53, 33%
Non, cette population n'augmente pas	07	46,66%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Ce tableau présente les résultats suivants : 08 agents, soit un pourcentage de 53, 33% qui sont d'avis que la population en République du Congo est pleine croissance. Cette représentativité est importante. Elle pose le problème de rapport entre l'accroissance démographique et la capacité de cette structure hospitalière en termes d'effectif du personnel.

Dans cet hôpital, le personnel ne répond plus par apport au flux des malades. Par ailleurs, 07 agents, soit un pourcentage de 46, 66% pensent que cette population n'augmente pas. Une représentativité moins importante.

Nous abordons par la suite la représentation de ce personnel sur le rapport entre l'état actuel de cette structure hospitalière et le flux des malades.

Tableau n°178 relatif à la présentation du personnel soignant sur le rapport entre l'état actuel du C.H.U-B et le flux des malades – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Point de vue	Effectif	Pourcentage
Oui, l'organisation actuelle du C.H.U-B peut contenir le flux des malades.	03	20%
Non, l'Organisation actuelle de cette structure hospitalière ne permet pas de contenir le flux des malades.	12	80%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

L'enquête parvienne aux résultats suivants : 03 agents, soit un pourcentage de 20% pensent que l'organisation actuelle de cette structure hospitalière se prête à contenir le flux des malades. Cette représentation est très faible. Par contre, 12 agents, soit un pourcentage de 80%, pensent que l'organisation actuelle de cette structure hospitalière ne peut pas être en mesure de contenir les malades. Une représentation importante qui pose le même problème évoqué au tableau n°177 relatif à la représentation du personnel en rapport avec l'évolution de la population en République du Congo.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ce personnel sur les conditions de travail.

Tableau n°179 relatif à la représentation du personnel soignant sur leurs conditions de travail – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Bonne	00	00%
Assez-bonne	02	13,33%
Mauvaise	13	86,66%
Total	15	100%

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Le personnel de ce service travaille dans les mauvaises conditions. 13 agents, soit 86, 66% sont de cet avis. Cette représentation importante est la conséquence de la mauvaise organisation de cette structure hospitalière. Au moyen de nos entretiens avec le personnel de ce service, il témoigne que le manque des mesures d'accompagnement dans le cadre de leurs prestations par la structure, ce personnel est exposé aux infections nosocomiales.

A ce titre, certains agents déclarent travailler sans moindre gants, ni masque de protection, ni n'ont plus de gel alcoolisé dans un service aussi sensible où sévissent les infections nosocomiales. L'enquête dénombre également 02 agents, soit 13, 33% travaillent dans des conditions qui sont assez bonnes. Aucune représentation du personnel travaillant dans les bonnes conditions.

Ce qui nous amène à la représentation de ce personnel en termes d'effectif au tableau suivant.

Tableau n°180 relatif à la présentation du personnel soignant en termes d'effectifs – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Appréciations	**Effectif**	**Pourcentage**
Personnel suffisant	00	00%
Personnel moyen	00	00%
Personnel déficitaire	15	100%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Les effectifs du personnel soignant sont largement déficitaires. Soit une représentation de 15 agents, soit 100%. Cette grande représentation s'explique par le déficit du personnel. Ce déficit justifie la politique de la formation du personnel clinicien lancée depuis les années 2012 par le Ministère en charge de la santé en partenariat avec certains pays de l'ancien bloc communiste de l'Est comme : le Cuba, le Maroc, la Tunisie, la Chine, ...

Il convient de signaler que ce personnel formé à l'étranger, rentre à compte goute dans le pays. Ce qui ne règle pas définitivement cette question du déficit du personnel constaté dans le Service de Pédiatrie Nourrisson et dans bien d'autres services de cette structure hospitalière qui accusent la même difficulté. Par ailleurs, les écoles de formation au plan

national, au plan sous régionale avec le S.I.E.S.P.A.C par exemple et la faculté de la médecine au plan national, s'inscrivent également dans la même perspective, celle de contribuer au règlement de cet épineux problème du déficit en personnel devant les nombreuses demandes des malades.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la présentation de ce personnel sur les heures de travail.

Tableau n°181 relatif à la présentation du personnel soignant sur ses heures de travail – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Temps	Effectif	Pourcentage
Moins de07 heures	02	13,33%
Juste 07 heures	02	13,33%
+ de 07 heures	11	73,33%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Les résultats de notre enquête montrent que 11 agents, soit 73,33% travaillent au-delà de 07 heures du temps. C'est une représentation importante qui traduit l'inorganisation de cette structure hospitalière avec pour conséquence : la réduction de la force de productivité du personnel ayant donc des incidences au niveau de la rentabilité de cette structure hospitalière. En effet, l'expérience de terrain montre lorsqu'on travail au-delà du temps réglementaire, il s'en suit généralement certains comportements tels que la fatigue prolongée au travail, le travail mal fait, le mauvais accueil des malades, ... Ces conséquences sont des caractéristiques du dysfonctionnement de cette structure hospitalière.

A côté de cette représentativité du personnel soignant, deux (02) autres s'ajoutent. Une catégorie qui travaille moins de 07 heures du temps, soit 02 agents avec un pourcentage de 13, 33% et l'autre qui travaille juste 07 heures du temps, soit un effectif total de 02 agents avec le même pourcentage de 13, 33%. Les deux (02) catégories du personnel sont sous-représentées dans le tableau.

Nous présentons le tableau relatif à la représentation de ce personnel sur sa prise en charge par la structure du C.H.U-B.

Tableau n°182 relatif à la représentation du personnel soignant sur sa prise en charge (assurer le paiement régulier des salaires) par le C.H.U-B – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Prise en charge	Effectif	Pourcentage
Les salaires sont payés en temps normal	00	00%
Les salaires sont payés en retard	07	46,66%
Les salaires sont avec grand retard	08	53,33%
Salaires inexistants	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

A la lecture de ce tableau, il ressort que, 08 agents, soit un pourcentage de 53, 33% perçoivent leurs rémunérations avec un grand retard. Cette représentation importante est l'expression de la mauvaise gestion de cette structure hospitalière qui ne permet pas le paiement des salaires à temps réel. Cette triste réalité expose le personnel à la mendicité, à l'absentéisme répété au travail, à la vente frauduleuse des médicaments, au rançonnement des malades et de leurs proches, à l'organisation des chaines des services parallèles en privées .... A cet effectif, l'enquête dénombre également 07 agents avec un pourcentage de 46, 66% dont les salaires sont payés en retard. Une représentation importante qui s'explique également par cette mauvaise organisation de cette structure. Le tableau n'indique aucune représentation du personnel qui perçoit le salaire en temps normal, une catégorie du personnel qui est d'avis sur l'inexistence de ce salaire.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la présentation du personnel (étudiant stagiaire) sur le paiement de leur bourse d'étude dont l'organisation relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur.

Tableau n°183 relatif à la présentation du personnel soignant (étudiant stagiaire) sur le paiement de leur bourse d'étude dont l'organisation relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Bourse d'étude perçue n temps normal	00	00%
Bourse d'étude perçue en retard	03	20%
Bourse d'étude perçue avec grand retard	08	53,33%
Pas de bourse d'étude	04	26,66%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

Ce tableau affiche pour résultats : aucune représentation pour les étudiants qui perçoivent leur bourse en temps normal. 03 étudiants, soit un pourcentage de 20% faisant office au personnel soignant, perçoivent leur bourse d'étude en retard. 04 étudiants, soit un pourcentage de 26, 66% qui se prononcent sur l'inexistence de cette bourse. 08 étudiants, soit un pourcentage de 53, 33% perçoivent leur bourse d'étude avec un grand retard. C'est une représentation importante qui a des incidences aussi graves au niveau de l'organisation du travail. En effet, la bourse remplie deux fonctions majeures :

La première fonction sur la perception de cette bourse, celle de la satisfaction morale et matérielle au regard de ses avantages : accompagnement dans les dépenses relatives aux études.

La deuxième fonction qui est d'ailleurs latente, celle de la motivation et de stabilité au travail résultant de la satisfaction morale.

Au regard de ces fonctions, la bourse joue un rôle important. Cependant, l'irrégularité dans le paiement de cette bourse renforce le problème de déficit en personnel qui n'arrange guère la situation du malade.

Nous présentons par le tableau qui vient après, celui relatif à ce personnel sur sa rémunération par rapport au S.M.I.G.

Tableau n°184 relatif à la présentation du personnel soignant sur la rémunération en fonction du Salaire Minimum Inter Garanti (S.M.I.G)[65] – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Montant du salaire perçu par apport au S.M.I.G	Effectif	Pourcentage
Salaire inférieur au S.M.I.G	00	00%
Salaire égal au S.M.I.G	00	00%
Salaire supérieur au S.M.I.G	15	100%

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

[65] - S.M.I.G : Salaire Minimum Inter Garanti perçu par le dernier employé fixé par la loi au Congo. Ce salaire est fixé à Cent mille (100. 000) Francs C.F.A pour les entreprises publiques.
Source : Discours à la Nation du Président de la République du Congo, le 24 Décembre 2019, journal télévisé de 20h.

15 agents, soit un pourcentage de 100% perçoivent un salaire au-delà du S.M.I.G. C'est une représentation importante qui s'explique par la bonne application de loi fixant le S.M.I.G en République du Congo pour le secteur Public. On constate bien que la totalité de ce personnel touche en dessous du S.M.I.G.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la présentation de ce personnel sur diverses formes d'indemnités perçues.

Tableau n°185 relatif à la présentation du personnel soignant sur ses diverses allocations perçues – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Montant du salaire perçu par apport au S.M.I.G	Effectif	Pourcentage
Indemnité de transport	08	53,33%
Indemnité de restauration	00	00%
Indemnité charges familiales	01	6,66%
Indemnité risques professionnelles	05	33,33%
Indemnité heures supplémentaires	01	6,66%
Indemnité prise en charge pour maladie	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019.

04 catégories d'indemnités sur 06 sont identifiées dans ce tableau. Il s'agit de l'indemnité de transport qui réunit un effectif total de 08 agents, soit 53, 33%. Une représentation importante ; l'indemnité relative aux charges familiales avec un effectif d'un (01) seul agent, soit 06, 66% ; 05 agents avec un pourcentage de 33, 33%, touchent l'indemnité de risque professionnel et un (01) seul agent, soit 06, 66% perçoit l'indemnité liée aux heures supplémentaires. Cependant, les indemnités liées à la restauration, à la prise en charge en situation de maladie, ne sont pas prise en compte par la structure de tutelle.

L'indemnité est perçue comme le montant fixé par la loi en complément du salaire de base. Elle doit être distribuée au personnel soignant en fonction de la prestation accomplie sur la base de la convention collective de la structure employeur. Sur ce, l'employeur s'oblige de s'acquitter de cette indemnité. Par contre, le non versement de cette celle-ci, constitue une faute pour l'employeur et prive le personnel de toute motivation pour le travail. Or, cette réalité reflète bien la situation du personnel de cette structure hospitalière qui s'illustre à

travers des actes pervers qui ne favorisent guère le fonctionnement normal des services sous tutelle de cette structure hospitalière.

Outre cette analyse, nous notons également un autre fait, celui relatif à l'inégale répartition de ces différentes indemnités. Cela peut donc avoir une incidence majeure au niveau de l'organisation du travail. En effet, l'effectivité du paiement de toutes ces indemnités est source de motivation au travail pour ce personnel fragilisé de plus en plus par la situation du déficit en ressources humaines, voire matérielle.

Le tableau qui suit après porte sur la représentation de ce personnel sur la perception de la présence du garde-malade exerçant des pressions contre ce personnel.

Tableau n°186 relatif à la représentation du personnel soignant sur la perception de la présence des garde-malades exerçant des pressions contre ce personnel – Service de Pédiatrie Nourrisson.

Point de vue	Effectif	Pourcentage
Oui, le garde-malade exerce des pressions contre le personnel soignant.	14	93,33%
Non, le garde-malade n'exerce pas de pression contre le personnel soignant.	01	06,66%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Pédiatrie Nourrisson, période d'étude du 14 Novembre au 14 Décembre 2019

Il ressort de ce tableau que 14 agents avec un pourcentage de 93,33%) subissent des pressions des garde-malades dans le cadre du travail. Cette représentation importante s'explique par la qualité de l'offre des soins qui ne correspond pas à la demande des malades pendant les consultations.

Ce qui pose le problème non seulement de la qualité de l'offre des soins mais aussi celui de la qualité des soins des services de cette structure hospitalière. A côté de cette majorité, il y a une minorité de ce personnel qui estime qu'il travaille sans pression des garde-malades. Cette minorité est représentée par un (01) agent soit, 06, 66%.

Apres la présentation des malades, garde-malades et personnels soignants relevant du Service de Pédiatrie Nourrisson, nous présentons dans les lignes qui suivent ceux du Service de Psychiatrie.

VI.3. Le Service de Psychiatrie (S.P) du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville

Ce Service de Psychiatrie est le dernier service clinique retenu dans le cadre de notre enquête après les deux autres, les Services des Urgences et de Pédiatrie Nourrisson. Le choix du service de Psychiatrie se justifie en raison de la spécificité de ses malades, laquelle mette en évidence la violence physique et verbale qui nécessite une assistance conséquente du personnel soignant accompagnée de l'entourage familial autour du malade.

Cette violence physique et verbale des malades de ce service détermine l'implication de ces deux principaux acteurs sociaux : le garde-malade et le personnel soignant dont les rapports nous aident à bien cerner cette problématique de garde-malade à travers la triade : Garde-malade, malade et personnel soignant.

VI.3.1. Garde-malades Service de Psychiatrie du C.H.U-B

L'analyse sociologique des enjeux liant les rapports malade au personnel soignant n'exclus pas le garde-malade qui joue un rôle déterminant dans la gestion du malade. Ainsi, son implication dans cette relation présente des enjeux qui donnent les résultats réparties dans les tableaux suivants :

Tableau n°187 relatif à la représentation des garde-malades sur les liens familiaux ou autres liens de rapprochement avec le malade – Service de Psychiatrie.

Nature des liens	Effectif	Pourcentage
Membre de famille	59	98,33%
Membre d'une communauté religieuse	00	00%
Membre d'une corporation professionnelle	00	00%
Membre d'une association	00	00%
Amis et autres ou amis et connaissances	01	01,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie C.H.U-B, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Au regard des statistiques que présente ce tableau, il ressort que la parenté ou le lien de famille qui rattache le malade à son entourage est ce lien le plus représenté. L'enquête

dénombre un effectif total de 59 garde-malades, soit un pourcentage de 98, 33% qui sont d'avis. Cette représentation importante observée jusqu'au niveau des services cliniques précédents justifie la place de la famille dans l'organisation de la société comme mentionner dans nos précédents développements. La nécessité de la nature de ce lien s'avère déterminant sur tout en situation de maladie. La famille constitue le premier cercle d'assistance auprès du malade.

Par contre, le lien ami et connaissance totalise un effectif d'un (01) garde-malade, soit un pourcentage de 06, 66%, une faible représentation qui ne présente pas trop d'enjeu dans l'organisation de la société, pire encore en situation de maladie.

L'enquête ne note cependant, aucune représentation d'autres natures de liens d'attache rapprochant le malade à d'autres liens. Cela se justifie par l'enjeu que ces liens présentent. En effet, ces liens n'ont pas trop d'influence dans l'organisation de la vie en société.

Il en découle de la présentation de ces résultats qu'on ne peut donc s'en passer de la famille, ni prétendre la substituée par d'autres liens d'appartenance sur tout en situation de maladie. La famille demeure le pilier dans l'organisation de la société. Elle a donc des aptitudes nécessaires dans la gestion du malade en milieu hospitalier jusqu'à sa guérison, voire son insertion dans son milieu d'origine.

Le tableau qui vient après porte sur la représentation de ces garde-malades par nécessité

Tableau n°188 relatif à la représentation des garde-malades par nécessité – Service de Psychiatrie

Nécessité	Effectif	Pourcentage
Inexistence des garde-malades attitrés au C.H.U-B	30	50%
Insuffisance des gardes-malade attitrés	00	00%
Garde-malades (familiaux) comme adjuvant du personnel de C.H.U-B	00	00%
Garde-malades familiaux comme expression de la solidarité	30	50%
Présence du garde autorisée par un texte juridique.	00	00%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie C.H.U-B, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

L'enquête donne les résultats suivants :

30 garde-malades, soit un pourcentage de 50, 00% subordonnent leur présence auprès du malade par l'inexistence des garde-malades attitrés. C'est une représentation importante qui présente deux enjeux majeurs :

Le premier enjeu est celui de montrer la dangerosité de la sous représentation des catégories socioprofessionnelles susceptible d'assurer la gestion des malades en milieu hospitalier.

Le deuxième enjeu, c'est celui de la nécessité pour la structure du C.H.U.B de disposer la catégorie socio pressionnelle de garde-malade attitré qui contribuerait dans la limitation du flux des garde-malades jusqu'a rayer ce phénomène de garde-malade qui n'arrange pas la situation de cette structure hospitalière en proie à des sérieuses difficultés de fonctionnement. L'enquête dénombre également 30 garde-malades, soit 50, 00% qui justifient leur présence par des liens familiaux qui sont ici l'expression d'une solidarité. Une représentation importante également qui justifie la place de ces liens comme l'expression de la solidarité.
Par ailleurs, l'enquête ne note aucune représentation pour d'autres liens justifiant la présence du garde-malade.

Il en ressort de ce qui précède que, la nécessité du garde-malade se justifie soit par l'inexistence des garde-malades attitrés, soit par des garde-malades familiaux comme l'expression de la solidarité. Leur choix s'explique en raison de l'importance de leur représentativité découlant de cette enquête.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ces garde-malades sur la nécessité de leur interdiction ou la nécessité de leur présence en milieu hospitalier.

Tableau n°189 relatif à la présentation des garde-malades sur leur interdiction en milieu hospitalier – Service de Psychiatrie.

Avis	Effectif	Pourcentage
Interdiction	18	30%
Présence	42	70%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 16 Janvier 2020.

Il ressort de ce tableau 42 garde-malades, soit 70, 00% rejettent l'idée sur une éventuelle interdiction de la présence du garde-malade. Une représentation importante qui s'oppose à la situation d'isolement sans la moindre assistance pour le malade. Une telle attitude va à l'encontre de nos déterminants socio culturels, optant pour la solidarité qui s'exprime a travers l'assistance de l'entourage du malade.

Ce qui reconnait bien le sens de la nécessité de la présence du garde-malade en milieu hospitalier et sur tout pour ce Service de Psychiatrie qui exige de lui la maitrise des réalités sociales du malade. Pour s'en convaincre davantage, les statistiques sur les évasions sont révélatrices : *« onze (11) malades évadés enregistrés dans ce service le mois de Septembre 2019 et les Cinq (05) autres pour le mois d'Octobre 2019, se justifient par le manque d'assistance à travers la présence de garde-malade »*[66]

Cependant, les 18 autres garde-malades, soit 30, 00% approuvent l'idée de l'interdiction de la présence du garde-malade.

Il ressort de ce qui précède que, compte tenu des mauvaises conditions auxquelles sont soumises les malades dans cet univers hospitalier, la présence du garde-malade est d'une impérieuse nécessité. Par contre, la nécessité de son interdiction s'avère inutile au regard de la spécificité du malade de ce service laquelle spécificité mette en évidence la violence physique et verbale.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ces garde-malades sur les conditions dans lesquelles ils assurent leur rôle.

[66] - Rapports statistiques de l'activité du service de Psychiatrie, Septembre – Octobre 2019 établies en date du 08 Janvier 2020 conjointement par le Major MAMBOU et le Chef de Service, le Docteur Paul GANDOU.

Tableau n°190 relatif à la représentation des garde-malades sur les conditions dans lesquelles ils assurent leur rôle – Service de Psychiatrie.

Conditions	Effectif	Pourcentage
Bonne	00	00%
Assez-bonne	08	13,33%
Mauvaise	52	86,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie du C.H.U-B, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

A la lecture de ce tableau, 52 garde-malades, soit 86, 66% déclarent assumer leur rôle dans les mauvaises conditions. Cette représentation importante traduit bien l'image même de ce Service de Psychiatrie, un service orphelin au C.H.U-B. Aussi, des nombreux témoignages recueillis auprès de ces garde-malades justifient bien la position d'une grande partie de l'opinion qui reconnait de ce service l'image de l'univers carcéral. Au nombre de nombreuses plaintes de ces garde-malades figurent : *« le manque des sanitaires qui met en difficulté les malades et leurs proches. A cet effet, une garde-malade témoigne devant nous qu'elle aurait fait 09 jours sans se laver. Il y a également le manque de moustiquaire pour se protéger contre les moustiques. L'affectation de salle d'hospitalisation des malades en fonction de l'évolution de leur état de santé dont la spécificité de violence physique et verbale troublent la quiétude des garde-malades. Rendre fréquentable l'environnement de ce service qui du reste est l'objet des odeurs nauséabondes au point même de causer des infections nosocomiales aux garde-malades.»*[67]

Par contre, d'autres garde-malades se plaignent sur*« la facturation de l'hospitalisation qui s'élève à Cinq mille (5. 000) Francs C.F.A/jour qu'ils estiment trop chère mais, qui ne s'accompagne pas malheureusement avec d'autres mesures d'assistance, soit financière, soit matérielle (assistance sociale sur la prise en charge médicale, repas, ...), le prolongement de l'hospitalisation où le garde-malade s'expose aux contaminations nosocomiales, ...) »*

D'autres encore se plaignent sur *« le manque de lumière dans les salles d'hospitalisation, le manque d'entretien de ces salles d'hospitalisation, l'inexistence du Service d'Hygiène et celui du Social, le manque d'eau, des incompréhensions entre garde-malades et Infirmiers pendant les soins. »*

[67]- Activité : Entretien avec les garde-malades au sujet des conditions dans lesquelles ils assurent leur rôle ; Service de Psychiatrie, le 09 Janvier 2020.

Par ailleurs, l'enquête note une sous représentation de la catégorie des garde-malades qui considèrent que les conditions sont assez bonnes. Soit un effectif total de 08 avec un pourcentage de 13, 33%. Aucune représentation pour ceux des garde-malades qui seraient d'avis que leurs conditions seraient bonnes.

Après la présentation des garde-malades de ce service, il nous revient de présenter dans les lignes qui suivent les malades du même service.

VI.3.2. Malades du Service de Psychiatrie au C.H.U-B

Les malades de ce service constituent notre deuxième population cible de cette enquête qui donne les résultats suivants :

Tableau n°191 relatif à la présentation des malades sur le temps de consultation – Service de Psychiatrie

Appréciations	**Effectif**	**Pourcentage**
Très tôt	00	00%
Tard	05	08,33%
Très tard	34	56,66%
Avec un grand retard	21	35%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrique, période d'étude du 16 Décembre au 15 Janvier 2020.

L'enquête relève 34 malades, soit 56, 66% consultés très tard. Une représentation importante qui témoigne de la mauvaise organisation de cette structure hospitalière. Ces effectifs sont renforcés par les 21 malades soit 35, 00% qui sont consultés avec un grand tard. Ce pourcentage important montre les difficultés qui minent cette structure de psychiatrique. 05 malades soit, 08, 34% sont consultés tard. Certes moins représenté comme effectif, mais s'inscrit dans la même perspective.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ces malades sur leur appréciation à propos du niveau des prestations du personnel soignant.

Tableau n°192 relatif à la représentation des malades de leur appréciation sur le niveau des prestations du personnel soignant – Service de Psychiatrie.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Mauvais	40	66,66%
Assez bon	11	18,33%
Bon	09	15%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrique, période d'étude du 16 Décembre au 15 Janvier 2020.

L'enquête présente les résultats suivants : 40 malades, soit 66, 67% sont d'avis que le niveau de prestation du personnel soignant est mauvais. Cette représentation importante est le reflet de la qualité de l'accueil réservé aux malades. Pour la petite histoire retenons que, ce centre psychiatrique était complètement pillé au sortir de la guerre civile du 05 Juin 1998 qu'a connue la République du Congo au point où il est resté longtemps l'ombre de lui-même. Son niveau actuel de précarité justifie bien le niveau de prestation de son personnel clinicien. 11 malades soit, 18, 33% déclarent que le niveau des prestations du personnel est assez bon. Cette représentativité confirme bien l'idée de la nécessité d'une éventuelle amélioration des prestations de ce personnel soignant.

Cependant, 09 agents, soit un pourcentage de 15%, apprécies favorablement le niveau de prestation de ce personnel.

Il faut souligner que ce centre connait encore des difficultés. C'est ainsi qu'il garde encore dans la conscience collective l'image d'une structure carcérale.

Nous présentons par la suite, le tableau relatif à la présentation de ces malades sur leur gestion pendant la consultation par nombre et par service.

Tableau n°193 relatif à la présentation des malades en consultation par nombre et par service – Service de Psychiatrie.

Gestion de ces malades en consultation par nombre et par service.	Effectif	Pourcentage
Pas des malades en consultation	00	00%
Quelques malades en consultation	04	06,66%
Beaucoup de malades en consultation	56	93,33%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

L'enquête parvienne aux résultats suivants : 56 malades, soit 93, 33% sont d'avis qu'il y a beaucoup des malades en consultation et par service. Cette représentation importante pose bien l'épineuse question du déficit en personnel qui s'accompagne à celle des conditions matérielles. Ce problème est pratiquement le même et se pose avec beaucoup d'acquitté au niveau de l'ensemble des services de la structure hospitalière du C.H.U-B. Ce qui montre bien que la politique du Ministère de la Santé, de la Population et de l'Intégration de la Femme initiée pour la formation du personnel soignant en partenariat avec d'autres pays en vue de renforcer le déficit du personnel constaté au niveau de cette structure, n'a pas encore produits des effets escomptés.

Cependant, les quelques malades en consultation au nombre de 04, soit 06, 66% correspond à la capacité d'accueil de cette structure psychiatrique. Ce qui signifie qu'au-delà du nombre des malades, cette structure de par ses effectifs, ne peut les contenir. D'où intervient par fois la subjectivité dans la consultation. A cet effet, une malade dans sa période de lucidité, rencontrée au cours de nos activités d'entretien, ne nous cache pas son mécontentement qu'il exprime en ces termes : *« les effectifs pléthoriques des malades en consultation par manque de personnel soignant suffisant, n'arrange guère notre situation de malade. L'argent, ce puissant maitre gouverne les rapports sociaux et exclu par conséquent certains d'entre nous qui n'en non pas au bénéfice d'un droit fondamental, celui du droit aux soins. Ce qui ne cadre pas avec l'ordre social qui voudrait qu'il faut bien recevoir les malades avant l'argent. Ce qui fait que ne pas connaitre le personnel soignant et surtout ne pas avoir cet argent sur soi, devient un grand mal. »*[68]

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ces malades sur la qualité de la prise en charge par le personnel soignant.

[68] - Activité : Entretien avec les malades en vue de se rendre compte de leurs conditions d'hospitalisation pendant le temps de consultation ; Service de Psychiatrie du C.H.U-B, le 27 Décembre 2019.

Tableau n°194 relatif à la représentation des malades sur la qualité de leur prise en charge par le personnel soignant – Service de Psychiatrie.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Mauvaise	33	55%
Assez bonne	18	30%
Bonne	09	15%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Les résultats de notre enquête présentent : 33 malades, soit 55,00% qui sont d'avis que la qualité de prise en charge de ces malades par le service psychiatrique est mauvaise. Cette représentation importante traduit l'image réelle de cette structure psychiatrique qui ressemble à une structure carcérale. Des nombreux témoignages des malades rencontrés au cours de nos activités d'entretien dénoncent *« la prise en considération par le service de ses malades comme tous les autres malades. Les malades atteints du S.I.D.A par exemple et bien d'autres catégories, ... »*

A propos de la mauvaise qualité de la prise en charge, une autre malade témoigne : *« Plus de 20 ans que je souffre du retard mental et de l'épilepsie, je n'ai pas de prise en charge médicale de ce service. Tout est à ma propre charge. Les médicaments coutent très chère. Il n'y a pas de Service Social. L'assistance familiale devient le Service Social ... »*

18 malades, soit 30,00% des malades sont d'avis que leur prise en charge par le personnel est assez bonne, une représentation importante également.

A cette catégorie des malades s'ajoute une autre, celle qui pense que le niveau de cette prise en charge est bon. Soit un effectif total de 09 avec un pourcentage de 15, 00% sont donc de cet avis.

Nous présentons par la suite, le tableau relatif à la représentation de ces malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital.

Tableau n°195 relatif à la représentation des malades sur la qualité de l'environnement de l'hôpital – Service de Psychiatrie.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Mauvais	50	83,33%
Assez bon	08	13,33%
Bon	02	03,33%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre2019 au 15 Janvier 2020.

Ce tableau comptabilise 50 malades, soit 83, 33% qui jugent très défectueux l'environnement de l'hôpital. Une représentation importante qui s'explique par la mauvaise gestion de cet l'hôpital. Cette mauvaise gestion est consécutive à l'absence d'une ligne budgétaire conséquente quant à la gestion de cette structure hospitalière. Le témoignage accablant de maman Natalie, malade référée de l'hôpital de SIBITI, un des Départements situé au Sud de la République du Congo, rencontrée au cours de nos activités d'entretien témoigne son calvaire vécu pendant l'hospitalisation de son enfant.

Ainsi, son réquisitoire se résume à travers l'exposé des faits dont la teneur se présente de la sorte : *«l'assainissement de ce milieux hospitalier envahit par des hautes herbes hébergeant toutes espèces de reptile hostiles à la vie des malades de ce service psychiatrique. Ce quine suscite aucun espoir de vie pour ces malades. L'inexistence des sanitaires, constitue également une réelle difficulté pour ces malades. Bon nombre d'entre eux font leurs petits besoins dans l'herbe au risque de se faire mordre par un serpent. A cela, s'ajoute l'insalubrité des salles d'hospitalisation par le manque criarde du matériel pour son entretien. Le déficit en personnel de la catégorie de Psychologue. Ce centre de par sa taille, n'a qu'une seule spécialiste dans ce domaine de la Médecine. L'amélioration sur les techniques des soins qui à chaque fois suscite le recours à la violence physique du personnel soignant. Cette technique qui du reste, non seulement traumatise bon nombre d'observateurs, mais aussi porte atteinte à l'intégrité physique et à la dignité du malade qui doit rester nue pendant l'admission des soins. Le conditionnement des malades isolés. Pas d'eau. Pour s'approvisionner, il faut parcourir des longues distances. L'inexistence du*

Service Social. Trop de bruit causé par d'autre malades au point d'indisposer d'autres qui en supporte difficilement.»[69]

Ce témoignage très émouvant et émotionnel de cette malade, nous édifie davantage sur la qualité de la prise en charge qui du reste ne rassure pas les malades. Car, se sentant abandonnés à eux-mêmes.

Cette enquête dénombre également 08 malades, soit 13, 33% témoignent que cette prise en charge est assez bonne. 02 malades, soit 03, 33 % par contre l'a juge bonne.

Qu'à cela ne tienne, ces dernières statistiques sont bien au-dessus de celles qui nous renseignent sur la mauvaise qualité de cette prise en charge des malades dans ce service psychiatrique.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation de ces malades sur la perception de la présence du garde-malade.

Tableau n°196 relatif à la représentation des malades sur la perception de la présence du garde-malade – Service de Psychiatrie.

Justifications sur la présence du garde-malade	Effectif	Pourcentage
Méfiance du malade sur les prestations du personnel	02	3,33%
Expression de la solidarité	58	96,66%
Total	**60**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre2019 au 15 Janvier 2020.

Les résultats de notre enquête dénombrent 58 malades, soit un pourcentage de 96,66% subordonne la présence du garde-malade par l'expression de la solidarité. Cette représentation importante s'explique pour des raisons autres que celles évoquées au niveau des services cliniques précédents. Par contre, 02 malades, soit 03, 33, justifient la présence du garde-malade par méfiance sur la qualité des prestations du personnel soignant. Cette représentation certes de moindre importance, est l'expression du rejet du personnel soignant par le malade eu égard à la qualité de l'offre des soins.

[69] - Activité : Entretien avec les malades au sujet de leur prise en charge ; Service de Psychiatrie, le 15 Janvier 2020.

Après la présentation des malades, nous présentons le personnel de ce service.

VI.3.3. Personnel soignant du Service de Psychiatrie du C.H.U-B

Le personnel soignant constitue la troisième population cible qui explique cette problématique de garde-malade dont les enjeux donnent les résultats suivants :

Tableau n°197 relatif à la représentation du personnel soignant sur l'évolution de la population en République du Congo – Service de Psychiatrie.

Point de vue	Effectif	Pourcentage
Oui, la population en République du Congo est en pleine croissance.	10	66,66%
Non, la population n'évolue pas.	05	33,33%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Les résultats de cette enquête dénombrent 10, soit 66,66¨% agents qui sont d'avis que la population congolaise est en pleine évolution. Cette montée importante est un indicateur majeur qui permet d'évaluer la capacité d'accueil de cette structure hospitalière. Ainsi, le flux des malades en consultation est l'expression de cette montée en puissance de cette population. Aussi, il n'est pas étonnant de constater que le personnel soignant de cette structure hospitalière se trouve en difficulté de répondre aux demandes de ces malades en sur nombre.

A cela, il faut signaler une faible représentation du personnel soignant qui ne reconnaisse pas l'évolution de cette population. Soit 05 agents avec un pourcentage de 33, 33%.
Le tableau qui suit par la suite porte sur la représentation de ce personnel sur sa gestion par le C.H.U-B en rapport avec l'évolution de la population et le flux des malades.

Tableau n°198 relatif à la représentation du personnel soignant sur sa gestion par le C.H.U-B en rapport avec l'évolution de la population et le flux des malades – Service de Psychiatrie.

Point de vue	Effectif	Pourcentage
Oui, le C.H.U-B en fonction de son organisation sur la gestion de son personnel, peut contenir le flux des malades.	00	000%
Non, le C.H.U-B en fonction de son organisation sur la gestion de son personnel, ne peut pas contenir le flux des malades.	15	100%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Les résultats de cette enquête notent 15 agents, soit 100% sont d'avis que l'évolution de la population en rapport avec la gestion du personnel ne peut donc contenir le flux des malades. Cette représentation importante permet d'évaluer la capacité d'accueil de cette structure de prise en charge des malades souffrant de trouble de comportement. Cette forte représentation sert également de levier pour prétendre résoudre la question de l'inadéquation entre l'offre des soins et la demande de plus en plus grande.

Le tableau qui suit par la suite porte sur la représentation de ce personnel sur les conditions de travail.

Tableau n°199 relatif à la représentation des conditions de travail du personnel clinicien – Service de Psychiatrie.

Appréciations	Effectif	Pourcentage
Bonne	00	00%
Assez-bonne	05	33,33%
Mauvaise	10	66,66%
Total	**15**	**100%**

*Source **:** Données recueillies sur le terrain Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.*

A la lecture de ce tableau, 10 agents soit 66,66% témoignent de la mauvaise qualité des conditions de travail. Cette représentation importante traduit l'image même de la situation matérielle et financière que connaît cette structure hospitalière qui bat de l'aile ces dernières années. Cette situation a une incidence majeure sur la qualité des soins. Ce qui justifie d'ailleurs des attroupements des malades à l'attente des soins résultant du déficit du personnel et bien d'autres conséquences y relatives.

Aussi, la spécificité du malade, celle relative au recours à la violence physique et verbale, demeure un indicateur important renforçant davantage cette présence de l'assistance. A ce sujet, le Docteur OKET, Psychologue de profile, rencontrée au cours de nos activités d'entretien. Ce Médecin, reconnaissant la nécessité de la présence du garde-malade, n'hésite pas à nous livrer son témoigne résumé en ces termes : *« le malade est trop agressive. Cela nécessite la présence conséquente de la famille pour sa bonne gestion. »*[70]

A cet effectif, 05 agents, soit 33, 33% pensent que les conditions de travail sont assez bonnes. Cette représentation certes non négligence s'inscrit sur l'idée de la mauvaise gestion de cette structure qui ne rassure pas ses malades.

Aucune représentativité de ce personnel clinicien témoignant des bonnes conditions de travail dans cette structure en charge des malades en difficulté psychologique, voire psychiatrique.

Le tableau qui suit porte sur la représentation de ce personnel en termes d'effectif.

Tableau n°200 relatif à la représentation du personnel soignant sur ses effectifs – Service de Psychiatrie.

Appréciations	**Effectif**	**Pourcentage**
Personnel suffisant	00	00%
Personnel moyen	00	00%
Personnel déficitaire	15	100%
Total	**15**	**100%**

*Source **:** Données recueillies sur le terrain Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.*

Consécutivement aux résultats qu'affiche ce tableau, il ressort que 15 agents, soit 100, 00% affirment que le personnel soignant alloué à ce service est beaucoup déficitaire. Cette représentation aussi importante se justifie par le nombre croissant des malades en consultation externe et interne, des longs fils d'attente des malades en consultation. Aussi, la disponibilité du personnel soignant ne correspond pas avec le nombre des malades en consultation. Signalons également que les retombées de la politique de formation du personnel soignant à l'étranger en partenariat avec certains pays, ne font encore attendre surtout quand on sait que certains de ces médecins formés, refusent de rentrer au pays.

[70] - Activité : Entretien avec le personnel soignant, Service de Psychiatrie, le 17 Décembre 2019.

Au sujet du déficit du personnel soignant, maman NZOUSI, Agent Technique de Santé de formation, abordée au cours de nos activités, ne cache pas son désarroi qu'elle exprime devant nous en ces termes : *« Depuis ce matin jusqu'à 14 heures, je suis seule devant des milliers des malades pour exécuter les soins. Je ne trouve même pas du temps pour croquer mon morceau de pain. C'est vraiment agaçant, ... »*[71]

Nous présentons dans les lignes qui vont suivre le tableau relatif à la présentation de ce personnel sur les heures de travail.

Tableau n°201 relatif à la présentation du personnel soignant sur ses heures de travail – Service de Psychiatrie.

Temps de travail	Effectif	Pourcentage
Moins de 07 heures	04	26,66%
Juste 07 heures	04	26,66%
+ de 07 heures	07	46,66
Total	**15**	**100%**

*Source **:** Données recueillies sur le terrain Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.*

Résultats de l'enquête : 07 agents sur 15, soit un pourcentage de 46,66% travaillent au-delà de 07 heures du temps. C'est une représentation qui justifie la mauvaise gestion du personnel à la disposition de ce service. En effet, lorsque les heures supplémentaires du travail ne s'accompagnent pas à des mesures d'assouplissement et de récompenses ou de motivation en terme de paiement des heures supplémentaires, aménagement du cadre de travail, de la prime de motivation ou d'encouragement, ... la rentabilité du travail subit le coup. La précarité dans laquelle vit ce personnel, ne saurait les motiver à donner le meilleur d'eux-mêmes.

Ainsi, pour ce personnel soignant, plus qu'il travaille beaucoup, moins qu'il y a des mesures d'accompagnement. Notons que l'environnement actuel du travail dans ce service, ne contribue pas à l'épanouissement de ce personnel et n'ont plus à la qualité du travail.
En plus de cela, l'enquête dénombre également 04 agents, soit un pourcentage de 26, 66% qui travaillent moins de 07 du temps et un personnel qui travaille juste 07 heures du temps.

[71] - Activité : Focus group regroupant personnel soignant, malades et garde-malades. Objectif : échanges avec ses trois acteurs sociaux impliqués sur la prise en charge du malade afin de s'imprégner de leurs difficultés dans le cadre de leurs rôles respectifs ; Service de Psychiatrie, le 17 Décembre 2019, salle des Staff.

Cette représentativité tout de même importante n'obéit pas aux normes de planning de travail qui ne profite pas à la structure. En effet, le moins d'heure au travail constitue un manque à gagné à la structure. A cela, il faut ajouter que le temps et sur tout son utilisation rationnelle est un facteur de productivité qui rassure la rentabilité de la structure.

S'en suit le tableau relatif à la représentation de ce personnel sur sa prise en charge par la structure du C.H.U-B. Il s'agit de la prise en charge sur le volet paiement des salaires de ce personnel.

Tableau n°202 relatif à la représentation du personnel soignant sur sa prise en charge (assurance sur la régularité du paiement des salaires) par le C.H.U-B – Service de Psychiatrie.

Prise en charge	Effectif	Pourcentage
En temps normal	00	00%
En retard	04	26,66%
Avec grand retard	11	73,33%
Salaires inexistants	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

A la lecture de ce tableau, 11 agents, soit 73,33% affirment percevoir leur rémunération mensuelle avec un grand retard. Cette représentation importante est le reflet de la mauvaise gestion financière de la structure hospitalière du C.H.U-B depuis 2010. En effet, les difficultés financières que connaît cette structure hospitalière exposent son personnel à moins d'ardeur au travail. Suite aux difficultés qu'éprouve ce centre, le Ministre en charge de cette structure au cours de l'intronisation du nouveau D.G s'exprimait en ces termes : *« le C.H.U-B est un malade qui nécessite un grand Médecin pour des soins appropriés. »*[72]

Les difficultés financières qui minent ce centre conduisent à des comportements déviants de son personnel soignant qui se converti à l'incivisme au travail, l'absentéisme répétée au poste de travail, la vente illicite des médicaments, l'existence des services hospitaliers parallèles et privés, le rançonnement des malades et de leurs proches, ... Ce qui confirme bien le propos de Madame la Ministre de tutelle. D'où même le sens de cette opinion qui se

[72] - Propos de Madame Jacqueline Lydia MIKOLO, Ministre de la Santé et de la Population, à l'occasion de la prise des fonctions du nouveau Directeur Général du Centre Hospitalier et Universitaire (C.H.U-B) en la personne de Monsieur Sylvain WILLIARD en 2017.

dégage de la lecture de cette gestion sombre de cette structure hospitalière, *« le C.H.U-B, tue. »*

A cet effectif s'ajoutent 04 agents, soit un pourcentage de 26, 66% qui perçoivent leur rémunération en retard. Une représentation non négligeable qui réitère l'approche de la mauvaise gestion de la structure. En effet, le retard ou la rareté de ces salaires ne s'explique pas dès lors que la structure du C.H.U-B vit de la vente de ses services (consultations).

Dans le tableau suivant, nous présentons le tableau relatif à la représentation du personnel soignant en formation sur le paiement de la bourse dont l'organisation relève du Ministère en charge.

Tableau n°203 relatif à la représentation du personnel soignant (stagiaires) sur le paiement de la bourse d'étude dont l'organisation relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur – Service de Psychiatrie.

Mode opératoire du paiement de la bourse d'étude.	Effectif	Pourcentage
En temps normal	00	00%
En retard	00	00%
Avec grand retard	12	80%
Pas de bourse	03	20%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

Il ressort des résultats de notre enquête que, 03 étudiants en formation, soit 20% ne perçoivent pas cette bourse d'étude. Une représentation non négligeable à mesure d'expliquer l'implication du Ministère en charge sur la mauvaise organisation de cette structure hospitalière. On est bien devant une évidence où, *« Les mêmes causes produisent les mêmes effets »*. En effet, la situation du personnel titulaire est similaire à celle du personnel en formation dont le dénominateur commun est la non régularité de leur revenue tant pour le personnel titulaire que pour le personnel en formation.

A cet effectif, 12 de ces étudiants en formation, soit un pourcentage de 80% perçoivent leur bourse d'étude avec un grand retard. Une représentation importante avec une incidence majeure au niveau de l'organisation du travail. En effet, la régularité de cette bourse, est source de motivation et de stabilité au travail pour cette catégorie du personnel. Cependant,

son irrégularité n'assure pas le bon travail avec pour conséquence : rançonnement des malades, vente des services parallèles et privés …

Aucune représentation pour cette catégorie du personnel qui perçoit leur bourse en temps normal et en retard. Cela dénote toujours des difficultés d'organisation du Ministère de tutelle.

Le tableau qui suit porte sur la représentation de ce personnel en termes de rémunération par rapport au S.M.I.G.

Tableau n°204 relatif à la présentation du personnel soignant sur sa rémunération en fonction du Salaire Minimum Inter Garanti (S.M.I.G)[73] – Service de Psychiatrie.

Montant du salaire perçu par apport au S.M.I.G	Effectif	Pourcentage
Salaire inférieur au S.M.I.G	00	00%
Salaire égal au S.M.I.G	00	00%
Salaire supérieur au S.M.I.G	15	100%
Total	**15**	**100%**

*Source **:** Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.*

A la lecture de ce tableau, 15 agents soit 100,00% déclarent percevoir un salaire au-delà du S.M.I.G. Ce qui constitue une avancée significative pour le personnel de cette structure hospitalière. Aucune représentation pour les autres catégories du personnel.

Nous présentons par la suite, le tableau relatif à la représentation du personnel sur les diverses formes des allocations perçues.

Tableau n°205 relatif à la représentation du personnel soignant sur ses diverses allocations perçues – Service de Psychiatrie.

Indemnités Perçues	Effectif	Pourcentage
Transport	10	66,66%
Restauration	00	00%
Charges familiales	01	06,66%
Risques professionnelles	04	26,66%
Heures supplémentaires	00	00%
Prise en charge pour maladie	00	00%
Total	**15**	**100%**

*Source **:** Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.*

[73] - S.M.I.G : Salaire Minimum Inter Garanti perçu par le dernier employé fixé par la loi du travail en République du Congo. Ce salaire est fixé à Cent mille (100. 000) Francs C.F.A pour les entreprises publiques. Source : Discours à la Nation du Président de la République du Congo, le 24 Décembre 2019.

L'indemnité est perçue comme une somme d'argent versée en guise de motivation par l'employeur. Sur les six (06) indemnités identifiées dans le cadre de cette enquête, trois (03) sont perçues par le personnel de ce service. Au nombre desquelles figurent :

- indemnité de transport : sur un échantillon représentatif de 15 agents du personnel de ce service, 10 agents soit 66, 66%, perçoivent cette nature d'indemnité ;
- indemnité de charge familiale : 01 agent, soit 06, 66% perçoit cette indemnité. Cette indemnité est limitée juste aux membres de la famille biologique dont l'âge est fixé à 20 ans précis avec une réduction de 20, 00% pour certains examens biologiques (le Scanner, I.R.M) ;
- indemnité liée aux risques professionnels : 04 agents, soient 26, 66% en perçoivent.

Au bout de compte, on s'aperçoit que le personnel de ce centre psychiatrique ne perçoit pas la totalité d'indemnités prévues par la convention collective de cette structure hospitalière. Au nombre desquelles on cite à cet effet : l'indemnité liée à la restauration, celle liée aux heures supplémentaires.

L'indemnité en elle suscite la motivation du personnel dès sa perception. Ce qui est un droit en rapport avec la convention collective liant l'employeur à son employé dans le cadre des rapports contractuels. Cependant, lorsque l'employé ne perçoit pas d'autres indemnités reconnues par la convention collective, cela le prive de la jouissance d'un droit fondamental. Ce qui constitue de ce fait, une faute pour la structure- employeur et suscite par conséquent de mouvements d'agitation, des vagues de contestation et de revendications à travers des grèves répétitives au sein de la structure. Le C.H.U-B de par sa gestion calamiteuse, vit longtemps cette situation.

En effet, le bras de fer avait opposé en 2017, l'inter syndical de cette structure hospitalière suite à la non-prise en compte de certaines revendications relatives au versement de certaines indemnités non perçues par l'ensemble du personnel. Ce qui avait fragilisé les rapports entre le personnel de la structure du C.H.U-B et sa Direction et constitue d'ailleurs le ventre mou de ses rapports conflictuels, une des causes du dysfonctionnement constaté au niveau des

services de cette structure. D'où, les multiples grèves observées au sein de cette structure qui n'arrangent pas la situation du malade.

Nous présentons par la suite le tableau relatif à la représentation du personnel soignant sur la perception de la présence des garde-malades exerçant des pressions contre ce personnel.

Tableau n°206 relatif à la représentation du personnel soignant sur la perception de la présence des garde-malades exerçant des pressions contre ce personnel soignant – Service de Psychiatrie.

Pression exercée contre le personnel soignant.	Effectif	Pourcentage
Oui, les garde-malades exercent des pressions contre le personnel soignant dans le cadre de l'exercice de ses fonctions.	15	100%
Non, les garde-malades n'exercent pas des pressions contre le personnel soignant dans le cadre de ses fonctions.	00	00%
Total	**15**	**100%**

Source : Données recueillies sur le terrain - Service de Psychiatrie, période d'étude du 16 Décembre 2019 au 15 Janvier 2020.

La totalité du personnel de ce Service de Psychiatrie subisse des pressions des garde-malades. Les statistiques de nos enquêtes en témoignent : 15 agents, soit un pourcentage de 100, 00%. Une représentation importante qui s'explique généralement par la lenteur observée lors des consultations et les mauvaises prestations de ce personnel. Ce qui pose le problème en termes d'effectif et de qualité du personnel de ce service.

A cette difficulté majeure s'ajoutent *la violence physique et verbale* [74] des malades de ce service qui appellent à cette présence massive des proches parents renforcés par les agents de sécurité de la société SO.MA.C. S.A dont leur implication dans le cadre de la prise en charge de ces malades ne cadre pas avec la déontologie médicale. Ce qui constitue une autre difficulté pour ce personnel d'abord déficitaire et en mal de gestion de ses malades.

La présentation et l'analyse de ces résultats, nous fait chuter à la conclusion de notre travail dont la teneur se présente dans les lignes qui suivent.

[74] - Jean Claude MBOUNGOU, Wilfrid Davy BIKINDA et Gertrude NDEKO, Décembre 2021, « Particularité des garde-malades au Service de Psychiatrie du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville », *Les Cahiers congolaise D'ANTHROPOLOGIE ET D'HISTOIRE, N°22 ISSN 0255 – 0199.*

CONCLUSION PARTIELLE TROISIEME PARTIE

Cette troisième partie de thèse qui table sur ces deux chapitres dont l'un porte sur l'exposé intégral du phénomène de garde-malade au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville et l'autre sur la présentation des résultats, ces deux chapitres mettent en exergue cette question de garde-malade. En effet, comme annoncer ci-haut, le chapitre V montre bien l'existence de ce phénomène au niveau de cette structure hospitalière. De même, le sixième chapitre de la troisième partie de cette thèse qui porte sur la présentation et l'analyse des résultats des trois (03) services cliniques de la structure hospitalière du C.H.U-B, confirme bien nos hypothèses de travail, lesquelles mettent en évidence la solidarité mécanique et le dysfonctionnement des services sous tutelle du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville qui expliquent bien la présence massive des garde-malades dans cette structure hospitalière. A cela s'ajoute le déficit du personnel beaucoup criard au niveau des services administratifs. Ce qui cause énormément des problèmes au niveau de la Gestion des Ressources Humaines au point où le personnel clinique disponible ne répond plus aux demandes des malades en sur nombre. Il faut ajouter également un autre aspect, celui de la culture bantoue qui s'exprime à travers la solidarité mécanique dans toutes ses dimensions et la représentation de la maladie et de la mort. En effet, être hospitalisé suppose déjà la mort. Ce qui justifie cette présence massive des garde-malades. Ces deux (02) principales raisons justifient bien cette présence. Aussi, cette présence s'analyse et se comprend mieux au niveau des trois (03) services cliniques dans le cadre de notre étude. Il s'agit principalement du Service des Urgences dans toute sa représentation structurelle, le Service de Pédiatrie Nourrisson et du Service de Psychiatrie. Trois (03) catégories de population cible nous ont servie d'orientation et d'analyse pour bien cerner cette problématique de garde-malade. Nous citons à cet effet, la triade malade, garde-malade et personnel soignant repartie respectivement dans les trois (03) services cliniques comme annoncer ci-haut.

En conséquence, la présentation des résultats obtenus au niveau de ces trois (03) services cliniques tant au niveau des malades, qu'au niveau des garde-malades et du personnel soignant dans le cadre de notre étude, nous permet de se rendre à l'évidence sur la présence de ces garde-malades qui résulte du dysfonctionnement des services de cette structure hospitalière. En effet, ces résultats nous a permis de se rendre compte sur la nécessité de la solidarité entretenue par la famille comme premier cercle d'assistance en situation de maladie en ce milieu hospitalier.

De plus, ce dysfonctionnement ne se limite pas à ces services cliniques, il s'élargi également au niveau des trois (03) Directions enquêtées, services et sections rattachés. Il s'agit de la D.R.H, D.A.M et D.S.I. Ce qui met en exergue la question du déficit du personnel dans ces services administratifs. Les statistiques témoignent bien que, le fonctionnement de ces services et sections rattachés à ces Directions administratives, disposent des effectifs en personnel très réduits. En effet, lors de cette enquête, le constat montre bien qu'une section soit administrée par un seul agent. Ce qui constitue une difficulté importante dans l'organisation des services de ces Directions administratives. Ce qui influence naturellement sur le fonctionnement des services cliniques dont la gestion dépend étroitement de l'organisation administrative de ces Directions. L'on convient de comprendre qu'il y a, nécessairement un lien étroit entre ces trois (03) Directions administratives et ces trois (03) services cliniques. Ce qui confirme bien nos hypothèses de travail, lesquelles mettent en relief la solidarité organique et le dysfonctionnement des services de cette structure hospitalière qui expliquent la présence des garde-malades. Ainsi, le déficit du personnel constaté, n'assure guère le fonctionnement réel des services administratifs dont les conséquences se répercutent au niveau de l'organisation des services cliniques. D'où cette présence massive de ces garde-malades.

De même, ce dysfonctionnement constaté ayant une incidence majeure sur l'organisation des services cliniques, met en évidence la question des ressources humaines de cette structure hospitalière qui ne répond plus aux nombreuses attentes des malades avec pour conséquence l'impulsion d'une chaine de solidarité entre membres de famille au service des malades.

Ces résultats obtenus dans le cadre de cette étude, nous interpelle sur la nécessité de l'organisation administrative dans une structure hospitalière. L'on convient bien que, la gestion administrative est le poumon de cette structure hospitalière. Elle est donc la locomotive et détermine l'organisation des services cliniques sur la gestion de ses hommes.

CONCLUSION GENERALE

Cette recherche amorcée depuis le Master Recherche, s'est poursuivi jusqu'à la phase de thèse de Doctorat Unique où son premier module a constitué une première étape qui a planté le décor sur la problématique de garde-malade qui nécessite un approfondissement. Cette thèse de Doctorat Unique, présente trois (03) grandes parties : une première partie consacrée au décryptage des aspects conceptuels et théoriques, intitulée : Considérations Générales. Cette première partie de cette thèse pose les fondamentaux de cette recherche. Deux (02) chapitres constituent la charpente de cette première partie de thèse. Un premier chapitre porte sur le champ théorique et conceptuel de référence.

Ce chapitre comprend: la définition des concepts fondamentaux, les théories de référence qui appuient cette recherche et le point des travaux ou la revue de la littérature consacrée sur cette problématique de garde-malade. Le deuxième chapitre de cette première partie de thèse est consacré au cadre méthodologique. Ce chapitre fixe les lecteurs sur la méthode ayant servi dans l'organisation de ce travail. C'est une étude perspective de type hypothético déductive. A ce stade, plusieurs étapes sont observées : le champ d'étude, les moyens matériels ayant servi pour réaliser ce travail, les techniques ou moyens de collecte des données. Ces techniques reposent sur l'observation participante, les entretiens, le questionnaire et focus groupe.

Cette première partie de cette thèse, nous a permis donc de comprendre le rôle du garde-malade et ces enjeux en relation avec d'autres acteurs impliqués dans la gestion du malade dans ce milieu hospitalier. Ces acteurs sont : le malade, principal acteur où s'exécutent toutes les décisions conduisant à sa guérison, le personnel soignant, acteur majeur au centre de cette guérison.

Ces travaux plus précisément à travers la revue de la littérature, ont eu le mérite de nous faire connaitre non seulement le rôle traditionnaliste du garde-malade qui se limite à l'assistance non encadrée et non ciblé sur des points stratégiques, mais aussi et surtout sur le caractère

multidimensionnel de cette assistance axée en des points stratégiques et efficaces pour sauver la vie du malade. Cette assistance s'articule autour :

1. ° L'information : elle est un atout majeur pour le garde-malade. Ce dernier doit nécessairement être au centre de l'information en vue de sauver la vie du malade. Ce point nous amène aux interrogations suivantes : de quoi souffre le malade ? Quel service consulté ? Pour quelle catégorie du personnel soignant ?

Ce premier point qui porte sur l'assistance du malade met en relief premièrement en confiance le garde-malade et rassure le malade sur les conditions pouvant conduire à la guérison. On comprend ici l'enjeu de l'information dans la gestion du malade dans cette structure hospitalière. Ainsi, l'information est donc l'élément majeur qui rassure le malade dans le processus de son rétablissement.

2. ° Le courage : il constitue un deuxième atout qui nécessite du garde-malade un état d'esprit qui s'adapte à la situation du malade. Le garde-malade doit s'armer du courage devant le malade aussi grave soit-il. Il doit nécessairement garder le morale jusqu'au rétablissement du malade. En effet, la guérison du malade est liée étroitement à l'état d'esprit de son garde-malade. Ainsi, son dynamisme dans la gestion de certaines situations aussi difficiles qu'affectent les dispositions psychiques du malade sur son sort, lui rassure et le réconforte. Sur ce, la réalité de terrain montre bien qu'au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, beaucoup des malades succombent de leur lit d'hospitalisation par manque de courage et de dynamisme de leurs garde-malades sur la gestion de certaines situations(le stress, l'inquiétude, la peur, l'angoisse, ...) qui s'avèrent difficiles et conduisent de facto à la mort.

La maladie avec toutes ses représentations socio culturelles, met en relief l'idée de la mort. Ce qui met en exergue un des aspects très intéressant de notre travail qui s'oriente sur cette idée, laquelle voudrait qu'*« être hospitalisé, suppose déjà la mort. »* Ce qui nécessite du garde-malade un état d'esprit qui s'appuie sur toute sa force à travers le courage et le dynamisme. Aussi, la maladie est donc ce moment émotionnel où le garde-malade doit

impérativement se distinguer de par son courage et son dynamisme en vue de sauver la vie du malade dont la situation serait irrémédiablement compromise.

3.° La mobilité : un troisième atout indispensable au rôle dévolu au garde-malade qui est donc ce comportement d'être dans une disposition de disponibilité afin de répondre dans l'urgence aux besoins du malade et du personnel soignant dans cet environnement hospitalier où, l'accès et sa maitrise, reste fermés au garde-malade. Il est donc nécessaire pour ce dernier d'être rapide et habile dans la coordination des actions conduisant à la guérison du malade. Là aussi, le terrain nous a aidés à comprendre sur les causes des nombreux décès enregistrés dans cette structure hospitalière du C.H.U-B. Au nombre desquelles figurent en bonne place l'immobilisme du garde-malade dans la gestion du malade. Le malade présente dans son état une situation d'urgence qui de facto implique tous les acteurs dans sa gestion.

C'est pourquoi d'ailleurs, au Service des Urgences de cette structure hospitalière, tenant compte de l'état très préoccupant dans lequel bon nombre des malades sont reçus, la mobilité pour le garde-malade demeure une nécessité impérieuse dans leur gestion. L'état tantôt très inquiétant du malade, nécessite donc plus de mobilité dans l'accomplissement de certains rôles en vue de le sauver. Par conséquent, l'immobilisme conduit inévitablement à la fatalité, la mort.

4°. Le minimum niveau d'instruction, demeure également un des atouts du garde-malade dans son rôle de gestionnaire du malade. En effet, la réalité sociale montre que ce niveau lui permet tout au moins de bien suivre les prescriptions médicales. Là aussi, le terrain nous renseigne davantage que les nombreux décès enregistrés au niveau de cette structure hospitalière, s'explique par le taux important d'analphabétisme de ces garde-malades en mal de respecter les directives médicales du personnel soignant. Le Service de Psychiatrie de cette structure hospitalière en est un exemple. Ce service s'occupe de la prise en charge des malades en situation de trouble de comportement. Lors de nos activités d'observation dans ce service, une garde-malade en situation d'analphabétisme a eu à réaliser un surdosage des médicaments sur son malade. Ce qui a conduit le malade dans un état

comateux jusqu'à nécessiter sa réanimation en vu de le sauver de cette situation. Cette triste réalité nous met devant l'évidence sur la nécessité du minimum niveau d'instruction pour le garde-malade en ce milieu hospitalier.

Par l'entremise de ce niveau d'instruction, le garde-malade et le personnel soignant se complètent mutuellement à travers leurs rôles respectifs dans la gestion du malade. Si hier, le rôle du garde-malade reposait essentiellement sur l'apport matériel, financier et la solidarité, de nos jours, ce rôle parait limité. Il est donc renforcé par d'autres formes d'assistance mieux adaptées à la réalité de la situation du malade et celui du milieu hospitalier.

Il en demeure vrai que sur cette première partie de cette thèse, se désigne l'idée de la nécessité du rôle de garde-malade dont le champ d'action est axé sur certains rôles bien précis et déterminés. Ce qui lui confère une certaine importance dans l'accomplissement de son rôle. On est donc devant la nécessité d'une réalité d'un garde-malade stratège participant activement et efficacement à la gestion du malade pour une guérison plus rassurante. Cette approche reflète bien notre réalité sociale qui se marie bien avec les exigences de ce milieu hospitalier contrairement à celle qui se veut plus traditionnaliste et dépassée ou révolue devant une société en pleine mutation. Cette seconde approche consacre au garde-malade un rôle d'assistance dont l'étendu du champ d'action est plus vaste et demeure moins efficace dans la pratique, incompatible d'ailleurs à nos réalités sociales.

Cette analyse sur la situation du garde-malade s'inscrit comme notre grande contribution sur cette problématique déjà amorcée par nos prédécesseurs. Ce qui fait donc l'originalité de cette thèse de Doctorat.

Au-delà de cette littérature abondante relative à cette problématique de garde-malade et, devant la communauté scientifique qui entendrait de nous une contribution pour avancer la réflexion, notre apport sur cette question consisterait à montrer aux yeux de cette communauté scientifique, l'image d'un garde-malade dont le rôle est axé sur des points stratégiques, c'est-à-dire un garde-malade dont l'actif serait constitué de l'information, du courage, de la mobilité et d'un minimum niveau d'instruction. Un tel garde-malade serait plus efficace sur son rôle que celui dont le rôle serait plus étendu pour être moins efficace.

C’est donc une contribution qui ouvre des perspectives assez intéressantes et rassurantes devant cette communauté scientifique sur cette problématique de garde-malade.

La deuxième partie de cette thèse porte sur le cadre de l’étude. Elle est structurée en deux (02) chapitres dont le troisième chapitre porte sur l’étude administrative du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B). Ce chapitre nous fixe sur l’organisation administrative et le fonctionnement du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B).

Il va de soi qu’une meilleure lecture de cette structure hospitalière passe nécessairement par son organisation et son fonctionnement. Ce qui répond à la question de savoir comment est structurée sur le plan administratif cette structure hospitalière ? Comment se déploie-t-elle ? Quelles sont les règles de gouvernance qui organisent la gestion de cette structure hospitalière ?

Pour cette thèse, nous retiendrons sur cette première question, celle de savoir comment est structurée sur le plan administratif cette structure hospitalière ?

A cette question, il sied de retenir que la structure hospitalière du C.H.U de Brazzaville a une assise textuelle, c’est-à-dire qu’elle est naturellement comme toutes les autres structures hospitalières de ce niveau, régit par des textes administratifs qui organisent sa vie administrative selon ses repères historiques. Cette armature des textes administratifs et juridiques est constituée des lois, des décrets, des ordonnances et des délibérations. Pour s’en convaincre, nous citons à cet effet, le décret n°88/622 du 30 Janvier 1988 en remplacement de l’ordonnance n°12/2001 du 19 Septembre 2001 déterminant la Présidence des Conseils d’administration et des Comités de Directions des Etablissements Publics.

Dans cette perspective, il y a le décret d’application n° 2002/388 du 30 Novembre 2002 fixant attributions et la composition des organes de gestion et de tutelle des entreprises et établissements publics.

Ces textes ont donné naissance à trois (03) Directions :

- la Direction des Affaires Médicales (D.A.M) ;
- la Direction Administrative du Personnel (D.A.P) ;
- la Direction Economique et Financière (D.E.F).

S'en suivront de ces trois (03) Directions bien d'autres délibérations pour d'autres textes de lois qui permettront une meilleure structuration de cette entité hospitalière.

Il ressort de la structuration de ce centre hospitalier, l'idée de la nécessité d'une profonde mutation organisationnelle de l'appareil administratif de cette structure hospitalière qui innove dans le cadre de la gestion administrative, laquelle mettra en place d'autres Directions structurées en des services et sections dont le but est de répondre aux demandes des usagers de cette structure hospitalière.

Aux deux (02) autres questions, celle de savoir comment se déploie cette structure hospitalière ? Et quelles sont les règles de gouvernance qui organisent la gestion de cette structure hospitalière ?

Ces deux (02) questions vont dans la même direction. Elles évoquent ici, l'idée du fonctionnement de cette structure hospitalière qui a également une forte assise sur des textes administratifs constitués des lois, décrets, ordonnances et délibérations. Ainsi, dans le cadre du fonctionnement de cette structure hospitalière, il y a la loi n°008/87 du 07 Février 1987 qui détermine le fonctionnement de cette structure. Cette loi définie les missions de cette structure. Au nombre desquelles figurent :

- l'administration des soins de qualité ;
- assurer la recherche biomédicale ;
- assurer la formation pratique par le biais d'une convention signée entre l'Université Marien NGOUABI de Brazzaville (Congo), élèves et étudiants de l'école paramédicale.

L'organisation de cette loi évoquée ci-haut, donnera naissance à d'autres délibérations pour un bon fonctionnement de cette structure hospitalière. Nous citons à cet effet :

- la délibération n°010/2005 du 11 Octobre 2005 portant aménagement du C.H.U-B ;
- la délibération n°003/2010 du 26 Mai 2010 portant création de la Direction des Soins Infirmiers (D.S.I) ;
- la délibération n°06/2004 du 04 Juillet 2004 portant changement de la Direction Administrative du Personnel (D.A.P) en Direction des Ressources Humaines (D.R.H), ...

Ce chapitre III qui porte sur l'étude administrative du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville, présente deux (02) intérêts majeurs :

- le premier intérêt est celui de donner à cette structure hospitalière comme bien d'autres de ce niveau, un visage qui s'y prête à la recherche comme prévue par la loi n°008/87 du 07 Février 1987 avec des thématiques aussi variables et importantes ;
- le deuxième intérêt est celui de montrer l'importance de l'armature des textes administratifs intéressant et en perpétuelle mutation au cœur de l'organisation administrative et du fonctionnement de cette structure hospitalière dont le but est de s'adapter à notre réalité sociale en vue de répondre au mieux aux multiples attentes des malades en souffrance.

Ces deux principaux intérêts s'inscrivent également dans cette perspective de nouveauté dans cette recherche entreprise.

Le quatrième chapitre de cette thèse porte sur la présentation des services cliniques du C.H.U-B, tout au moins pour ceux des services cliniques retenus dans le cadre de cette étude.

Deux (02) aspects intéressants retiennent notre attention sur cette présentation qui se focalise particulièrement sur la présentation des services cliniques : le Service des Urgences avec ses trois (03) unités des soins, le Service de Pédiatrie Nourrisson et le Service de Psychiatrie, élargie au Service de Pharmacie. Ces deux aspects sont liés à la capacité logistique relative au fonctionnement normal de ces services et celui des ressources humaines pour ce qui est de leur gestion. Ainsi, l'examen de ces aspects constitue un élément majeur qui nous permet de cerner davantage cette problématique de garde-malade.

Pour les services cliniques, il ressort de leur présentation que l'environnement de travail ne s'y prête pas au sujet du fonctionnement normal de ces services. Pour s'en convaincre davantage, aux Urgences Chirurgicales par exemple, les conditions logistiques disponibles pour l'accueil des malades ne répondent plus par rapport aux flux des malades en consultation. A titre d'exemple, certains malades par manque de lit d'hospitalisation, sont traités à même le sol, à défaut, un (01) seul lit peut recevoir deux (02) malades avec la forte probabilité de se faire contaminer. Ce constat est plus criard au Service de Pédiatrie Nourrisson où deux (02) à trois (03) malades occupe un (01) seul lit d'hospitalisation. A cela il faut également ajouter, l'observation faite sur le fonctionnement de son unité de récupération nutritionnel qui n'existe que de nom.

En effet, la prise en charge des malnutries se fait difficilement par manque de disponibilité du matériel adéquat relatif au fonctionnement de ce service (pas d'aliment nécessaire pour remonter les malnutries). L'approvisionnement de ce service se fait accidentellement …Ces conditions de précarité sur l'accueil des malades, s'observent également au niveau du Service de Psychiatrie où ses malades sont placés dans les conditions similaires aux détenus d'une structure carcérale. Cette triste réalité met en relief une des nos hypothèses de travail qui vise le dysfonctionnement de cette structure hospitalière avec pour conséquence majeure la présence massive des garde-malades qui ouvre la porte à la solidarité liée à la culture bantoue.

Ensuite, la question des ressources humaines, un deuxième aspect qui retient notre attention de cette présentation spécifique de ce cadre d'étude. Cette question s'explique sur le déficit du personnel soignant observé au niveau des services cliniques. Ainsi, le tableau n°02 relatif à la représentation des catégories professionnelles évoluant au Service des Urgences, nous édifie davantage. De même, le tableau n°03 relatif à la représentation des catégories professionnelles Service de Pédiatrie Nourrisson et le tableau n°04 du Service de Psychiatrie. Cette présentation spécifique qui épingle la question du déficit du personnel met en relief les ressources humaines du C.H.U-B qui ne correspondent plus aux demandes des malades en sur nombre. A cela, il faut ajouter un aspect culturel très important : la solidarité mécanique

dans toutes ses dimensions et la représentation de la maladie et de la mort. En effet, être hospitalisé suppose déjà la mort. D'où cette présence des garde-malades.

Ce chapitre lié à l'organisation administrative du C.H.U-B, présente également deux (02) caractéristiques essentielles : la question du déficit du personnel auquel s'ajoutent les conditions du travail de ce personnel.

Pour ce qui est du premier aspect de problème, celui du déficit du personnel, il nous est amené de constater que l'organisation des Directions structurées en des services et sections, demeurent des points d'instances activités administratives qui nécessitent une main-d'œuvre importante pour rendre fluide ses services et sections dans leur fonctionnement. Or, la réalité de terrain montre que la grande majorité des services et sections de ces Directions sont administrées par un seul agent qui accompli tout le travail sans la moindre assistance d'un collaborateur. Ce qui fait que le travail n'avance pas au rythme souhaité et les bénéficiaires des services de ces structures sont pris pour principales victimes.

Cette situation est fréquente au niveau de la Direction des Affaires Médicales où chacune des sections est administrée par un seul agent dont la tâche parait très immense et délicate. Certes, les effectifs sont plus conséquent au niveau de la Direction des Ressources Humaines, plus précisément au niveau du Service de Gestion Administrative du Personnel avec un effectif total de quatorze(14) agents, vient après le Service Solde et celui des Archives. Mais, il demeure vrai que ces effectifs doivent être revus à la hausse par rapport au volume de travail effectué quotidiennement.

De plus, le programme d'action de Monsieur Sylvain WILLIARD, gestionnaire de la structure hospitalière du C.H.U-B est axé sur une priorité, celle du renforcement du personnel clinique à travers des campagnes de recrutement organisées les dernières années de son mandat. Ce qui creuse un grand faussé au niveau de la représentation des effectifs entre ces deux (02) catégories du personnel (personnel clinique et personnel administratif). Pour s'en convaincre, chaque service clinique compte un (01) seul agent social et un (01) seul agent de l'administration.

Ce qui constitue une difficulté majeure dans le fonctionnement normale de ces services tenant compte du volume de travail effectué par jour et, pire encore lorsque ces services sont submergés par les malades. Cette difficulté relative au déficit du personnel remonte au niveau de la nature du budget de fonctionnement consenti à cet établissement de santé publique dont le gestionnaire s'oblige à sélectionner les priorités dans l'idée de sauver l'essentiel pour des besoins du rayonnement d'une bonne image de cette structure hospitalière. Cette seconde caractéristique met en relief notre seconde hypothèse de travail énoncée également ci-haut.

A cette première caractéristique dans le cadre de cette présentation des services cliniques et de l'étude administrative de cette structure, les conditions de travail par exemple dans les directions, constituent la seconde caractéristique qui retient notre attention. Il faut noter que le parcours de ces Directions, présentent des situations assez triste. Par exemple, les Services de Gestion Administratif du Personnel, du Solde, des Archives et documentations de la Direction des Ressources Humaines, offrent un spectacle désolant. Ces services fonctionnent dans une grande promiscuité due à l'étroitesse des locaux abritant ces services. Ce constat est le même au niveau de la Direction des Soins Infirmiers où tous ses services structurés en des sections sont concentrés dans un seul local très étroit. Quant à la Section Fichier relevant de la D.R.H, elle est l'ombre d'elle-même. Son personnel cohabite chaque jour avec la poussière des documents administratifs non entretenus au grand risque de se faire infecter. Cette seconde caractéristique met également en relief notre première hypothèse ci-haut mentionnée.

Enfin, la troisième partie de cette thèse se consacre au cadre opératoire de l'étude. Cette partie est structurée en deux (02) chapitres. Le chapitre V qui fait l'expose exos tif du phénomène de garde-malade au C.H.U-B. Le chapitre VI porte sur la présentation et l'analyse des résultats.

Le chapitre VI qui porte sur la présentation et l'analyse des résultats de l'étude, confirme bien nos hypothèses de travail, lesquelles mettent en évidence la présence des garde-malades qui résulte de la solidarité et du dysfonctionnement des services sous tutelle du Centre

Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. A cette hypothèse générale s'ajoute une hypothèse spécifique, laquelle met en évidence la question des ressources humaines du C.H.U-B qui ne répond plus aux demandes des malades en sur nombre. A cela, il faut ajouter un aspect culturel très important : la solidarité mécanique dans toutes ses dimensions et la représentation de la maladie et de la mort.

En effet, être hospitalisé suppose déjà la mort. D'où cette présence massive des garde-malades. Ces deux (02) principales raisons justifient bien cette présence massive de ces garde-malades dans cette structure hospitalière. Aussi, cette présence s'analyse et se comprend mieux au niveau des trois (03) services cliniques dans le cadre de notre enquête. Il s'agit principalement du Service des Urgences dans toute sa représentation structurelle, le Service de Pédiatrie Nourrisson et le Service de Psychiatrie. Trois (03) catégories de population cible nous ont servie d'orientation et d'analyse pour bien cerner cette problématique de garde-malade. Nous citons à cet effet, la triade malade, garde-malade et personnel soignant repartie respectivement dans les trois (03) services cliniques cités ci-haut.

En raison de la spécificité de chaque service clinique qui implique la présence du garde-malade pour une bonne gestion du malade en milieu hospitalier, quelques techniques utilisées pour réaliser ce travail, mettent en relief les rapports entretenus par ces trois (03) acteurs impliqués dans cette gestion et nous ont permis de connaitre les réalités sociales de chacun de ces acteurs pour cerner davantage cette problématique de garde-malade. Ainsi, l'observation participante, le questionnaire pour ne citer que celles-ci, figurent entre autres les techniques d'appuis utilisées dans notre enquête.

En conséquence, la présentation des résultats obtenus au niveau de ces trois (03) services cliniques tant au niveau des malades, qu'au niveau des garde-malades et du personnel soignant dans le cadre de notre enquête, nous ont permis de se rendre à l'évidence sur la présence de ces garde-malades résultant du dysfonctionnement des services de cette structure hospitalière qui ne correspondent plus avec cette importante poussée démographique en République du Congo.

De même, sur une autre question importante, celle des ressources humaines de cette structure hospitalière qui ne répondent plus aux demandes des malades de plus en plus nombreux. Ce qui de ce fait, met en relief un aspect culturel très important : la solidarité mécanique dans toutes ses formes. Ces résultats nous ont permis de se rendre compte de la nécessité de la solidarité entretenue par la famille comme premier cercle d'assistance en situation de maladie en ce milieu hospitalier.

Ces résultats mettent en exergue la question du déficit du personnel dans les services cliniques. Les statistiques témoignent bien que le fonctionnement de ces services dispose des effectifs très réduits. En effet, lors de cette enquête, le constat est que chaque service présente des effectifs déficitaires. Ce qui constitue une difficulté importante dans l'organisation de ces services et par voie de conséquence influence naturellement le fonctionnement de ces services. Cette analyse confirme bien nos hypothèses, lesquelles mettent en relief la solidarité et le dysfonctionnement de cette structure hospitalière qui justifient cette présence massive de ces garde-malades.

De même, ce dysfonctionnement constaté ayant une incidence négative sur l'organisation des services cliniques, met en évidence la question des ressources humaines de cette structure hospitalière qui ne répondent plus aux nombreuses attentes des malades avec pour conséquence l'impulsion d'une chaine de solidarité entre membres de famille au service du malade à travers laquelle on peut lire la cohésion sociale dans une institution sociale comme celle de la famille.

Ces résultats obtenus nous interpellent sur le rôle essentiel et la nécessité de l'organisation administrative dans une structure hospitalière. L'on convient bien que la gestion administrative est le poumon de cette structure hospitalière. Elle est donc la locomotive et détermine l'organisation des services tant sur la gestion de ses hommes. Ainsi, le choix de ces services s'explique pour cerner davantage cette problématique de garde-malade qui ne peut être bien comprise seule sur l'analyse de ces services. L'organisation de ces services demeure un atout majeur pour saisir l'enjeu de la problématique de garde-malade.

Quoi qu'il en soi, le garde-malade demeure un atout majeur dans la gestion du malade en milieu hospitalier d'une part, handicap dans le cadre de cette même gestion du malade d'autre part, il en demeure vrai que le tout converge sur une seule idée, celle de la question de l'identité du garde-malade qui reste à définir. En effet, bonne ou mauvaise soit-elle, la présence du garde-malade renvoi de facto à cette question de son identité. Ainsi, les attentes à l'égard du malade et du personnel soignant, s'apprécie en fonction de cette identité. Or, la réalité de terrain montre qu'il n'y a que des garde-malades familiaux autour des malades au niveau de cette structure de santé que des garde-malades attitrés. Ce qui justifie leur présence massive. Cependant, l'alternative à ce problème passe nécessairement à la question de l'identité. Il va de soi que la structure rimerait comme bien d'autres structures de ce niveau à la présence du garde-malade attitré qui répondrait bien aux attentes du malade et de ce personnel soignant.

Cette étude bien qu'elle comporte ses limites comme pour toute étude scientifique, elle ne clos pas le débat sur cette question de garde-malade dont leur présence au niveau de cette structure hospitalière pose des problèmes sur la prise en charge médicale des malades, cette question de garde-malade ouvre bien d'autres perspectives intéressantes à tous ceux qui voudraient l'approfondir sur certains aspects non évoqués ici.

Certes, dans nos développements le long de ce travail, le palliatif relatif à l'envahissement de cette structure hospitalière par la présence massive de ces garde-malades passe entre autre par la nécessité de la présence d'une catégorie socio professionnelle mieux adaptée aux exigences du malade. A ce titre, le garde-malade attitré est la catégorie socio professionnelle la mieux indiquée. Mais, la question qui se pose est celle de savoir comment peuvent être définis les rapports entre cette catégorie socio professionnelle jugée nécessaire dans le cadre du bon fonctionnement de cet univers hospitalier et le poids des déterminants socio culturels dans une société où les habitudes et les comportements demeurent la référentielle importante dans l'organisation de la vie sociale. Cette analyse pose en d'autres termes, le problème de l'incidence de ces déterminants socio culturels dans la pratique médicale et particulièrement dans cet univers hospitalier où la solidarité familiale, fibre identitaire de notre société ne

saurait être exclus. Aussi, la prise en compte de ces déterminants socio culturels suffisent-ils pour garantir la prise en charge globale du malade dans cet établissement de santé publique.

Ces points ci-haut évoqués peuvent servir entre autres des nouvelles pistes de réflexion pouvant enrichir davantage ce travail pour ceux des chercheurs qui s'inscrivent dans la perspective de le faire avancer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I. Ouvrages généraux

- Bado J.P., 1996. *Médecin colonial et grandes endémies en Afrique 1900-1960. Lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose,* Paris, Karthala.
- Bluebond-Langner M., 1978, *the private worlds of dying children, Guidford* ,Princeton, University Press.
- Bourdieu P, 1993, *La misère du monde*, Paris, Editions du Seuil.
- Brugèr F., 2001, *L'éthique du car,* Paris, Presses Universitaire de France.
- Freidson E., 1984, *La profession médicale,* Paris, Payot.
- Gresson G., 1995, *Le travail domestique de santé. Analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan.
- Hunt N. 1999, a *colonial lexicol of birth ritual medicalzation and morbility in the Congo,* Durham & London, Duke University Press.
- Jaffré Y. 2009a, *La réforme « sur un fil », In : Jaffré Y., Diallo Y., Vasseur P., Grenier-Torres C., eds, d'Afrique la bataille des femmes, Analyse Anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique de l'Ouest,* Paris, Faustroll Descartes, 45-95.
- Jaffré Y., Diallo Y., Vasseur P., Grenier Torres C., 2009, *la bataille des femmes, Analyse Anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétriques d'Afrique de l'Ouest,* Paris, Faustroll Descartes 95-108.
- Lapeyssonie, L. 1988, *La Médecine coloniale. Mythes et réalités,* Paris, Seghers.
- Peneff J., 1992, *L'hôpital en urgences*, Paris, Métailié.
- Adam P et Herzlich, C. 2017, *Sociologie de la maladie et de la Médecine, Paris*, Armand Colin.
- Durkheim, E. 1960, *De la division du travail,* Paris, P.U.F.
- Strauss A., 1992, *La traine de la négociation, Sociologie qualitative et interactionniste,* Paris, l'Harmattan.
- Gangloff Bernard, *2000* (sous la Direction de), *satisfactions et souffrances au travail, Editions l'Harmattan, Paris.*

- Strauss A., 1992, *La traine de la négociation, Sociologie qualitative et interactionniste,* Paris, l'Harmattan.
- Van Dormeal M., 1997, *la Médecine coloniale ou la tradition exogène de la Mécine moderne dans le tiers monde,* Antwerp. ITG Presse.
- Vaughan M., 1991, *Curingtheirills, colonial power and Africainillnes,* Cambrigde, Polity Press.

II. Ouvrages spécifiques*;*

- Arborio A.M., 2001, *un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital,* Paris, Anthropos.
- Belanger P.R. 1991, *« La gestion des Ressources Humaines dans les établissements de santé et de services sociaux : Une impasse »,* Université du Québec à Montréal – Les Presses de l'Université du Québec.
- Benner P. 1995, *De novice à expert, Excellence en soins infirmiers,* Liège, inter éditions.
- Biet A.-M., 1980, *la nuit des Infirmières. Etude sur les soins et le Service Infirmier*, Lyon, Amiec
- Blanchard M., 1992, Incident des rythmes biologiques sur le travail de nuit, Actes de colloque, L'Ergonomie à l'hôpital, Editions Octobres, Toulouse.
- Bloch O. et Von Wartburg, W. 1994, *Dictionnaire étymologique de la langue français*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Brabet J, 1993, *« Repenser la gestion des Ressources Humaines »,* Paris, Edition Economica.
- Couty E., *2009, Traité d'économie et de gestion de la santé,* Paris, Presses de Sciences-Po.
- De Horvilleur D. 2021, *Vivre avec nos morts*, Edition Rabbin, M.J.I.F, Paris (Mouvement Juif libéral de France.)
- Debrosse D., Romalet J-J., LE Taillandier V., et al. 2007, *« L'accompagnement des réformes », Les Cahiers Hospitaliers, n°233, pp. 5-14 ;*
- DemaraisG., et Martinet C., 2000, *La maitrise de la Gestion des Ressources Humaines,* Paris, Lamarre.

- Diallo Y. 2003, *Pauvreté et maladie, In : Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P., eds, Une Médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignant et soigné dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest,* Paris, Karthala (157-216).
- Dictionnaire le petit Larousse grand format, 1997 éd. Larousse.
- EstrynBehar M. 1996, Ergonomie hospitalière, Théorie et Pratique *« Horaires de travail et travail de nuit »*, De Boek, Editions ESTEM (pp.299-357).
- Fainzang S., 2006, *La relation Médecin-malades : Information et mensonge,* Paris, Presses Universitaire de France.
- Fassin D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique : Anthropologie Sociale dans les banlieues de Dakar,* Paris, Presses Universitaire de France.
- Freidson E., 1984, *La profession médicale, Paris, Payot.*
- Friedberg E., 1993, *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Editions du Seuil, Paris.
- Genelot D. 1998, *Manger dans la complexité,* Editions INSEP, Paris.
- Ghannad H. 2000, *Le manger et la PNL,* Paris, Editions, d'Organisation.
- Goffman E., 1968, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Edition de Minuit, Paris.
- Goguelin Pierre, *1989 « Le mangement psychologique des organisations », Collection, Les hommes et l'entreprise, ESF Editeur, Paris.*
- Gresson G., 1995, *«Le travail domestique de santé »*, Logique Sociales : édition L'Harmattan, Paris.
- Guillevic C. 1992, *Psychologie au travail,* Editions Nathan, Paris.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P., 2003, *Une Médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignant et soigné dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Jean mougin C. 2001, *Influence de la gestion des équipes de nuit sur la continuité des soins,* Paris, ENSP.
- Le Saget M., *1992, Le manger intuitif, Une nouvelle force,* Paris, Editions Dunod.
- Magon, R. Déchanoz G. et Lepesqueux M. 1995, *Dictionnaire des soins infirmiers*, Paris, Amis Enseignement Infirmier.

- Manuilla A., Nicole M. et Lambert H. 1972, *Dictionnaire français de médecine et de biologie*, Paris, Masson.
- Matory, B. et Crosset, D. 2016, *Gestion des Ressources Humaines*, 3ème édition, Dunod.
- Mauranges A. 2001, *Stress, Souffrance et violence en milieu hospitalier*. Manuel à l'usage des soignants, Montargis, Editions MNH.
- Petrognani A. 1994, *Sous le signe d'Hypnos, Infirmière clinicienne la nuit,* Collection Sciences Cliniques Infirmières, Paris, Editions la Méridienne.
- Phaneuf, M. 2002. *Communication, entretien, relation d'aide et validation,* Montréal, Chenelière Mc Graw-Hill.
- Phaneuf, M., *Le leadership entre humanisme et pragmatisme.*
- Quivy R.et Campenhoudt L. 1988, Manuel de Recherche en Sciences Sociales, Paris, Ed Dunod.
- St-Onge J. P.F.G.S.S, Pole D. *Gestion des Ressources Humaines, étape 3*, Mars 2002.
- Valete A., Contandriopoulos A-P., Denis J-L., et al. 2005, *l'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec,* Presse Universitaire de Montréal.
- Villate R., Gadbois C., Bourne J.-P.et Vissier L., 1993, *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital, Faire siens les outils du changement*, Paris, Inter Editions.
- Wiel G. et Levesque G., 2009, *penser et pratiquer l'accompagnement, Accompagnement et modernité*, Chronique social.

Articles

- Arborio A.M., 1995, « Quand le sale boulot fait le métier des aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Science Social et Santé, 12, 3,93-126*
- Baszanger I., 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocie », *Revue Française de Sociologie, 27, 1, 3-27.*
- Boidin B., 1996, « La prolifération des micro-unités de santé du Bénin », *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale, 36, 4, 357-382.*
- Brugne J.-F., Avril 1996, « L'Infirmière et le travail de nuit », *Revue de l'Infirmière n°07, pp. 09-13.*

- Bruneau J.P. 1982, « Des soignants au claire de lune », *Revue soins, n°1, Janvier 1982, pp. 41-45.*
- Bungener M. 1987, « Logique et statut de la production familiale de santé », *Sciences Sociales et Santé, 5, 2, 45-59.*
- Chatauret A. Renault C., Yahiel M., Décembre 1997, « Réformes hospitalières : comment maitriser les changements ? », *Gestions Hospitalières, p.808-811.*
- Clave M., Juin 1981 « La nuit, la mort », *Revue de l'Infirmière, n°11, pp.34-39.*
- Clément J. M., Février 1996, « La qualité dans les institutions sanitaires », *les cahiers hospitaliers, personnels et formation, les nouvelles, Paris, Editions, Berger, Levraut, n°110, mensuel, pp.4-7.*
- Dambreville F., Juin 1981, « Pour ouvrir un dialogue où le soleil a rendez-vous avec la lune », *Revue de l'Infirmière, n°11, pp.28-32.*
- Des Déserts S., Juin 2001, « Urgences, les blessures de la nuit », Le nouvel observateur, spécial, *« La France de nuit »*, M2228, 1911, 21-27, pp.84-86.
- Deschamps F., Vitry, Henri L. et Turpin J. C., 09 Septembre 1996, « Le travail de nuit, Une intolérance accrue au-delà de 35 ans. », *Revue du Praticien, Médecine Générale, Tome 10, n°349, pp.29-32.*
- Drevet G., Février 2000, « Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques ? », *Gestions hospitalières, pp.132-134.*
- Estryn-Behar M. et Saurel D., année 1990, « Le travail de nuit, comparaisons entre les différents horaires de travail », *CEEIEC RIP, Infirmière enseignante, pp.10-20.*
- Feiljo J., Mars 1990, « Et bailler et dormir ! », *CEEIC, RIP infirmière enseignante, pp.28-30.*
- Fortin S., 2008, "The Pediatrieclinic as negociated Social space", *Anthropology and Medecine, 15, 3, 175-178.*
- Gadbois C, année 1990, « Aides-soignantes et Infirmières de nuit, condition sociale des femmes et horaires de travail », *CEEICIC, RIP, Infirmière enseignante, pp.21-23.*
- Gally M. et, Nizou V., 1993, « Travail de nuit », *Revue Informations Sociales, n°29, pp.64-68.*

- Garang M., *1990* « Observation sur la fonction de l'Infirmier (e) de nuit en secteur hospitalier public », CEEICIC, RIP, infirmière enseignante, *pp.4-6.*
- Gilson M., 21-27 Juin 2001, « Je tiendrai jusqu'à ce que ça casse », dossier travailleuses de nuit, le nouvel observateur, Spécial *« La France de la nuit », M2228 1911, PP.76-77.*
- Gresson G., 1997 ?, « La Sociologie de la Médecine méconnait-elle la famille ? », *Sociétés Contemporaines n° 25, pp.45-65*
- Guénais M.E., 1990, « Le malade et sa famille. Une étude de cas à Brazzaville, In : Fassin D., Jaffré Y. », *eds, Société, Développement et Santé*, Paris, Ellipses/AUPELF, 257-272.
- Hamilton A. et Regnault F., 20 Décembre 1977, « Les garde-malades congréganistes. Mercenaires. Amateurs. Professionnelles », *Revue soins, tome 24, PP.45-50.*
- Hamilton A. et Regnault F., 20 Avril 1978, « Les garde-malades congréganistes. Mercenaires. Amateurs. Professionnelles », *Revue soins, tome 23, n°8, pp.21-28.*
- Hamilton A. et Regnault F., 5 Décembre 1977, « Les garde-malades congréganistes, Mercenaires Amateurs. Professionnelles », *Revue soins, tome 22, n°23, pp.43-51.*
- Imbert J., *1982,* Histoire des hôpitaux en France, « Le service de jour et de nuit », pp.448-465, *Poitiers, Editions Privat.*
- Jaffré Y., « Quand on est pauvre, c'est facile de mourir », In Jaffré Y., Diallo Y., Vasseur P., Grenier Torres C., eds, La bataille des femmes, Analyse Anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'Obstétriques d'Afrique de l'Ouest, *Paris, Faustroll Descartes, 95-108.*
- Jamin P., Février1990, « La nuit, chemin de liberté », *CEEIEC, RIP infirmière enseignante, pp.4-5.*
- Jean mougin Chantal, année 1981, « Réflexion sur le travail de nuit en Neurochirurgie », *Journal de l'Infirmière de neurochirurgie, Association Française des Infirmières et Infirmiers de Neurochirurgie, Amiens, n°31*.
- Jean Claude MBOUNGOU, Wilfrid Davy BIKINDA et Gertrude NDEKO, Décembre 2021, « Particularité des garde-malades au Service de Psychiatrie du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville », *Les Cahiers congolaise D'ANTHROPOLOGIE ET D'HISTOIRE, N°22 ISSN 0255 – 0199.*

- Jewkes R. Nueemath A. Zodumo M., 1998, "why do nurses abuse patient? Reflectionsfrom South Africanobstrie services », *Social Science &Medecine, 47, 11, 1781-1795.*
- Lahouel K.F., Mebtoul M., 2011, « le rôle du garde-malade auprès des personnes en situation de handicap au Centre Hospitalo-universitaire d'Oran (Algérie) », *Journal de réadaptation Médicale, 31, 1, 36-45.*
- Le Goff J., Mars 1990, « Ma fonction de Surveillant de nuit sur l'année 1989 », *CEEIEC, RIP, Infirmière enseignante, n°3, PP.15-16.*
- Lecornet E., Janvier-Février 2000, « Absentéisme à l'hôpital ; quelle prévention possible ? », *Revue entreprise santé, n°25.*
- Leng M.-C., et Duquesne F, Mars 1990, « Nuit et diagnostic infirmier », *CEEIEC, RIP, infirmière enseignante, PP.26-27.*
- Level C., *Mars 1990,* « Quand la nuit vient, ... », *CEEIEC, RIP, Infirmière enseignante, n°3, PP.21-24.*
- Mach Jacqueline, RAE Anne-Marie, Juin 1995, « Etude sur les conditions de travail du personnel soignant », *Revue Recherche en Soins Infirmiers, n°41, PP.4-16.*
- Malanqui Evelyne, « Dormir et se reposer », *CEEIEC, RIP, Infirmière enseignante, pp.31-33.*
- Maley Eric, Janvier 1995, « L'absentéisme, un baromètre social très sensible », *Revue Stratégie Santé, mensuel, n°67, pp.23-26.*
- Margot Phaneuf PhD., Novembre 2006, « Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance »; *La revue de l'Infirmière, n°125.*
- Masse-Dessen H. et Moreau M.-A., Avril 1999, « A propos du travail de nuit des femmes : nouvelle contribution sur l'application des directives européennes », *Revue Droit Social, n°4, pp.391-394.*
- Mattout G., Le Guelec T., et Hirsch M., *Janvier 1996,* « Les 35 heures de nuit, serpent de mer ou réalité virtuel ? gestions hospitalières », *pp.30-35.*
- Mebtoul M., 2010a, « Introduction générale, In : Mebtoul M. Cresson G *», eds, Famille et Santé, Paris, Presses de l'HESP, 11-18.*

- Mebtoul M., 2010b, « La dimension sociologique de la production de la santé en Algérie, In : Mebtoul M. Cresson G. », *eds, Famille et Santé. Paris, Presses de l'EHESP, 21-30.*
- Olivier de Sardan J.P., 2001, « La sage-femme et le douanier, cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », *Autrepart, 4, 20, 61-73.*
- Olivier de Sardan J.P., 2004, « Etat, bureaucratie et gouvernance en Afrique de l'Ouest francophone. Un diagnostic empirique, une perspective historique, Politique Africaine », *96, 4, 139-162.*
- Paillet, P., 1993, « Ces femmes qui travaillent la nuit », *Revue Information Sociales, n°29, pp.73-74.*
- Payne, M., 2000, "Teamwork in multiprofessionnel car. Chicago. Lyceum Books Inc", *2000, p.52-53.*
- Pineau, G., Février 1990, « Nuit agonistique », *CEEIEC, RIP, Infirmière enseignante,* pp.6-9.
- Reynear C., Libert Y., Jacques D., Zdanoviwiez N., 2006, « Autour du corps souffrant : relation – Médecin – Patient – Entourage, trio infernal ou constructif ? », *Cahiers Critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 36, 103-123.*
- Roussillon B., 1993, « Pourquoi, la mort la nuit ? », *Revue Informations Sociales, n°29, pp.46-49.*
- Saillan F., 1999, « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », *Anthropologie et Sociétés, 23, 2, 15-39.*
- Saint-Charles D.et Martin J.C., 2001, « De la perspective d' « aidant-naturel » à celle de « proche-soignant » : Un passage nécessaire », *Saint-Mentale au Québec, 26,2, 227, 244.*
- Schnitzler M., 2014, « le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain », *Science sociale de la santé N°1 pp.39-64.*
- Schuler et Jackson, Juin 2005, « Rôle et responsabilité des professionnels de la G.R.H », *2000 (module GRH) INAS.*
- Strohl, H., Bastianelli, J.P., Laurend, et Planes-Raisnauer C., Juillet 2007, tous membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (I.G.A.S), 2007, « Gestion et Utilisation

des Ressources Humaines dans les six (06) Etablissements de Santé Spécialisés en Psychiatrie (G.U.R.H.E.S.S.P) », *n°2007, Juillet 2007 –003P*,

- Tanguy L., Février-Mars 1992, « Les usages sociaux de la notion de compétence », *Revue Sciences Humaines, hors-série n°12, pp.62-65.*
- Tantchou J., 2013, « « Dire » la maladie du malade : à propos d'un Service de Médecine interne au Cameroun (note de recherche) », *Anthropologie et Sociétés, 37, 3*
- Vezier Elisabeth, Chalin Colette, Juin 1981 « Actes infirmiers de nuit, actes infirmiers de jour », *Revue de l'Infirmière, n°11, PP.17-20.*
- Villermay D. de, Juin 1981 « C'est la nuit qui nous choisit », *Revue de l'Infirmière, n°11, pp.21-25.*
- Walker L., Lucy G., 2004, "We are bitter but we are satisfeed : nurses as street-levelbureaucrats in South African", *Social Science &Medecine, 59, 6, 1251-1261.*

RAPPORTS, COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES ET DIVERS

- Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé – Manuel d'accréditation des Etablissements de Santé – 1999.
- Calmes G. et Lefranc L., *Octobre 2000, « Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000 », Gestions Hospitalières, p.584-589.*
- Cauvin C., Cremadez M., Dumond J-P et al. Septembre 2002, *« Gestionnaires et Professionnels de Santé à l'épreuve des restructurations hospitalières », CCIP, /HEC jouy en-josas.*
- Charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire n°95-22 du 06 Mai 1995 ;
- Circulaire DGS/DH n°2000 – 406 du 17 Juillet 2000, relative à l'exercice des étudiants en Médecine en qualité d'aide-soignant ou d'Infirmier.
- Circulaire DGS/DH n°2000 – 406 du 17 Juillet 2000, relative à l'exercice des étudiants en Médecine en qualité d'aide-soignant ou d'Infirmier.
- Circulaire DH/FH M N°91-68 du 23 Décembre 1991, relative à l'application des protocoles N°I (et II) du 15 Novembre 1991.
- Circulaire DH/FH M N°91-68 du 23 Décembre 1991, relative à l'application des protocoles N°I (et II) du 15 Novembre 1991.

- Circulaire n°161 DHOS/0/2004 du 29 Mars 2004 relative à l'organisation des soins en Cancérologie Pédiatrique.
- Circulaire n°83 – 24 du 1er Aout 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.
- Circulaire n°91-34 du 14 Mai 1991 relative au guide d'organisation des services hospitaliers d'accueil des Urgences.
- Circulaire n°DH/E03/98/688 du 23 Novembre 1988 relative au régime de visite des enfants hospitalisé en Pédiatrie.
- De Brouwere, Vincent et *al. « Développement des Ressources Humaines pour la Santé », CIPS 2000-2001*.
- Décret n°2001-28 du 10 Janvier 2001 modifiant le Décret 08 Octobre 1970, relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en Médecine.
- Décret n°870 du 06 Octobre 1982 (BOSP 82/41) fixant la durée du travail.
- Décret n°93-221 du 16 Février 1993, relatif aux règles professionnelles des Infirmiers et Infirmières.
- Décret n°93-345 du 16 Mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'Infirmière.
- Décret n°94-904 du 18 Octobre 1994 portant statut particulier des Infirmiers Généraux de la Fonction Publique Hospitalière.
- Décret n°95-926 du 18 aout 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé ;
- Diakité T. Menoret M. et Kariaburu D., O9 Juin 2016, dans les travaux Focus de I'HLD de Yaoundé (Cameroun) : *« Rôle de garde-malade »*.
- Djedossoum N., cadre supérieur de la santé et consultant national sur les travaux du *« Plan Stratégique du Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad (P.S.D.R.H.S.T) »*, BAKARA (Tchad), Mars 2010.
- Failon J., 2012, *Privatmedicalpraetice in Benin: dynamics of a growingsector, 4th EuropeanConference on AfricaStudies, Uppsala.*
- Fortin S., 2008, *the Pediatrie clinic as negociated social space, Anthropology and Medecine, 15, 13, 175-178.*
- Friard D., *« L'isolement la nuit », colloque ERAP : Le service de nuit dans tous les établissements,* SerpsyyahoSerpsy.Org, Mai 1998.
- L'hebdomadaire *« REHORO »* du Burundi sur *« le rôle du garde-malade »*.

- Loi du 09 Juin 1999, instituant le *« congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie.»*
- Loi du 31 Juillet 1991, dont l'article 22-III modifie l'article 7 de l'ordonnance du 26 Mars 1982, en introduisant la notion de Dimanche, de jours fériés et de travail nocturne et en permettant le recours à des horaires variables.
- Loi Fillon du 21 Aout 2003, transformant ce congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie en *« congé de solidarité familial »* en élargissant le champ des bénéficiaires et les conditions d'obtention.
- Mahaman en collaboration avec Abdoutan Harouna, Rapport final sur le *« Comportement des agents de santé au Niger cas de la région de Dosso »* avec l'appui financier de la coopération Suisse au Niger, Agence Française de Développement (A.F.D), Projet MEDEN (Modernisation de l'Etat et Décentralisation au Niger), *Juillet 2015.*
- Mballa Elanga E. 2011, *Les profanes « professionnels » de santé : le garde-malade au cœur de l'organisation du système de santé au Cameroun.* Actes du colloque GERMES-SHS : La santé quel travail, les 25 et 26 mars 2011.
- Noirhomme M., 2003, *Rapport de mission Contact Hors Limite (C.H.L). Anvers (Belgique) :* Institut de Médecine Tropical d'Anvers (I.M.T.A.)
- Observation de Sécurité de la Commune de Ouagadougou (O.S.C.O), *« Rapport 2013 sur la situation des accidents de la circulation routière dans la commune de Ouagadougou »,* Burkina Faso ; O.S.C.O ; 2013.
- Ordonnance n°272 du 26 Mars 1982 dont l'article 1er fixe la durée légale du travail effectif à 39 heures par semaine.
- Ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Protocole du 15 Novembre 1991, entre le Ministre chargé de la Santé Publique et les organisations syndicales, qui prévoient la diminution de la durée de travail de nuit de 39 à 35 heures par semaine, au plus tard le 31 Décembre 1993.
- Toupta B., Ministère de la Santé Publique (M.S.P) – République du Tchad (R.T), Avant-propos, *« Pan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la*

Santé au Tchad », document élaboré par Monsieur DJEDOSSOUM NAOUDANGARD, cadre supérieur de la santé et consultant national, Mars 2010.

- Travaux de la 52ème Session du Comité Régional tenus en 2002 sur *« La mise en place de la Stratégie Régionale de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (S.R.D.R.H.S.) »*
- Travaux sur *« le Développement Coordonné et Harmonieux (D.C.H) des (R.H.S) sous la direction des Etats Membres de la Région Africaine (E.M.R.A) de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) »*, 48ème Session du Comité Régional (C.R) tenue en 1998.

Mémoires et thèses

- Abous A., Juillet 2006 *« Projet d'amélioration de la Gestion des Ressources Humaines au Centre Hospitalier Provincial de TETOUAN (C.H.P.T) »*, Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Maitrise en Administration Sanitaire et Santé Publique (A.S.S.P) ; Option : Administration Sanitaire (A.S) ; Maroc – Ministère de la Santé (M.S) – Institut National d'Administration Sanitaire (I.N.A.S).
- Ballouz, N., 2005, *« Parcours des soins du patient hospitalisé et implication de l'entourage familial : Quelle contribution pour la Direction des Soins ? »*, Mémoire de l'Ecole National de la Santé Publique (E.N.S.P) Renne (France).
- Baty, *Novembre* 2011, *« Accompagner les restructurations à l'hôpital : un défi pour le D.R.H de demain. L'exemple du Centre Hospitalier Henri Guérin de Pierrefeu-du-var »*, *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique1*.
- Bekolo Engoundou B. D., 2007, *« La relation thérapeutique dans les interférences entre la Biomédecine et la tradipratique. Une lecture anthropologique à l'hôpital Laquintinie et à l'africain clinic de Douala (Cameroun) »*, Mémoire de D.E.A.
- Jean mougin C., *2001, Influence de la gestion des équipes de nuit sur la continuité des soins infirmiers, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Renne (France)*.
- Lagacé C., 2007, *Femme et Politique au Bénin, un défi à relever.* Mémoire de Maitrise en Sciences Politiques, Université de Laval, Québec.

- Mboungou, J.C. 2017, *« Problématique de garde-malade au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville »*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Master Recherche, Université Marien Ngouabi de Brazzaville Congo.
- Ovourossoumba P., 2015-2016, *« Rôle de garde-malade au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) : cas du Service des maladies Infectieuses (S.M.I) ; Problèmes et perspectives »*, Rapport de Soutenance en vue de l'obtention du diplôme d'Assistant Social, Ecole Paramédicale Jean Joseph Loukabou, C.H.U de Brazzaville (Congo).
- Tiendrebeogo L.J., 2001, *« Etude de la structure et du fonctionnement du Service des Urgences Chirurgicales du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (C.H.N.Y.O) »*, Thèse de Doctorat pour obtenir le grade de Docteur en Médecine, Burkina Faso ; Université de Ouagadougou.

WEBOGRAPHIE

- Archives SPARADRAP : Association de type loi 1901. Elle œuvre pour aider les familles et les professionnels quand un enfant est malade ou hospitalisé. Site Internet : www 3paradrap.org.
- Archives U.N.A.F.A.M : Union National des Amis et Familles des Malades Psychiques. Cette structure à caractère social accompagne les familles dont les proches, amis, ... souffrent des troubles psychiques. www. Unafam. Org.
- Similes, Association des familles et amis des personnes atteintes des troubles psychiques, Guide pratique à l'usage de soignant, *« les familles comme partenaires de soins en santé mentale. »*www.wallonie.Org.
- Margerison et McCann. *Profils de gestion d'équipe* : http://www.12manage.Com/methodsmargerison_team management profile fr.html.
- E. GOTMAN, Les éditions de Minuit, URC www.leséditionsdeminuit.fr.
- Hours B., 1999, *Vingt ans de développement de l'Anthropologie médicale en France, Socio-Anthropologie, 5 ; http/Socio-Anthropologie. Revues. Org /index 50 html.*
- Yaya H.S., 2005, *Origines et développement des partenaires privés-publics dans les pays développés : principes, enjeux et défis institutionnels, la revue de rénovation dans*

le secteur public, 10, 3 : http/innovation cc/français/hachimi_sami_yaya2final_origine1v1013a5. Pdf Zaman S., 2004, *Poverty and violence, frustration and inventiveness. Hopitalward life in Bangladesh,* Social Science &Medicine, 59, 2005-2036.

TABLE DES MATIERES

IN MEMORIAM ..... **i**

REMERCIEMENTS ..... **ii**

SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS ..... **iii**

LISTE DES FIGURES ..... **xv**

LISTE DES TABLEAUX ..... **xvi**

SOMMAIRE ..... **xxvi**

INTRODUCTION **1**

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE **11**

2. POINT DES TRAVAUX OU REVUE DE LA LITTERATURE **12**

3. PROBLEMATIQUE **24**

4. QUESTION DE RECHERCHE **25**

4.1. Question centrale **25**

4.2. Questions secondaires **25**

5. HYPOTHESES DE RECHERCHE **25**

5.1. Hypothèse centrale de recherche **26**

5.2. Hypothèses secondaires **26**

6. OBJECTIFS DE L'ETUDE **26**

6.1. Objectif général de l'étude **27**

6.2. Objectifs spécifiques de l'étude **27**

7. INTERET DE L'ETUDE **28**

7.1. Intérêt scientifique **28**

7.2. Intérêt social **29**

7.3. Intérêt personnel **29**

8. PLAN DU TRAVAIL **29**

PREMIERE PARTIE : CONSIDERATIONS GENERALES **31**

INTRODUCTION PARTIELLE PREMIERE PARTIE **32**

CHAPITRE I : CHAMP CONCEPTUEL ET THEORIES DE REFERENCE **32**

I.1. Définition des concepts fondamentaux **35**

I.1.1. Garde-malade **35**

I.1.1.1. Garde-malade familial 39
I.1.1.2. Garde-malade attitré 44
I.1.2. Prise en charge du malade 46
I.1.2.1. Prise en charge médicale 47
I.1.2.2. Prise en charge globale 49
I.1.3. Gestion 51
I.1.3.1. Gestion des Ressources Humaines (G.R.H) 52
I.1.3.2. Gestion des Ressources Humaines dans le contexte hospitalier 58
I.2. THEORIES DE REFERENCES 59
I.2.1. La théorie de l'interactionnisme symbolique mise au point par les adeptes de l'école de Chicago 60
I.2.2. La théorie de la solidarité mécanique développée par Emile Durkheim dans *« la division du travail, livre I* 61
I.2.3. La théorie du culturalisme 65
I.2.4. La théorie de l'administration développée par Henri Fayol 72
CHAPITRE II : CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 81
II.1. Délimitation temporaire de l'étude ……..... 83
II.2. Champ d'investigation de l'étude 83
II.3. Matériel de travail utilisé dans le cadre de cette étude 84
II.4. Déroulement de l'enquête de terrain..... 84
II.4.1. Première phase : les services administratifs du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville 85
II.4.2. Deuxième phase : les services cliniques du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville 86
II.5. Organisation de la recherche 86
II.5.1. L'observation participante comme méthode de collecte des données 87
II.5.2. Le questionnaire comme méthode de collecte des données 88
II.5.3. La recherche documentaire comme méthode de récolte des données 89
II.5.4. L'entretien comme technique de collecte des données 90
II.5.5. Grille d'observation 90
II.5.6. Focus group ……90

II.6. Echantillon ……..... 92
II.6.1. Garde-malade 92
II.6.1.1. Service des Urgences 92
II.6.1.2. Service de Pédiatrie Nourrisson 101
II.6.1.3. Service de Psychiatrie 104
II.6.2. Les malades 108
II.6.2.1. Service des Urgences 108
II.6.2.2. Service de Pédiatrie Nourrisson 117
II.6.2.3. Service de Psychiatrie 119
II.6.3. Personnel Soignant 122
II.6.3.1. Service des Urgences 122
II.6.3.2. Service de Pédiatrie Nourrisson 130
II.6.3.3. Service de Psychiatrie 133
CONCLUSION PARTIELLE PREMIERE PARTIE ……137
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE 139
INTRODUCTION PARTIELLE DEUXIEME PARTIE ……...140
CHAPITRE III : LES SERVICES CLINIQUES DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE (C.H.U-B) 142
III.1. Présentation du Service des Urgences 143
III.1.1. Unité d'accueil (U.A).....145
III.1.2. Unité des Urgences médicales (U.M.M).....147
III.1.3. Unité des Urgences chirurgicales (U.U.C) 148
III.1.4. Unité des Urgences de Déchoquage (U.U.D) 150
III.1.4.1. Capacité logistique ……. 150
III.2. Présentation du Service de Pédiatrie Nourrisson 156
III.2.1. Présentation descriptive du Service de Pédiatrie Nourrisson et l'organisation de ses activités 156
III.2.1.1. Capacité logistique du Service ……...158
III.2.1.2. Etat de besoin en alimentation …….. 158
III.2.2. L'organisation du personnel évoluant au Service de Pédiatrie Nourrisson 158

III.3. Présentation du Service de Psychiatrie (S.P) 161
III.3.1. Situation géographique et historique du Service de Psychiatrie 161
III.3.2. Missions du Service de Psychiatrie 163
III.3.3. Activité du Service de Psychiatrie 163
III.4. Présentation du Service Pharmacie et fonctionnement de ses différents services et sections 166
III.4.1. Section Réception et Stockage (S.R.S) …… 166
III.4.2. Section Dispensation Payante (S.D.P) ……. 166
III.4.3.Section Dispensation Non Payante (S.D.N.P) …….. 166
III.4.3.1. Section Stérilisation (S.S) …….. 167
III.4.3.2. Présentation physique de la section …….. 167
III.4.3.3. Section Comptabilité (S.C) …… 167
III.4.4. Missions assignées au Service Pharmacie 167
III.4.5. Produits pharmaceutiques 168
III.4.6. Activités menées au niveau du Service Pharmacie 168
III.4.6.1. Approvisionnement et stockage …….168
III.4.7. Production des médicaments ……... 169
III.4.8. Section Gestion des Films de Radiologie (S.G.F.R) ……170
III.4.9. Gestion du médicament …….170
III.4.10. Objet de la gestion du médicament ……..... 171
CHAPITRE IV : L'ETUDE ADMINISTRATIF DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE (C.H.U-B) 173
IV.1. Présentation structurale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) 173
IV.1. Présentation structurale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) …….173
IV.2. De la disposition architecturale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) 175
IV.3. De l'historique du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) 176

IV.3.1. De la gestion de cette structure hospitalière sous le régime de l'Hôpital Général de Brazzaville (H.G.B) 177
IV.3.2. De la gestion de cette structure hospitalière sous le régime du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) 178
IV.4. De l'organisation administrative du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) 179
IV.4.1. De l'organigramme du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B) 180
IV.4.2. De la présentation de la Direction des Ressources Humaines (D.R.H) 180
IV.4.2.1. Le Service de Gestion Administrative du Personnel (S.G.A.P) 180
IV.4.2.1.1. Section Administrative du Personnel Contractuel (S.A.P.C) …….. 181
IV.4.2.1.2. Section Administrative du Personnel Professionnel (S.A.P.P) …… 182
IV.4.2.1.3. Section Maitrise des Effectifs (S.M.E) …….. 183
IV.4.2.1.4. Section Fichier (S.F) …… 184
IV.4.2.2. Le Service Solde (S.S) 186
IV.4.2.2.1. Section Solde (S.S) …….. 187
IV.4.2.2.2. Section Informatique (S.I) …….. 187
IV.4.2.2.3. Section Réclamation (S.R) …….. 188
IV.4.2.2.4. Section Budget et Suivi des Opérations (S.B.S.O) …… 189
IV.4.2.3. Le Service Juridique (S.J) 189
IV.4.2.3.1. Section des Affaires Contentieuses (S.A.C) ……190
IV.4.2.3.2. Section Réglementation (S.R) …….191
IV.4.2.4. Le Service des Archives et Documentations (S.A.D) 191
IV.4.2.4.1. Section Archives Médicales (S.A.M) …….. 191
IV.4.2.4.2. Section Archives Administratives (S.A.A) …… 191
IV.4.2.5. Service Social (S.S) 193
IV.4.2.5.1. Section Sociale Gestion des Malades (S.S.G.M) ……..... 193
IV.4.2.5.2. Section Gestion du Personnel et Famille (S.G.P.F) …….. 194
IV.4.3. Direction des Affaires Médicales (D.A.M) 194
IV.4.3.1. Service Information Sanitaire et Documentation Scientifique (S.I.S.D.S) 199
IV.4.3.1.1. Section Information Sanitaire (S.I.S) …….199

IV.4.3.1.2. Section Documentation Scientifique (S.D.S) ……. 199
IV.4.3.2. Service Equipement et Recherche (S.E.R) 200
IV.4.3.2.1. Section Recherche (S.R) ……. 201
IV.4.3.2.2. Section Equipement (S.E) ……... 202
IV.4.3.3. Service Prestations Sanitaires et Formation (S.P.S.F) 292
IV.4.3.3.1. Section Prestation Sanitaire (S.P.S) ……203
IV.4.3.3.2. Section Formation (S.F) …….. 204
IV.4.4. Direction Economique et Financière (D.E.F) 204
IV.4.4.1. Service admission et Recette (S.A.R) 205
IV.4.4.2. Service Budget (S.B) 205
IV.4.4.3. Service Comptabilité et Ordonnancement (S.C.O) 205
IV.4.4.4. Service Comptabilité analytique (S.C.A) 205
IV.4.4.5. Service Matériel (S.M) 205
IV.4.5. Direction des Soins Infirmiers (D.S.I) 206
IV.4.5.1. Secrétariat Direction des Soins Infirmiers (S.D.S.I) ……207
IV.4.5.2. Service Suivi et Evaluation (S.S.E) 208
IV.4.5.3.1. Section Coordination des Soins (S.C.S) ……. 209
IV.4.5.3.2. Section Gestion des Malades (S.G.M) ……..... 209
IV.4.5.3.3. Section Gestion du Personnel Paramédical (S.G.P.P) ……. 210
IV.4.5.2. Service Formation (S.F) 211
IV.4.5.2.1. Section Gestion des Stagiaires (S.G.S) …….. 211
IV.4.5.2.2. Section Etude et Planification (S.E.P) ……... 212
IV.4.5.3. Service de Salubrité et Sécurité Sanitaire (S.S.S.S) 212
IV.4.5.3.1. Section Salubrité (S.S) …… 212
IV.4.5.3.2. Section Sécurité Sanitaire (S.S.S) …….....213
IV.4.6. Direction du Contrôle de Gestion (D.C.G) 213
IV.4.6.1. Service Contrôle de Gestion (S.C.G) 213
IV.4.6.2. Service Audit Interne (S.A.I) …… 213
IV.4.6.3. Service Etudes Statistiques et Planifications (S.E.S.P) 214
IV.5. Du fonctionnement de la structure hospitalière du C.H.U-B 214
IV.5.1. Le Conseil d'Etablissement (C.E) …… 216

IV.5.2. Commission Médicotechnique (C.M) …….. 216
IV.5.3. Commission Paritaire d'Avancement (C.P.A) …… 216
CONCLUSION PARTIELLE DEUXIEME PARTIE ……218
TROISIEME PARTIE : CADRE OPERATOIRE DE L'ETUDE 221
INTRODUCTION PARTIELLE TROISIEME PARTIE ……..222
CHAPITRE V : LE PHENOMENE GARDE-MALADE AU C.H.U-B 224
V.1. Facteurs générateurs du phénomène de garde-malade au C.H.U-B 224
V.1.1. Faiblesse de la gestion des services sous tutelle de la structure hospitalière du C.H.U-B 224
V.1.2. Poids de la culture bantoue 231
V.2. EFFETS RESULTANT DE LA PRESENCE DE GARDE-MALADE EN MILIEU HOSPITALIER 241
V.2.1. Positivité de la présence de garde-malade au C.H.U-B 241
V.2.2. Négativité de la présence de garde-malade au C.H.U-B 243
V.3. SUGGETIONS SUR LA RESOLUTION DU PHENOMENE DE GARDE-MALADE AU NIVEAU DE LA STRUCTURE HOSPITALIERE DU C.H.U-B 244
CHAPITRE VI : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE 247
VI.1. Service des Urgences (S.U) 247
VI.1.1. Garde-malades de l'Unité des Urgences Médicales 247
VI.1.1.1. Unité des Urgences Médicales du Service des Urgences ……..247
VI.1.2. Les malades de l'Unité des Urgences Médicales - Service des Urgences - CHU-B 250
VI.1.3. Personnel soignant de l'Unité des Urgences Médicales- Service des Urgences-C.H.U.-B 256
VI.1.4. Garde-malades de l'Unité des Urgences Chirurgicales Service des Urgences du C.H.U-B 261
VI.1.5. Malades de l'Unité des Urgences Chirurgicales-Service des Urgences C.H.U-B 267
VI.1.6. Personnel soignant de l'Unité des Urgences Chirurgicales-Service des Urgences du C.H.U-B 270

VI.1.7. Unité des Urgences de Déchoquage – Service des Urgences du C.H.U-B ……...280
VI.I.7.1. Garde-malades de l'Unité des Urgences de Déchoquage- Service des Urgences du C.H.U-B 281
VI.1.8. Malades de l'Unité des Urgences de Déchoquage - Service des Urgences du C.H.U-B 284
VI.I.9. Personnel soignant de l'Unité des Urgence de Déchoquage - Service des Urgences du C.H.U-B 289
VI.2. Service de Pédiatrie Nourrisson (S.P.N) du C.H.U-B.....296
VI.2.1. Garde-malades du Service de Pédiatrie Nourrisson du C.H.U.-B 296
VI.2.2. Malades du Service de Pédiatrie Nourrisson du C.H.U-B 303
VI.2.3. Personnel soignant du Service Pédiatrie Nourrisson du C.H.U-B 308
VI.3. Le Service de Psychiatrie du C.H.U-B.....316
VI.3.1. Garde-malades du Service de Psychiatrie du C.H.U-B 376
VI.3.2. Malades du Service de Psychiatrie du C.H.U-B 321
VI.3.3. Personnel soignant du Service de Psychiatrie du C.H.U-B 327
CONCLUSION PARTIELLE TROISIEME PARTIE ……...336
CONCLUSION GENERALE ……338
BIBLIOGRAPHIE 352
TABLE DES MATIERES.....366
ANNEXES 374

ANNEXES

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE

DIRECTION GENERALE
DIRECTION DU CONTRÔLE DE GESTION
SERVICE ETUDES STATISTIQUES ET PLANIFICATION

RAPPORT STATISTIQUES DE L'ACTIVITE DU SERVICE

SERVICE DE : PSYCHIATRIE ***MOIS DE SEPTEMBRE 2019***

INFORMATIONS SUR LE PERSONNEL DU SERVICE	Absence									Présence		Total
	Sans autorisation		Congé Administratif		Congé Maladie		Congé Maternité	Formation				
	H	F	H	F	H	F	F	H	F	H	F	
Personnel Médical	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3
Personnel Paramédical	-	-	-	-	-	-	-	1	-	8	8	17
Personnel Administratif	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	3	9
Personnel de Service Hospitalier	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	5	7
TOTAL	-	-	-	-	-	1	-	2	-	16	17	36

ADMISSIONS		SORTIES	
Désignation	Nombre	Désignation	Nombre
Report du mois précédent	20	Nombre de décès	00
		Evasions	11
1 - Urgences médicales	47	Evacués	00
2 - Référés en entrée	-	Référés en sortie	00
3 - Transférés en entrée	-	Transférés en sortie	02
4 - Evacués	-	Sorties contre avis médical	02
		Sorties normales	34
Total des Admissions	67	Total des Sorties	49
Malades restants (Report pour le mois suivant)			18

Indicateurs Hospitaliers	Rappel de la formule		Résultat
Nombre de lits	Nombre de lits disponibles du service		33
Journées d'hospitalisation (JH)	Nombre de jours passés dans le service d'hospitalisation		639
Durée moyenne de séjour (DMS)	Journées d'hospitalisation de la période / Admissions	JH / Admission	9
Taux d'occupation (TO)	Journées d'hospitalisation de la période / Nombre de jours de la période x nombre de lits x 100%	JH x 100 / JM x NL	64,54
Taux de mortalité (TM)	Nombre de décès de la période / Admissions de la période x 100%		00

'isa du Surveillant (Major) Signature et Cachet du Chef de Service Fait au service, le 8/1/2020

Morbidité et mortalité du service de psychiatrie
Mois de SEPTEMBRE 2019

N°	1ère PATHOLOGIE	2ème PATHOLOGIE	0 - 9 ans				10 - 19 ans				20 - 29 ans				30 - 39 ans				40 et plus				Total			
			Cas		Décès		Cas		Décès		Cas		Décès		Cas		Décès		Cas		Décès		Cas		Décès	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1	Bouffée délirante aigue							2			12	3			3	6			5	2			20	13	0	0
2	Bouffée délirante aigue	Cannabisme									1				1				2				4	0	0	0
3	Cure de désintoxication						1								1								2	0	0	0
4	Manie délirante						1								1	1			1	2			3	3	0	0
5	Etat d'agitation										1								1				2	0	0	0
6	AVC	Syndrome dépressif																		1			0	1	0	0
7	Retard mental	Epilepsie									1												1	0	0	0
8	Trouble de la personnalité épileptique associé à une déficience intellectuelle						1								1								2	0	0	0
9	Dyspnée																		1				1	0	0	0
10	Intoxication éthylique aigue										1												1	0	0	0
11	Psychose hallucinatoire chronique															1				2			0	3	0	0
12	Epilepsie														1				·				1	0	0	0
13	Schizophrénie														2	1							2	1	0	0
14	Trouble bipolaire de type 2														1								1	0	0	0
15	Trouble bipolaire de type 1										3				1	1				1			4	2	0	0
Total			0	0	0	0	3	2	0	0	19	3	0	0	12	10	0	0	10	8	0	0	44	23	0	0

Le Chef de service

Brazzaville, le 8/1/2020

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE

DIRECTION GENERALE
DIRECTION DU CONTRÔLE DE GESTION
SERVICE ETUDES STATISTIQUES ET PLANIFICATION

RAPPORT STATISTIQUES DE L'ACTIVITE DU SERVICE

SERVICE DE : PSYCHIATRIE ***MOIS D'OCTOBRE 2019***

INFORMATIONS SUR LE PERSONNEL DU SERVICE	Absence									Présence		Total
	Sans autorisation		Congé Administratif		Congé Maladie		Congé Maternité	Formation				
	H	F	H	F	H	F	F	H	F	H	F	
Personnel Médical	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3
Personnel Paramédical	-	-	-	1	-	1	-	1	-	8	7	18
Personnel Administratif	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	3	9
Personnel de Service Hospitalier	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	6
TOTAL	-	-	-	1	-	1	-	1	1	16	16	36

ADMISSIONS		SORTIES	
Désignation	Nombre	Désignation	Nombre
Report du mois précédent	18	Nombre de décès	00
		Evasions	05
1 - Urgences médicales	50	Evacués	00
2 - Référés en entrée	-	Référés en sortie	00
3 - Transférés en entrée	-	Transférés en sortie	00
4 - Evacués	-	Sorties contre avis médical	08
		Sorties normales	35
Total des Admissions	68	Total des Sorties	48
Malades restants (Report pour le mois suivant)			20

Indicateurs Hospitaliers	Rappel de la formule		Résultat
Nombre de lits	Nombre de lits disponibles du service		33
Journées d'hospitalisation (JH)	Nombre de jours passés dans le service d'hospitalisation		621
Durée moyenne de séjour (DMS)	Journées d'hospitalisation de la période / Admissions	JH / Admission	9
Taux d'occupation (TO)	Journées d'hospitalisation de la période / Nombre de jours de la période x nombre de lits x 100%	JH x 100 / JM x NL	60,70 %
Taux de mortalité (TM)	Nombre de décès de la période / Admissions de la période x 100%		00

Visa du Surveillant (Major) Signature et Cachet du Chef de Service Fait au service, le 08/1/2020

Morbidité et mortalité du service de psychiatrie
Mois d'OCTOBRE 2019

N°	1ère PATHOLOGIE	2ème PATHOLOGIE	0 - 9 ans				10 - 19 ans				20 - 29 ans				30 - 39 ans				40 et plus				Total			
			Cas		Décès		Cas		Décès		Cas		Décès		Cas		Décès		Cas		Décès		Cas		Décès	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1	Bouffée délirante aigue						1				13	3			8	4			3	2			25	9	0	0
2	Bouffée délirante aigue	Cannabisme									1								3				4	0	0	0
3	Etat d'agitation										2	1											2	1	0	0
4	Retard mental	Epilepsie									1												1	0	0	0
5	Etat d'agitation										1												1	0	0	0
6	Inttoxication liée à la consommation des substances psycho-actives										2				1								3	0	0	0
7	Intoxication éthylique aigue										1												1	0	0	0
8	Manie délirante														2	1				1			2	2	0	0
9	Psychose ictale														1											
10	Psychose hallucinatoire chronique															1				1			0	2	0	0
11	Schizophrénie							1			3				2	3			1	1			6	5	0	0
12	Trouble bipolaire de type 1										1				1					2			2	2	0	0
Total			0	0	0	0	1	1	0	0	25	4	0	0	15	9	0	0	7	7	0	0	47	21	0	0

Le Chef de service

Brazzaville, le 8/1/2020

SGAP M.J.I.B 27.09.2019

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE

DIRECTION GENERALE

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

SERVICE GESTION ADMINISTRATIVE DU PERSONNEL

N° L 1 9 2 /MSP/CHUB-DG/DRH/SGAP/S.03

REPUBLIQUE DU CONGO
Unité* Travail* Progrès

NOTE DE SERVICE

Monsieur **MBOUNGOU Jean Claude,** Etudiant en thèse de doctorat unique de Sociologie à l'Université Marien NGOUABI, est autorisé à effectuer des recherches de six (06) mois du 7 octobre 2019 au 7 avril 2020, sous le thème «**Problématique de garde-malade et gestion des ressources humaines au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville**» dans les services cliniques (Urgences, Pédiatrie Nourrissons, Psychiatrie) et administratifs (Direction des Ressources Humaines, Direction des Affaires Médicales, Direction des Soins Infirmiers) du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

La présente note de service prend effet à compter de la date de début du stage de l'intéressé.

Fait à Brazzaville, le 07 OCT 2019
Le Directeur Général,

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE
Le Directeur Général

Sylvain VILLIARD

AMPLIATIONS :

DG	1
DRH/DAM/DSI	3
SGAP	1
INT/SCES	7
SECT. FORM.	1
DOS. FICH.	1/14

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL
DU GOUVERNEMENT

REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
Travail – Démocratie – Paix

LOI N° 006/87 du 7/2/87
Portant création d'un Centre
Hospitalier Universitaire
(C.H.U.)

L'ASSEMBLEE NATIONALE POPULAIRE A DELIBERE ET ADOPTE :

LE PRESIDENT DU COMITE CENTRAL DU PARTI CONGOLAIS DU TRAVAIL
PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, CHEF DU GOUVERNEMENT.

promulgue la loi dont la teneur suit :

ARTICLE 1er .- Il est créé à Brazzaville une institution publique Hospitalière dénommée Centre Hospitalier Universitaire- dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

ARTICLE 2 .- Le Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.) a pour objet :

- la prestation des soins
- la formation pratique des élèves et étudiants des Ecoles Médicales et para-médicales par le biais des stages dans le cadre d'une convention signée avec l'Université.
- la recherche bio-médicale

ARTICLE 3 .- Les ressources du Centre Hospitalier Universitaire sont constituées par :

- une subvention annuelle de l'Etat
- les ressources propres
- les dons et legs

ARTICLE 4 .- Des décrets pris en Conseil des Ministres détermineront les modalités d'organisation et de fonctionnement du Centre Hospitalier ainsi que les statuts de son personnel.

ARTICLE 5 .- La présente loi, qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, notamment le décret n° 59/166 du 20 août 1959, sera enregistrée, publiée au Journal Officiel de la République Populaire du Congo et exécutée comme loi de l'Etat./-

Fait à Brazzaville, le 7 FEVRIER 1987

Colonel Denis SASSOU-NGUESSO .-

SGAP C.C.N 09.04.2020

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION,
DE LA PROMOTION DE LA FEMME ET DE L'INTEGRATION
DE LA FEMME AU DEVELOPPEMENT

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE

DIRECTION GENERALE

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

SERVICE GESTION ADMINISTRATIVE DU PERSONNEL

N° 081/MSPPFIFD/CHUB-DG/DRH/SGAP/S.03

REPUBLIQUE DU CONGO
Unité* Travail* Progrès

ATTESTATION DE FIN DE STAGE

Le Directeur des Ressources Humaines du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville soussigné, atteste que monsieur **MBOUNGOU Jean Claude,** Etudiant en thèse de Doctorat Unique de Sociologie, à l'Université Marien NGOUABI, a effectué des recherches de six (06) mois, du 07 octobre 2019 au 07 avril 2020, dans les services cliniques (Urgences, Pédiatrie Nourrissons, Psychiatrie) et administratifs (Direction des Ressources Humaines, Direction des Affaires Médicales, Direction des Soins Infirmiers) du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

En foi de quoi, la présente attestation est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville
Le Directeur
Direction des Ressources Humaines

Fait à Brazzaville, le 15 AVR 2020

Emery Blanchard MBOSSA

AMPLIATIONS :

DG	1
DRH	1
SGAP	1
INT	1
SECT. FORM.	1
DOS. FICH.	1/06

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATIONDE
LA PROMOTION DE LA FEMME ET DE
L'INTEGRATION DE LA FEMME AU
DEVOLOPPEMENT

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE BRAZZAVILLE

DIRECTION GENERALE

DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

REPUBLIQUE DU CONGO
*Unité * Travail * Progrès*

FICHE DE LIAISON

Origine : SCAP.	Date : 7/10/19 N° : 192	Date d'arrivée 5/02/20 N° : —	Date de départ —

Analyse du Courrier : Autorisation à effectuer des recherches au profit de Mr MBOUNGOU Jean Claude

Destination	Orientation	
☒ Service Prestations Sanitaires et Formation ☒ Service Equipement et Recherche ☒ Service de la Pharmacie ☐ Service de la Maintenance ☒ Service Information Sanitaire et Documentation Scientifique ☐ Service de l'Hygiène Hospitalière ☒ Secrétariat	☐ Pour attribution ☐ Pour examen et suite à donner ☐ En instance ☐ Traiter selon la règlementation ☐ A certifier ☐ Me voir	☐ Pour étude et suggestion ☐ A classer ☐ A retourner ☐ Pour exécution ☐ Convoquer l'intéressé ☐ Pour exploitation

Inscription du DAM :

Le Chef de

Fait à Brazzaville, le 06 FEV 2020

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE BRAZZAVILLE
****

DIRECTION GENERALE
****

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
****

SERVICE DE LA FORMATION
****

N°_____/CHUB-DG/DSI/SF

REPUBLIQUE DU CONGO
*Unité *Travail * Progrès*
****

FICHE N°4

Mr, Mme le (la) Surveillant(e) du service de Urgences Médico-chirurgicale

Veuillez recevoir dans votre service, Mr, Mme, Mlle : MBOUNGOU Jean claude

Année d'étude: thèse de doctorat unique - sociologie Ecole d'origine U.M.N.G

Pour un stage de recherche d'une durée de :

Du : 14 octobre Au : 13 NOVEMBRE 2019

Thème : Problématique de garde-malade et gestion des ressources humaines au CHUB

Fait à Brazzaville, le 09/10/2019
Le Chef de Service de la Formation

Blaise Guillaume POATY.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE BRAZZAVILLE
****
DIRECTION GENERALE
****
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
****
SERVICE DE LA FORMATION
****
N° 075/19/CHUB-DG/DSI/SF

REPUBLIQUE DU CONGO
*Unité *Travail * Progrès*
****

FICHE N°4

Mr, Mme le (la) Surveillant(e) du service de Pédiatrie Nassara

Veuillez recevoir dans votre service, Mr, Mme, Mlle : MBOUNGOU Jean Claude

Année d'étude: 2019-2020 Ecole d'origine U.M.N.G

Pour un stage de recherche d'une durée de : 01 mois

Du : 14 Novembre Au : 14 Décembre 2019

Thème : Problématique de garde-malade et gestion des ressources humaines au CHU-B

Fait à Brazzaville, le 13 OCT 2019
Le Chef de Service de la Formation

Blaise Guillaume POATY.

Le Chef de Service

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE BRAZZAVILLE
****
DIRECTION GENERALE
****
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
****
SERVICE DE LA FORMATION
****
N°_____/CHUB-DG/DSI/SF

REPUBLIQUE DU CONGO
*Unité *Travail * Progrès*
****

FICHE N°4

Mr, Mme le (la) Surveillant(e) du service de Psychiatrie

Veuillez recevoir dans votre service, Mr, ~~Mme~~, ~~Mlle~~ : MBOUNGOU Jean claude

Année d'étude: Thèse de Doctorat unique - sociologie / Ecole d'origine UMNG

Pour un stage de recherche d'une durée de : 1 mois

Du : 16/12/2019 Au : 15/01/2020

Thème : Problématique de garde-malades et gestion des Ressources humaines au CHUB

Fait à Brazzaville, le 16/12/2019
Le Chef de Service de la Formation

P.O
MOUNGOULI SAKA Nicaise

Blaise Guillaume POATY.

QUESTIONNAIRE I destiné aux des garde-malades
- Services cliniques du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)
Date de l'enquête : du……. /……./…….. au ……/……./……..

1. Identification de l'enquêté (e)

Profession : ……....
Adresse : ……..
Sexe : masculin ☐ féminin ☐
Nationalité : congolaise ☐ étrangère ☐

2. Tranche d'âge

De 18 à 30ans ☐
De 31 à 60ans ☐
De 61 ans à plus ☐

3. Niveau d'instruction

Non scolarisé ☐
Niveau Primaire ☐
Niveau secondaire I ☐
Niveau Secondaire II ☐
Niveau Supérieur ☐

4. Situation matrimoniale

Marié (e) ☐
Célibataire ☐
Union libre ☐
Divorcé (e) ☐
Veuf (Ve) ☐

5. Liens familiaux ou autres liant le malade à son proche

Membre de famille ☐
Membre d'une communauté religieuse ☐
Membre d'une corporation professionnelle ☐
Membre d'une association ☐
Amis et autres ☐

6. Nécessité des garde-malades au C.H.U-B

Inexistence des garde – malades attitrés au C.H.U-B : oui ☐ ; non ☐
Insuffisance des garde – malades attitrés : oui ☐ ; non ☐

Les garde-malades (familiaux) comme adjurent du personnel du C.H.U-B :

Oui ☐ ; non ☐

Les gardes-malade familiaux comme expression de la solidarité :

Oui ☐ ; non ☐

La présence du garde – malade au C.H.U-B est autorisée par un texte juridique :

Oui ☐; non ☐

7. L'interdiction de la présence des garde-malades est nécessaire :

Oui ☐ ; non ☐

8. Conditions dans lesquelles s'exerce le rôle de garde-malade :

Mauvaises ☐

Bonnes ☐

Assez bonnes ☐

Consigne :

1. Compléter les pointillées par les informations qui manquent ;
2. Cocher par x la case correspondant à la réponse de votre choix.

QUSETIONNAIRE II destinés aux malades
Services cliniques du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)
Date de l'enquête : du……./……/…… au …../…../…..

1. Identification de l'enquêté (e)

Profession : …….....
Adresse :……
Sexe : masculin ☐ féminin ☐
Nationalité : congolais ☐ étrangère ☐

2. Tranche d'âge

De 18 à 30 ans ☐
De 31 à 60ans ☐
De 61 ans à plus ☐

3. Niveau d'instruction

Niveau non scolarisé ☐
Niveau Primaire ☐
Niveau Secondaire I ☐
Niveau Secondaire II ☐
Niveau Supérieur ☐

4. Situation matrimoniale

Marié (e) ☐
Célibataire ☐
Union libre ☐
Divorcé (e) ☐
Veuf (Ve) ☐

5. Gestion des malades en consultation

5.1. Temps de la consultation

Le malade est pris en charge :
Très tôt ☐
Tard ☐
Très tard ☐
Nécessité de la présence du garde – malade ☐

5.2. La prestation des services

L'appréciation des prestations du personnel soignant par les malades est :
Mauvaise ☐
Assez bonne ☐

Bonne ☐

5.3. Le nombre des malades par service

Nombre des malades en consultation par services :

Il n'y a pas des malades en consultation ☐

Il y a quelques malades en consultation ☐

Il y a beaucoup des malades en consultation ☐

5.4. La qualité de la prise en charge

La prise en charge du malade par le personnel soignant est :

Mauvaise ☐

Assez bonne ☐

Bonne ☐

5.5. La qualité de l'environnement hospitalier

L'environnement de l'hôpital est :

Mauvais ☐

Assez bon ☐

Bon ☐

6. La perception par le malade de la présence du garde – malade

La présence du garde – malade se justifie par :

La méfiance du malade sur les prestations du personnel soignant ☐

L'expression de la solidarité ☐

Consigne :

1. Compléter les pointillées par les informations qui manquent ;
2. Cocher par x la case correspondant à la réponse de votre choix

QUESTIONNAIRE III destiné au personnel soignant

Service des Urgences, Service de Pédiatrie Nourrisson et le Service de Psychiatrie du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)

Date de l'enquête : du ..... / ...../ ...../ au ...../ ...../...../

1. Identification de l'enquêté (e)

Profession : .....

Adresse : .....

Sexe : masculin ☐ féminin ☐

Nationalité : congolaise ☐ étrangère ☐

2. Tanche d'âge

De 18 à 30 ans ☐

De 31 à 60 ans ☐

De 61 ans à plus ☐

3. Niveau d'instruction de l'enquêté (e)

Non scolarisé ☐

Niveau primaire ☐

Niveau secondaire I ☐

Niveau secondaire II ☐

Niveau supérieur ☐

4. Situation matrimoniale

Marié (e) ☐

Célibataire ☐

Union libre ☐

Divorcé (e) ☐

Veuf (Ve) ☐

5. Rapport entre l'état actuel du C.H.U-B et l'évolution de la population en République du Congo

La population en République du Congo en référence aux statistiques de 2016, est en pleine croissance :

Oui ☐ Non ☐

Le C.H.U-Ben fonction de l'organisation de son personnel en rapport avec l'évolution de la population en République du Congo, est en mesure de contenir le flux des malades :

Oui ☐ Non ☐

6. Organisation des conditions de travail du personnel soignant

Les conditions de travail sont :

Bonnes ☐

Assez-bonnes ☐

Mauvaises ☐

Effectif du personnel soignant par catégorie socio professionnelle en rapport avec les demandes des malades :

Effectif du personnel soignant suffisant ☐

Effectif du personnel soignant moyen ☐

Effectif du personnel soignant déficitaire ☐

Heures de travail :

Moins de 7 heures au travail ☐

Juste 7heures de travail ☐

Plus de 7heures au travail ☐

7. Prise en charge du personnel soignant par la structure du C.H.U-B en qualité d'employeur

7.1. Prise en charge de ce personnel en fonction de la rémunération

Les salaires en fonction de l'organisation de la structure en qualité d'employeur sont payés :

En temps normal ☐

En retard ☐

Avec un grand retard ☐

Ces salaires ne sont pas payés ☐

7.1.1. Les étudiants en médecine interne et d'autres catégories socio professionnelles (soignants) en stage

La bourse d'étude est payée : ☐

En temps normal ☐

En retard ☐

Avec un grand retard ☐

Cette bourse d'étude n'est pas du tout payée ☐

7.2. Rémunération en fonction du Salaire Minimum Inter Garanti (S.M.I.G), fixé par la loi en République du Congo, est de 100. 000 Frs C.F.A perçu par le dernier manœuvre

Ce salaire perçu est :

Inférieur au S.M.I.G ☐

Juste le S.M.I.G ☐

Au-delà du S.M.I.G ☐

7.3. Allocations ou indemnités perçues par le personnel soignant

Indemnité de transport ☐

Indemnité de restauration ☐

Indemnité relative aux charges familiales ☐

Indemnité relative aux risques professionnels ☐

Indemnité relative à la prise en charge en situation de maladie ☐

8. La perception sur la présence des garde-malades par le personnel soignant

8.1. Pour le personnel soignant

Ces garde-malades exercent de pression contre le personnel soignant :

Oui ☐

Non ☐

8.2. Au niveau du ménage

La présence prolongée à l'hôpital des femmes du ménage, désorganise le ménage :

Oui ☐

Non ☐

8.3. Au niveau de la femme qui travail

Cette présence prolongée à l'hôpital des femmes qui évoluent à la fois dans la structure hospitalière du C.H.U-B et assure en même temps le rôle du garde-malade, désorganise le service :

Oui ☐

Non ☐

Consigne :

1. Compléter les pointillées par les informations jugées nécessaires qui manquent ;
2. Cocher par x la case correspondant à la réponse de votre choix

QUESTIONNAIRE IV destiné au personnel administratif

Directions de la D.R.H, D.A.M et de la D.S.I du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U-B)

Date de l'enquête : du ……..…… /……. /…… au …… /……. /…..

I. Identification de l'enquêté (e)

I.1. Profession : …….. / Service : …….. Section : …….....

Adresse : ……...

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Nationalité : Congolaise ☐ Etrangère ☐

I.2. Tranche d'âge de l'enquêté (e)

De 18 à 30 ans ☐

De 31 à 60 ans ☐

De 61ans à plus ☐

I.3. Niveau d'instruction de l'enquêté (e)

Non scolarisé (e) ☐

Niveau Primaire ☐

Niveau Secondaire I ☐

Niveau Secondaire II ☐

Niveau Supérieur ☐

I.4. Situation matrimoniale de l'enquêté (e)

Marié (e) ☐

Célibataire ☐

Union libre ☐

Divorcé (e) ☐

Veuf (Ve) ☐

II. Rapport entre l'état actuel du C.H.U-B et l'évolution démographique au Congo

Les structures du C.H.U-B correspondent à l'évolution démographique (sureffectif des malades) :

Oui ☐ Non ☐

III. La Direction du C.H.U-B et la présence massive des garde-malades

III.1. Cette présence massive des garde-malades interpelle la Direction du C.H.U-B :

Oui Non ☐ ☐

III.2. Justification de cette présence massive des garde-malades :

La solidarité lignagère traditionnelle

Cette solidarité s'exprime à travers :

- l'apport financier et matériel : Oui ☐ Non ☐
- le soutien psychologique : Oui ☐ Non ☐

- la présence massive de ces gardes malades explique la forte expression de cette solidarité :

  Non ☐ Oui ☐

- le statut socioprofessionnel du malade :

  Oui ☐ Non ☐

La représentation de la maladie

- Risque de décès : Oui ☐ Non ☐
- Impuissance du lignage : Oui ☐ Non ☐
- Dernier recours : Oui ☐ Non ☐

III.3. La perception de la présence des garde-malades par le personnel administratif

- Nécessité pour l'achat des médicaments et d'autres prestations :

  Oui Non ☐

- Faiblesse de l'organisation du travail :Oui Non ☐ ☐
- Insuffisance ou impact sur le personnel administratif :

  Oui Non ☐ ☐

IV. Organisation des conditions de travail

Les conditions de travail sont :

- Bonnes ☐
- Assez bonnes ☐
- Mauvaises ☐

Les effectifs du personnel administratif (en rapport avec le volume du travail) sont :

- Suffisants ☐
- Moyens ☐
- Déficitaires ☐

V. Rapports de travail entre Directions (D.R.H, D.A.M et D.S.I)

Ces rapports sont :

- Complémentaires : Oui ☐ Non ☐
- Nécessaires Oui ☐ Non ☐
- Inexistants : Oui ☐ Non ☐

GRILLE D'OBSERVATION

Activité à réaliser pendant notre observation sur terrain

Identification du Centre Hospitalier et Universitaire : cadre de l'enquête

Identification des populations cibles à enquêtés au niveau de la structure hospitalière du C.H.U-B :

1. Identifier et observer les garde-malades, première catégorie de population cible enquêté
2. Identifier et observer les malades au niveau des trois (03) services cliniques a enquêtés :

- le Service des Urgences avec ses trois (03) unités des soins : l'Urgence Médicale, l'Urgence Chirurgicale et le Déchoquage ;
- le Service de Pédiatrie Nourrisson ;
- le Service de Psychiatrie.

3. Identifier et observer les malades, deuxième catégorie de population cible a enquêté dans les mêmes services d'hospitalisation.
4. Identifier et observer le personnel soignant, troisième catégorie de population cible a enquêté au niveau des mêmes services cliniques d'hospitalisation.
5. Observer sur l'accueil des malades au niveau du Service des Urgences. Objectif de l'observation, se rendre compte sur la nécessité ou non du garde-malade dans cette première phase de gestion du malade.
6. Observer les rapports entre malade et garde-malade pour se rendre à l'évidence sur la nécessité ou non de la présence du garde-malade.
7. Observer les rapports entre malade et personnel soignant pour se rendre compte de la nécessité ou non de la présence du garde-malade en milieu hospitalier.
8. Observer sur l'emplacement du Service des Urgences, premier service d'accueil pour se rendre compte des premières difficultés qu'attendent les malades et leur entourage dans le cadre de prise en charge de ces malades.
9. Observer sur l'environnement du milieu hospitalier pour se rendre compte sur les difficultés qu'attendent ces garde-malades dans leur rôle.
10. Observer sur le rapport entre la capacité d'accueil des malades en termes des infrastructures de la structure hospitalière du C.H.U-B et le personnel clinique en termes de disponibilité et d'effectif pour se rendre compte sur la qualité de prise en charge des malades et la raison justifiant la présence massive des garde-malade.

11. Observer sur l'organisation des services de cette structure hospitalière pour se rendre compte de la présence des garde-malades.
12. Comprendre le lien qui lie le malade à son environnement social pour se rendre compte sur le type de lien nécessaire dans le cadre de la gestion du malade dans cette structure hospitalière et même monter si ce lien identifier peut justifier la présence des garde-malades au niveau de cette structure.
13. Comprendre pourquoi la famille est – elle considérée comme premier cercle d'assistance au près du malade ?
14. Comprendre à travers l'observation pourquoi la solidarité entre le malade et son assistance peut – elle être à l'origine de ce phénomène de garde-malade dans l'espace hospitalier du C.H.U-B ?

GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES GARDE-MALADES

IDENTIFICATION

Sexe : Age :

Niveau d'étude : Situation matrimoniale :

MOTIVATION DE CES GARDE-MALADES SUR LEUR ASSITANCE AUPRES DES MALADES

1. qu'es ce qui motive votre présence auprès de votre malade ?

STATUT SOCIAL DU GARDE-MALADE ET SON INCIDENCE DANS LE CADRE DE LA GESTION DU MALADE EN MILIEU HOSPITALIER

2. que faites-vous dans votre vie ?

3. avez-vous des ressources matérielles et financières pour la prise en charge de votre malade ?

4. quel est votre apport dans le cadre de la gestion du malade ?

COHABITATION AVEC LE MALADE ET PERSONNEL SOIGNANT

- **Avec le malade**

5. la Collaboration entrevous et votre malade est – elle bonne ou conflictuelle ? Si oui, dite pourquoi ? Si non, dite pourquoi ?

6. qu'est-ce que vous appréciez chez lui ?

7. qu'est-ce que vous n'appréciez pas chez lui ?

8. y' a-t-il des problèmes entre vous et votre malade dans le cadre de sa gestion ? si oui lesquels et comment les résoudre ?

- **Avec le personnel soignant**

9. la Collaboration entre vous et votre malade est – elle bonne ou conflictuelle ? Si oui, dite pourquoi ? Si non, dite pourquoi ?

10. qu'est-ce que vous appréciez de lui ?

11. qu'est-ce que vous n'appréciez pas de lui ?

12. y' a-t-il des problèmes entre vous et votre malade dans le cadre de sa gestion ? si oui lesquels et comment les résoudre ?

GRILLE D'ENTR ETIEN AVEC LES MALADES

IDENTIFICATION

Sexe : Age :

Niveau d'étude : Situation matrimoniale :

JUSTIFICATION DES MALADES SUR LA PRESENCE DU GARDE-MALADE

13. Comment apprécier vous la présence de votre garde-malade à vos côtés ?

- Si cette présence est bonne, en quoi est – elle bonne ?
- Si elle est mauvaise, qu'est-ce qui rend mauvaise cette présence ?

14. Quelle nature d'apport souhaiterez-vous bénéficier de votre garde-malade ?

15. Aimerez-vous se faire assister par votre garde-malade ?

STATUT SOCIAL DU MALADE ET SON INCIDENCE DANS LE CADRE DE SA GESTIONEN MILIEU HOSPITALIER

16. Que faites-vous dans votre vie ?

17. Avez-vous des ressources matérielles et financières pour votre prise en charge ?

18. Quel est la spécificité de l'apport que souhaiterez-vous bénéficier dans le cadre de votre prise en charge ?

COHABITATION AVEC LE GARDE-MALADE ET PERSONNEL SOIGNANT

- **Avec le garde-malade**

La Collaboration entrevous et votre malade est – elle bonne ou conflictuelle ? Si oui, dite pourquoi ? Si non, dite pourquoi ?

Qu'est-ce que vous appréciez chez lui ?

19. Qu'est-ce que vous n'appréciez pas chez lui ?

20. y' a-t-il des problèmes entre vous et votre malade dans le cadre de sa gestion ? si oui lesquels et comment les résoudre ?

- **Avec le personnel soignant**

21. La Collaboration entrevous et votre malade est – elle bonne ou conflictuelle ? Si oui, dite pourquoi ? Si non, dite pourquoi ?

22. Qu'est-ce que vous appréciez chez lui ?

23. Qu'est-ce que vous n'appréciez pas chez lui ?

y' a-t-il des problèmes entre vous et votre malade dans le cadre de sa gestion ? si oui lesquels et comment les résoudre ?

GRILLE D'ENTR ETIEN AVEC LE PERSONNEL SOIGNANT

IDENTIFICATION

Sexe : Age :

Niveau d'étude : Situation matrimoniale :

L'APPRECIATION DU PERSONNEL SOIGNANT SUR LA PRESENCE DU GARDE-MALADE

23. Comment apprécier-vous la présence du garde-malade ?

- Si cette présence est bonne, comment entendez-vous le justifier ?
- Si elle est mauvaise, en quoi cette présence est mauvaise ?

24. Quelle nature d'apport souhaiterez-vous bénéficier du garde-malade ?

25. Aimerez-vous se faire assister par le garde-malade ?

COHABITATION AVECLE MALADE ET LE GARDE-MALADE

- **Avec le malade**

26. la Collaboration entre vous et votre malade est – elle bonne ou conflictuelle ? Si oui, dite pourquoi ? Si non, dite pourquoi ?

27. qu'est-ce que vous appréciez chez lui ?

28. qu'est-ce que vous n'appréciez pas chez lui ?

29. y' a-t-il des problèmes entre vous et votre malade dans le cadre de sa gestion ? si oui lesquels et comment les résoudre ?

- **Avec le garde-malade**

30. la Collaboration entrevous et votre garde-malade est – elle bonne ou conflictuelle ? Si oui, dite pourquoi ? Si non, dite pourquoi ?

31. qu'est-ce que vous appréciez chez lui ?

33. qu'est-ce que vous n'appréciez pas chez lui ?

34. y' a-t-il des problèmes entre vous et votre malade dans le cadre de sa gestion ? si oui lesquels et comment les résoudre ?



La gestion du malade dans l'univers hospitalier implique non seulement le personnel soignant, mais aussi d'autres acteurs sociaux encore moins connus des gestionnaires des structures hospitalières et des catégories socio professionnelles y évoluant. Parmi ces acteurs encore moins connu, il y a le garde-malade faisant partie du personnel hospitalier en charge de la prise en charge des patients en milieu hospitalier. Cependant au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville en République du Congo, les garde-malades sont constitués des parents, amis et connaissances dont la représentation est importante dans cet univers hospitalier. Cette représentation aussi remarquable soit – elle, interpelle plus d'un observateur au point de s'interroger sur les raisons à l'origine de cette présence. Notre étude répond à la logique qui est celle de tenter de comprendre et d'analyser ce phénomène devenu très inquiétant. Ce phénomène est donc à lire dans la perspective de la complexité des réalités sociales qui s'expliquent à partir des déterminants socio culturels, fondements de la vie sociale. Aussi, la faiblesse des services sous tutelle du C.H.U-B et la culture bantoue, laquelle repose sur la solidarité mécanique qui, appelle à la cohésion sociale, constituent des facteurs qui expliquent ce phénomène. A cet effet, une observation participante a été effectuée dans cette structure hospitalière. Celle-ci a permis de relever une influence importante qui, pour diverses raisons réponde aux préoccupations des malades. Cette étude présente trois intérêts : scientifique, social et personnel. D'abord, elle montre la difficulté en ressources humaines qui se traduit par la sous représentativité des catégories socio professionnelles qui, contribueraient à résoudre la question de l'effectivité de prise en charge du malade. Ensuite, l'étude présente un autre intérêt qui met en exergue la cohésion sociale qui, s'exprime à travers la chaine de solidarité dont la famille est le maillon. Le dernier centre d'intérêt est personnel. Il met en relief un aspect culturel très intéressant, celui de l'homogénéité et de la dynamique des rapports des acteurs impliqués dans la gestion du malade. Quoi qu'il en soit, le garde-malade joue un rôle de premier plan dans la gestion du malade. Il accompagne le personnel soignant, car partageant le même environnement social que le malade. Aussi, sa visibilité nécessite un encadrement juridique pour lui donner une véritable identité.

Mots clés : Incidences ; Garde-malade ; Prise en charge médicale; Patients; Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville.

ABSTRACT

The management of the patient in the hospital word involves not only the nursing staff, but also other social actors even less known to the manager of hospital structures and socio-professional categories. Among these actors even less known, there is the nurse who is part of the hospital staff in charge of the care of patients in hospital environment. Howerver at the Brazzaville Hospital and University Center in the Republic of Congo, the nurses are made up of relatives, friends and acquaintanees whose representation is important in this hospital environment. This representation, as remarkable as it is, calls out to more than one observer to the point of questioning the reasons behind this presence.Our study reponds to the logic of trying to understand and analyze this phenomenon, which has become very worrying. This phenomenon should therefore be read in the perspective of the complexity of social realities which can be explained on the basis of socio-cultural determinants, the foundations of social life. Also, the weakness of the services under the supervision of the C.H.U-B and of the Bantu culture, which is based on mechanical solidarity, which, calls for social cohesion, are factors that explain this phenomenon. To this end, a participant observation was carried out this hospital structure. This made it possible to identify an important infuence which, for various reasons, responds to the concerns of patients. This study has three interests: scientific, social and personal. First, it shows the difficulty in human resourcees which result in the representativeness of the socio-professional categories which would helps to resolve the issue of effectiveness of patient care. The study presents another interest which highlights the social cohesion which is expressed through the chain of solidarity of which the family is the link. The last area of interest is personsonal. It highlights a very interesting cultural aspect, that of the homogeneity and dynamics of relationships of the actors involved in the management of the patient. In any case, the nurse plays a leading role in management of the patient. He supports the nursing staff, because they share the same social environment as the patient. Also, its visibility requires a legal framework to give it a real identity.

Keywords: Impact; Sick Call; Medical care; Patients; Hospital and University Center of Brazzaville.